

Compte-rendu

The more I see, the less I know!

Mots-clés

Pneumonie - diagnostic inapproprié - antibiothérapie - durée de traitement
Inappropriate diagnosis of pneumonia among hospitalized adults
Ashwin B. et al, JAMA Internal Medicine, 01.05.2024
DOI : [10.1001/jamainternmed.2024.0077](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.0077)

Introduction

Le diagnostic de pneumonie communautaire (PC) est fréquent et paraît simple. Néanmoins, nous avons toutes et tous été confrontés à des moments de doute diagnostique devant des symptomatologies peu claires, la possibilité de chevauchement des diagnostics différentiels de toux ou dyspnée ou encore, un cliché radiologique difficilement interprétable. D'autre part, une pneumonie non diagnostiquée et non traitée peut entraîner des conséquences graves pour les patients. Une étude américaine s'est intéressée à caractériser les facteurs entraînant un diagnostic inapproprié de pneumonie communautaire (DIPC).

Méthode

Etude de cohorte prospective multicentrique. Récolte de données manuelle par des investigateurs formés incluant des données des patient·es hospitalisé·es et traité·es pour une pneumonie entre juillet 2017 et mars 2020. **Inclusion:** Patients majeurs, hospitalisés en division puis sortis avec diagnostic de pneumonie et ayant reçu une antibiothérapie dans les 48 heures depuis l'admission. **Exclusion:** Autre infection concomitante, immunosuppression sévère, grossesse, situation de soins de confort, départ contre avis médical, hospitalisation aux soins intensifs, ventilation mécanique sur le séjour, absence de documentation d'antibiothérapie, antibiothérapie > 14 jours, monothérapie par doxycycline ou azithromycine pour exacerbation de BPCO. **Issue primaire:** DIPC défini et validé par National Quality Forum comme tout traitement antibiotique pour PC chez un patient avec < 2 signes/symptômes de PC (toux, expectoration, dyspnée/tachypnée, hypoxémie, fièvre/hypothermie, examen clinique compatible, leucocytose/leucopénie) ou sans image radiologique de pneumonie.

Résultats

Sur les 17290 patients inclus, **12% avaient un DIPC** (73.6% en raison d'absence d'image radiologique, 24.4% en raison des signes/symptômes insuffisants). Durée médiane du séjour égale dans les deux groupes (5 jours). Dans l'analyse bivariable les patients avec DIPC étaient plus fréquemment âgés de ≥ 75 ans (38% vs 43%, $p < 0.001$), avaient un état mental altéré (7% vs 11%, $p = 0.01$) et étaient diagnostiqués de démence (9% vs 16%, $p < 0.001$). Ceci était également le cas dans l'analyse multivariée des caractéristiques associées au DIPC. **Concernant l'utilisation d'antibiotiques dans la population avec DIPC la durée médiane était de 7 jours** (IQR 5-9). Dans l'analyse multivariée chez les DIPC, une exacerbation de BPCO concomitante était associée à une antibiothérapie > 3 jours (AOR 1.74 ; 95% IC 1.13-2.68, $p = 0.01$) tandis que l'hémodialyse et la procalcitonine négative étaient associées à des durées de ≤ 3 jours (AOR 0.29 ; 95% IC 0.2-0.41, $p < 0.001$ et AOR 0.47 ; 95% IC 0.32-0.68 $p < 0.001$, respectivement). L'étude n'a pas montré de différence significative sur les événements indésirables (mortalité, réadmission, consultation aux urgences ou infection à C. difficile) parmi les patients DIPC.

Discussion

Ces résultats montrent un plus haut taux de DIPC chez la population âgée, et chez les patients avec un état mental altéré et/ou connus pour une démence. Cette population rend difficile la réalisation d'une anamnèse correcte et complique la tâche diagnostique. En même temps, une altération de l'état mental peut être un signe d'infection et induire des biais cognitifs chez les médecins, le diagnostic de pneumonie étant fréquent parmi les infections. A noter que l'anamnèse souvent limitée dans cette population rend aussi plus difficile d'objectiver des critères des

signes/symptômes nécessaires au diagnostic de pneumonie selon la définition de l'étude. De plus, une majorité de patients (73.6%) ont été classés parmi le DIPC en raison de l'absence de critère radiologique. Nous savons que l'interprétation de la radiographie thoracique comporte des limites dans cette population en fonction de la qualité du cliché et l'état d'hydratation, or seulement 42.1% des patients sur toute l'étude avaient eu une imagerie par CT-scanner. Il convient de se rappeler des limites liées à l'analyse des données documentées, le personnel soignant, avec un risque d'omission pouvant entraîner une mauvaise inclusion dans la catégorie DIPC.

Conclusion

Malgré certaines limites, cette étude nous met en garde sur la proportion des patients incorrectement diagnostiqués d'une pneumonie. Celle-ci nous invite à insister sur l'importance de réévaluer nos diagnostics initiaux devant des nouveaux éléments anamnestiques/cliniques/paracliniques pouvant arriver en cours d'hospitalisation ainsi que de réévaluer l'antibiothérapie initialement prescrite et sa durée. Ceci reste valable malgré l'absence de complications majeures à 30 jours décrite dans l'étude. Une analyse des événements indésirables comparant les groupes avec un diagnostic correct de PC vs ceux avec DIPC aurait été intéressante.

Date de publication	Auteurs
04.07.2024	Sara I. Gironda