

**PNEUMOPATHIES COMMUNAUTAIRES GRAVES
AUX URGENCES DE L'HÔPITAL MILITAIRE
D'INSTRUCTION MOHAMED V DE RABAT
ETUDE PROSPECTIVE À PROPOS DE 29 CAS.**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle NADI Meriem

Née le 07/12/1986 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Pneumopathie aiguë communautaire ; Recommandations de Conférence de consensus ; Antibiothérapie ; Orientation; Service d'accueil et d'urgence.

MEMBRES DU JURY

Pr. M. DIMOU

Professeur d'Anesthésie Réanimation

Pr. L. BELYAMANI

Professeur Agrégé d'Anesthésie Réanimation

Pr. S. SIAH

Professeur d'Anesthésie Réanimation

Pr. A. MOUSSAOUI

Professeur Agrégé d'Anesthésie Réanimation

Pr. A. BAITE

Professeur Agrégé d'Anesthésie Réanimation

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا

عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ (البقرة: من الآية 32)

اللَّهُمَّ إِذَا نَسَأَكَ عِلْمًا نَافِعًا وَقَلْبًا

خَاشِعًا وَبَقِينًا حَادِقًا وَشَفَاءً مِنْ

كُلِّ دَاءٍ وَسَقَمٍ.





**UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

- 1962 - 1969 : Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 - 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 - 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 - 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 - 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 - 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

- Doyen : Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Février, Septembre, Décembre 1973

1. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

2. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Mars, Avril et Septembre 1980

3. Pr. EL KHAMLICHI Abdeslam Neurochirurgie
4. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

5. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid Cardiologie
6. Pr. EL MANOUAR Mohamed Traumatologie-Orthopédie
7. Pr. HAMANI Ahmed* Cardiologie
8. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire
9. Pr. SBIHI Ahmed Anesthésie -Réanimation
10. Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

- | | | |
|-----|------------------------------|-----------------------------|
| 11. | Pr. ABROUQ Ali* | Oto-Rhino-Laryngologie |
| 12. | Pr. BENOMAR M'hammed | Chirurgie-Cardio-Vasculaire |
| 13. | Pr. BENSOUA Mohamed | Anatomie |
| 14. | Pr. BENOSMAN Abdellatif | Chirurgie Thoracique |
| 15. | Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma | Physiologie |

Novembre 1983

- | | | |
|-----|-------------------------------|---------------------|
| 16. | Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir* | Pneumo-phtisiologie |
| 17. | Pr. BALAFREJ Amina | Pédiatrie |
| 18. | Pr. BELLAKHDAR Fouad | Neurochirurgie |
| 19. | Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia | Rhumatologie |
| 20. | Pr. SRAIRI Jamal-Eddine | Cardiologie |

Décembre 1984

- | | | |
|-----|----------------------------------|-------------------------|
| 21. | Pr. BOUCETTA Mohamed* | Neurochirurgie |
| 22. | Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil | Radiothérapie |
| 23. | Pr. MAAOUNI Abdelaziz | Médecine Interne |
| 24. | Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi | Anesthésie -Réanimation |
| 25. | Pr. NAJI M'Barek * | Immuno-Hématologie |
| 26. | Pr. SETTAF Abdellatif | Chirurgie |

Novembre et Décembre 1985

- | | | |
|-----|---------------------------------------|---|
| 27. | Pr. BENJELLOUN Halima | Cardiologie |
| 28. | Pr. BENSAID Younes | Pathologie Chirurgicale |
| 29. | Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa | Neurologie |
| 30. | Pr. IHRAI Hssain * | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale |
| 31. | Pr. IRAQI Ghali | Pneumo-phtisiologie |
| 32. | Pr. KZADRI Mohamed | Oto-Rhino-laryngologie |

Janvier, Février et Décembre 1987

- | | | |
|-----|---------------------------------------|------------------------------|
| 33. | Pr. AJANA Ali | Radiologie |
| 34. | Pr. AMMAR Fanid | Pathologie Chirurgicale |
| 35. | Pr. CHAHED OUAZZANI Houria ép.TAOBANE | Gastro-Entérologie |
| 36. | Pr. EL FASSY FIIHRI Mohamed Taoufiq | Pneumo-phtisiologie |
| 37. | Pr. EL HAITEM Naïma | Cardiologie |
| 38. | Pr. EL MANSOURI Abdellah* | Chimie-Toxicologie Expertise |
| 39. | Pr. EL YAACOUBI Moradh | Traumatologie Orthopédie |
| 40. | Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah | Gastro-Entérologie |
| 41. | Pr. LACHKAR Hassan | Médecine Interne |
| 42. | Pr. OHAYON Victor* | Médecine Interne |
| 43. | Pr. YAHYAOUI Mohamed | Neurologie |

Décembre 1988

- | | | |
|-----|---------------------------------|-----------------------|
| 44. | Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib | Chirurgie Pédiatrique |
| 46. | Pr. DAFIRI Rachida | Radiologie |

- | | | |
|-----|---------------------|--------------------------|
| 47. | Pr. FAIK Mohamed | Urologie |
| 48. | Pr. HERMAS Mohamed | Traumatologie Orthopédie |
| 49. | Pr. TOLOUNE Farida* | Médecine Interne |

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

- | | | |
|-----|------------------------------------|--------------------------|
| 50. | Pr. ADNAOUI Mohamed | Médecine Interne |
| 51. | Pr. AOUNI Mohamed | Médecine Interne |
| 52. | Pr. BENAMEUR Mohamed* | Radiologie |
| 53. | Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali | Cardiologie |
| 54. | Pr. CHAD Bouziane | Pathologie Chirurgicale |
| 55. | Pr. CHKOFF Rachid | Pathologie Chirurgicale |
| 56. | Pr. FARCHADO Fouzia ép.BENABDELLAH | Pédiatrique |
| 57. | Pr. HACHIM Mohammed* | Médecine-Interne |
| 58. | Pr. HACHIMI Mohamed | Urologie |
| 59. | Pr. KHARBACH Aïcha | Gynécologie -Obstétrique |
| 60. | Pr. MANSOURI Fatima | Anatomie-Pathologique |
| 61. | Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda | Neurologie |
| 62. | Pr. SEDRATI Omar* | Dermatologie |
| 63. | Pr. TAZI Saoud Anas | Anesthésie Réanimation |

Février Avril Juillet et Décembre 1991

- | | | |
|-----|-------------------------------------|--|
| 64. | Pr. AL HAMANY Zaïtounia | Anatomie-Pathologique |
| 65. | Pr. ATMANI Mohamed* | Anesthésie Réanimation |
| 66. | Pr. AZZOUZI Abderrahim | Anesthésie Réanimation |
| 67. | Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM | Néphrologie |
| 68. | Pr. BELKOUCHI Abdelkader | Chirurgie Générale |
| 69. | Pr. BENABDELLAH Chahrazad | Hématologie |
| 70. | Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif | Chirurgie Générale |
| 71. | Pr. BENSOU DA Yahia | Pharmacie galénique |
| 72. | Pr. BERRAHO Amina | Ophtalmologie |
| 73. | Pr. BEZZAD Rachid | Gynécologie Obstétrique |
| 74. | Pr. CHABRAOUI Layachi | Biochimie et Chimie |
| 75. | Pr. CHANA El Houssaine* | Ophtalmologie |
| 76. | Pr. CHERRAH Yahia | Pharmacologie |
| 77. | Pr. CHOKAIRI Omar | Histologie Embryologie |
| 78. | Pr. FAJRI Ahmed* | Psychiatrie |
| 79. | Pr. JANATI Idrissi Mohamed* | Chirurgie Générale |
| 80. | Pr. KHATTAB Mohamed | Pédiatrie |
| 81. | Pr. NEJMI Maati | Anesthésie-Réanimation |
| 82. | Pr. OUAALINE Mohammed* | Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène |
| 83. | Pr. SOULAYMANI Rachida ép.BENCHEIKH | Pharmacologie |
| 84. | Pr. TAOUFIK Jamal | Chimie thérapeutique |

Décembre 1992

- | | | |
|-----|---------------------|------------------------|
| 85. | Pr. AHALLAT Mohamed | Chirurgie Générale |
| 86. | Pr. BENOUDA Amina | Microbiologie |
| 87. | Pr. BENSOU DA Adil | Anesthésie Réanimation |

89. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
90. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
91. Pr. CHRAIBI Chafiq
92. Pr. DAOUDI Rajae
93. Pr. DEHAYNI Mohamed*
94. Pr. EL HADDOURY Mohamed
95. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
96. Pr. FELLAT Rokaya
97. Pr. GHAFIR Driss*
98. Pr. JIDDANE Mohamed
99. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
100. Pr. TAGHY Ahmed
101. Pr. ZOUHDI Mimoun

Radiologie
 Gastro-Entérologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Anesthésie Réanimation
 Neurochirurgie
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Anatomie
 Gynécologie Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie

Mars 1994

102. Pr. AGNAOU Lahcen
103. Pr. AL BAROUDI Saad
104. Pr. BENCHERIFA Fatiha
105. Pr. BENJAAFAR Nouredine
106. Pr. BENJELLOUN Samir
107. Pr. BEN RAIS Nozha
108. Pr. CAOUI Malika
109. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
110. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT
111. Pr. EL AOUAD Rajae
112. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
113. Pr. EL HASSANI My Rachid
114. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
115. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
116. Pr. ERROUGANI Abdelkader
117. Pr. ESSAKALI Malika
118. Pr. ETTAYEBI Fouad
119. Pr. HADRI Larbi*
120. Pr. HASSAM Badredine
121. Pr. IFRINE Lahssan
122. Pr. JELTHI Ahmed
123. Pr. MAHFOUD Mustapha
124. Pr. MOUDENE Ahmed*
125. Pr. OULBACHA Said
126. Pr. RHRAB Brahim
127. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR
128. Pr. SLAOUI Anas

Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Chirurgie Générale
 Biophysique
 Biophysique
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Gynécologie Obstétrique
 Immunologie
 Traumato-Orthopédie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Chirurgie Cardio- Vasculaire
 Chirurgie Générale
 Immunologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Médecine Interne
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique
 Traumatologie - Orthopédie
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie -Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire

Mars 1994

129. Pr. ABBAR Mohamed*
130. Pr. ABDELHAK M'barek
131. Pr. BELAIDI Halima

Urologie
 Chirurgie - Pédiatrique
 Neurologie

132. Pr. BRAHMI Rida Slimane	Gynécologie Obstétrique
133. Pr. BENTAHILA Abdelali	Pédiatrie
134. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali	Gynécologie – Obstétrique
135. Pr. BERRADA Mohamed Saleh	Traumatologie – Orthopédie
136. Pr. CHAMI Ilham	Radiologie
137. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae	Ophtalmologie
138. Pr. EL ABBADI Najia	Neurochirurgie
139. Pr. HANINE Ahmed*	Radiologie
140. Pr. JALIL Abdelouahed	Chirurgie Générale
141. Pr. LAKHDAR Amina	Gynécologie Obstétrique
142. Pr. MOUANE Nezha	Pédiatrie

Mars 1995

143. Pr. ABOUQUAL Redouane	Réanimation Médicale
144. Pr. AMRAOUI Mohamed	Chirurgie Générale
145. Pr. BAIDADA Abdelaziz	Gynécologie Obstétrique
146. Pr. BARGACH Samir	Gynécologie Obstétrique
147. Pr. BEDDOUCHE Amokrane*	Urologie
148. Pr. BENZAOUZ Mustapha	Gastro-Entérologie
149. Pr. CHAARI Jilali*	Médecine Interne
150. Pr. DIMOU M'barek*	Anesthésie Réanimation
151. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*	Anesthésie Réanimation
152. Pr. EL MESNAOUI Abbes	Chirurgie Générale
153. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila	Oto-Rhino-Laryngologie
154. Pr. FERHATI Driss	Gynécologie Obstétrique
155. Pr. HASSOUNI Fadil	Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
156. Pr. HDA Abdelhamid*	Cardiologie
157. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed	Urologie
158. Pr. IBRAHIMY Wafaa	Ophtalmologie
159. Pr. MANSOURI Aziz	Radiothérapie
160. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia	Ophtalmologie
161. Pr. RZIN Abdelkader*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
162. Pr. SEFIANI Abdelaziz	Génétique
163. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali	Réanimation Médicale

Décembre 1996

164. Pr. AMIL Touriya*	Radiologie
165. Pr. BELKACEM Rachid	Chirurgie Pédiatrie
166. Pr. BELMAHI Amin	Chirurgie réparatrice et plastique
167. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim	Ophtalmologie
168. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan	Chirurgie Générale
169. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*	Parasitologie
170. Pr. GAOUZI Ahmed	Pédiatrie
171. Pr. MAHFOUDI M'barek*	Radiologie
172. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid	Chirurgie Générale
173. Pr. MOHAMMADI Mohamed	Médecine Interne
174. Pr. MOULINE Soumaya	Pneumo-phtisiologie

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 175. Pr. OUADGHIRI Mohamed | Traumatologie-Orthopédie |
| 176. Pr. OUZEDDOUN Naima | Néphrologie |
| 177. Pr. ZBIR EL Mehdi* | Cardiologie |

Novembre 1997

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| 178. Pr. ALAMI Mohamed Hassan | Gynécologie-Obstétrique |
| 179. Pr. BEN AMAR Abdesselem | Chirurgie Générale |
| 180. Pr. BEN SLIMANE Lounis | Urologie |
| 181. Pr. BIROUK Nazha | Neurologie |
| 182. Pr. BOULAICH Mohamed | O.RL. |
| 183. Pr. CHAOUIR Souad* | Radiologie |
| 184. Pr. DERRAZ Said | Neurochirurgie |
| 185. Pr. ERREIMI Naima | Pédiatrie |
| 186. Pr. FELLAT Nadia | Cardiologie |
| 187. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra | Radiologie |
| 188. Pr. HAIMEUR Charki* | Anesthésie Réanimation |
| 189. Pr. KANOUNI NAWAL | Physiologie |
| 190. Pr. KOUTANI Abdellatif | Urologie |
| 191. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid | Chirurgie Générale |
| 192. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ | Pédiatrie |
| 193. Pr. NAZI M'barek* | Cardiologie |
| 194. Pr. OUAHABI Hamid* | Neurologie |
| 195. Pr. SAFI Lahcen* | Anesthésie Réanimation |
| 196. Pr. TAOUFIQ Jallal | Psychiatrie |
| 197. Pr. YOUSFI MALKI Mounia | Gynécologie Obstétrique |

Novembre 1998

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 198. Pr. AFIFI RAJAA | Gastro-Entérologie |
| 199. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali* | Pneumo-phtisiologie |
| 200. Pr. ALOUANE Mohammed* | Oto-Rhino-Laryngologie |
| 201. Pr. BENOMAR ALI | Neurologie |
| 202. Pr. BOUGTAB Abdesslam | Chirurgie Générale |
| 203. Pr. ER RIHANI Hassan | Oncologie Médicale |
| 204. Pr. EZZAITOUNI Fatima | Néphrologie |
| 205. Pr. KABBAJ Najat | Radiologie |
| 206. Pr. LAZRAK Khalid (M) | Traumatologie Orthopédie |

Novembre 1998

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| 207. Pr. BENKIRANE Majid* | Hématologie |
| 208. Pr. KHATOURI ALI* | Cardiologie |
| 209. Pr. LABRAIMI Ahmed* | Anatomie Pathologique |

Janvier 2000

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| 210. Pr. ABID Ahmed* | Pneumophtisiologie |
| 211. Pr. AIT OUMAR Hassan | Pédiatrie |
| 212. Pr. BENCHERIF My Zahid | Ophtalmologie |

213.	Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd	Pédiatrie
214.	Pr. BOURKADI Jamal-Eddine	Pneumo-phtisiologie
215.	Pr. CHAOUI Zineb	Ophtalmologie
216.	Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer	Chirurgie Générale
217.	Pr. ECHARRAB El Mahjoub	Chirurgie Générale
218.	Pr. EL FTOUH Mustapha	Pneumo-phtisiologie
219.	Pr. EL MOSTARCHID Brahim*	Neurochirurgie
220.	Pr. EL OTMANYAzzedine	Chirurgie Générale
221.	Pr. GHANNAM Rachid	Cardiologie
222.	Pr. HAMMANI Lahcen	Radiologie
223.	Pr. ISMAILI Mohamed Hatim	Anesthésie-Réanimation
224.	Pr. ISMAILI Hassane*	Traumatologie Orthopédie
225.	Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss	Gastro-Entérologie
226.	Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*	Anesthésie-Réanimation
227.	Pr. TACHINANTE Rajae	Anesthésie-Réanimation
228.	Pr. TAZI MEZALEK Zoubida	Médecine Interne

Novembre 2000

229.	Pr. AIDI Saadia	Neurologie
230.	Pr. AIT OURHROUI Mohamed	Dermatologie
231.	Pr. AJANA Fatima Zohra	Gastro-Entérologie
232.	Pr. BENAMR Said	Chirurgie Générale
233.	Pr. BENCHEKROUN Nabiha	Ophtalmologie
234.	Pr. CHERTI Mohammed	Cardiologie
235.	Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma	Anesthésie-Réanimation
236.	Pr. EL HASSANI Amine	Pédiatrie
237.	Pr. EL IDGHIRI Hassan	Oto-Rhino-Laryngologie
238.	Pr. EL KHADER Khalid	Urologie
239.	Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*	Rhumatologie
240.	Pr. GHARBI Mohamed El Hassan	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
241.	Pr. HSSAIDA Rachid*	Anesthésie-Réanimation
242.	Pr. LACHKAR Azzouz	Urologie
243.	Pr. LAHLOU Abdou	Traumatologie Orthopédie
244.	Pr. MAFTAH Mohamed*	Neurochirurgie
245.	Pr. MAHASSINI Najat	Anatomie Pathologique
246.	Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae	Pédiatrie
247.	Pr. NASSIH Mohamed*	Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
248.	Pr. ROUIMI Abdelhadi	Neurologie

Décembre 2001

249.	Pr. ABABOU Adil	Anesthésie-Réanimation
250.	Pr. AOUAD Aicha	Cardiologie
251.	Pr. BALKHI Hicham*	Anesthésie-Réanimation
252.	Pr. BELMEKKI Mohammed	Ophtalmologie
253.	Pr. BENABDELJLIL Maria	Neurologie
254.	Pr. BENAMAR Loubna	Néphrologie
255.	Pr. BENAMOR Jouda	Pneumo-phtisiologie

256. Pr. BENELBARHDADI Imane	Gastro-Entérologie
257. Pr. BENNANI Rajae	Cardiologie
258. Pr. BENOUACHANE Thami	Pédiatrie
259. Pr. BENYOUSSEF Khalil	Dermatologie
260. Pr. BERRADA Rachid	Gynécologie Obstétrique
261. Pr. BEZZA Ahmed*	Rhumatologie
262. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi	Anatomie
263. Pr. BOUHOUCHE Rachida	Cardiologie
264. Pr. BOUMDIN El Hassane*	Radiologie
265. Pr. CHAT Latifa	Radiologie
266. Pr. CHELLAOUI Mounia	Radiologie
267. Pr. DAALI Mustapha*	Chirurgie Générale
268. Pr. DRISSI Sidi Mourad*	Radiologie
269. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira	Gynécologie Obstétrique
270. Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
271. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
272. Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique
273. Pr. EL MOUSSAIF Hamid	Ophthalmologie
274. Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
275. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil	Radiologie
276. Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie
277. Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
278. Pr. GOURINDA Hassan	Chirurgie-Pédiatrique
279. Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale
280. Pr. KABBAJ Saad	Anesthésie-Réanimation
281. Pr. KABIRI EL Hassane*	Chirurgie Thoracique
282. Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
283. Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique
284. Pr. MAHASSIN Fattouma*	Médecine Interne
285. Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
286. Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
287. Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
288. Pr. NABIL Samira	Gynécologie Obstétrique
289. Pr. NOUINI Yassine	Urologie
290. Pr. OUALIM Zouhir*	Néphrologie
291. Pr. SABBAH Farid	Chirurgie Générale
292. Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique
293. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia	Pédiatrie
294. Pr. TAZI MOUKHA Karim	Urologie

Décembre 2002

295. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*	Anatomie Pathologique
296. Pr. AMEUR Ahmed *	Urologie
297. Pr. AMRI Rachida	Cardiologie
298. Pr. AOURARH Aziz*	Gastro-Entérologie
299. Pr. BAMOU Youssef *	Biochimie-Chimie
300. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*	Endocrinologie et Maladies Métaboliques

301. Pr. BENBOUAZZA Karima
 302. Pr. BENZEKRI Laila
 303. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
 304. Pr. BERNOUSSI Zakiya
 305. Pr. BICHRA Mohamed Zakariya
 306. Pr. CHOHO Abdelkrim *
 307. Pr. CHKIRATE Bouchra
 308. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 309. Pr. EL ALJ Haj Ahmed
 310. Pr. EL BARNOUSSI Leila
 311. Pr. EL HAOURI Mohamed *
 312. Pr. EL MANSARI Omar*
 313. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
 314. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 315. Pr. HADDOUR Leila
 316. Pr. HAJJI Zakia
 317. Pr. IKEN Ali
 318. Pr. ISMAEL Farid
 319. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 320. Pr. KRIOULE Yamina
 321. Pr. LAGHMARI Mina
 322. Pr. MABROUK Hfid*
 323. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 324. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 325. Pr. MOUSTAINE My Rachid
 326. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 327. Pr. OUJILAL Abdelilah
 328. Pr. RACHID Khalid *
 329. Pr. RAISS Mohamed
 330. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 331. Pr. RHOU Hakima
 332. Pr. SIAH Samir *
 333. Pr. THIMOU Amal
 334. Pr. ZENTAR Aziz*
 335. Pr. ZRARA Ibtisam*

Rhumatologie
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Urologie
 Gynécologie Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Traumatologie Orthopédie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

336. Pr. ABDELLAH El Hassan
 337. Pr. AMRANI Mariam
 338. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 339. Pr. BENKIRANE Ahmed*
 340. Pr. BENRAMDANE Larbi*
 341. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 342. Pr. BOULAADAS Malik
 343. Pr. BOURAZZA Ahmed*

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Chimie Analytique
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie

344. Pr. CHAGAR Belkacem*	Traumatologie Orthopédie
345. Pr. CHERRADI Nadia	Anatomie Pathologique
346. Pr. EL FENNI Jamal*	Radiologie
347. Pr. EL HANCHI ZAKI	Gynécologie Obstétrique
348. Pr. EL KHORASSANI Mohamed	Pédiatrie
349. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*	Cardiologie
350. Pr. HACHI Hafid	Chirurgie Générale
351. Pr. JABOUIRIK Fatima	Pédiatrie
352. Pr. KARMANE Abdelouahed	Ophtalmologie
353. Pr. KHABOUZE Samira	Gynécologie Obstétrique
354. Pr. KHARMAZ Mohamed	Traumatologie Orthopédie
355. Pr. LEZREK Mohammed*	Urologie
356. Pr. MOUGHIL Said	Chirurgie Cardio-Vasculaire
357. Pr. NAOUMI Asmae*	Ophtalmologie
358. Pr. SAADI Nozha	Gynécologie Obstétrique
359. Pr. SASSENOU ISMAIL*	Gastro-Entérologie
360. Pr. TARIB Abdelilah*	Pharmacie Clinique
361. Pr. TIJAMI Fouad	Chirurgie Générale
362. Pr. ZARZUR Jamila	Cardiologie

Janvier 2005

363. Pr. ABBASSI Abdellah	Chirurgie Réparatrice et Plastique
364. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*	Chirurgie Générale
365. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid	Microbiologie
366. Pr. ALLALI Fadoua	Rhumatologie
367. Pr. AMAR Yamama	Néphrologie
368. Pr. AMAZOUZI Abdellah	Ophtalmologie
369. Pr. AZIZ Nouredine*	Radiologie
370. Pr. BAHIRI Rachid	Rhumatologie
371. Pr. BARKAT Amina	Pédiatrie
372. Pr. BENHALIMA Hanane	Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
373. Pr. BENHARBIT Mohamed	Ophtalmologie
374. Pr. BENYASS Aatif	Cardiologie
375. Pr. BERNOUSSI Abdelghani	Ophtalmologie
376. Pr. BOUKLATA Salwa	Radiologie
377. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed	Ophtalmologie
378. Pr. DOUDOUH Abderrahim*	Biophysique
379. Pr. EL HAMZAOUI Sakina	Microbiologie
380. Pr. HAJJI Leila	Cardiologie
381. Pr. HESSISEN Leila	Pédiatrie
382. Pr. JIDAL Mohamed*	Radiologie
383. Pr. KARIM Abdelouahed	Ophtalmologie
384. Pr. KENDOUCI Mohamed*	Cardiologie
385. Pr. LAAROUSSI Mohamed	Chirurgie Cardio-vasculaire
386. Pr. LYAGOUBI Mohammed	Parasitologie
387. Pr. NIAMANE Radouane*	Rhumatologie
388. Pr. RAGALA Abdelhak	Gynécologie Obstétrique

389. Pr. SBIHI Souad
 390. Pr. TNACHERI OUZZANI Btissam
 391. Pr. ZERAIDI Najia

Histo-Embryologie Cytogénétique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 424. Pr. AFIFI Yasser
 425. Pr. AKJOUJ Said*
 426. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra
 427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 428. Pr. BENCHEIKH Razika
 429. Pr. BIYI Abdelhamid*
 430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 432. Pr. CHEIKHAOUI Younes
 433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 434. Pr. DOGHMI Nawal
 435. Pr. ESSAMRI Wafaa
 436. Pr. FELLAT Ibtissam
 437. Pr. FAROUDY Mamoun
 438. Pr. GHADOUANE Mohammed*
 439. Pr. HARMOUCHE Hicham
 440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 441. Pr. IDRIS LAHLOU Amine
 442. Pr. JROUNDI Laila
 443. Pr. KARMOUNI Tariq
 444. Pr. KILI Amina
 445. Pr. KISRA Hassan
 446. Pr. KISRA Mounir
 447. Pr. KHARCHAFI Aziz*
 448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 450. Pr. MANSOURI Hamid*
 451. Pr. NAZIH Naoual
 452. Pr. OUANASS Abderrazzak
 453. Pr. SAFI Soumaya*
 454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 455. Pr. SEFIANI Sana
 456. Pr. SOUALHI Mouna
 457. Pr. TELLAL Saida*
 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
 Dermatologie
 Radiologie
 Dermatologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio - Vasculaire
 Chirurgie Cardio - Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Gastro-entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie - Pédiatrique
 Médecine Interne
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo - Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo - Phtisiologie

Octobre 2007

458. Pr. LARAQUI HOUSSEINI Leila
 459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid

Anatomie pathologique
 Anesthésie réanimation
 Anesthésier réanimation

461. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *	Anesthésie réanimation
462. Pr. BAITE Abdelouahed *	Anesthésie réanimation
463. Pr. TOUATI Zakia	Cardiologie
464. Pr. OUZZIF Ez zohra *	Biochimie
465. Pr. BALOUCH Lhousaine *	Biochimie
466. Pr. SELKANE Chakir *	Chirurgie cardio vasculaire
467. Pr. EL BEKKALI Youssef *	Chirurgie cardio vasculaire
468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *	Chirurgie cardio vasculaire
469. Pr. EL ABSI Mohamed	Chirurgie générale
470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *	Chirurgie générale
471. Pr. ACHOUR Abdessamad *	Chirurgie générale
472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq *	Chirurgie générale
473. Pr. GHARIB Nouredine	Chirurgie plastique
474. Pr. TABERKANET Mustafa *	Chirurgie vasculaire périphérique
475. Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
476. Pr. MASRAR Azlarab	Hématologie biologique
477. Pr. RABHI Monsef *	Médecine interne
478. Pr. MRABET Mustapha *	Médecine préventive santé publique et hygiène
479. Pr. SEKHSOKH Yessine *	Microbiologie
480. Pr. SEFFAR Myriame	Microbiologie
481. Pr. LOUZI Lhoussain *	Microbiologie
482. Pr. MRANI Saad *	Virologie
483. Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie
484. Pr. ICHOU Mohamed *	Oncologie médicale
485. Pr. TACHFOUTI Samira	Ophtalmologie
486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine	Ophtalmologie
487. Pr. MELLAL Zakaria	Ophtalmologie
488. Pr. AMMAR Haddou *	ORL
489. Pr. AOUI Sarra	Parasitologie
490. Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
491. Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
492. Pr. ACHACHI Leila	Pneumo phtisiologie
493. Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie
494. Pr. BENZIANE Hamid *	Pharmacie clinique
495. Pr. CHERKAOUI Naoual *	Pharmacie galénique
496. Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
497. Pr. MAHI Mohamed *	Radiologie
498. Pr. RADOUANE Bouchaib *	Radiologie
499. Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
500. Pr. SIFAT Hassan *	Radiothérapie
501. Pr. HADADI Khalid *	Radiothérapie
502. Pr. ABIDI Khalid	Réanimation médicale
503. Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
504. Pr. TANANE Mansour *	Traumatologie orthopédie
505. Pr. AMHAJJI Larbi *	Traumatologie orthopédie

Mars 2009

Pr. BJIJOU Younes	Anatomie
Pr. AZENDOUR Hicham *	Anesthésie Réanimation
Pr. BELYAMANI Lahcen *	Anesthésie Réanimation
Pr. BOUHSAIN Sanae *	Biochimie
Pr. OUKERRAJ Latifa	Cardiologie
Pr. LAMSAOURI Jamal *	Chimie Thérapeutique
Pr. MARMADE Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AMAHZOUNE Brahim *	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *	Chirurgie Générale
Pr. BOUNAIM Ahmed *	Chirurgie Générale
Pr. EL MALKI Hadj Omar	Chirurgie Générale
Pr. MSSROURI Rahal	Chirurgie Générale
Pr. CHTATA Hassan Toufik *	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pr. BOUI Mohammed *	Dermatologie
Pr. KABBAJ Nawal	Gastro-entérologie
Pr. FATHI Khalid	Gynécologie obstétrique
Pr. MESSAOUDI Nezha *	Hématologie biologique
Pr. CHAKOUR Mohammed *	Hématologie biologique
Pr. DOGHMI Kamal *	Hématologie clinique
Pr. ABOUZAHIR Ali *	Médecine interne
Pr. ENNIBI Khalid *	Médecine interne
Pr. EL OUENNASS Mostapha	Microbiologie
Pr. ZOUHAIR Said*	Microbiologie
Pr. L'kassimi Hachemi*	Microbiologie
Pr. AKHADDAR Ali *	Neuro-chirurgie
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia	Neurologie
Pr. AGADR Aomar *	Pédiatrie
Pr. KARBOUBI Lamya	Pédiatrie
Pr. MESKINI Toufik	Pédiatrie
Pr. KABIRI Meryem	Pédiatrie
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *	Pneumo-phtisiologie
Pr. BASSOU Driss *	Radiologie
Pr. ALLALI Nazik	Radiologie
Pr. NASSAR Ittimade	Radiologie
Pr. HASSIKOU Hasna *	Rhumatologie
Pr. AMINE Bouchra	Rhumatologie
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *	Traumatologie orthopédique
Pr. KADI Said *	Traumatologie orthopédique

Octobre 2010

Pr. AMEZIANE Taoufiq*	Médecine interne
Pr. ERRABIH Ikram	Gastro entérologie
Pr. CHERRADI Ghizlan	Cardiologie
Pr. MOSADIK Ahlam	Anesthésie Réanimation
Pr. ALILOU Mustapha	Anesthésie réanimation
Pr. KANOUNI Lamya	Radiothérapie

Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. MALIH Mohamed*
 Pr. BOUSSIF Mohamed*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. RAISSOUNI Zakaria*
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. LEZREK Mounir
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. ZOUAIDIA Fouad
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. CHADLI Mariama*

Radiologie
 Radiologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Médecine aérologique
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Chirurgie pédiatrique
 Urologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 ORL
 Ophtalmologie
 Hématologie
 Anatomie pathologique
 Anatomie pathologique
 Physiologie
 Biochimie chimie
 Microbiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES **PROFESSEURS**

1. Pr. ABOUDRAR Saadia
2. Pr. ALAMI OUHABI Naima
3. Pr. ALAOUI KATIM
4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
5. Pr. ANSAR M'hammed
6. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
7. Pr. BOUHOUCHE Ahmed
8. Pr. BOURJOUANE Mohamed
9. Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia
10. Pr. DAKKA Taoufiq
11. Pr. DRAOUI Mustapha
12. Pr. EL GUESSABI Lahcen
13. Pr. ETTAIB Abdelkader
14. Pr. FAOUZI Moulay El Abbes
15. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
16. Pr. IBRAHIMI Azeddine
17. Pr. KABBAJ Ouafae
18. Pr. KHANFRI Jamal Eddine
19. Pr. REDHA Ahlam
20. Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
21. Pr. TOUATI Driss
22. Pr. ZAHIDI Ahmed
23. Pr. ZELLOU Amina

Physiologie
 Biochimie
 Pharmacologie
 Histologie-Embryologie
 Chimie Organique et Pharmacie Chimique
 Applications Pharmaceutiques
 Génétique Humaine
 Microbiologie
 Biochimie
 Physiologie
 Chimie Analytique
 Pharmacognosie
 Zootechnie
 Pharmacologie
 Chimie Organique

 Biochimie
 Biologie
 Biochimie
 Chimie Organique
 Pharmacognosie
 Pharmacologie
 Chimie Organique

* *Enseignants Militaires*



Dédicace

Par la grâce de Dieu le tout puissant, je dédie ce modeste travail :

A Mes Très Chers Parents :

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être.

C'est à travers vos encouragements que j'ai opté pour cette noble profession, et c'est à travers vos critiques que je me suis réalisée.

J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondé en moi.

Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour.

Que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez le flambeau illuminant le chemin de vos enfants

A Mes sœurs, mes deux frères et leurs époux:

Veillez percevoir à travers ce travail, l'expression de ma profonde affection et énorme respect.

Avec tout l'amour que je vous porte, je vous souhaite beaucoup de bonheur dans votre vie.

A Mes nièces et neveux: *Hiba, Aya, Zineb, Adam, Khaoula, Yahya, Ahlam, Raida, et Rihanna.*

A Mes oncles et tantes

Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien, encouragements, et affection.

A Mes cousins et cousines

A qui je souhaite une vie pleine de bonheur et de succès.

A tout le reste de la famille :

A la famille SKALLI :

J'ai toujours senti que vous êtes ma deuxième famille que j'aime et je respecte. Je vous remercie pour tous ce que vous m'avez apporté.

Et à tous mes amis et amies

Qui n'ont pas cessé de m'encourager. Merci pour les bons moments qu'on a passé ensemble, pour votre soutien et votre serviabilité.

A mes promotionnaires.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

À tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et diminuer leurs souffrances.

NOS REMERCIEMENTS VONT A :

*A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur Le Professeur M. DIMOU
Chef de Pôle des Urgences médico-chirurgicales de l'HMIMV de
Rabat*

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant
de présider notre jury de thèse.*

*Puisse ce travail être l'occasion de vous exprimer,
Cher Maître, notre respectueuse estime.*



A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE

Monsieur le Professeur L. BELYAMANI

*Chef service des Urgences médico-chirurgicales de l'HMIMV de
Rabat*

*Vous nous avez fait confiance en acceptant de nous
guider dans la réalisation de ce travail qui d'ailleurs est
le vôtre.*

*Votre rigueur scientifique, et votre amour pour le travail
font de vous un homme de qualité.*

*Nous n'oublierons jamais l'atmosphère chaleureuse et
assidue de vos séances de travail.*

*Votre désir de partager vos connaissances est une marque de
votre sympathie et de votre sens des relations humaines.*

*Veillez trouver ici, Cher Maître, l'expression de
nos sincères remerciements.*



*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
Monsieur Le Professeur A. BAITE*

*Votre accueil et votre simplicité ne font que
consolider les considérations que nous vous
portons.*

*Votre présence nous est tout aussi honorable
que votre acceptation de juger ce modeste travail.*



*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
Monsieur le Professeur A. MOUSSAOUI*

*Votre présence nous est aussi honorable
qu'essentielle.*

*Votre acceptation de nous accorder de votre temps
nous touche.*

*Que notre profonde considération vous soit
exprimée.*



A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

Monsieur le Professeur S. SIAH

Chef du service de C.P.R et des Brûlés de l'HMIMV de Rabat

Votre présence morale nous serait tout aussi

honorable qu'aurait été votre présence

effective.

Nous vous portons tout l'estime qui vous est dû.



Listes des tableaux et des figures :

TABLEAU 1 : Caractéristiques démographiques des patients.

TABLEAU 2 : Situations particulières

TABLEAU 3 : Facteurs de risque de mortalité.

TABLEAU 4 : Critères de gravité.

TABLEAU 5: SaO₂.

TABLEAU 6 : Indication d'hospitalisation en réanimation ou unité de soins intensifs (critères).

TABLEAU 7 : Indication d'hospitalisation en réanimation ou unité de soins intensifs (oui ou non).

TABLEAU 8 : Caractéristiques cliniques.

TABLEAU 9 : Caractéristiques radiologiques.

TABLEAU 10: catégorisation des patients en fonction de l'âge et comorbidité.

TABLEAU 11 : Orientation bactériologique

TABLEAU 12 : Hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des urgences)

TABLEAU 13: Antibiothérapie préalable.

TABLEAU 14 : Antibiothérapie (protocoles).

TABLEAU 15 : Antibiothérapie (voie d'administration).

TABLEAU 16: Antibiothérapie (durée de traitement = 10 jours).

TABLEAU 17: Pourcentage d'antibiothérapies conformes et non conformes aux recommandations de la Conférence de Consensus

TABLEAU 18 : Evolution favorable.

TABLEAU 19 : Distribution des critères socio-démographiques des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

TABLEAU 20 : Distribution des critères de gravité des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

TABLEAU 21 : Distribution des situations particulières des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

TABLEAU 22 : Distribution de la SpO₂ des patients en fonction de l'hospitalisation en en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

TABLEAU 23 : Distribution des facteurs de risque de mortalité des patients en fonction de l'hospitalisation en en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

TABLEAU 24 : Distribution des signes radiologiques des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

TABLEAU 25 : Distribution des signes cliniques des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

TABLEAU 26 : Distribution des critères d'hospitalisation des patients en réanimation en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

TABLEAU 27 : Distribution des catégories de protocoles utilisés en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

TABLEAU 28 : Distribution de la voie d'administration utilisée en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

TABLEAU 29 : Distribution de la durée du protocole utilisé en fonction de la voie d'administration.

TABLEAU 30 : Antibiothérapie probabiliste des PAC en ambulatoire (selon SPILF)

TABLEAU 31 : Antibiothérapie probabiliste des PAC non sévères hospitalisées (SAU, service de médecine) (selon la SPILF)

TABLEAU 32 : Antibiothérapie probabiliste des PAC sévères (Unités de soins intensifs ou réanimation) (selon la SPILF).

FIGURE 1: Répartition hommes/femmes

FIGURE 2: Répartition des patients selon l'âge

FIGURE 3: Age supérieur ou égale à 65 ans

FIGURE 4: Age inférieur ou égale à 50 ans

FIGURE 5: Présence d'au moins une situation particulière

FIGURE 6: Situations particulières

FIGURE 7: Présence d'au moins un facteur de risque de mortalité

FIGURE 8: Facteurs de risque de mortalité

FIGURE 9: Critères de gravité

FIGURE 10: Saturation du sang artériel en oxygène

FIGURE 11: Présence d'au moins un critère d'admission en réanimation

FIGURE 12: Critères d'admission en réanimation

FIGURE 13: Présence d'au moins un signe clinique

FIGURE 14: Signes cliniques

FIGURE 15: Présence d'au moins un signe radiologique

FIGURE 16: Signes radiologiques

FIGURE 17: Antibiothérapie préalable

FIGURE 18: Protocole thérapeutique

FIGURE 19: Voie d'administration

FIGURE 20: Prise en charge en ambulatoire ou à l'hôpital des PAC (selon l'AFSSPAS et la SPILF)

Tables des matières :

LISTES DES TABLEAUX ET DES FIGURES

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS

INTRODUCTION 1

MATERIELS ET METHODES 4

A. Typologie et lieu de l'étude 5

B. Référentiel thérapeutique 5

C. Population et méthodes 5

RESULTATS 9

I. Statistiques Descriptives concernant la P.E.C des PAC 10

A. Population : 10

Caractéristiques démographiques des patients : 10

Situations particulières : 13

Facteurs de risque de mortalité : 15

B. Tableaux cliniques à l'arrivée au SAU : 18

1. Critères de gravité : 18

2. Saturation en oxygène du sang artériel à l'admission (SaO₂) 19

3. Les critères d'hospitalisation en réanimation ou unité de soins intensifs 21

4. Caractéristiques cliniques : 23

5. Caractéristiques radiologiques : 25

6. Catégorisation des patients en fonction de l'âge et comorbidité : 27

C. Taux de mortalité : 27

D. Orientation bactériologique : 27

E. Données concernant la prise en charge des patients au SAU :	28
1. Orientation vers l'unité de soins intensifs (réanimation des urgences) :	28
2. Antibiothérapie préalable:	28
3. Antibiothérapie prescrite au SAU :	29
4. Evolution :	32
II. Statistiques Analytiques concernant la P.E.C des PAC.....	33
1. Distribution des critères socio- démographiques des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs :	33
2. Distribution des critères de gravité des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs.....	34
3. Distribution des situations particulières des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs.....	34
4. Distribution de la SpO2 des patients en fonction de l'hospitalisation en en unité de soins intensifs.....	35
5. Distribution des facteurs de risque de mortalité des patients en fonction de l'hospitalisation en en unité de soins intensifs.....	35
6. Distribution des signes radiologiques des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs	36
7. Distribution des signes cliniques des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs.....	36
8. Distribution des critères d'hospitalisation des patients en réa en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs.....	37
9. Distribution des catégories de protocoles utilisés en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs.....	38
10. Distribution de la voie d'administration utilisée en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs.....	38

11. Distribution de la durée du protocole utilisé en fonction de	
la voie d'administration	39
DISCUSSION	40
I-Données épidémiologiques :.....	41
A-Population	41
B-Tableaux cliniques.....	45
C-Taux de mortalité	49
II-Prise en charge du patient au sein du SAU	49
A-Orientation des patients:.....	49
B-Antibiothérapie	53
CONCLUSION	59
RESUMES.....	61
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXE.....	74

PLAN

LISTES DES TABLEAUX ET DES FIGURES

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS

INTRODUCTION

MATERIELS ET METHODES

RESULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

RESUMES

ANNEXE

BIBLIOGRAPHIE

Abréviations :

AFSSAPS	: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ATS	: American Thoracic Society
APNET	: Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique
APP	: Association de Perfectionnement des Pneumologues Libéraux
BPCO	: Bronchopneumopathie chronique obstructive
PAC	: Pneumopathie Communautaire Aigue.
CMIT	: Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales
CHU	: centre hospitalier universitaire
FR	: Fréquence Respiratoire
FiO₂	: Fraction inspirée en Oxygène.
HMI MV	: Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V
IV	: Intraveineux
PO	: Per Os
PaO₂	: Pression en Oxygène du sang Artériel
SaO₂	: Saturation en oxygène du sang artériel.
SAU	: Service d'Accueil et d'Urgences.
SPILF	: Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
SFM	: Société Française de Microbiologie
SFMU	: Société Francophone de Médecine d'Urgence
SNFMI	: Société Nationale Française de Médecine Interne
SPLF	: Société de Pneumologie de Langue Française
SRLF	: Société de Réanimation de Langue Française

T : Température.
Tas : Tension artériel systolique
Tad : Tension artériel diastolique
USI : Unité de Soins Intensifs

INTRODUCTION

La pneumopathie aiguë communautaire (PAC) est une maladie fréquente, caractérisée par une morbi-mortalité élevée. Il s'agit d'une infection du parenchyme pulmonaire. Elle est dite communautaire si elle survient en milieu extrahospitalier, ou au cours des 48 premières heures d'hospitalisation, ou au-delà de quatorze jours après un séjour hospitalier (1)

Les pneumopathies communautaires sont représentées par l'ensemble des pneumonies contractées hors d'une structure de soins, dans la population générale assimilée à une communauté (2)

Du fait de leur gravité immédiate et de leur mortalité, les pneumopathies communautaires les plus sévères doivent bénéficier d'une prise en charge et d'un traitement immédiats. (3)

Les problèmes majeurs posés aux Urgences, sont : Le site du traitement (ambulatoire ou hospitalier) et le type d'antibiothérapie probabiliste. (4)

Le but de notre étude consiste à évaluer l'épidémiologie, la qualité de la prise en charge au service des urgences, et le pronostic des pneumopathies communautaires graves.

C'est une étude prospective et descriptive portant sur 29 patients admis pour une pneumopathie aiguë communautaire au SAU de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V de Rabat, du 1^{er} septembre 2012 au 30 décembre 2012.

Nous allons comparer nos résultats avec les recommandations de la 15^{ème} Conférence de Consensus en Thérapeutique Anti-Infectieuse de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) de 2006.

MATERIELS ET METHODES

A- Typologie et lieu de l'étude :

Il s'agit d'une enquête descriptive prospective, réalisée au service des urgences médico-chirurgicales de l'HMIMV-Rabat. Elle s'est déroulée sur une période de trois mois (du 1^{er} septembre 2012 au 30 décembre 2012). Le choix de la période étant conditionné par le caractère saisonnier de la pathologie.

B- Référentiel thérapeutique :

Le référentiel utilisé était les recommandations de la 15^{ème} conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse du 15 Mars 2006, sur **la prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent**, organisé par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) en partenariat avec l'Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique (APNET), l'Association de Perfectionnement des Pneumologues Libéraux (APP), le Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT), la Société Française de Microbiologie (SFM), la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU), la Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI), la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF), la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF).(5)

C- Population et méthodes :

1. Population source

Notre étude porte sur 29 cas. Elle a concerné les patients hospitalisés aux urgences pour PAC, les PAC traitées en ambulatoire ont été exclues de l'étude.

- Critères d'inclusion :

- Age > 18 ans

- Présence d'au moins un critère radiologique évocateur d'une pneumopathie aiguë communautaire.

- Présence d'au moins 2 critères cliniques évocateurs d'une pneumopathie aiguë communautaire.

- Critères d'exclusion :

- Patient HIV +

- Patient immunodéprimé

- Mucoviscidose

- Trachéotomie

- Ventilation mécanique chronique

2. Recueil et saisie des données

Le diagnostic de PAC à été suspecté ou confirmé sur un ensemble d'arguments cliniques ou radiologiques, en se basant sur les Recommandations de la 15^{ème} Conférence de Consensus de SPILF.

L'enregistrement des patients se faisait à mesure de leur hospitalisation au service des urgences (salle d'observation ou unité de soins intensifs), les hospitalisations y sont assurées par les urgentistes du service, et orientées selon des critères bien définis dans la salle d'observation ou l'unité de soins intensifs du service sensé assurer des soins de réanimation proprement dite.

 Les variables de l'étude :

Les variables de l'étude ont été recueillies sur une fiche d'exploitation établie à cet effet (voir annexe page 74). Ainsi pour chaque patient, il à été précisé :

- Le sexe et l'âge,
- Les critères de gravité tels qu'ils sont définis dans la Conférence de Consensus de la SPILF: Atteinte des fonctions supérieures, Tas < 90 mmHg, pouls > 120/min, FR > 30/min, T < 35°C ou > 40°C, pneumopathie d'inhalation ou sur obstacle.

Nous relevons, de plus, le critère SaO₂.

- les situations particulières, telles qu'elles sont précisées dans la Conférence de Consensus : Complication de la pneumopathie (pleurésie, abcédation), néoplasie évolutive associée, conditions socioéconomiques défavorables, inobservance thérapeutique prévisible, isolement notamment chez les personnes âgées.
- les facteurs de risque de mortalité tels qu'ils sont définis dans la Conférence de Consensus : Age > 65 ans, insuffisance cardiaque congestive, maladie cérébrovasculaire, maladie rénale, maladie hépatique, diabète sucré non équilibré, BPCO, insuffisance respiratoire chronique, hospitalisation dans l'année, vie en institution.
- Les critères diagnostiques cliniques : toux, expectoration, dyspnée, température > 37,8°C, anomalies auscultatoires diffuses ou en foyer, douleur pleurale, encéphalopathie.
- Les critères diagnostiques radiologiques : infiltrats récents, foyer alvéolaire, syndrome interstitiel diffus.
- les critères précis d'admission en unité de soins intensifs tels qu'ils sont définis dans la Conférence de Consensus : FR > 30/min, PaO₂/FiO₂ < 250 mmHg, nécessité d'une ventilation assistée,

critères radiologiques (atteinte bilatérale ou multilobaire), état de choc ($Tas < 90$ mmHg ou $Tad < 60$ mm Hg), nécessité d'un traitement vasopresseur plus de 4 heures, oligo-anurie (diurèse < 20 ml/h ou diurèse des 4 heures < 80 ml).

- les modalités thérapeutiques : molécules utilisées, posologie, voie d'administration, durée de traitement, et l'existence d'une antibiothérapie préalable)
- l'évolution.

Les données d'orientation bactériologique n'ont pas été considérées en raison des difficultés de faisabilité et par conséquent beaucoup de valeurs manquent sur la base de données.

Les variables qualitatives sont exprimées en effectif (pourcentage) et la seule variable quantitative recueillie a été exprimée en moyenne \pm écart type.

3. Analyse statistique :

L'analyse des résultats a fait appel à deux tests :

« Test exact de Fisher » : comparaison de deux groupes indépendants pour une variable qualitative.

« Test U de Mann Whitney » : comparaison de deux groupes indépendants pour une variable quantitative ; avec un seuil de signification p de 5% (0,05).

RESULTATS

I. Statistiques Descriptives concernant la P.E.C des PAC

A. Population :

1) Caractéristiques démographiques des patients :

TABLEAU 1 : Caractéristiques démographiques des patients.

Caractéristique	Valeur
Sexe N(%)	
Masculin	15(51,7)
Féminin	14(48,3)
Age (année)	66,52+/- 11,05
Age < 50ans N(%)	
Oui	1(3,4)
Non	28(96,6)
Age ≥ 65ans N(%)	
Oui	19(65,5)
Non	10(34,5)

Les valeurs sont exprimées en moyenne+/-écart-type et effectif (pourcentage) ; tests de normalité de distribution utilisé pour les moyennes : test de Kolmogorov-Smirnov) et histogrammes ;

Test de normalité de distribution K-S pour l'âge : $p=0,897 > 0,05$, donc la distribution est symétrique.

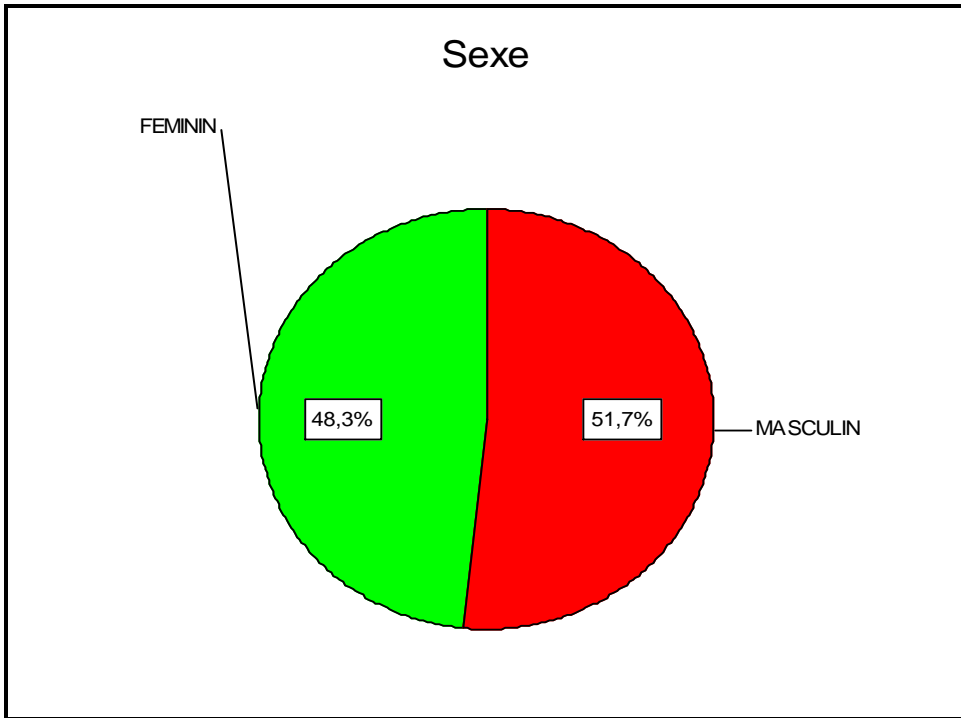


FIGURE 20: Répartition hommes/femmes

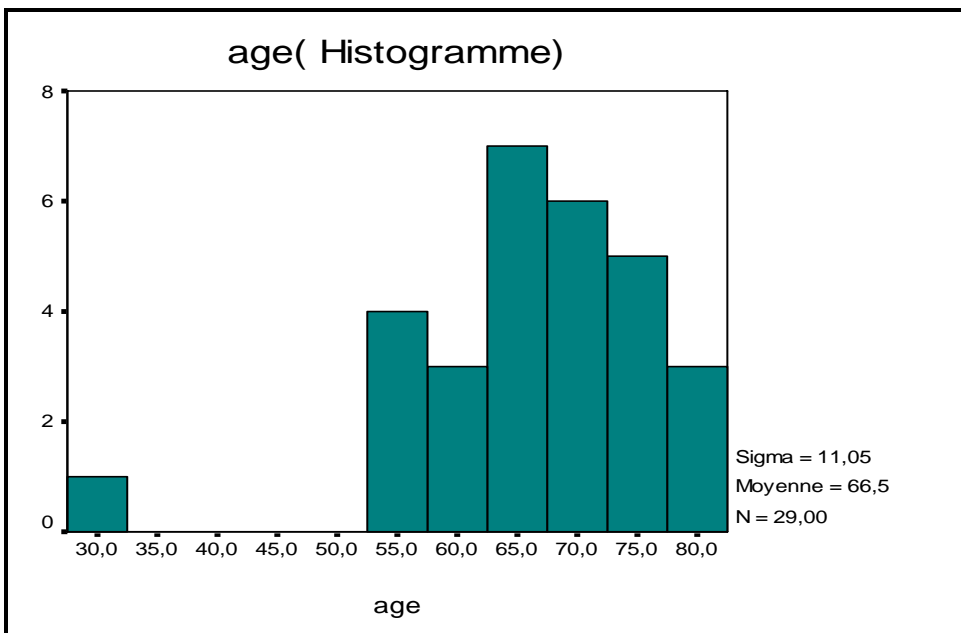


Figure 21: Répartition des patients selon l'âge

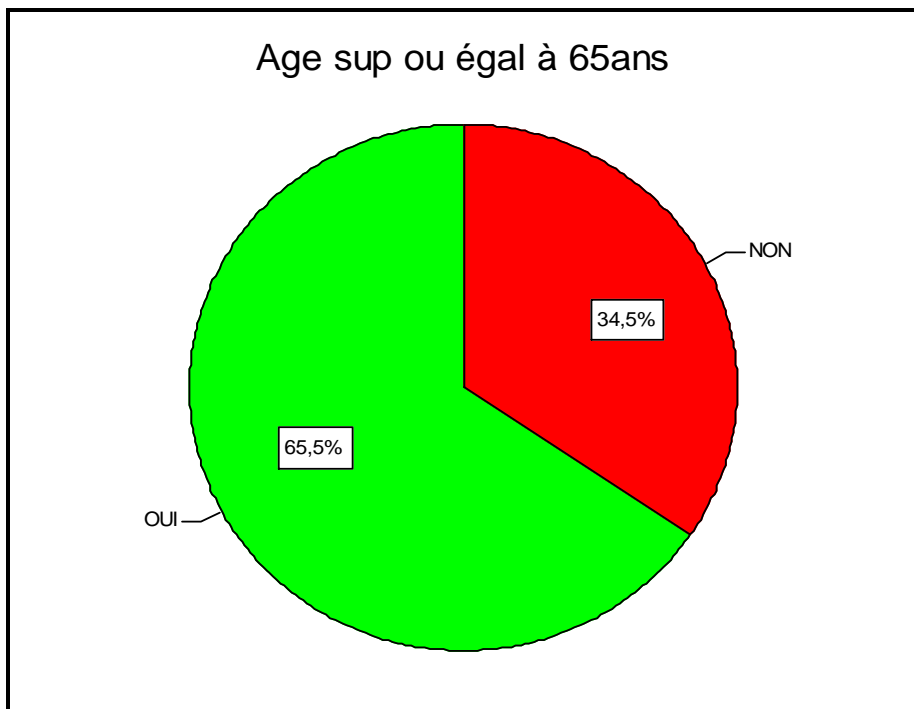


Figure 22: Age supérieur ou égale à 65 ans

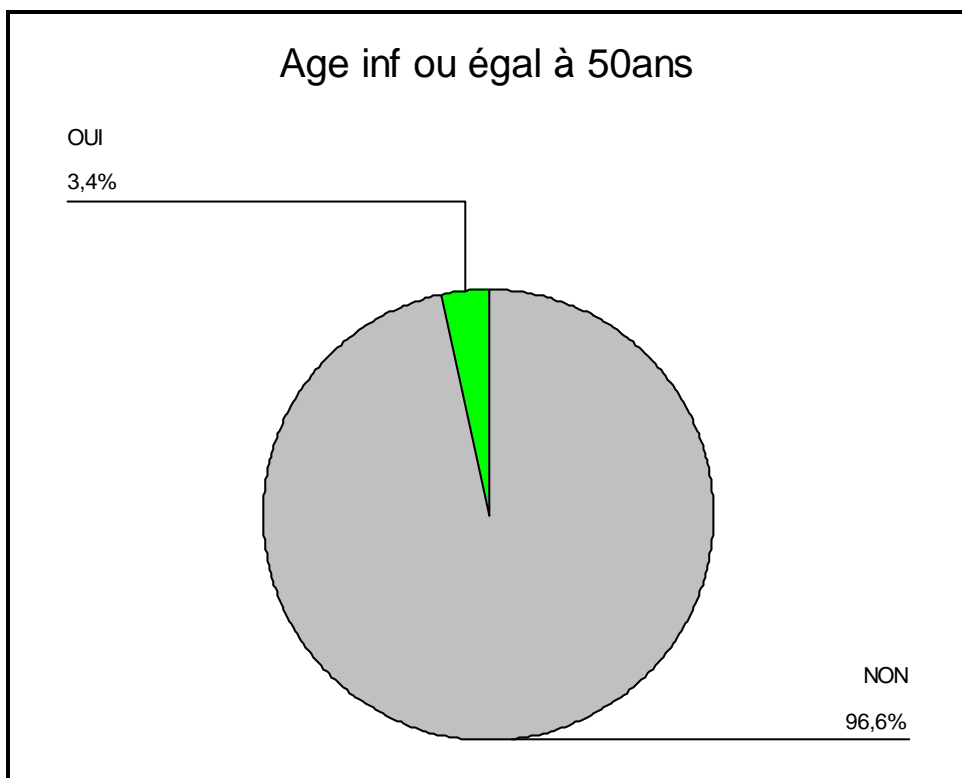


Figure 23: Age inférieur ou égale à 50 ans

2)- Situations particulières :

TABLEAU 2 : Situations particulières

Caractéristique	Valeur
Complication de la PNP N(%)	
Oui	6(20,7)
Non	23(79,3)
Néoplasie évolutive associée N(%)	
Oui	2(6,9)
Non	27(93,1)
Conditions socioéconomiques défavorables N(%)	
Oui	8(27,6)
Non	21(72,4)
Inobservance thérapeutique prévisible N(%)	
Oui	1(3,4)
Non	28(96,6)
Isolement surtout chez les personnes âgées N(%)	
Oui	-
Non	29(100)
Présence d'au moins une situation particulière	
Oui	14(48,3)
Non	15(51,7)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

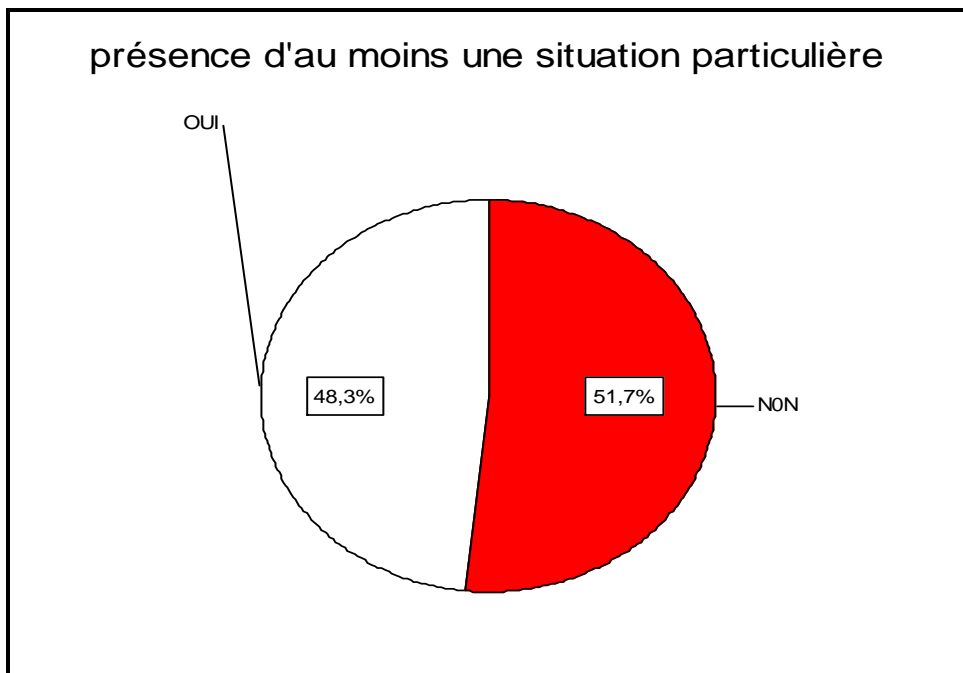


Figure 24: Présence d'au moins une situation particulière

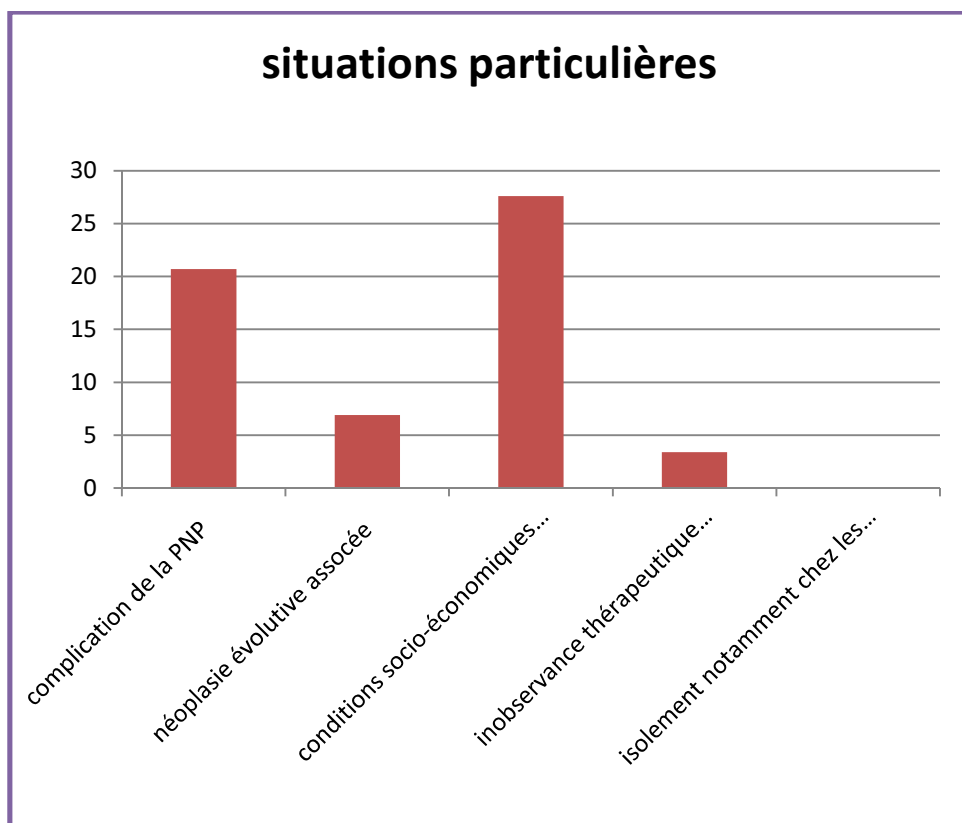


Figure 25: Situations particulières

3)- Facteurs de risque de mortalité :

TABLEAU 3 : Facteurs de risque de mortalité.

Caractéristique	Valeur
Age ≥ 65ans N(%)	
Oui	19(65,5)
Non	10(34,5)
Insuffisance cardiaque congestive N(%)	
Oui	7(24,1)
Non	22(75,9)
Maladie cérébro-vasculaire N(%)	
Oui	2(6,9)
Non	27(93,1)
Maladie rénale N(%)	
Oui	2(6,9)
Non	27(93,1)
Maladie hépatique N(%)	
Oui	2(16,9)
Non	7(93,1)
Diabète sucré non équilibré N(%)	
Oui	2(6,9)
Non	27(93,1)
BPCO N(%)	
Oui	5(17,2)
Non	24(82,8)
Insuffisance respiratoire chronique N(%)	
Oui	6(20,7)
Non	23(79,3)
Hospitalisation dans l'année N(%)	
Oui	12(41,4)
Non	17(58,6)
Vie en institution N(%)	
Oui	6(20,7)
Non	23(79,3)

Nombre total des facteurs de risque N(%)	
0 facteur	4(13,8)
1 facteur	7(24,1)
≥ 2 facteurs	18(62,1)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

On n'a pas eu recours à la catégorisation des patients en fonction de l'âge < ou ≥ 65ans pour poser l'indication d'hospitalisation, puisqu'ils ont tous au moins un critère d'hospitalisation autre que les facteurs de risque de mortalité.

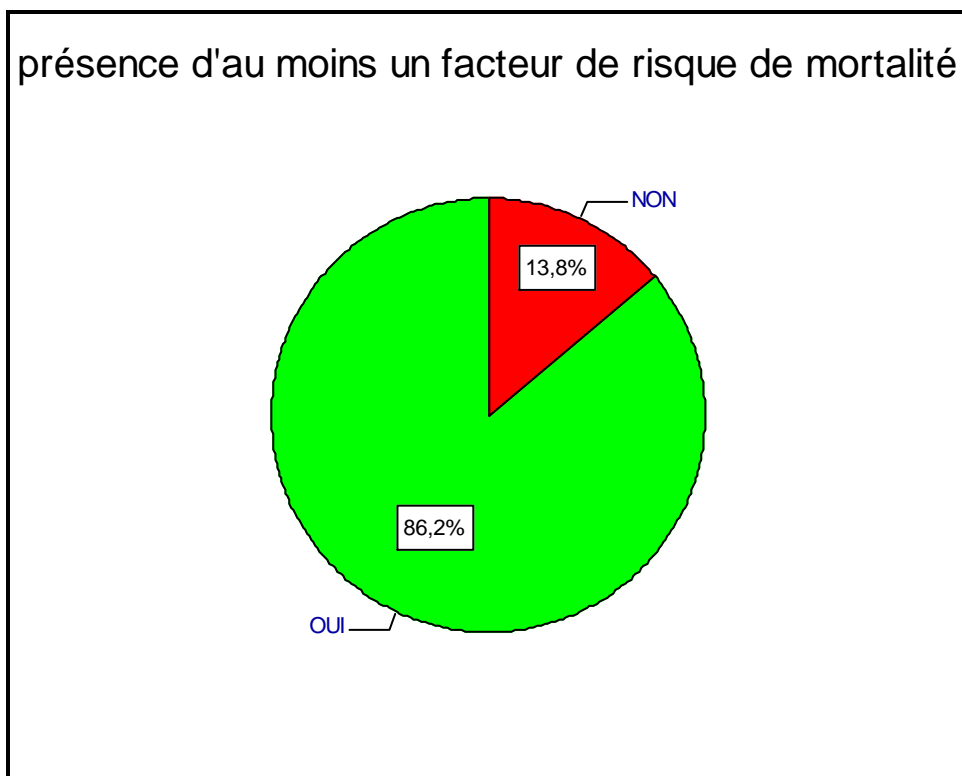


Figure 26: Présence d'au moins un facteur de risque de mortalité

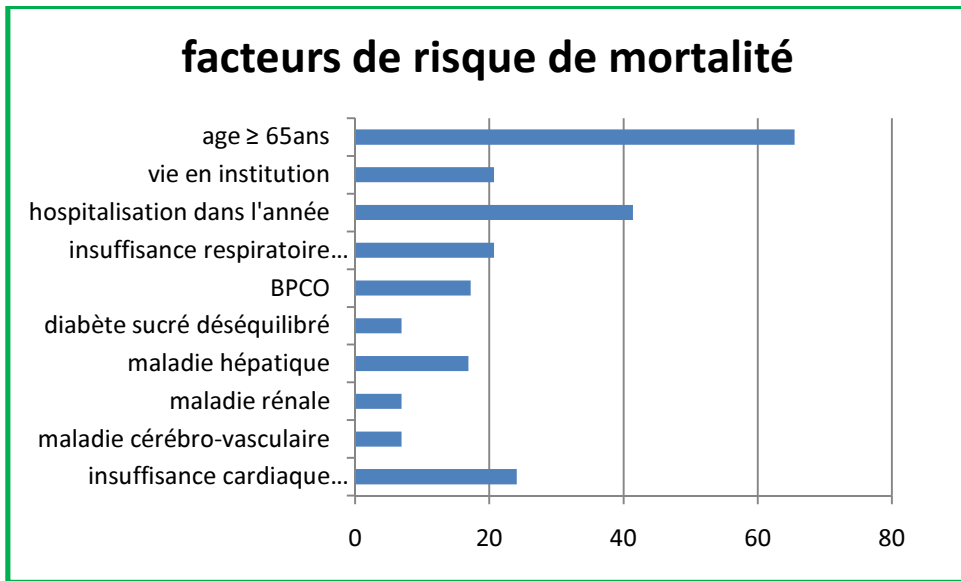


Figure 27: Facteurs de risque de mortalité

B. Tableaux cliniques à l'arrivée au SAU :

1) critères de gravité :

TABLEAU 4 : Critères de gravité.

Caractéristique	Valeur
Atteinte des fonctions sup N(%)	
Oui	9(31)
Non	20(69)
TA < 90mmHg N(%)	
Oui	4(13,8)
Non	25(86,2)
Pouls > 120/min N(%)	
Oui	23(79,3)
Non	6(20,7)
FR > 30/min N(%)	
Oui	26(89,7)
Non	3(10,3)
T° < 35°C ou > 40°C N(%)	
Oui	5(17,2)
Non	24(82,8)
PNP d'inhalation ou sur obstacle N(%)	
Oui	2(6,9)
Non	27(93,1)
Présence d'au moins un critère de gravité	
Oui	<u>29(100)</u>
Non	-

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

Tous les patients présentaient au moins un critère d'hospitalisation.

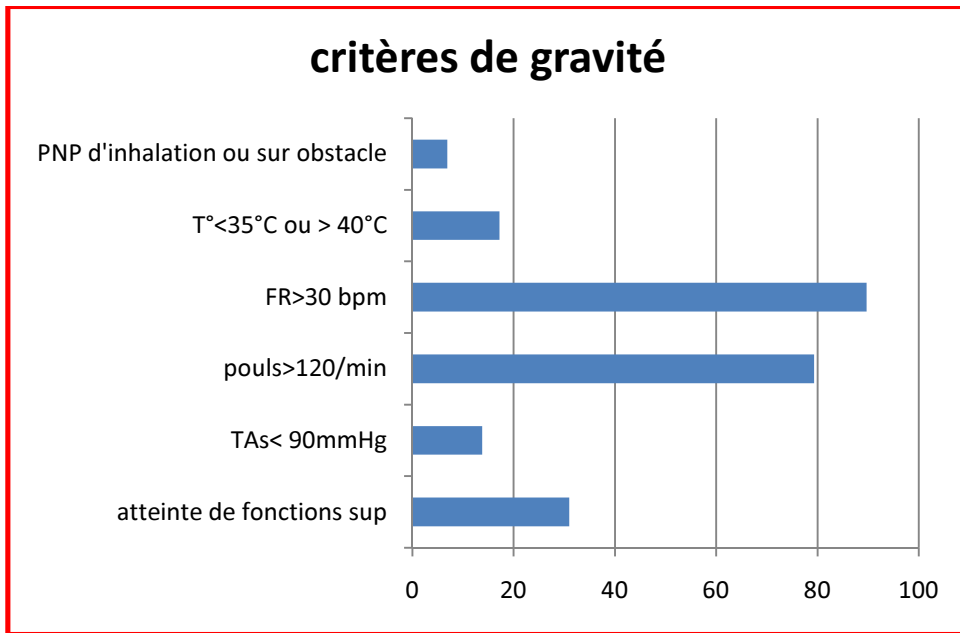


Figure 28: Critères de gravité

2)- Saturation en oxygène du sang artériel à l'admission (SaO2)

TABLEAU 5: SaO2.

Caractéristique	Valeur
SaO2 < 90% N(%)	
Oui	18(62,1)
Non	11(37,9)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

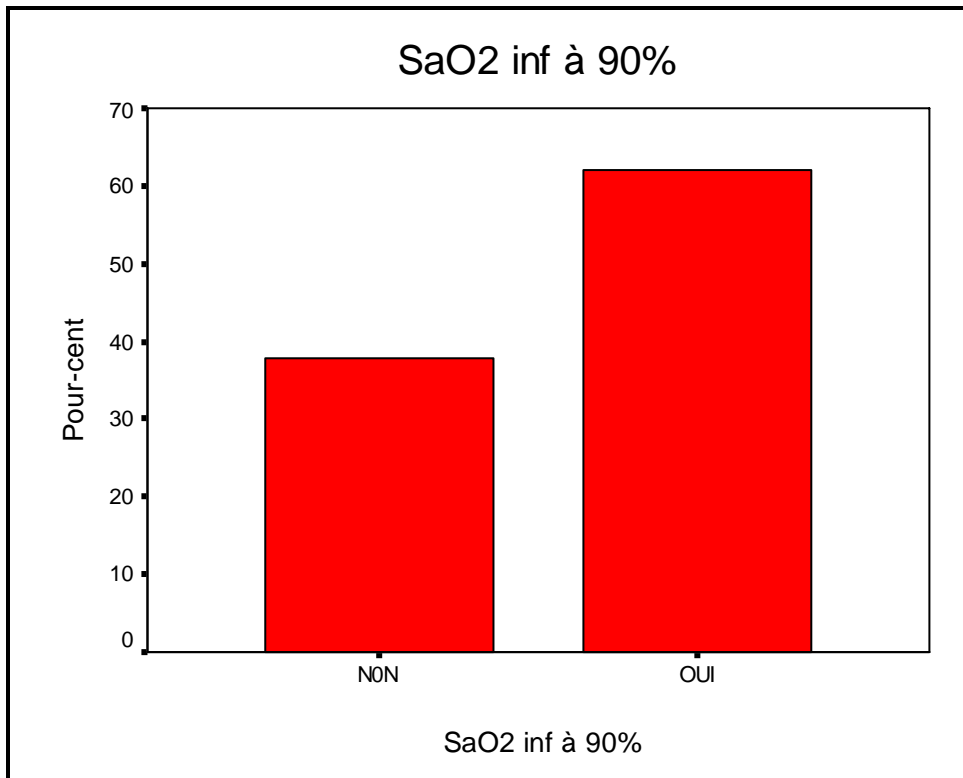


Figure 29: Saturation du sang artériel en oxygène

Une hypoxémie ($SaO_2 < 90\%$) a été retrouvée dans 62,1 % des cas.

Il est important de souligner qu'il n'était pas toujours précisé sur la fiche d'exploitation si les critères respiratoires, notamment la SaO_2 , étaient relevés en air ambiant ou sous oxygène.

3)- Les critères d'hospitalisation en réanimation ou unité de soins intensifs :

TABLEAU 6 : Indication d'hospitalisation en réanimation ou unité de soins intensifs (critères).

Caractéristique	Valeur
FR > 30/min N(%)	
Oui	25(86,2)
Non	4(13,8)
Ventilation assistée N(%)	
Oui	5(17,2)
Non	24(82,8)
PaO ₂ /FiO ₂ < 250 mmHg N(%)	
Oui	10(34,5)
Non	19(65,5)
Etat de choc N(%)	
Oui	6(20,7)
Non	23(79,3)
Amine > 4h N(%)	
Oui	5(17,2)
Non	24(82,8)
Oligo-anurie N(%)	
Oui	6(20,7)
Non	23(79,3)
Présence d'au moins un critère	
Oui	26(89,7)
Non	3(10,3)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

TABLEAU 7 : Indication d'hospitalisation en réanimation ou unité de soins intensifs (oui ou non).

Caractéristique	Valeur
Indication d'hospitalisation en réa N(%)	
Oui	26(89,7)
Non	3(10,3)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

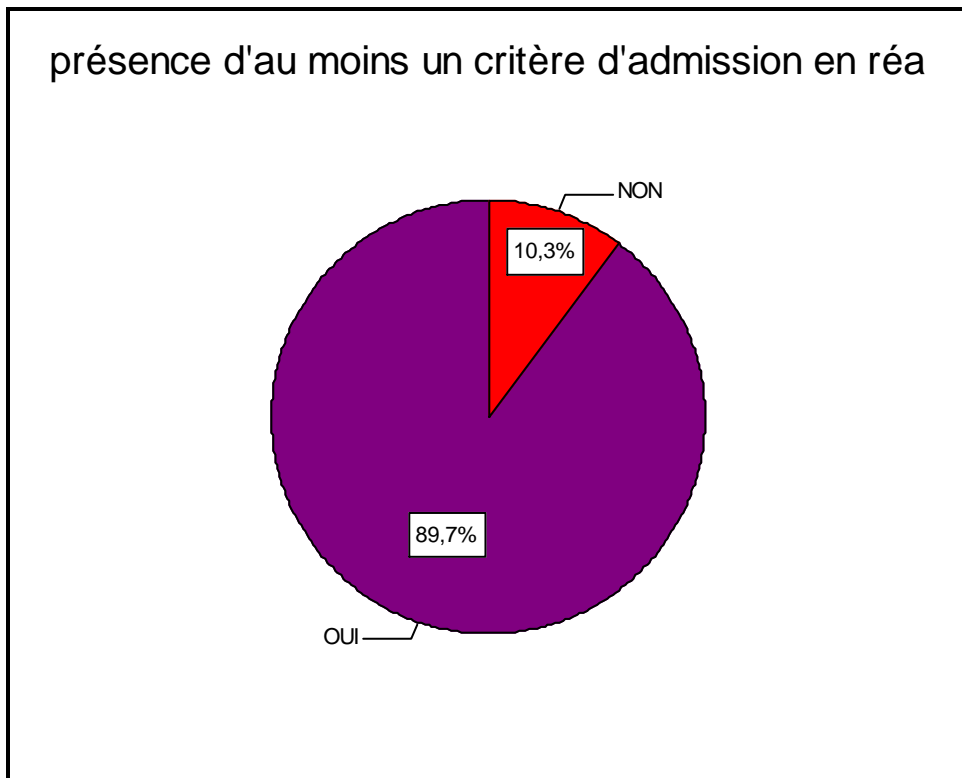


Figure 30: Présence d'au moins un critère d'admission en réanimation

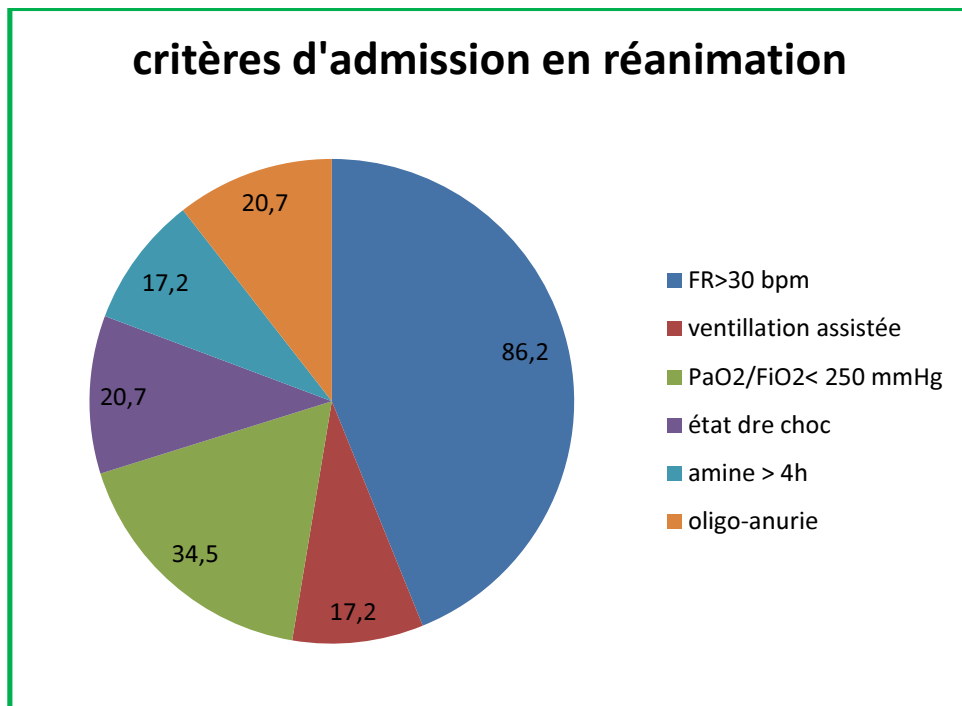


Figure 31: Critères d'admission en réanimation

4)- Caractéristiques cliniques :

TABLEAU 8 : Caractéristiques cliniques.

Caractéristique	Valeur
Toux N(%)	
Oui	10(34,5)
Non	19(65,5)
Expectorations N(%)	
Oui	7(24,1)
Non	22(75,9)
Dyspnée N(%)	
Oui	17(58,6)
Non	12(41,4)
T° > 37,8°C N(%)	
Oui	11(37,9)
Non	18(62,1)

Auscultation diffus ou foyer N(%)	
Oui	16(55,2)
Non	13(44,8)
Douleur pleurale N(%)	
Oui	0(0)
Non	29(100)
Encéphalopathie N(%)	
Oui	3(10,3)
Non	26(89,7)
Présence d'au moins un signe	
Oui	21(72,4)
Non	8(27,6)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

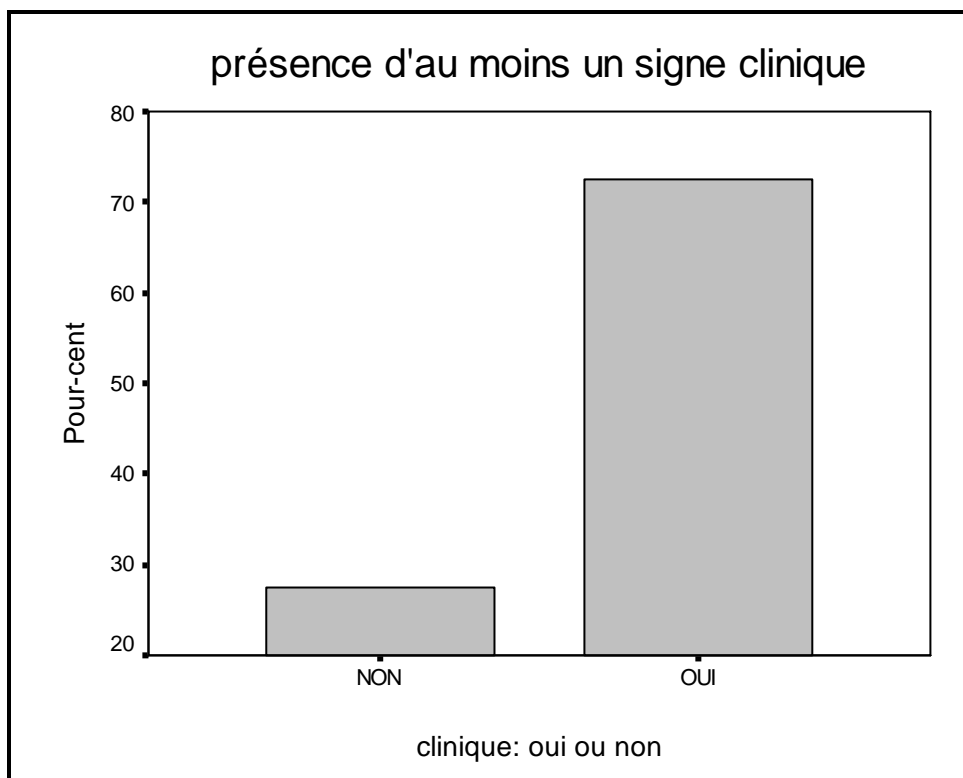


Figure 32: Présence d'au moins un signe clinique

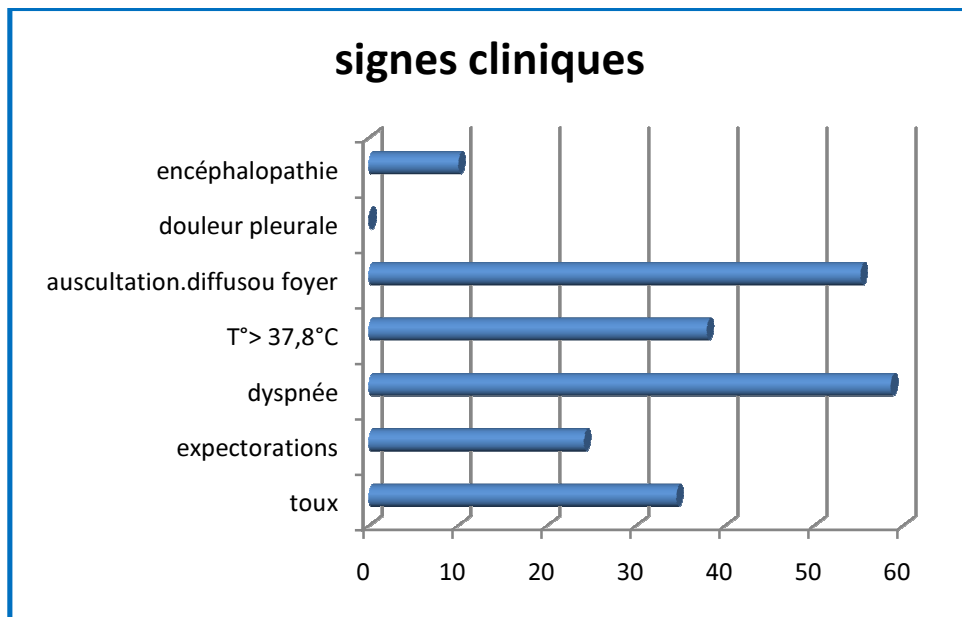


Figure 33: Signes cliniques

5)- Caractéristiques radiologiques :

TABLEAU 9 : Caractéristiques radiologiques.

Caractéristique	Valeur
Infiltrats récents N(%)	
Oui	13(44,8)
Non	16(55,2)
Foyer alvéolaire N(%)	
Oui	11(37,9)
Non	18(62,1)
Sd interstitiel diffus N(%)	
Oui	10(34,5)
Non	19(65,5)
Présence d'au moins un signe	
Oui	24(82,8)
Non	5(17,2)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

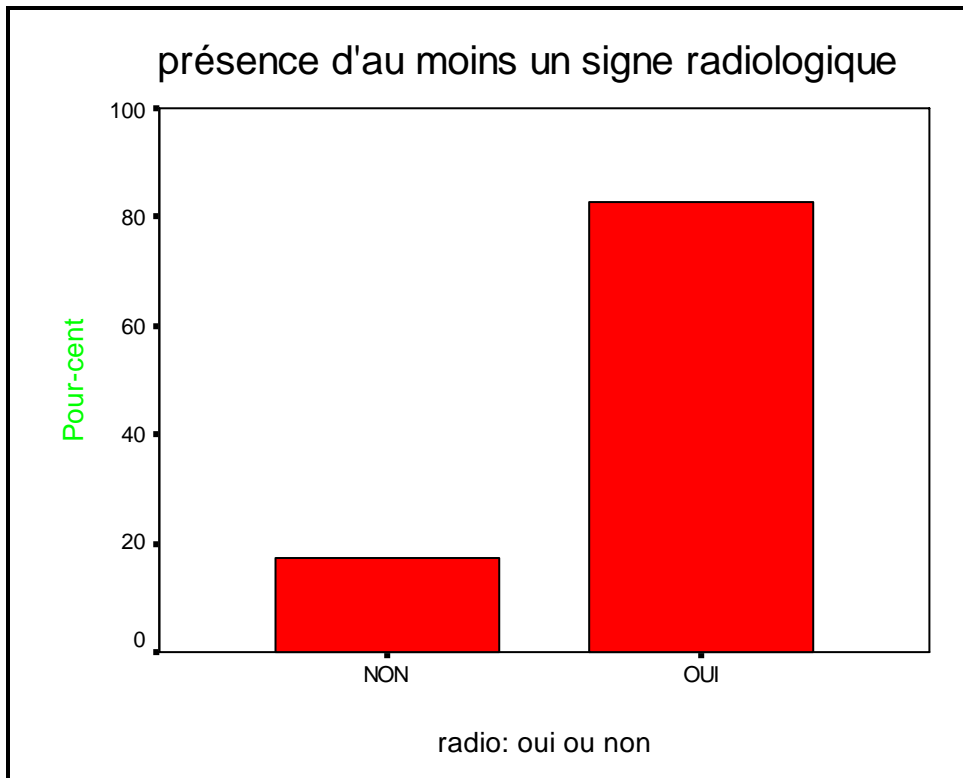


Figure 34: Présence d'au moins un signe radiologique

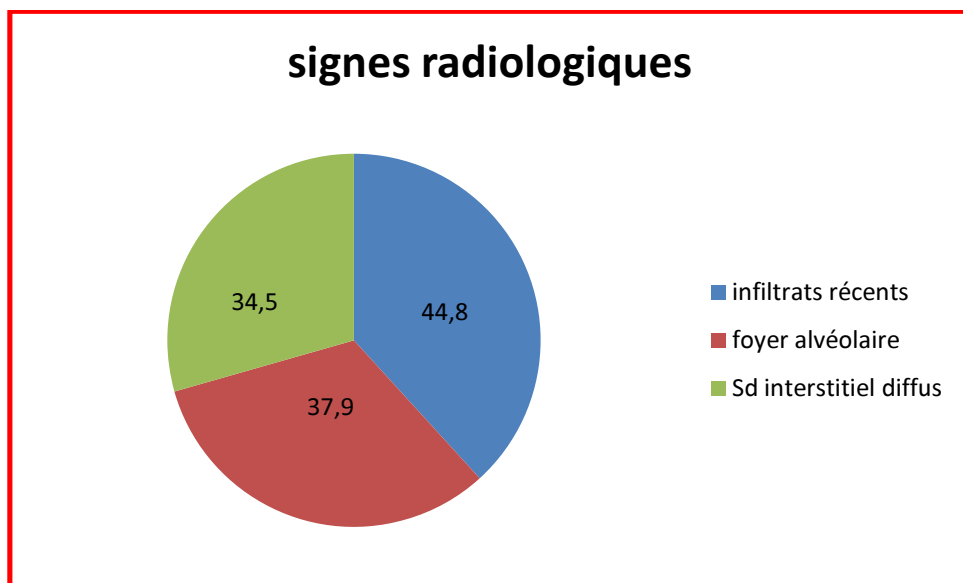


Figure 35: Signes radiologiques

6)- Catégorisation des patients en fonction de l'âge et comorbidité :

TABLEAU 10: Catégorisation des patients en fonction de l'âge et comorbidité.

Catégorie	Valeur
Sujet jeune sans comorbidité	1(3,4)
Sujet âgé sans comorbidité	-
Sujet avec comorbidité	28(96,6)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

C. Taux de mortalité :

Le taux de mortalité global dans notre étude est de 3,4%, un décès sur 29 cas, 8h après son admission.

D. Orientation bactériologique :

TABLEAU 11 : Orientation bactériologique !!!

Caractéristique	Valeur
Suspicion de pneumocoque N(%)	
Oui	10(34,5)
Non	19(65,5)
Suspicion de germe atypique N(%)	
Oui	7(24,1)
Non	22(75,9)
Suspicion de légionellose N(%)	
Oui	0(0)
Non	29(100)
Suspicion d'anaérobie N(%)	
Oui	0(0)
Non	29(100)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

E. Données concernant la prise en charge des patients au SAU :

- 1) Orientation vers l'unité des soins intensifs (réanimation des urgences) :

TABLEAU 12 : Hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des urgences)

Caractéristique	Valeur
Hospitalisation en USI N(%)	
Oui	21(72,4)
Non	8(27,6)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

- 2) Antibiothérapie préalable:

TABLEAU 13: Antibiothérapie préalable.

Caractéristique	Valeur
Antibiothérapie préalable N(%)	
Oui	4(13,8)
Non	25(86,2)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

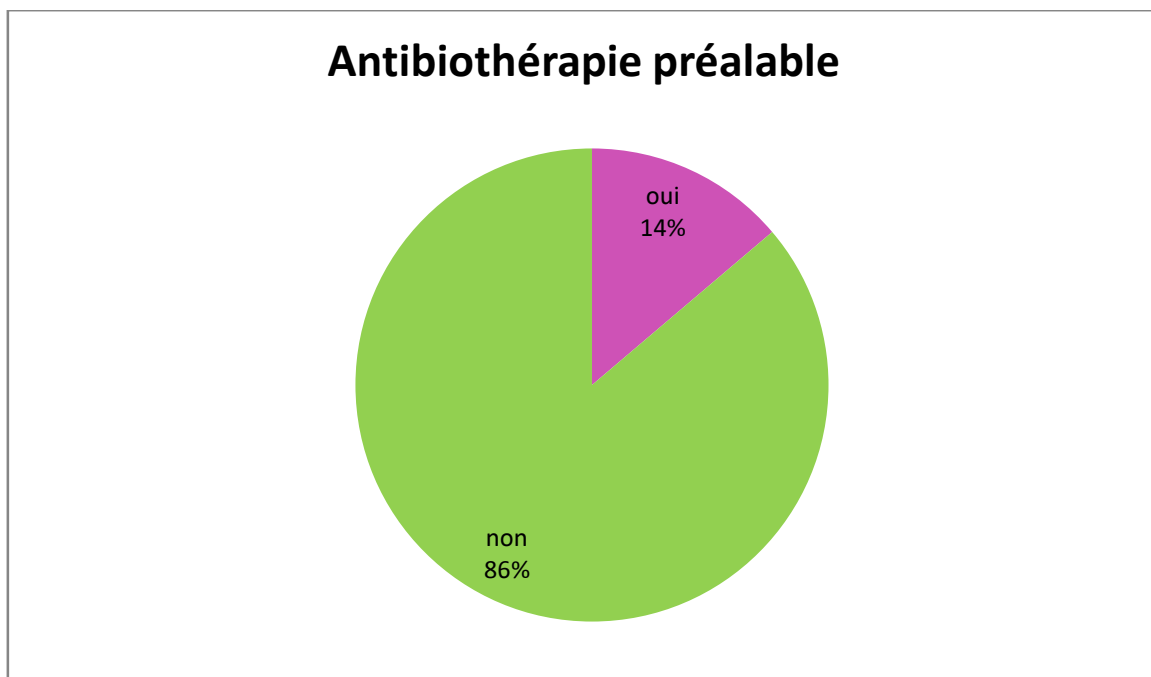


Figure 36: Antibiothérapie préalable

3) Antibiothérapie prescrite au SAU :

a. Protocoles utilisés :

TABLEAU 14 : Antibiothérapie (protocoles).

Protocole	Valeur
Protocole N(%)	
Amoxicilline protégée +Quinolone	11(37,9)
Ceftriaxone + Quinolone	18(62,1)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage)

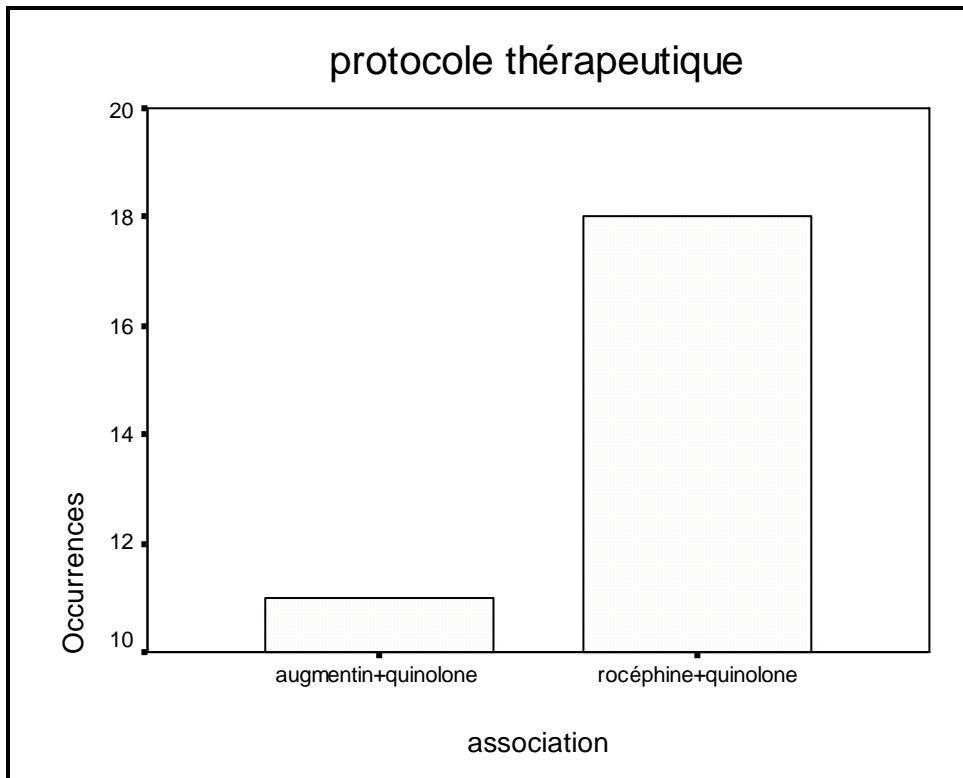


Figure 37: Protocole thérapeutique

b. Voie d'administration :

TABLEAU 15 : Antibiothérapie (voie d'administration).

Caractéristique	Valeur
Voie d'administration N(%)	
IV	25(86,2)
IV puis relais PER OS	4(13,8)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

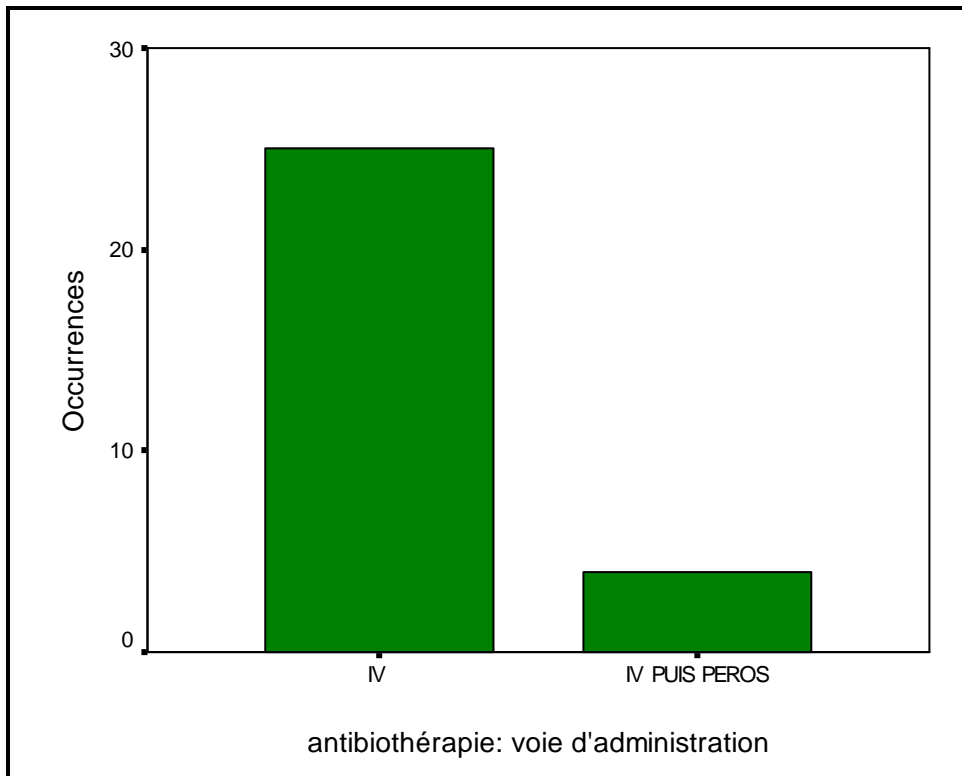


Figure 38: Voie d'administration

c. Durée de traitement :

TABLEAU 16: Antibiothérapie (durée de traitement = 10 jours).

Caractéristique	Valeur
Durée de traitement = 10jours N(%)	
Oui	28(96,6)
Non (décédé 48h après admission)	1(3,4)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

Le traitement à été administré pendant 10 jours chez tous les patients sauf le seul cas ou le patient a décédé 8heure après son admission.

d. Résultats :

- Pourcentage d'antibiothérapies conformes et non conformes aux recommandations de la Conférence de Consensus

TABLEAU17: Pourcentage d'antibiothérapies conformes et non conformes aux recommandations de la Conférence de Consensus

Antibiothérapies prescrites au SAU	Conformes à celles recommandées par la Conférence de consensus	Non conformes à celles recommandées par la Conférence de consensus	Total
N (%)	23 (79,31%)	6 (20,69%)	29 (100%)

- Description des causes de non-conformité de l'antibiothérapie prescrite au SAU à l'antibiothérapie recommandée par la Conférence de Consensus.

6 patients sur les 29 patients ont bénéficiés d'un protocole non recommandé (Amoxicilline protégée+ Quinolone) alors qu'ils étaient admis en réanimation, avec un pourcentage de 20,69%.

4) Evolution :

TABLEAU 18 : Evolution favorable.

Caractéristique	Valeur
Evolution favorable N(%)	
Oui	28(96,6)
Non (décédé 8h après admission)	1(3,4)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

L'évolution était favorable dans 28 cas sur 29 (96,6%)

II. Statistiques Analytiques concernant la P.E.C des PAC

1)- Distribution des critères socio-démographiques des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs :

TABLEAU 19 : Distribution des critères socio-démographiques des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

Caractéristiques	hospitalisation en USI		p
	Oui N= 21	Non N= 8	
Sexe			0,682
Masculin	10(66,7)	5(33,3)	
Féminin	11(78,6)	3(21,4)	
Age (année)	66,93+/-11,2	55	0,980
Age < 50ans			1
Oui	1(100)	-	
Non	20(71,4)	8(28,6)	
Age ≥ 65ans			0,675
Oui	13(68,4)	6(31,6)	
Non	8(80)	2(20)	

Les valeurs sont exprimées en moyenne+/-écart-type et effectif (pourcentage) ; comparaison des moyennes par le test U de Mann-Whitney (n1=21 et n2=8 < 30) ; comparaison des pourcentages par le test exact de Fisher.

p> 0,05 pour tous les critères socio-démographiques, puisqu'ils n'ont pas été pris en considération dans l'orientation des patient en unité de soins intensifs ou en salle d'hospitalisation.

2)- Distribution des critères de gravité des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs

TABLEAU 20 : Distribution des critères de gravité des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

Caractéristiques	hospitalisation en USI		p
	Oui N= 21	Non N= 8	
Sexe			0,682
Masculin	10(66,7)	5(33,3)	
Féminin	11(78,6)	3(21,4)	
Age (année)	66,93+/-11,2	55	0,980
Age < 50ans			1
Oui	1(100)	-	
Non	20(71,4)	8(28,6)	
Age ≥ 65ans			0,675
Oui	13(68,4)	6(31,6)	
Non	8(80)	2(20)	

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage); comparaison des pourcentages par le test exact de Fisher.

La présence d'un critère de gravité n'a pas été prise en considération pour l'orientation entre unité de soins intensifs et salle d'observation.

3)- Distribution des situations particulières des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs

TABLEAU 21 : Distribution des situations particulières des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

Caractéristique	hospitalisation en USI		p
	Oui N= 21	Non N= 8	
Présence d' au moins une situation			1
Oui	10(71,4)	4(28,6)	
Non	11(71,3)	4(26,7)	

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage); comparaison des pourcentages par le test exact de Fisher.

4)- Distribution de la SpO₂ des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs

TABLEAU 22 : Distribution de la SpO₂ des patients en fonction de l'hospitalisation en en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

Caractéristiques	hospitalisation en USI		p
	Oui N= 21	Non N= 8	
SpO ₂ < 90%			0,433
Oui	14(77,8)	4(22,2)	
Non	7(63,6)	4(36,4)	

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage); comparaison des pourcentages par le test exact de Fisher.

$p > 0,05$, la saturation pulsée en oxygène n'a pas été pris comme facteur d'orientation.

5)- Distribution des facteurs de risque de mortalité des patients en fonction de l'hospitalisation en en unité de soins intensifs

TABLEAU 23 : Distribution des facteurs de risque de mortalité des patients en fonction de l'hospitalisation en en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

Caractéristiques	hospitalisation en USI		p
	Oui N= 21	Non N= 8	
Présence d'au moins un FDR			0,552
Oui	17(68%)	8(32)	
Non	4(100)	-	
FDR : Catégories			0,402
0 facteur	4(100)	-	
1 facteur	5(71,4)	2(28,6)	
≥ 2 facteurs	12(66,7)	6(33,3)	

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage); comparaison des pourcentages par le test exact de Fisher.

$p > 0,05$, les facteurs de risque de mortalité n'ont pas été pris en considération pour l'orientation des patients.

6)- Distribution des signes radiologiques des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs

TABLEAU 24 : Distribution des signes radiologiques des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

Caractéristique	hospitalisation en USI		p
	Oui N= 21	Non N= 8	
Présence d'au moins un signe			0,112
Oui	19(79,2)	5(20,8)	
Non	2(40)	3(60)	

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage); comparaison des pourcentages par le test exact de Fisher.

$p > 0,05$, les signes radiologiques n'ont pas été pris en considération pour l'orientation des patients.

7)- Distribution des signes cliniques des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs

TABLEAU 25 : Distribution des signes cliniques des patients en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

Caractéristique	hospitalisation en USI		p
	Oui N= 21	Non N= 8	
Présence d'au moins un signe			0,164
Oui	17(81)	4(19)	
Non	4(50)	4(50)	

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage); comparaison des pourcentages par le test exact de Fisher.

$p > 0,05$, les signes cliniques n'ont pas été pris en considération pour l'orientation des patients.

8)- Distribution des critères d'hospitalisation des patients en réa en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs

TABLEAU 26 : Distribution des critères d'hospitalisation des patients en réa en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

Caractéristique	hospitalisation en USI		p
	Oui N= 21	Non N= 8	
Présence d'au moins un critère			<u>0,015</u>
Oui	21(80,8)	5(19,2)	
Non	-	3(100)	

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage); comparaison des pourcentages par le test exact de Fisher.

$p < 0,05$, ca prouve que la présence d'au moins un critère d'hospitalisation en réanimation à été pris en considération pour l'orientation des patients vers l'unité de soins intensifs ou vers la salle d'observation.

9)-Distribution des catégories de protocoles utilisés en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs

TABLEAU 27 : Distribution des catégories de protocoles utilisés en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

Protocole	hospitalisation en USI		p
	Oui N= 21	Non N= 8	
Amoxicilline protégée +Quinolone	6(54,5)	5(45,5)	0,197
Ceftriaxone + Quinolone	15(83,3)	3(16,7)	

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage); comparaison des pourcentages par le test exact de Fisher.

$p > 0,05$, le protocole thérapeutique ne dicte pas l'orientation des patients. Par contre une infraction aux recommandations de la conférence à été enregistrée, c'est que 6 patients sur les 29 patients sujets de l'étude ont bénéficiés d'un protocole non recommandé (Amoxicilline protégée+Quinolone) alors qu'ils étaient admis en réanimation, avec un pourcentage de 20,69%.

10)- Distribution de la voie d'administration utilisée en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs

TABLEAU 28 : Distribution de la voie d'administration utilisée en fonction de l'hospitalisation en unité de soins intensifs (réanimation des Urgences).

Voie	hospitalisation en USI		p
	Oui N= 21	Non N= 8	
IV	21(84%)	4(16)	<u>0,003</u>
IV puis relais Per Os	-	4(100%)	

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage); comparaison des pourcentages par le test exact de Fisher.

$p < 0,05$, tous les patients admis en réanimation ont bénéficiés d'un traitement strictement par voie IV. Alors que pour les patients admis en salle d'observation ont bénéficiés des deux modalités (4 par voie IV stricte et 4 par voie IV et relais ultérieure par voie orale) avec une différence statistiquement significative ($p=0,003$).

11)- Distribution de la durée du protocole utilisé en fonction de la voie d'administration

TABLEAU 29 : Distribution de la durée du protocole utilisé en fonction de la voie d'administration.

Protocole	Voie d'administration		p
	IV N= 25	IV puis relais N= 4	
Amoxicilline protégée +Quinolone	9(81,8%)	2(18,2)	0,622
Ceftriaxone + Quinolone	16(88,9)	2 (11,1)	

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage); comparaison des pourcentages par le test exact de Fisher.

$p > 0,05$, le protocole choisi n'a pas influencé sur la voie d'administration.

DISCUSSION

I. Données épidémiologiques :

A. Population :

1) Sexe :

Dans notre étude, nous constatons une très légère prédominance masculine, 51,7% d'hommes et 48,3% de femmes.

Cette légère prédominance est retrouvée aussi dans les autres études épidémiologiques portant sur PAC au SAU :

Dans l'étude ORTMANS-ROBERT et G. Potel, de Nantes incluant 91 patients, le pourcentage d'hommes admis pour PAC était de 60%.**(6)**

Dans l'étude prospective française de Elkharrat D. et coll., réalisée dans 27 SAU en 1993, incluant 1061 patients, le pourcentage d'hommes admis pour PAC était de 60%. **(7)**

Dans l'étude espagnole de Ruiz M. et coll., réalisée sur 395 patients admis à l'hôpital pour PAC, de 1996 à 1997, le pourcentage d'hommes était de 66% **(36)**.
(8)

Dans les études prospectives de la prévalence des infections respiratoires basses, menées par Elkharrat D. et coll., l'une réalisée dans 114 SAU français en 2003 **(9)**, l'autre réalisée dans 137 SAU français en 2001 **(10)**, le pourcentage d'hommes admis pour infections respiratoires basses (PAC et BPCO) était de 58%.

Dans une étude prospective et rétrospective de CLOUZET COURET, déroulant du 01/01/2002 au 01/10/2005 au centre hospitalier Saint-Gaudens dans les services de médecine et de réanimation, le pourcentage d'hommes admis était de : 62,5% avec un rapport sex. ratio à 1,67. **(11)**

Dans l'étude de R. ZALACAIN ET AL. Incluant 503 patients (12), on retrouve une nette prédominance masculine.

L'étude prospective de J.-S Martinez et al, menée au CHU de Montpellier, incluant 106 patients hospitalisés dans l'un des 7 services recevant fréquemment des PAC (4 services de court séjour et 3 services de soins intensifs ou réanimation) sur une période de 6 mois (du 1^{er} Novembre 2007 au 30 Avril 2008), montrait aussi une prédominance masculine avec un rapport homme/femme à 1,2. **(13)**

Dans l'étude rétrospective de T. Fraisse et al. Incluant 76 patients hospitalisés au service d'urgence pour PAC (2012) le Sex-ratio était de 1,81 **(14)**

Par contre, l'étude prospective de Andrea YL Ban, incluant 161 patients hospitalisés au service de médecine de HUKM (Universiti Kebangsaan Malaysia), sur une période de 8 mois (décembre 2005-Août 2006), a montré : 83 femmes 52% et 78 hommes 48%. **(15)**

2) Age de la population :

Dans notre étude, 65.5% des patients inclus avaient plus de 65 ans.

L'âge moyen de la population, tout sexe confondu, était de 66,52% ans.

Cet âge moyen autour de 65 ans se retrouve dans les autres études épidémiologiques portant sur les PAC admises au SAU : 63 +/- 22 ans **7**, 68 +/- 18 ans **8**, 63,5 +/- 21 ans **9**, 66,6 +/- 20,3 ans **(10)**.

Dans l'étude prospective et rétrospective au centre hospitalier de Saint-Gaudens dans les services de médecine et de réanimation, incluant 144 patients atteints de PAC, l'âge moyen était à 71,8 +/- 16,7 ans (écart-type : 25-103). **(11)**

L'âge > 70 ans est un facteur de risque de développer une PAC selon Marrie **(16)**

Etude de R. ZALACAIN ET AL. avait montré un âge moyen: 76, 3, l'étude de Andrea YL Ban à Malaysia , un age autour de 65(55-74).**(12)**

Dans l'étude de J.S-Martinez et al, l'âge moyen était de 66 ans, et 62 pneumonies 56,9% (sur un total de 109) survenaient chez des patients âgés de plus de 65 ans. **(13)**

Dans l'étude de T.Fraisse et al. l'âge moyen était de 56 ans **(14)**

La littérature s'accorde à dire que la pneumonie communautaire aiguë a une incidence plus élevée chez les plus de 65 ans **(17, 18, 19, 20, 21, 22, 23)**

3) Facteurs de risque de mortalité :

Dans notre étude, on note la présence d'au moins un facteur de risque de mortalité chez 86,2% des cas, dont l'âge > 65 est retrouvé chez 65,5% dans cas, l'hospitalisation dans l'année chez 41,4% des cas, puis la pathologie pulmonaire chronique (37,9%), qui inclut la BPCO (17,2%) et l'insuffisance respiratoire chronique (20,7%). alors que les autres facteurs de risque de mortalité sont d'une fréquence moindre (Insuffisance cardiaque congestive 24,1%, l'hospitalisation dans l'année 20,7%, l'insuffisance respiratoire chronique 20,7% et la BPCO 17,2%).

On peut en rapprocher les résultats de l'étude d'ORTMANS-ROBERT et G.Potel, dont le facteur de risque le plus fréquemment retrouvé était : l'âge supérieur à 65 ans présent dans 66%, la pathologie pulmonaire chronique chez 30% des cas (BPCO 19% et insuffisance respiratoire chronique 11%). 25% des patients présentaient une insuffisance cardiaque congestive et 9% du diabète. **(6)**

Dans l'étude de Fine M.J. et coll. (19), le projet PORT (the pneumonia Patient Outcomes Research Team), conduite d'octobre 1991 à mars 1994, incluant 944 patients ambulatoires et 1343 patients hospitalisés pour PAC Le facteur de risque le plus fréquemment retrouvé, parmi les patients admis à l'hôpital, a été aussi l'âge > 65 ans, présent dans 58,7%. Les maladies pulmonaires chroniques ont été retrouvées aussi chez près d'un tiers des patients. L'insuffisance cardiaque congestive a été retrouvée dans 16,8% des cas et le diabète dans 14,7% des cas.

Dans l'étude de Ruiz M. (8), les pathologies pulmonaires représentaient la co-morbidité la plus fréquemment retrouvée (45% des cas), l'âge ne faisant pas partie des comorbidités.

Dans l'étude R. ZALACAIN et AL, incluant des sujets âgés de plus de 65 ans, 85% présentaient des maladies chroniques sous jacentes, et seulement 6% qui vivaient en institution. (12)

Dans l'étude de CLOUZET COURET, 80% des patients présentaient une ou plus comorbidités. La BPCO, l'insuffisance respiratoire chronique, suivies par les cardiopathies congestives étaient les comorbidités les plus fréquentes. (11)

Farr et coll.(24) avaient trouvé que la BPCO comme l'âge avancé était des facteurs de risque de développer une PAC. La fréquence de l'altération des fonctions mentales (27% par maladie dégénérative ou maladie cérébrovasculaire) est caractéristique dans la population âgée.

L'âge est de loin le facteur prédictif de mortalité le plus fréquemment cité dans la littérature (25, 33)

B. Tableaux cliniques

1) Critères de gravité :

Dans notre étude, la $FR > 30/\text{min}$ (89,7%) et le pouls $> 120/\text{min}$ (79,3%) sont les critères de gravités les plus retrouvés, à l'admission des patients, loin devant les autres critères (atteinte des fonctions supérieures dans 31% des cas, température $< 35^\circ\text{C}$ ou $> 40^\circ\text{C}$ dans 17,2 % des cas, et $Tas < 90 \text{ mmHg}$ dans 13,8 % des cas)

La fréquence élevée du critère $FR > 30/\text{min}$, se démarque des autres critères, à l'admission des patients atteints de PAC, est retrouvée dans l'étude d'ORTMANS-ROBERT et G.Potel, avec un pourcentage de 40% des cas (6), aussi dans l'étude de Ruiz M. et coll. avec une fréquence à 47% (8).

Dans l'étude de Fine MJ et coll., la tachypnée ($FR > 30/\text{min}$) était aussi le critère de gravité le plus fréquemment retrouvé (23%), devant les troubles de la conscience (17,3%) et la tachycardie (13%) (19). Ainsi que dans l'étude de CLOUZET COURET, La $FR > 30/\text{min}$ était le signe de gravité le plus fréquemment retrouvé à l'admission : 18,75%. [11]

2) Critères d'hospitalisation en réanimation

Les critères d'hospitalisation en réanimation les plus fréquemment constatés dans notre étude ont été : $FR > 30/\text{min}$ dans 86,2%, et $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 250\text{mmHg}$ dans 34,5%

Dans l'étude de d'ORTMANS-ROBERT et G.Potel, on retrouve aussi le critère $FR > 30/\text{min}$ dans 40% des cas, l'état de choc dans 8% des cas

Le critère $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 250\text{mmHg}$ a été retrouvé chez 52% des patients qui ont eu un bilan gazeux artériel (6).

Dans l'étude de Ruiz et coll., une FR > 30/min a été retrouvée chez 47% des patients, une TA systolique < 90 mmHg a été constatée chez 2% des patients.

Le critère PaO₂/FiO₂ < 250 mmHg était présent chez 36% des patients, mais tous les patients avaient bénéficié d'un bilan gazeux artériel **(8)**.

Dans l'étude de Fine MJ et coll., les critères d'hospitalisation en réanimation ne sont pas détaillés. Il est seulement rapporté que près de 9% des patients présentaient un tableau de détresse respiratoire **(19)**.

Dans l'étude de CLOUZET COURET, La FR > 30/min était le signe de gravité le plus fréquemment retrouvé à l'admission : 18,75%. **(11)**

3) Signes cliniques :

Les signes cliniques les plus fréquemment présentés dans notre étude sont la dyspnée dans 58,6%, les anomalies auscultatoires dans 55,2%

Dans l'étude d'ORTMANS-ROBERT et G.Potel, les signes les plus retrouvés étaient les anomalies auscultatoires (86%), la fièvre (84%), la dyspnée (75%) et la toux (74%). **(6)**

Dans l'étude R. ZALACAIN et AL 76% présentant une fièvre, 26% altération de l'état mental à l'admission. **(12)**

Dans l'étude de CLOUZET COURET, La fièvre isolée ou associée restait le signe clinique le plus présent. La douleur thoracique était plus fréquente chez les patients plus jeunes : âge moyen de 56,77 ans. **(11)**

L'apparition brutale du tableau clinique (c'est-à-dire une évolution inférieure à 48 heures) était décrite chez la moitié de la population **(12, 11)**

Dans l'étude de Andrea YL Ban à Malaysia, les signes cliniques les plus fréquents étaient: toux (89,2%) dyspnée dans (78,1%) expectoration (73,3%) et fièvre (71,4%). **(15)**

Dans l'étude de T. Fraisse et al. La fièvre (83%) et la toux (72%) ont été les signes cliniques les plus fréquents. **(14)**

Dans l'étude de Fine MJ et coll. **(19)**. La toux et la dyspnée ont été aussi les 2 signes cliniques respiratoires les plus fréquemment présentés par les patients atteints de PAC, respectivement dans 79% et 75%. La fièvre est aussi un signe clinique fréquent, puisque retrouvée dans 71% des cas. Cependant, aucune combinaison de symptômes et de signes cliniques ne permet de poser le diagnostic de PAC **(26)**. La toux, considérée comme le symptôme classique de la PAC, est un symptôme fréquent de PAC mais peu prédictif de pneumopathie. Elle survient avec la même fréquence chez les patients atteints d'infections respiratoires basses, qu'ils aient ou non une pneumopathie **(27, 28)**.

Plusieurs études ont cherché à établir une corrélation entre l'absence ou la présence de symptômes ou de signes cliniques et la probabilité diagnostique de la PAC. Les résultats ou scores sont variables d'une étude à l'autre.

Des études **(27, 28)** ont, par exemple, montré que l'absence d'anomalies des fonctions vitales (température, fréquence cardiaque et fréquence respiratoire) ou que l'absence d'anomalies auscultatoires réduisait la probabilité de présence d'une pneumopathie. Cependant, Metlay a montré la faible utilité clinique des scores proposés. Il concluait sur le degré élevé de divergences inter-examineurs, l'absence de score ou de signe physique ayant une valeur prédictive négative suffisante pour exclure le diagnostic de pneumopathie, l'absence de score ou de signe physique ayant une valeur prédictive positive suffisante pour affirmer le diagnostic de pneumonie **(26)**.

4) Signes radiologiques

La radiographie pulmonaire reste le *gold standard* dans le diagnostic de pneumopathie **(30,29)**, puisque aucun critère clinique ne peut permettre d'affirmer le diagnostic. Sa contribution au diagnostic étiologique est faible **(29)**.

Dans notre étude, on note la présence d'au moins un signe radiologique chez 82,8%, 44,8% d'infiltrats récents et 37,9% de foyer alvéolaire.

Dans l'étude d'ORTMANS-ROBERT et G.Potel, La constatation d'un syndrome alvéolaire à la radiographie pulmonaire a été fréquente (81%), alors qu'un syndrome interstitiel n'a été constaté que dans 15% des cas. **(6)**

Dans l'étude de Fine et coll., un syndrome alvéolaire a aussi été très largement constaté à la radiographie (97%), alors qu'un syndrome interstitiel n'a été constaté que dans 3% des cas **(19)**.

La reconnaissance du caractère alvéolaire et interstitiel des lésions est cependant souvent difficile et présente peu d'implication pratique puisque l'atteinte des deux compartiments est intriquée. **(29)**

L'étude de R. ZALACAIN et AL avait montré dans **77%** des infiltrats lobaires et segmentaires. **(12)**

Dans l'étude de CLOUZET COURET, La radiographie thoracique montrait une atteinte multilobaire pour 53 cas (36,80%). **(11)**

Dans l'étude de Andrea YL Ban à Malaysia, l'atteinte de deux lobes ou plus était présente chez 51% des cas, l'atteinte d'un seul lobe chez 48% des cas. **(15)**

Dans l'étude de T.Fraisse et al, 86% des cas avaient présenté un foyer radiologique alvéolaire, dont 5% plus d'un seul foyer, 6% avec un syndrome interstitiel, et un patient présentait un abcès. **(14)**

C. Taux de mortalité

Dans notre étude, le taux de mortalité global est de 3,4% (un seul décès)

Dans l'étude de CLOUZET COURET Le taux de mortalité global était de 13,19 %. **(11)**

Dans l'étude de J.-S Martinez et al, le taux de mortalité hospitalière était de 17%. **(13)**

II. prise en charge du patient au sein du SAU

A. Orientation des patients :

1. Orientation des patients présentant une PAC selon les recommandations : AFSSAPS et SPILF

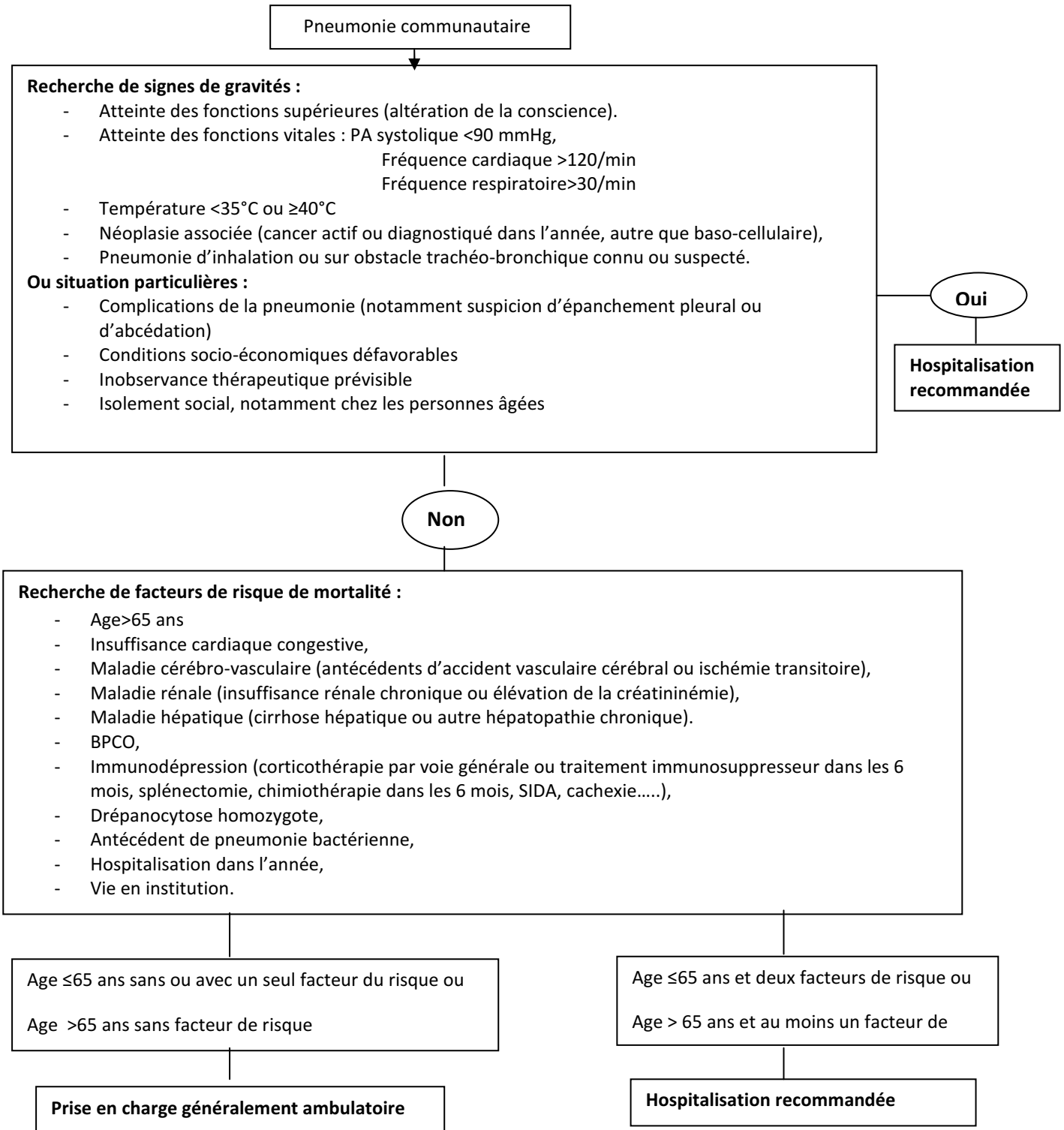
La figure 30 précise les choix d'une prise en charge ambulatoire ou hospitalière des PAC chez l'adulte. **(36)**

Le « bon sens clinique » du praticien doit primer. En particulier, l'âge physiologique, plus que l'âge civil, est à prendre en considération. **(37)** Les scores de gravité constituent une aide à la décision : le score CRB65 est le plus simple et ne nécessite pas de résultats d'explorations complémentaires

Les indications d'une hospitalisation en réanimation, proches ou identiques de celles de l'American Thoracic Society **(18)**, sont les suivantes :

- Fréquence respiratoire > 30/min à l'admission
- PaO₂/FiO₂ < 250 mmHg
- Nécessité d'une ventilation assistée
- Atteinte bilatérale ou multi-lobaire ou progression radiologique de la taille de l'opacité > 50% en 48 heures après l'admission
- Etat de choc (PA systolique < 90 mmHg ou PA diastolique < 60 mmHg)
- Nécessité d'un traitement vasopresseur pendant plus de 4 heures
- Diurèse < 20 ml/h ou diurèse des 4 h < 80 ml, en l'absence d'autre explication ou insuffisance rénale aiguë nécessitant une dialyse.

Figure 30 : Prise en charge en ambulatoire ou à l'hôpital des PAC (selon l'AFSSPAS et la SPILF) (36)



2. Orientation des patients au sein du SAU de l'HMI MV de Rabat :

Dans notre étude :

- 72,4% ont été hospitalisés dans l'unité de soins intensifs (réanimation des urgences)
- 27,6% ont été gardés à la salle d'observation.

Dans l'étude d'ORTMANS-ROBERT et G.Potel, 87% des patients ont été hospitalisés (dont 79% ont été orientés vers un service de médecine, 8% ont été orientés vers le service de réanimation) et 13% des patients ont bénéficié d'une prise en charge ambulatoire. (6)

Dans les différentes études réalisées dans les SAU français (7, 10, 9), le pourcentage de patients atteints de PAC bénéficiant d'une prise en charge ambulatoire est variable, allant de 5% en 1993 à 20% en 2001 et 24% en 2003.

✚ Selon nos résultats analytiques, la présence d'au moins un critère d'hospitalisation en réanimation à été pris en considération pour l'orientation des patients vers l'unité de soins intensifs ou vers la salle d'observation.

Ainsi, on peut affirmer que toutes nos orientations étaient conformes aux recommandations de la conférence de consensus de la SPILF.

Dans l'étude d'ORTMANS-ROBERT et G.Potel, 47% des cas, l'orientation décidée au SAU n'est pas conforme à celle recommandée par la Conférence de Consensus et 40% des cas, l'orientation décidée au SAU n'est pas conforme à celle recommandée par le score de Fine. (6)

B. Antibiothérapie

1. Les propositions thérapeutiques selon les recommandations de la 15^{ème} conférence de consensus de SPILF pour PAC non sévère: (voire tableaux 30, 31, 32)

TABLEAU 30 : Antibiothérapie probabiliste des PAC en ambulatoire (selon SPILF)

	1er choix	Échec amoxicilline à 48 h
Sujets sans comorbidité	amoxicilline 1 g x 3/j PO Ou pristinamycine 1 g x 3/j PO Ou télithromycine 800 mg/j PO	macrolide Ou pristinamycine 1 g x 3/j PO Ou télithromycine 800 mg/j PO
Sujets avec comorbidité	amoxicilline ac. clav. 1 g x 3/j PO	FQAP lévofloxacine 500 mg/j PO Ou moxifloxacine 400 mg/j PO
Sujets âgés institution	amoxicilline ac. clav. 1 g x 3/j PO Ou ceftriaxone 1 g/j IM/I.V./SC Ou FQAP = lévofloxacine 500 mg/j PO moxifloxacine 400 mg/j PO	FQAP lévofloxacine 500 mg/j PO Ou moxifloxacine 400 mg/j PO

TABLEAU 31 : Antibiothérapie probabiliste des PAC non sévères hospitalisées (SAU, service de médecine) (selon la SPILF)

	Arguments en faveur du pneumocoque	Pas d'arguments en faveur du pneumocoque	
		1er choix	Si échec β -lactamine à 48 h
Sujets jeunes <i>Sans comorbidité</i>	amoxicilline 1 g x 3/j PO/perfusion IV	amoxicilline 1 g x 3/j PO/perf IV Ou pristinamycine 1 g x 3/j PO Ou télithromycine 800 mg/j PO	Associer un macrolide Ou substitution par télithromycine ou pristinamycine
Sujets âgés <i>Sans comorbidité</i>	amoxicilline 1 g x 3/j PO/perfusion IV	amoxicilline ac. clav. 1 g x 3/j PO/perf IV Ou céfotaxime 1 g x 3/j perf IV Ou ceftriaxone 1 g/j IV Ou FQAP (lévofloxacine 500 mg x 1 à 2/j PO ou moxifloxacine 400 mg/j PO)	Associer un macrolide Ou substitution par télithromycine ou pristinamycine
Sujets âgés <i>Avec comorbidité (s)</i>	amoxicilline 1g x 3/j PO/perfusion IV	amoxicilline ac. clav. 1 g x 3/j perf IV Ou céfotaxime 1 g x 3/j perf IV Ou ceftriaxone 1 g/j IV Ou FQAP (lévofloxacine 500 mg x 1 à 2/j PO ou moxifloxacine 400 mg/j PO)	Associer un macrolide Ou substitution par télithromycine ou pristinamycine

TABLEAU 32 : Antibiothérapie probabiliste des PAC sévères (Unités de soins intensifs ou réanimation) (selon la SPILF)

	1er choix
Sujets jeunes sans comorbidité	(céfotaxime 1-2 g x 3/j perf IV ou ceftriaxone 1-2 g/j IV) plus (macrolides IV ou FQAP IV : lévofloxacine 500 mg 2/J IV)
Sujets âgés sans comorbidité	céfotaxime 1-2 g x 3/j perf IV ou ceftriaxone 1-2 g/j IV) plus FQAP (lévofloxacine 500 mg x 2/j IV)
Sujets avec comorbidité (s)	céfotaxime 1-2 g x 3/j perf IV ou ceftriaxone 1-2 g/j IV) plus FQAP (lévofloxacine 500 mg x 2/j IV) si suspicion de pyocyanique : (pipéracilline-tazobactam 4 g x 3/j IV ou céfépime 2 g x 2/j IV ou imipénème 1 g x 3/j IV) en association avec un aminoside et un antibiotique actif sur les germes intracellulaires (macrolide ou fluoroquinolone)

2. Antibiothérapie prescrite au SAU

a. Nature de l'antibiothérapie :

Dans notre étude, l'association « ceftriaxone+quinolone » étaient prescrite chez 62,1% et l'association « amoxicilline protégé+quinolone » chez 37,9%.

Dans l'étude d'ORTMANS-ROBERT et G.Potel; l'antibiothérapie la plus prescrite a été l'amoxicilline (60% des cas), utilisée seule (15% des cas) ou avec un inhibiteur des bêtalactamases (45% des cas). Les autres classes thérapeutiques utilisées ont été les C3G, les quinolones, les macrolides et la pristnamycine.(6)

Dans l'étude de CLOUZET COURET, les résultats d'une antibiothérapie préalable en ville : 27% de C3G, 24% d'amox+ac clav et 3% d'amox seule, 19% macrolides, les autres molécules utilisées : C2G, quinolones, pristinamycine et associations. **(11)**

Dans l'étude rétrospective de T.Fraisse et al. L'antibiothérapie probabiliste utilisée au SAU était comme suit : la combinaison amox+ac clav était la plus prescrite (48,5% des cas), suivie de la ceftriaxone (15%) et la levofloxacine (14,4%). **(14)**

L'amoxicilline ou l'amoxicilline-acide clavulinique ont été prescrites dans 80% des cas dans l'étude menée par Elkharrat D. et coll. en 1993, effectuée dans 27 SAU français **(7)** et dans 75,7% des cas dans l'étude menée par Elkharrat D. et coll. en 2000 effectuée dans 34 SAU français **(31)**.

Amoxicilline-acide clavulinique a été prescrite dans 52,3% de cas dans l'étude de Elkharrat D. et coll. en 2001 effectuée dans 137 SAU français **(10)**.

b. Voie d'administration :

Dans notre étude, le traitement a été administré par voie intraveineuse seule chez 86,2% des cas, et par voie veineuse puis relais per os chez seulement 13,8%.

Dans l'étude d'ORTMANS-ROBERT et G.Potel, l'utilisation de la voie intraveineuse a été majoritaire (70% des cas) **(6)**. La voie intraveineuse est la voie d'administration privilégiée des antibiotiques à l'hôpital du fait de la

fréquence importante de patients présentant des signes de gravité ou des troubles digestifs (49). Elle assure une biodisponibilité de 100%.

Cependant, en dehors de ces circonstances, la voie orale devrait être préférée, son coût étant beaucoup moins élevé **(7, 32)**.

Dans l'étude rétrospective de T. Fraisse et al, incluant 76 patients hospitalisés au SAU de l'hôpital de Bagnols-sur-Cèze, Le mode d'administration d'antibiotiques était : voie intramusculaire chez 10 patients (13,16%), voie intraveineuse chez 65 patients (85,53%), et un seul patient a bénéficié d'un traitement oral. **(14)**

c. Durée de traitement

Dans notre étude, le traitement à été administré pendant 10jours chez tous les patients sauf le seul cas ou le patient est décédé 8heure après son admission

Dans l'étude d'ORTMANS-ROBERT et G.Potel, la durée de traitement n'a pas été précisée dans 84% des cas. **(6)**

La durée classique de traitement est de 7 à 14 jours (10 jours en moyenne). Certaines études ont montré que la durée du traitement antibiotique au cours des pneumopathies pouvait être diminuée. Il ne semble pas exister chez l'adulte de données validées concernant une diminution de durée pour les molécules "classiques" comme l'amoxicilline ou les céphalosporines de 3e génération.

Pour les nouvelles fluoroquinolones (lévofloxacine et moxifloxacine), les durées de traitement ont été diminuées jusqu'à 7 jours, tout en gardant une efficacité clinique et bactériologique **(32)**

Il peut exister plusieurs avantages à un traitement court : meilleure observance du patient, réduction de l'émergence de bactéries résistantes et

diminution du coût du traitement. Cependant, le mode de conditionnement et de délivrance ne permet pas toujours d'adapter la quantité délivrée à celle prescrite.(1)

3. L'analyse de la non-conformité aux recommandations de la Conférence de Consensus de la SPILF de 2006 :

Une infraction aux recommandations de la conférence à été enregistrée, chez 6 patients sur les 29 patients sujets de l'étude qui ont bénéficiés d'un protocole non recommandé (Amoxicilline protégée+Quinolone) alors qu'ils étaient admis en réanimation, avec un pourcentage de 20,69%.

Dans l'étude rétrospective de Bris-Tomczak et al. incluant 40 patients admis en réanimation pour PAC sévère, au centre hospitalier de Versailles, l'évaluation du traitement probabiliste a montré 85% de conformité aux recommandations nationales de la SPILF. (35)

Dans l'étude d'ORTMANS-ROBERT et G.Potel, 58% (n=53) des antibiothérapies, prescrites dans le cadre de la PAC de l'adulte non immunodéprimé, sont non conformes aux recommandations de la Conférence de Consensus de la SPILF de 2000. (6)

CONCLUSION

Les résultats descriptifs et analytiques sont satisfaisants et concordent avec les recommandations de la conférence et de la fiche d'exploitation établie à cet effet, à part un non respect concernant le choix du protocole thérapeutique, non respecté dans 6 cas sur les 29 patients sujets de l'enquête ; concluant ainsi à une bonne qualité de prise en charge que ça soit sur le plan diagnostic, indication d'hospitalisation, orientation, et traitement donné avec toutes ses modalités. A noter aussi que cela témoigne de la capacité du service à prendre en charge des patients de réanimation en cas de besoin ou en cas de manque de place, ce qui attribue au service sa qualité multidisciplinaire associative depuis la simple consultation et prise en charge en ambulatoire à l'hospitalisation avec ses deux modalités : normale(service ou salles d'observation) et de réanimation (unité de soins intensifs ou salle de déchoquage).

RESUMES

Résumé:

Titre de thèse : PNEUMOPATHIE AIGUE COMMUNAUTAIRE GRAVE AUX URGENCES

Auteur : Nadi Meriem

Mots clés : Pneumopathie aiguë communautaire ; Recommandations de Conférence de consensus ; Antibiothérapie ; Orientation patients ; Service d'accueil et d'urgence.

Introduction : Le but de notre étude est d'évaluer l'épidémiologie, la qualité de la prise en charge au service des urgences, et le pronostic des pneumopathies communautaires graves.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive et analytique, menée sur une période de 3 mois (1 septembre 2012 au 30 décembre 2012), portant sur 29 cas, présentant une PAC grave, au SAU de l'HMI MV de Rabat. Les variables de l'étude ont été recueillies sur une fiche d'exploitation établie à cet effet. Ainsi pour chaque patient, il a été précisé le sexe et l'âge, les critères d'hospitalisation recommandés dans la littérature à savoir les critères de gravité, les situations particulières, les facteurs de risque de mortalité, les signes radiologiques et cliniques, ainsi que les critères précis d'admission en unité de soins intensifs, et enfin les modalités thérapeutiques et l'évolution.

Les variables qualitatives sont exprimées en effectif (pourcentage) et la seule variable quantitative recueillie à été exprimé en moyenne+/- écart type. Les analyses des résultats a fait appel aux tests exact de Fisher : comparaison de deux groupes indépendants pour une variable qualitative. Et le test U de Mann Whitney : comparaison de deux groupes indépendants pour une variable quantitative ; avec un seuil de signification p de 5% (0,05).

Résultats : L'âge moyen est de 66,5 2+/- 11,05, tout sexe confondus. Cliniquement, la dyspnée (58,6%) et les anomalies auscultatoires (55,2%) sont les symptômes les plus en commun. La FR>30/min (89,7%) et le Pouls>120/min (79,3%) représentent les critères de gravités les plus fréquemment retrouvés. Une image radiologique est retrouvée chez 82,8% des cas. 72,4 % des cas ont été orienté vers l'unité de soins intensifs (réanimation des urgences). 4 patients ont reçu une antibiothérapie préalable, l'antibiothérapie probabiliste la plus prescrite était l'association « quinolone + ceftriaxone » (62,1%). Une non-conformité aux recommandations de la 15ème conférence de SPILF a été enregistrée chez 6 cas (20,64%). L'évolution était favorable chez 28 cas sur 29 (96,6%).

Discussion et conclusion : les résultats de notre étude sont satisfaisants et concordent avec les recommandations de la conférence, concluant ainsi à une bonne qualité de prise en charge que ça soit sur le plan diagnostic, indication d'hospitalisation, orientation et traitement donné avec toutes ses modalités. A noter aussi que cela témoigne de la capacité du service à prendre en charge des patients de réanimation, ce qui attribue au service sa qualité multidisciplinaire depuis la simple consultation et prise en charge en ambulatoire à l'hospitalisation avec ses deux modalités : hospitalisation en salles d'observations et l'hospitalisation en unité de soins intensifs ou salle de déchoquage.

ABSTRACT:

Title of thesis: SEVERE COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN EMERGENCY SERVICE

Author : Nadi Meriem

Keywords : acute community-acquired pneumonia ; Recommendations of 15th Consensus Conference; Antibiotic therapy ; Orientation; Reception and Emergency Service.

Introduction: the aim of our study is to evaluate epidemiology, quality of care in the emergency department and prognosis of severe community-acquired pneumonia.

Materials and Methods: We realized a prospective, descriptive and analytical study, over a period of 3 months (1 September 2012 to 30 December 2012), included 29 cases with a severe CAP in the emergency service of HMI MV Rabat. The variables of our study were collected in a sheet operation established for this purpose. Thus, for each patient, it was specify sex and age, admission criteria recommended in the literature, namely severity criteria, specific situations, the risk factors for mortality, clinical and radiological signs, and the specific criteria for admission to intensive care unit. And finally therapeutic modalities and evolution. Qualitative variables are expressed as effectif (percentage) and one quantitative variable collected was expressed as mean + / - standard-deviation. Analysis of the results has appealed to Fisher's exact test: comparing two independents groups for qualitative variable. And the Mann-Whitney U test: comparing two independents groups for quantitative variable, with a materiality level p of 5% (0.05).

Results: The mean age was $66.52 + / - 11.05$, while gender confused. Clinically, dyspnea (58.6%) and auscultatory abnormalities (55.2%) are the most common symptoms. The $FR > 30/\text{min}$ (89.7%) and $\text{pulse} > 120/\text{min}$ (79.3%) represent the severity criteria most frequently found. A radiological image was found in 82.8% of cases. 72.4% of cases were oriented to an intensive care unit (resuscitation of emergency). 4 patients were receive a prior antibiotic therapy. The probabilistic antibiotic therapy most prescribed was the association "quinolone + ceftriaxone" (62.1%). The inadequation with the recommendations of the 15th conference SPILF was recorded in 6 cases (20.64%). The evolution was favorable in 28 of 29 cases (96.6%).

Discussion and conclusion: The results of our study are satisfactory and concord with the recommendations of the conference, so we can concluate that the quality of care is better: diagnosis, indication for hospitalization, counseling, and treatment given with all its terms. Beside of this, it can demonstrate the ability of the service to take care of patients in resuscitation, which assigns to service his multidisciplinary quality, from simple consultation and taking care of outpatient to the hospitalization with her two terms: hospital in rooms of observation and hospitalization in intensive care unit or shock room.

ملخص

عنوان الأطروحة : الالتهاب الرئوي الحاد والخطير المكتسب في المجتمع

اسم الكاتب: نادي مريم

الكلمات الأساسية: الالتهاب الرئوي الحاد المكتسب في المجتمع، توصيات مؤتمر الخامس عشر، العلاج بالمضادات الحيوية، توجيه، مصلحة الاستقبال والمستعجلات.

مقدمة : الهدف من هذه الدراسة هو تقييم علم الأوبئة وجودة العناية بالمرضى المصابين بالالتهاب الرئوي الخطير المكتسب في المجتمع ومآله في مصلحة المستعجلات.

معدات وتقنيات : لقد أنجزنا دراسة استطلاعية وصفية وتحليلية لمدة ثلاثة أشهر (من 1 سبتمبر 2012 إلى 30 دجنبر 2012) ، تهم 29 حالة مصابة بالالتهاب الرئوي الحاد والخطير في مصلحة المستعجلات بالمستشفى الجامعي العسكري محمد الخامس بالرباط . تم جمع المعلومات اللازمة للدراسة في بطاقة تقنية خاصة بالمرضى ، تتضمن السن و الجنس ، معايير الاستشفاء المنصوص عليها في المؤتمر وهي : معايير الخطورة، الحالات الخاصة، عوامل خطر الوفاة ، إشارات إشعاعية وسريرية، وكذلك معايير محددة للقبول في وحدة العناية المركزة، وأخيرا الطرق العلاجية وتطور حالة المريض . المعطيات الكيفية معبر عنها بالنسبة المئوية (%) والمتغير الكمي الوحيد معبر عنه بمتوسط + / - انحراف معياري. استدعى تحليل النتائج استعمال اختبارين: "test exact de Fischer" لمقارنة فئتين مستقلتين من أجل متغير نوعي و "test U de Mann Whitney" لمقارنة فئتين مستقلتين من أجل متغير كمي، مع عتبة معنى p تساوي 5% (0,05).

النتائج: معدل سن المرضى هو $66,52 \pm 11,05$ ، جميع الأجناس مختلطة. سريريا ، تواجد الأعراض التالية بنسب مرتفعة: الضيق التنفسي(58,6%)، شذوذ في الأصوات التنفسية(55,2%) ، أما معايير الخطورة الأكثر تواجدا هي: ارتفاع الترددات التنفسية إلى أكثر من 30 في الدقيقة بنسبة 89,7% وتزايد نبضات القلب إلى أكثر من 120 في الدقيقة وذلك بنسبة 79,3%. وجود إشارات إشعاعية عند 82,8% من الحالات. 72,4% حالة تم قبولها في وحدة العناية المركزة (إنعاش مصلحة المستعجلات). 4 مرضى تلقوا العلاج بمضادات حيوية قبل استشفائهم. العلاج الإحتمالي الأكثر موصوفا من قبل أطباء المصلحة هو الجمع بين المضادين الحيويين التاليين "Ceftriaxone+Quinolone" وذلك بنسبة 62,1%. سجلت 6 حالات غير موافقة لما جاءت به توصيات المؤتمر الخامس عشر (20,64%) . تطور الحالات كان جيدا بالنسبة ل 28 مريض أي ما يقارب (96,6%).

مناقشة و خلاصة : كانت نتائج هذه الدراسة جد مرضية ومتوافقة لما جاءت بها توصيات المؤتمر، لذلك نستنتج أن هناك عناية جيدة للمرضى سواء فيما يخص التشخيص، دواعي الاستشفاء والعلاج بجميع أشكاله وهذا يعزز مدى قدرة المصلحة على العناية بمرضى الإنعاش مما يفوض لها ميزتها المتعددة التخصصات ابتداء من العناية بالمرضى خارج المستشفى إلى الإستشفاء بنوعيه: الإستشفاء في غرف الملاحظة والإستشفاء في وحدة العناية المشددة أو غرفة الخطر.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- **Barraud D, Gibot S.** Pneumopathie communautaire grave : place des nouveaux marqueurs biologiques. *Actualités en réanimation et urgences* 2007; 320-1
- 2- **Seguin P, Mallédant Y.** Prise en charge d'une pneumopathie communautaire grave. In SFAR, editor. Conférence d'actualisation. Paris: Elsevier; 2000. p. 685-702
- 3- **E. ROUPIE** Pneumopathies communautaires de l'adulte Département d'Accueil et de Traitement des Urgences, CHU Côte de Nacre, 14010 Caen <http://www.copacamu.org/spip.php?article206>
- 4- Critères de sévérité des pneumopathies communautaires aiguës graves à Antananarivo N E Raveloson (1)*, G Rasamimanana (2), S T Rakotoarivony (3), D Gruson (4), G Gbikpi-Benissan (5), F Sztark (6) *Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence* 2009(Mars); 1
- 5- **Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française :**
15e conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent. *Med Mal Infect* 2006;36(5):235–44.

6- Christine ORTMANS-ROBERT

Prise en charge de la pneumopathie aigüe communautaire de l'adulte au service d'accueil et d'urgence du chu de Nantes : évaluation de l'adéquation de l'antibiothérapie et de l'orientation du patient aux recommandations Thèse présentée et soutenue publiquement le 6 mai 2004 Faculté de Médecine, Université de Nantes

7- Elkharrat D, Debatisse A, Benhamou F, Le Corre A.

Prise en charge simplifiée de la pneumopathie aiguë communautaire aux urgences. Infectiologie - Urgence pratique - 2003 N°57 - p 25-28.

8- Ruiz M, Ewig S, Marcos MA, Martinez JA, Arancibia F et coll.

Etiology of Community-Acquired Pneumonia : Impact of age, comorbidity and severity. Méd Mal Infect 2001 ; 31 : 240-9.

9- Elkharrat D, Attard N, Baghioni G, Benhamou F, Choquet Ph et coll.

Etude prospective de la prévalence des infections respiratoires basses et de leur prise en charge dans 114 SAU français. Abstract.

10- Elkharrat D.

Epidémiologie des infections respiratoires basses : Etude prospective dans 137 services d'accueil et de traitement des urgences.

Paris 2002, abstract de la 22e Réunion Interdisciplinaire de Chimiothérapie Antiinfectieuse (RICIA) : 164.

11- Nicole CLOUZET COURET

IMPACT D'UN PROTOCOLE D'OBSERVATION DE
PNEUMONIES AIGUËS COMMUNAUTAIRES HOSPITALISEES

: A propos de 144 patients hospitalisés au CH de Saint-Gaudens.

Thèse Présentée et soutenue publiquement le 25 Avril 2007,
Université Paul Sabatier – Toulouse

12- R. Zalacain, A. Torres, R. Celis, J. Blanquer, J. Aspa, L. Esteban, R.

Mene´ndez, R. Blanquer, L. Borderi´as, on behalf of the "Pneumonia in
the elderly" working group, Area de Tuberculosis e Infecciones
Respiratorias Community-acquired pneumonia in the elderly: Spanish
multicentre study Eur Respir J 2003; 21: 294–302

13- J.-S. Martinez, G. Le Falher, P. Corne, A. Bourdin, A. Lequellec,

J.-P. Delabre, A. Makinson, S. Hansel, J. Reynes, V. Le Moing

Audit des prescriptions d'antibiotiques dans les pneumonies aiguës
communautaires de l'adulte dans un centre hospitalier universitaire
Médecine et maladies infectieuses 40(2010)- N° 8 - p. 468-475

14- Fraisse T, Fayad G, Jardy C, Sotto A.

Evaluation of empirical antibiotherapy for acute community-acquired
pneumonia prescribed in emergency departments.

Med Mal Infect. 2012 Jan; n° 1, volume 42 (1) : 5-9.

15- Andrea YL Ban, Noradina AT ,Fauzi Ma, Roslan H, Roslina AM,
Department of Medicine, Faculty of Medicine, Universiti Kebangsaan
Malaysia.

<http://www.maptb.org.my/files/iuatld2007/VALIDATION%20OF%20CURB-65%20SCORE%20IN%20HOSPITALIZED%20PATIENTS%20WITH%20COMMUNITY%20ACQUIRED.pdf>

16- MARRIE TJ. Community-acquired pneumonia in the elderly. Clin Infect Dis 2000; 31:1066-78

17- Elkharrat D, Debatisse A, Le Corre A.

Les pneumopathies infectieuses de l'adulte en communauté.

Epidémiologie et démarche diagnostique aux urgences. Urgences 2003, chapitre 10.

18- American Thoracic Society

Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia : Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy and prevention. Am J respir Care Med ; Vol 163. Pp 1730-1754, 2001

19- Fine MJ, Stone RA, Singer DE, Coley C et coll.

Processes and outcomes of care for patients with Community-acquired Pneumonia.

Results from the Pneumonia Patient Outcomes Research Team (PORT) Cohort Study. Arch intern Med / vol 159, mai 10, 1999.

20-Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS)

Antibiothérapie par voie générale en pratique courante : infections respiratoires basses de l'adulte. Réactualisation 2002.

21-François Piette, Anne Bornand, Elise Cotto *

Prise en charge d'une pneumonie du sujet âgé La revue du praticien, vol 61, octobre 2011 p : 1085-1089

22-LOEB M. Pneumonia in older persons. Clinical Infectious Diseases 2003;37: 1335-1339

23-GUTIERREZ F, MASIA M, MIRETE C, et al. The influence of age and gender on the population-based incidence of community-acquired pneumonia caused by different microbial pathogens. J Infect.2006 Sep; 53(3):166-74

24-FARR BM, WOOHEAD MA, MACFARLANE JT et al. Risk factors for communityacquired pneumonia diagnosed by general practitioners in the community. Respir Med 2000; 94:422-427

25-Chidiac C.

Pneumonie communautaire, facteurs de risques et signes de gravité Méd Mal Infect 2001 ; 31 : 240-9.

26-Metlay JP, Kapoor WN, Fine MJ.

Does this patient have community-acquired pneumonia ?

Diagnosing pneumonia by history and physical examination.

Jama, November 5, 1997-Vol 278, No.17.

27-Gennis P, Gallagher J, Falvo C, Baker S, Than W.

Clinical criteria for the detection of pneumonia in adults : Guidelines for ordering Chest Roentgenograms in the Emergency Department
The Journal of Emergency Medicine, Vol. 7, pp. 263-268,1989.

28- Heckerling PS, Tape TG, Wigton RS, Hissong KK et coll.

Clinical Prediction Rule for Pulmonary infiltrates

Annals of Internal Medicine, 1990;113 : 664-670.

29-Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de soins. Les pneumonies aiguës communautaires. Décembre 2001.

30-Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA et coll.

Guidelines from the Infectious Diseases Society of America.

Practice Guideline for the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. Clinical Infectious Diseases. 2000 ; 31 : 347-82.

31- Elkharrat D, Brun-Ney D, Cordier B, Goldstein F et coll.

Prescriptions d'antibiotiques dans 34 Services d'Accueil et de traitement des Urgences français.

Médecine et Maladies Infectieuses- 2003, vol 33, n°2, p70-77.

32-Mathers Dunbar L, Hassman J, Tellier G. Efficacy and tolerability of once-daily oral telithromycin compared with clarithromycin for the treatment of community-acquired pneumonia in adults. Clin Ther 2004 ; 26(1) : 48-62.

33-Potel G, Caillon J, Bugnon D.

Antibiothérapie : de la pharmacologie à la décision.

La revue du praticien, septembre 2003, tome 53, N°14 ; 1554-1560.

34-François Piette Anne Bornand Elise Cotto Prise en charge d'une pneumonie du sujet âgé p 1085- 1089 LA REVUE DU PRATICIEN VOL. 61 Octobre 2011

35- A. Le Bris-Tomczak, J.-P. Bedos, C. Billon, F. Samdjeu, A. Le Monnier Antibiotic strategy in severe community-acquired pneumococcal pneumonia

Médecine et maladies infectieuses 42 (2012) 226-234

36-AFSSAPS et la SPILF/ C. Chidiac

Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l'adulte. Pneumonies aiguës communautaires. Exacerbations de bronchopneumopathie chronique obstructive. Médecine et maladies infectieuses 41 (2011) 221-228

37-Christian Chidiac, Florence Ader Pneumopathies communautaires de l'adulte ; la Revue du Praticien vol.61 Octobre 2011 p1077-1084

Annexe : Fiche de recueil des données

Nom du patient :	IPP :
DDN :	Dates d'hospitalisation :

Sexe	M	F
------	---	---

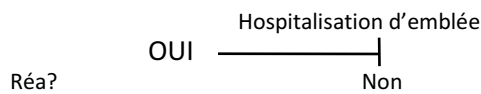
Age	
-----	--

Critères de gravité	Oui
Atteinte des fonctions sup.	
TAs <90mm hg	
Pouls >120/min	
FR>30/min	
T<35°C ou >40°C	
Pneumopathie d'inhalation ou sur obstacle	

Situation particulières	oui
Complication de la P. (pleurésie, abcédation)	
Néoplasie évolutive associée	
Conditions socio-économique défavorables	
Inobservance thérapeutique prévisible	
Isolement notamment chez les personnes âgées	



- FR>30
- Ventilation Assistée
- PaO2/FiO2 <250 mm Hg
- Etat choc
- Amine >4h
- Oligo-anurie

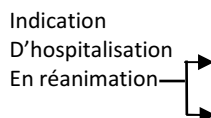


Sa O2 :

Facteurs de risque de mortalité	Oui
Age > 65 ans	
Insuffisance cardiaque congestive	
Maladie cérébro-vasculaire (AVC, AIT)	
Maladie rénale (IRC ou ↑ urée ou créat)	
Maladie hépatique (cirrhose ou autre hépatopathie chronique)	
Diabète sucré non équilibré	
BPCO	
Insuffisance respiratoire chronique	
Hospitalisation dans l'année	
Vie en institution	
Nombre total de facteurs de risque	

radio	Oui
Infiltrats récents	
Foyer alvéolaire	
Sd interstitiel diffus	

Clinique	Oui
Toux	
Expectorations	
Dyspnée	
T°>37.8	
Ausc.diffus ou foyer	
Douleur pleurale	
Encéphalopathie	



Stratégie de décision d'hospitalisation			
	0	1	>2
Age <65 ans	Ambulatoire	Ambulatoire	hospitalisation
Age >65 ans	Ambulatoire	hospitalisation	hospitalisation

Décision

Score de la BTS :

Hospitalisation en réanimation

Allergie :

Orient. Bacterio.	Susp. pneumo	Susp. atypique	Susp. légiennelle	Susp. anaérobie

Antibiothérapie préalable	molécule	durée

	Antibiothérapie Prescrite aux urgences
Molécule	
Posologie	
Voie d'administration	
Durée du traitement	

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.

وقسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم
الحمد لله رب العالمين

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجهد الذي يستحقونه.
- ◀ وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في.

والله على ما أقول شهيد.

جامعة محمد الخامس - السويسي -
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم : 57

سنة : 2013

الالتهاب الرئوي الحاد والخطير المكتسب في المجتمع في

مصلحة المستعجلات بالمستشفى العسكري

محمد الخامس بالرباط - دراسة استطلاعية حول 29 حالة -

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرف

الآنسة : مريم فادي

المزداة في 1986/12/07 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراة في الطب

الكلمات الأساسية: الالتهاب الرئوي الحاد المكتسب في المجتمع، توصيات مؤتمر الخامس عشر، العلاج بالمضادات الحيوية، توجيه، مصلحة الاستقبال والمستعجلات.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرف

أعضاء

السيد : مبارك ديمو

أستاذ في التخدير والإنعاش

السيد : لحسن بليمانى

أستاذ مبرز في التخدير والإنعاش

السيد : عبد الواحد بايت

أستاذ مبرز في التخدير والإنعاش

السيد : سمير السياح

أستاذ في التخدير والإنعاش

السيد : عبد المجيد موساوي

أستاذ مبرز في التخدير والإنعاش