

TUBERCULOSE, PNEUMOPATHIES et BRONCHOPNEUMOPATHIES INFECTIEUSES

Infection Respiratoire Haute = IVRS : infection des voies respiratoires supérieures

Infection Respiratoire Basse = IVRI ou IRB (infection respiratoire basse) : Infection des voies respiratoires inférieures

I/- Infection respiratoire basse :

- Symptomatologie :
 - Toux (d'emblée ou secondaire) avec ou sans expectoration
 - Au moins 1 signe d'atteinte respiratoire basse
 - Dyspnée, douleur thoracique, sifflement
 - Signes auscultatoires récents en foyer ou diffus
 - Au moins 1 signe évoquant une infection
 - Fièvre, sueurs, arthralgies, myalgie
 - Mal de gorge, rhume
- Distinction entre Bronchite et une pneumopathie
 - Signes subjectifs de bronchite aiguë
 - Température inconstante, souvent peu élevée
 - Brûlure rétrosternale
 - Toux précédée ou non d'une IVRS
 - Auscultation normale/ ronchi diffus
 - Pneumopathie = multiples scores
 - AFFSPAPS – Réactualisation 2005
 - Température supérieure à 38°5
 - Tachycardie supérieures 100 battements par mn
 - Polypnée supérieure à 25 par mn
 - Douleur thoracique
 - Absence d'infection de VA hautes
 - Impression globale de gravité
 - Râles crépitants en foyers
 - Radiographie pulmonaire = référence pour le diagnostic de pneumopathie : opacité parenchymateuse. Elle oriente le diagnostic étiologique et permet d'adapter le type d'antibiothérapie. Elle permet également de faire un diagnostic de gravité (pluri-lobaire ou bilatérale). Elle permet d'établir un diagnostic de complication comme une pleurésie ou un abcès pulmonaire ou bien de déceler une lésion associée comme un cancer.

- Pneumopathie communautaire
 - Apparue à domicile
 - > 7 jours après la fin d'un séjour dans un établissement de santé
 - < 48^{ème} heure d'hospitalisation
- Pneumonie nosocomiale
 - 2^{ème} cause d'infection nosocomiale (Infection Urinaire)
 - Germes hospitaliers plus ou moins résistants
 - 20 à 50% de mortalité
- Morbidité chez l'enfant de moins de 5 ans
 - 4 à 9 épisodes annuels
 - 50% des consultations externes de pédiatrie
 - 20 à 40% des hospitalisations de pédiatrie
 - Microorganismes habituels :
 - Virus respiratoire (VRS)
 - Rougeole
 - Coqueluche
 - Streptococcus Pneumoniae
 - Haemophilus Influenzae
 - Antibiotiques = cout important
- Prise en charge d'une bronchite aiguë
 - Exclure une pathologie respiratoire chronique et comorbidités sévères
 - Rares bactéries
 - Mycoplaste Pneumoniae/C.Pneumoniae Bordetella Pertussis
 - Evolution favorable en 10 jours
 - Fièvre supérieure à 38°5 durant 3 jours implique un diagnostic de bronchite
 - Toux supérieure à 3 semaines peut évoquer une coqueluche
 - Antibiothérapie non recommandée si adulte sain
- Prise en charge Pneumopathies
 - Questions à se poser :
 - Faut-il proposer une hospitalisation ? Dans quelle unité ?
 - Signes de gravité immédiate
 - Si au moins un signe clinique :
 - Atteinte fonctions supérieures (confusion)
 - Température inférieures à 35 ou supérieure à 40°
 - Fréquence respiratoire supérieure à 30/mn
 - Cyanose
 - Fréquence cardiaque supérieures à 125/mn
 - PA systolique inférieure à 90mmH
 - Prise en charge à domicile impossible
 - Isolement social (personnes âgées ++)

- Conditions socio-économiques défavorables
 - Troubles des fonctions supérieures
 - Risque de non observance
 - Vomissements
- Facteurs de risque de gravité
 - Comorbidités
 - BPCO
 - Diabète sucré
 - Insuffisance cardiaque
 - Maladie cérébro-vasculaire
 - Insuffisance rénale
 - Insuffisance Hépatique
 - Déficience Immunité (VIH, malnutrition,...)
 - Néoplasie
 - Age (< 65 ans : au moins 2 facteurs de risque, > 65 ans : existence d'un facteur de risque)
 - Vie en institution
 - Alcoolisme
 - Antécédents de pneumonies
- Critères biologiques et radiologiques
 - Insuffisance respiratoire sévère (PaO₂ < 60mmHg / PaCO₂ > 50 mmHg / pH < 7,3)
 - Instabilité hémodynamique sévère
 - Critères métaboliques ou hématologiques
 - CIVD (coagulation intra-vasculaire disséminée)
 - Insuffisance rénale aiguë nécessitant une hémodialyse
 - Autres défaillances organiques sévères
- Quelles investigations ?
 - Radiographie du thorax face et profil
 - Gaz du sang
 - Microbiologie
 - ECBC
 - Après lavage de bouche
 - Non salivaire
 - Exploitation dans l'heure +++
 - > 25 PNN et < 10 cellules épithéliales / champ
 - Culture pure microorganisme unique ou supérieure à 10⁷ CFU/ml.
 - 2 hémocultures
 - Prélèvement protégé endoscopique (USI)
 - Ponction pleurale si épanchement
 - Antigènes Urinaires
 - Pneumococcique

- Adulte sensibilité 82%, spécificité 94% (15mn)
 - Chez l'enfant moindre
 - L.Pneumophila
 - Sérologies des germes intracellulaires
 - Ecouvillon nasal et pharyngé
 - Période grippale
 - Comment traiter ? Efficacité du traitement ?
 - Quelles mesures préventives ?
-
- Pneumopathie franche lobaire aiguë à Pneumocoque
 - Début brutal
 - Signes d'orientation
 - Patient aux « yeux d'or »
 - Herpès naso-labial
 - Expectoration rouillée
 - Foyer condensation net avec ou non un souffle tubaire
 - Diagnostic :
 - Examen direct : diplocoques gram+ capsulés
 - Hémocultures positives dans 25 à 30% des pneumonies à pneumocoques.
 - Complications :
 - Pleurésie purulente ++, choc septique...
 - Résistance = 73% souches
 - 52% sensibilité diminuée aux bêta-lactamines
 - 52% souches résistantes aux macrolides
 - 4% sensibilité diminuée aux fluoroquinolones
 - Antibiothérapie :
 - Amoxicilline = 1g/8h (ac.clavulanique)/C3G IV
 - Quinolones 3^{ème} génération (Tavanic / Izilox)
 - Télithromycine (Ketek) : comprimés en 1 prise
-
- Pneumopathie à légionella Pneumophila
 - Début rapidement progressif, température élevée
 - Toux sèches
 - Signes extra respiratoires
 - Diarrhée, douleurs abdominales
 - Neuro : confusion, agitation, céphalées
 - Oligurie
 - Biologie :
 - Hyponatrémie / augmentation CPK (protéines musculaires) / Lymphopénie
 - Cytolyse hépatique / Protéinurie avec insuffisance rénale
 - Diagnostic
 - IF directe sur ECBC
 - Antigène urinaire
 - Sérologie (2 prélèvements à 15 jours)
 - Antibiothérapie

- Macrolides = référence ?
- Fluoroquinolones
- Traitement
 - Antibiotique probabiliste
 - Evaluer la réponse 48 ou 72h
 - Adulte <65 ans : sans facteur de risque
 - Pneumocoque : Amoxicilline
 - Germe intracellulaire : macrolide per os
 - Doute sur le germe
 - Soit actif sur pneumocoque = Amoxicilline
 - Soit actif sur pneumocoque et atypique = Pristinamycine
 - Tavanic et Izilox
 - En cas de non réponse à 72h
 - Alternance de l'antibiothérapie
 - Association d'antibiotique
 - Fenêtre traitement pour prélèvement endoscopique
 - Durée d'antibiothérapie :
 - 7 à 14 jours
 - 21 jours : L.Pneumophila, S.Auréus, Pn.Sévère
 - Mesures associées
 - Arrêt du tabac
 - Oxygénothérapie
 - Aérosols bronchodilatateurs si BPCO
 - Kinésithérapie Respiratoire
 - Prévention Complication
 - Décubitus
 - DT