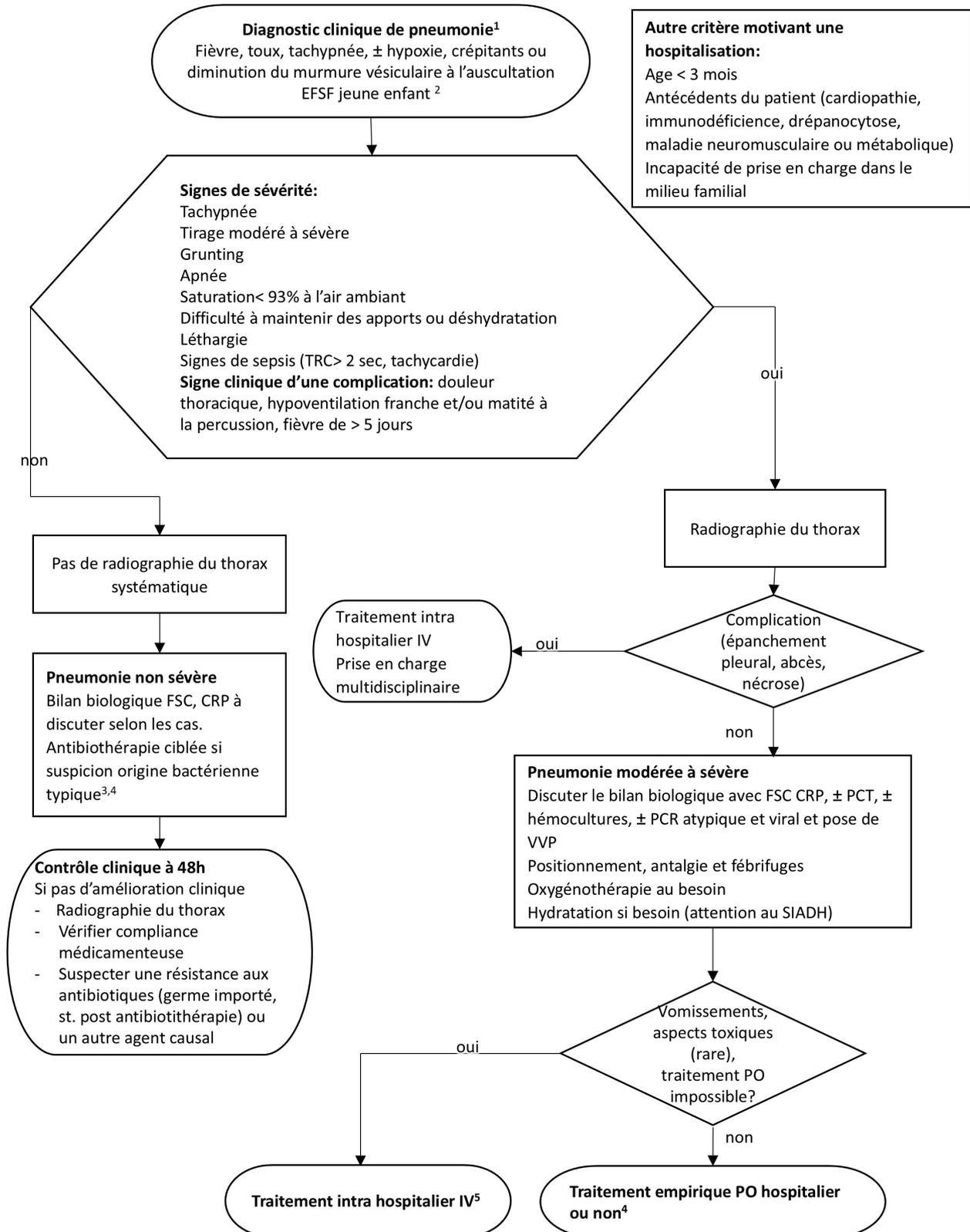


## Pneumonie de l'enfant

### Algorithme

#### Prise en charge des pneumonies communautaires de l'enfant d'âge > 3 mois



## Abréviations

---

**ATCD** : antécédent ; **CRP** : C reactive protein ; **EFSF** : état fébrile sans foyer ; **FSC** : formule sanguine complète ; **Hib** : Haemophilus influenzae de type b ; **IV** : intraveineux ; **PCR** : polymerase chain reaction ; **PCT** : procalcitonine ; **PO** : per os ; **SIADH** : sécrétion inappropriée d'hormone anti-diurétique ; **TRC** : temps de recoloration ; **VVP** : voie veineuse périphérique

## Définition/remarques

---

**1. Définition** : la pneumonie communautaire de l'enfant est définie par une infection du parenchyme pulmonaire par un germe contracté dans la communauté.

**2. Diagnostic clinique** : Aucun signe n'est pathognomonique ni obligatoire, la fièvre, la tachypnée et la toux sont les symptômes les plus constants et donc les plus évocateurs. Ils seront plus ou moins associés à des signes respiratoires (signes de lutte, hypoxie) voire à une symptomatologie septique évocatrice d'une forme compliquée.

Quelques particularités à connaître :

- Les jeunes nourrissons présentent souvent une baisse de l'alimentation et de l'état général et une irritabilité (voir Fiche Etat fébrile sans foyer de 0 à 60 jours).
- Les pneumonies occultes peuvent se manifester chez l'enfant d'âge inférieur à 5 ans par une fièvre non associée à des signes respiratoires (indication à faire une radio du thorax en cas de fièvre sans cause claire (voir Fiche Etat fébrile sans foyer 60 jours – 3 ans) associée à un syndrome inflammatoire, notamment en cas d'hyperleucocytose > 20.000).
- Le tableau peut comporter des douleurs abdominales ; les douleurs thoraciques doivent faire éliminer une atteinte pleurale.

L'examen clinique sera orienté à la recherche des signes physiques suivants : tachypnée, baisse du murmure vésiculaire, foyers crépitants. Une abolition du murmure vésiculaire associée à matité à la percussion est évocatrice d'une forme compliquée (pleurésie associée).

**3.Diagnostic étiologique** : Aucun critère épidémiologique, clinique, biologique ou radiologique, n'est, à lui seul, déterminant dans le diagnostic étiologique des pneumonies de l'enfant.

	<b>Etiologie bactérienne</b>	<b>Etiologie bactérienne atypique</b>	<b>Etiologie virale</b>
Agent	Str. pneumoniae Str. pyogenes H. influenzae (rare depuis la vaccination) S. aureus (post grippe ou varicelle)	Mycoplasma pneumoniae Chlamydia pneumoniae	RSV, adénovirus, grippe, para influenzae, rhinovirus, coronavirus, autres
Age	Tout âge	Plus fréquente à partir de 5 ans	Prédominante chez l'enfant d'âge < 5 ans
Clinique	Fièvre élevée, soutenue Douleurs abdominales	Fièvre modérée, toux parfois prolongée (> 6 jours), volontiers hypoxique contrastant avec un bon état clinique, sibilances. Parfois, signes extra pulmonaires, éruption cutanée/muqueuse, myalgies.	Souvent la fièvre est peu élevée, moins soutenue. Les infections grippales sont néanmoins plus bruyantes. Toux, sibilances. Présences d'autres signes viraux. Autres cas dans l'entourage.
Radio du thorax	Syndrome alvéolaire bien systématisé	Syndrome interstitiel, syndrome alvéolaire mal-systématisé	Images mal systématisées
Biologie	CRP > 50, PCT > 0,5 et leucocytes élevés en rapport avec la durée de la maladie	Syndrome inflammatoire absent ou modéré (CRP < 50)*	Syndrome inflammatoire absent ou modéré

**\*Ces cut-offs biologiques doivent être interprétés avec prudence et pris en considération dans un contexte clinique (chronologique par rapport au début des symptômes)**

**4. Antibiothérapie empirique par voie orale :**

Situation clinique	Traitement	Durée
Pneumonie d'allure bactérienne typique	Amoxicilline 80-100 mg/kg/jour, (en 2 ou 3 doses), max 3 g/jour ou Amoxicilline-acide clavulanique 80 mg/kg/jour (d'amoxicilline) en 2 doses, max 2625 mg/jour, si enfant non vacciné contre Hib et âgé de moins de 5 ans, en cas de grippe, varicelle surinfectée ou suspicion de broncho-aspiration  En cas d'allergie ATCD de réaction modérée aux pénicillines sans manifestation IgE médiée (érythème maculaire sans prurit) Amoxicilline 80-100 mg/kg/jour 2 ou 3 doses, max 3 g /jour ATCD de réaction IgE médiée aux pénicillines (urticaire, anaphylaxie, œdème laryngé, sibilances, hypotension) ou de réaction retardée sévère (Lyell, Stevens-Johnson, DRESS) Clarithromycine ou clindamycine à discuter avec médecin senior ± spécialiste	5-7 jours
Pneumonie à germes atypiques (M. pneumoniae, C. pneumoniae)	Clarithromycine 15 mg/kg/jour, en 2 doses, max 1 g/jour, pendant 10 jours ou Azithromycine : 10 mg/kg/jour pour 3 jours, max 500 mg/jour. L'azithromycine a une longue demi-vie, avec des taux résiduels pouvant favoriser le développement de résistance. Il faut donc privilégier la clarithromycine ou Si âge > 7 ans, Doxycycline 2 mg/kg/dose, 2 fois par jour J1 (max 200 mg/jour), puis 2 mg/kg/dose, une fois par jour de J2 à J5 (max 100 mg/jour). Durée totale 5 jours	

**5. Antibiothérapie par voie intraveineuse (en hospitalier) :**

Situation clinique	Traitement	Durée
Pneumonie d'allure bactérienne typique et non compliquée	Amoxicilline 80-100 mg/kg/jour en 3 doses, max 6 g/jour ou Amoxicilline-acide clavulanique 80-100 mg/kg/jour (d'amoxicilline) en 3 doses, max 6 g/jour, si enfant non vacciné contre Hib et âgé de moins de 5 ans ou en cas de grippe, varicelle surinfectée ou suspicion de broncho-aspiration	5-7 jours
Pneumonie compliquée (épanchement pleural, pleurésie, nécrose, suspicion de staphylococcie)	Amoxicilline-acide clavulanique 150 mg/kg/jour (d'amoxicilline) en 3 doses en première intention, max 8 g/jour	

## Références/liens

---

National institute for Health and Care Excellence (NICE). Pneumonia (community-acquired): antimicrobial prescribing (NICE guideline NG138). 2019; <https://nice.org.uk/guidance/ng138/resources/pneumonia-communityacquired-antimicrobial-prescribing-pdf-66141726069445>

Harris, M., Clark, J., et al. (2011). British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011. *Thorax*, 66 Suppl 2, ii1-23. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2011-200598>

Meyer P. (2023). Diagnostic et traitement de la pneumonie pendant l'enfance et l'adolescence. *Paediatrica*. [Diagnostic et traitement de la pneumonie pendant l'enfance et l'adolescence - pédiatrie schweiz](#)

Wagner, N., Gehri, M., et al. (2016). [Community acquired pneumonia in children: an update for outpatients management]. *Rev Med Suisse*, 12(506), 344-346, 348-349. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27039458> (Prise en charge ambulatoire de la pneumonie communautaire de l'enfant: mise au point.)

## Mots-clés

---

Pneumonie

Domaine	Auteurs	Date de validation	Valideur	Date de révision
Ped-Ro*/Urgences	Rafik Bourayou Stefania Franchi Francesca Marchetti Coralie Salomon Johan Siebert	17.04.2025	Bernard Laubscher	17.04.2027

\* Ped-Ro , les recommandations du réseau romand de pédiatrie : Centre Hospitalier du Valais Romand - Sion, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Lausanne, Ensemble Hospitalier de la Côte - Morges, Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois - Yverdon, Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique - Nyon, Hôpital cantonal - Fribourg, Hôpital de la Tour - Meyrin, Hôpital du Jura - Delémont, Hôpital Intercantonal de la Broye - Payerne, Hôpital Riviera-Chablais - Rennaz, Hôpitaux Universitaires de Genève, Réseau Hospitalier Neuchâtelois