

Infections ORL et bronchopulmonaires

Infections respiratoires hautes

1 La Rhinopharyngite aiguë

2 Angines aiguës ++++

3 Angines récidivantes

4 Otite moyenne aiguë ++++

5 Les Otites moyennes récidivantes

6 L'otite externe

7 Sinusite aiguë

8 Sinusites chroniques

9 Laryngites

Infections respiratoires basses

→ Bronchopathies

1 Bronchites

2 Exacerbation de bronchite chronique ++++

3 Coqueluche ++++

→ Pneumopathies ++++

1 Pneumonie lobaire

2 Broncho-pneumonie

3 Pneumonies interstitielles ou atypiques

4 Pneumonies nosocomiales

Infections respiratoires hautes

1 La Rhinopharyngite aiguë

C'est une atteinte inflammatoire (principalement virale) de l'étage supérieur du **cavum** qui peut être associée à une atteinte nasale.

Cette affection intervient vers l'âge de 6 mois à 7 ans et constitue une éducation du SI.

1.1 Diagnostic clinique

- **Inflammation du cavum** et des fosses nasales jusqu'au pharynx.
- **Rhinorrhée aqueuse** évoluant en **mucopurulente** et une **fièvre à 38-39°C** avec un **début brutal**.
- Obstruction **nasale**, avec des **éternuements**, une toux superficielle et des **douleurs pharyngées**.
- On a une **guérison spontanée** en 7 à 10 jours mais on peut aussi avoir des **surinfections en sinusites et otites**.

NB : !!! DD avec la sinusite aiguë (Cf)

1.2 Traitement

- Symptomatique : on peut conseiller des **antipyrétiques**, **antalgiques** et des **vasoconstricteurs nasaux (si > 12ans)** mais ne pas les prendre trop systématiquement car ils **favorisent la stagnation** des germes.
- Lavage du nez au sérum phy + mouche bébé
- **ATB inutiles** car les surinfections surviennent tardivement et peuvent au contraire favoriser la prolifération de bactéries pathogènes par déséquilibre de la flore.
- **Les ATB** ne doivent être pris qu'en **cas de complications** si : **fièvre de plus de 3 jours**, symptômes de plus de dix jours et **gêne respiratoire : sinusite et otites**.
- Généralement **une seule consultation** suffit voir aucune si bonne auto médication.

1.3 Complications : bactériennes

- OMA purulente
- sinusite
- conjonctivite purulente du nourrisson : doit faire rechercher une OMA purulente à *Haemophilus influenzae* d'autant plus qu'il s'agit le plus svt d'otites peu fébriles et peu douloureuses.

2 Angines aiguës

C'est une **infection douloureuse et fébrile des amygdales et du pharynx**, elle est principalement **d'origine virale** (80%) mais le **Streptocoque β hémolytique du groupe A (SGA)** est l'agent bactérien le plus fréquemment rencontré (20%).

Sa présence doit être recherchée et traitée du fait du risque de complications qu'elle peut engendrer (GNA, RAA)

2.1 Classification / étiologies :

➤ Angine érythémateuse ou érythémato-pultacée (rouge à points blancs) (90% des cas) :

- Les **amygdales** sont **rouges** et tuméfiées avec un **enduit** pulvérulent, crémeux et **blanchâtre** facilement décollable.

- **Etiologie :**

- **Virale** = 80% (adéno, myxo, rhinovirus), si :
 - **début progressif**
 - Dysphagie modérée
 - Plusieurs muqueuses atteintes : toux, coryza, diarrhée, conjonctivite
- **Bactérienne (strepto A)**, si :
 - **début brutal**,
 - dysphagie intense sans toux
 - Fièvre élevée
 - Signe spécifique : scarlatine, erythème pharyngé intense...



NB : pas d'angine à strepto avant 3 ans – pic entre 5 et 15 ans

➤ Angine pseudo-membraneuse :

- Elle présente un **exsudat fibrineux** qui adhère aux **amygdales** (= fausse membrane adhérente)
- **Etiologies :**
 - Virale = **EBV** (mononucléose) -----> Adolescent
 - Bactérienne = **diphthérie** (rare en France) ---> Notion de voyage Europe de l'est

➤ Angine vésiculeuse :

- On a présence de **vésicules** sur les **amygdales** ou le voile du palais
- Dysphagie brutale et intense
- **Etiologies : tjs virales**
 - angine herpétique = **HSV 1**
 - herpangine = **Coxsackie A.**

➤ Angine ulcéro-nécrotique :

- C'est une **ulcération de l'amygdale** recouverte d'une fausse membrane.
- **Etiologies :**
 - Angine de Vincent = association **fuso-spirillaire**
 - Chancre syphilitique = **Treponema pallidum**

2.2 Diagnostic = Clinique

= de l'angine streptococcique : pas la plus fréquente mais la plus grave

- **Fièvre, Inflammation de l'oropharynx et des amygdales**, sensation de malaise général
- **Douleur pharyngée constrictive** + dysphagie.
- Otalgie réflexe

- Adénopathies cervicales satellites
- Chez l'enfant : signes digestifs (vomissements, douleurs abdo)
- **Pas de toux**
- Si SGA a une toxine érythrogène : l'angine s'accompagne d'un **exanthème** et d'un **éнанthème** typique avec desquamation de la langue en forme de V = **éruption scarlatiniforme**

- Score de Mac Issac chez l'adulte (VPP de 95% pour le Strepto A si score > 2points)
 - Fièvre > 38°C -----> 1 point
 - Absence toux -----> 1 point
 - ADP cervicales sensibles -----> 1 point
 - Atteinte amygdalienne (augmentation de volume, exsudat) -----> 1 point
 - Age : 15-44 ans -----> 0 point
 - Age > 45 ans -----> - 1 point

2.3 Explorations biologiques

- Strepto A :
 - Test de diagnostic rapide (TDR)
 - Recommandé chez tous les enfants > 3 ans et chez les adultes avec score d'Isaac > ou = à 2
 - Méthode immuno-enzymatique (recherche d'Ag de paroi spé), sensibilité de 90%
 - En ambulatoire, lecture de la bandelette en qlq minutes
 - TDR + : confirme l'étiologie du SGA → ATB
 - TDR – chez patient sans risque de RAA → antalgiques et antipyrétiques
 - TDR – chez patient à risque de RAA → mise en culture, si + → ATB
 - Culture (rare)
- EBV :
 - NFS : SMN, thrombopénie possible
 - MNI-test
 - Sérologie (IgM anti-VCA, Ac anti-EBNA)
- Diphtérie :
 - Examen direct
 - Culture

2.4 Complications

- Loco-régionale : avec un **phlegmon** péri-amygdalien, abcès pharyngien
- Complications du streptocoque A (1%) : début 15 à 20j après l'épisode d'angine
 - **Rhumatisme articulaire aigu** (RAA) (rare ds PI)
 - **Glomérulonéphrite aiguë** (GNA) (non diminué pas l'ATBthérapie)
 - Erythème noueux
 - Chorée de Sydenham
 - Scarlatine, Choc toxique streptococcique
- RAA :

- Syndrome inflammatoire avec atteintes articulaires et cardiaques (polyarthrite migratoire et asymétrique)
- Guéri en qlq semaines, seule l'endocardite grave peut laisser des séquelles
- Mécanisme mal connu : AI ? : dépôts de CI et R° des LT vis à vis des Ag streptococciques
-

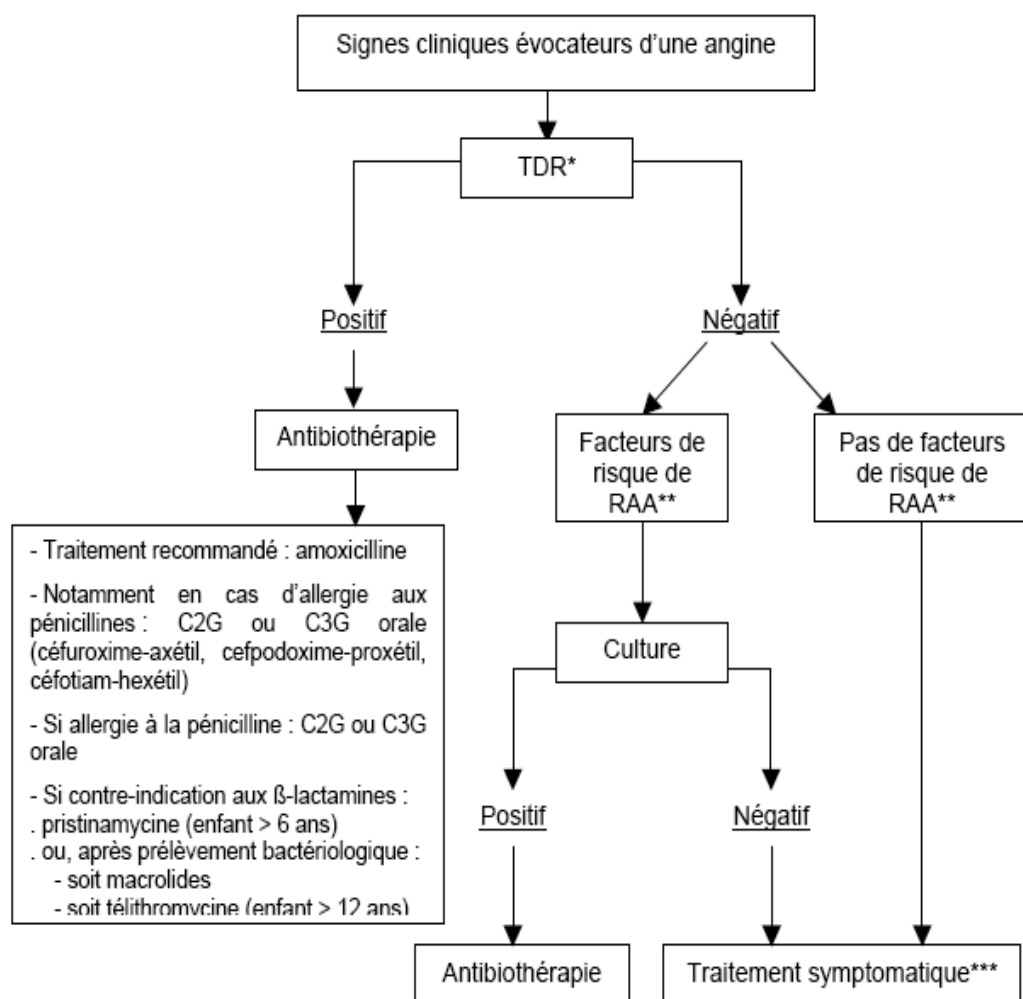
➤ Facteurs de risques de RAA :

- ATCD de RAA
- Patient entre 5 et 25 ans
- ATCD d'épisodes multiples d'angine à SGA ou zones d'endémie
- Certains facteurs environnementaux (conditions sociales, sanitaires ou éco)

➤ GNA :

- Peut être typique (= œdèmes, HTA, oligurie, protéinurie) ou frustré
- Pronostic excellent surtout chez l'enfant
- Mécanisme mal connu : dépôts de CI dans les capillaires de la mb basale glomérulaire

PRISE EN CHARGE DE L'ANGINE



2.4 Traitement

2.4.1 Strepto A

- **Evolution favorable en 3-4 jours même sans ttt ! Mais complications peuvent être graves**
- **But du ttt :**
 - Diminuer la durée des symptômes (de 24h ! lol)
 - Prévenir les complications du SGA
 - Diminuer le portage et la contagiosité
- **Ttt symptomatique : Antalgiques, antipyrétiques**
- **ATBthérapie :**
 - Elle est inutile dans 80% des cas (étiologies virales)
 - Le traitement de référence historique est celui par la Pénicilline V ORACILLINE 3MU/jour pdt 10 jours mais il est long et l'observance est du coup diminuée.
 - 1ere intention : Amoxicilline 1g 2x/jour pdt 6 jours (= ttt court)
 - 2eme intention : Cephalosporine orale si HyperS+ (allergie pénicilline) :

- Céfuroxime axétil ZINNAT : 4j → C2G
- Cefpodoxime proxétil ORELOX : 5j → C3G
- Cefotiam hexetil TAKETIAM : 5j → C3G
- 3eme intention : Macrolides, kétolides, pristinamycine si HyperS+ sévère (allergie β -lactamines)
 - Macrolides et Kétolides : que après culture et ATBgramme : Azithromycine 3j, Clarithromycine 5j, Josamycine 5j, Télithromycine 5j (>12ans)
 - Pristinamycine : 8j et > 6 ans
- Information du patient
- Mesures sociales (éviction scolaire si scarlatine à SGA)
- Surveillance

2.4.2 EBV

- Uniquement symptomatique en ambulatoire
- AIS si gêne respiratoire ou alimentaire importante ou AHAI

2.4.3 Diphtérie

- Urgence !
- Sérothérapie + vaccination
- Penicilline G 100 000 UI/kg/j IV pdt 14 j
- MDO + éviction scolaire
- Surveillance
- Prophylaxie des sujets contacts

2.4.4 HSV

Ttt symptomatique + aciclovir PO 200 mgx5/j pdt 5 jours

2.4.5 Angine ulcéro-nécrotique

- Angine de Vincent : Peni V ou G 1à j, ou Metronidazole si HyperS+
- Chancre syphilitique : Cf

3 Angines récidivantes

- Si plus de 3 angines dans le même hiver ou plus de 5 pendant 2 hivers consécutifs.
- Elles surviennent chez le sujet jeune sur des amygdales hypertrophiées.
- Les bactéries sont les mêmes que pour angines aiguës, mais prépondérance moins marquée du SGA, au profit notamment de *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* ou des bactéries anaérobies.

3.1 Causes d'échec de l'antibiothérapie

- Modification anatomique des amygdales : inflammation chronique, cryptes,

- Déficit immunitaire local,
- Prolifération d'une flore productrice de β -lactamases,
- Réduction de la flore inhibitrice saprophyte pharyngée et de son effet barrière,
- Mauvaise observance : traitements interrompus avant leur terme,
- Concentration en pénicilline insuffisante au niveau des amygdales.

3.2 Traitement

- **C2G, C3G** limité à la seule indication d' "**angines récidivantes**".
- Ttt court 10j
- **Amygdalectomie** : décidée selon **la fréquence des récidives** et des complications : phlegmon, obstruction pharyngée, otites moyennes récidivantes, gêne pour la vie scolaire ou professionnelle.

4 Otite moyenne aigue (OMA)

→ **Atteinte infectieuse** de la **région tympanique** avec présence d'un liquide purulent dans la caisse du tympan caractéristique d'une infection.

Pathologie principalement pédiatrique, bcp moins fréquente après 6 ans, et à prédominance hivernale. Elle est favorisée par la vie en collectivité.

➤ On distingue deux types d'OMA :

- **L'OMA congestive** : congestion bénigne des tympans **d'origine virale** qui fait suite à une rhinopharyngite, elle guérit spontanément en 3 jours.
- **L'OMA purulente** : surinfection bactérienne de l'oreille moyenne avec présence d'un épanchement purulent ou mucopurulent dans la caisse tympanique. C'est une complication de la précédente par la colonisation du liquide par des bactéries commensales de l'épithélium respiratoire : ***H.influenzae*** et le **Pneumocoque**. C'est une pathologie essentiellement pédiatrique à prédominance hivernale.

4.1 Etiologies

- Virus : 90% des cas
- ***Streptococcus pneumoniae*** (surtt si otite douloureuse et fébrile)
- ***Haemophilus influenzae*** (surtt si conjonctivite associée)
- ***Branhamella catarrhalis***

4.2 Clinique

- Fièvre
- Oalgies pulsatiles à prédominance nocturne → irritabilité, insomnie, pleurs
- Épanchement rétro-tympanique ou écoulement de pus dans les cas les plus avancés
- Parfois hypoacousie
- Signes généraux ou fonctionnels non spé : irritabilité, refus alimentaire, signes digestifs
- Guérison spontanée dans 70% des cas
- **Complications** si OMA purulente pas ou mal soignée :
 - **Méningite purulente, abcès au cerveau,**

- **mastoïdite**
- passage à la chronicité → Baisse d'audition lors des OMA récidivantes

4.3 Diagnostic

- Clinique +++
- Visualisation des tympans : pas indispensable chez le tout petit → la fièvre suffira pour initier le ttt proba
- Identification de la bactérie après paracentèse
- Paracentèse d'emblée indiquée que :
 - Chez le nourrisson de moins de 3 mois
 - Si mastoïdite
 - Si récurrence en 4 jours
 - Sinon réalisée en cas d'échec du ttt proba

4.4 Traitement

- **Ttt symptomatique :**
 - **Antalgiques, antipyrétiques** : paracétamol +++ (pas AAS → syndrome de Reye)
 - Abstention antibiotique et réévaluation à 48-72h
- **ATBthérapie :**
 - D'emblée chez l'enfant **< 2 ans**
 - Uniquement si otite bruyante chez l'enfant **> 2 ans** (fièvre élevée, otalgies intenses /ex)
 - **ATB probabiliste :**
 - **AUGMENTIN®** à forte dose **80-100mg/kg/j**
 - ou C3G : Cefpodoxime ORELOX ; C2G : Cefuroxime ZINNAT
 - **Si CI, allergie aux β -L :**
 - Erythromycine + Sulfafurazole = PEDIAZOLE® si < 6 ans
 - Pristinamycine PYOSTACINE® si > 6 ans
 - **Durée :**
 - 8 à 10 j si < 2 ans
 - 5 jours si > 2 ans
 - 7 à 10 j chez l'adulte
- **Chirurgical :**
 - **Paracenthèse**
 - **Aérateur tympanique** pdt 1 année contre les otites
- **Résistances :**
 - *S. pneumoniae* : 70% de PSPD
 - *H. influenzae* : 40% producteurs de β -lactamases
 - *B. catarrhalis* : 90% producteurs de β -lactamases

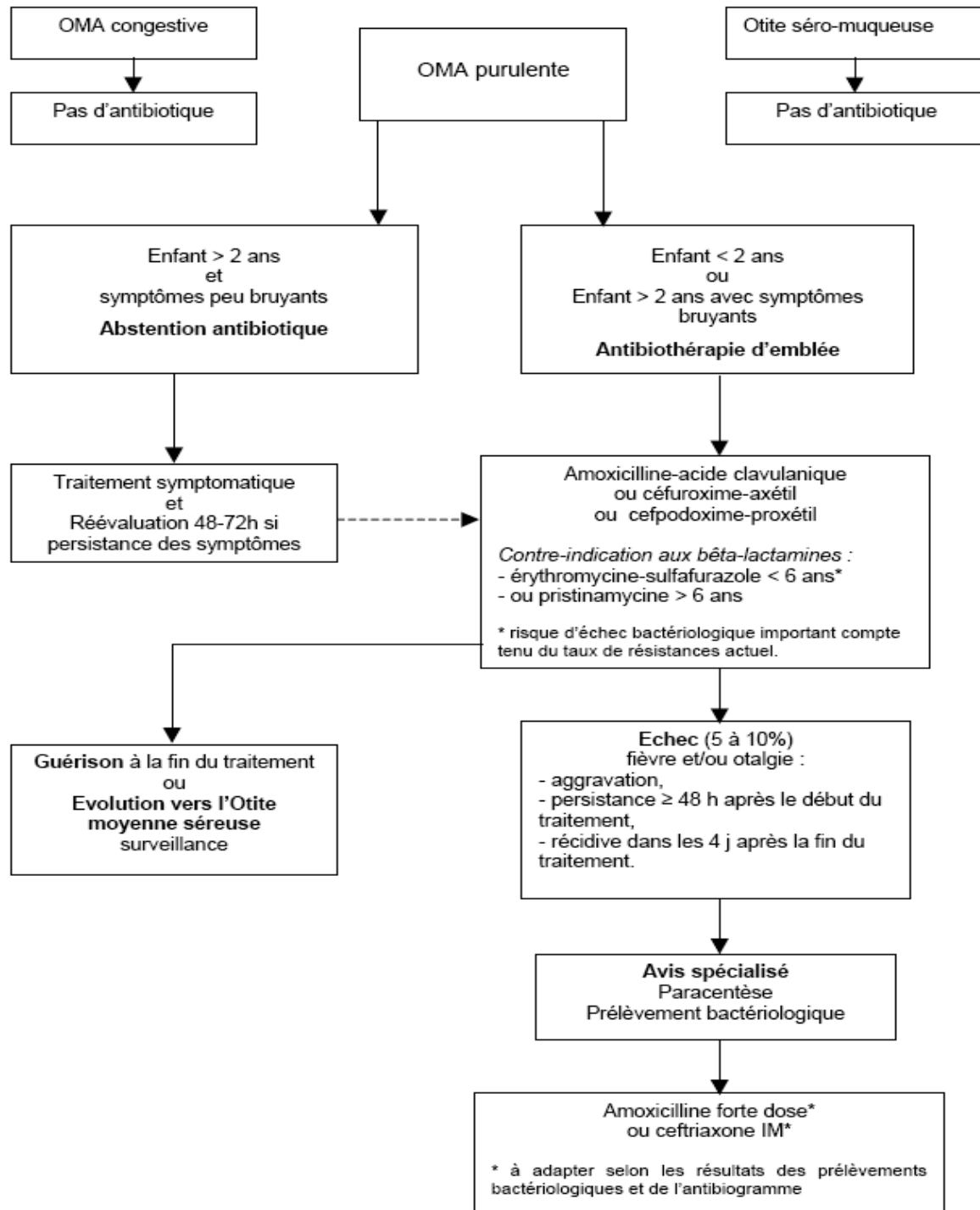
- **Si échec du ttt :**

= aggravation ou persistance des symptômes > 48h après le début du ttt ou si réapparition dans les 4j qui suivent l'arrêt du ttt, + otoscopie purulente

→ Paracentèse + prélèvement bactériologique + ttt ATB :

- Amoxicilline forte dose 150 mg/kg/j
- Ceftriaxone ROCEPHINE
- Selon les résultats des cultures et de l'ATBgramme

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DE L'OTITE MOYENNE AIGÜE CHEZ L'ENFANT



5 Les Otites moyennes récidivantes et échec du ttt

- **Définition :**

- Aggravation de l'OMA
- Persistance des symptômes 48h après le début de l'ATBthérapie
- Reprise des symptômes 4 jours après l'arrêt du ttt.

Le passage à la chronicité se fait svt sous la forme d'une otite séreuse ou séromuqueuse sans gravité. Elles **prédominent chez l'enfant** avec un risque évolutif vers la surdité.

Une paracentèse est indispensable et montre une prépondérance de *S. aureus*, *P. aeruginosa* et d'entérobactéries.

- **Facteurs de risque :**

- absence d'allaitement maternel
- garde en crèche collective
- ATCD familiaux
- hypertrophie adénoïdienne
- carence martiale.

- **Autres :** tabagisme passif, terrain atopique, déficit en Ig ou reflux gastro-oesophagien

- **Clinique :** Plusieurs tableaux existent :

- une répétition d'OMA avec retour à un tympan normal entre les épisodes,
- une otite chronique avec un tympan scléro-atrophique,
- une perforation avec otorrhée chronique,
- une mastoïdite...

- **Traitement :**

- Antibiothérapie systématique des épisodes aigus adaptée à la sensibilité de la bactérie isolée par paracentèse et prélèvement (Amox forte dose si pneumocoque)
- Adénoïdectomie : peut diminuer la fréquence des épisodes par désobstruction des trompes d'Eustache

6 L'otite externe

6.1 L'otite externe bénigne

- **Clinique :** Inflammation du **conduit auditif externe** qui du fait de son étroitesse, peut être le siège d'une irritation ou d'une **macération** qui va favoriser **une infection cutanée ou sous-cutanée**. La présence de corps étrangers ou d'eczéma peut aussi être un facteur favorisant.
- **Les germes en cause sont :** *S. aureus*, *S. pyogenes*, *P. aeruginosa* ou plus rarement champignons (*Aspergillus*, *Candida*). Ils peuvent provoquer l'apparition de furoncles, croûtes, pustules ou d'écoulements puriformes.

- **Traitement** : Après avoir vérifié l'**absence de perforation tympanique**, on nettoie le conduit et on applique un antiseptique local. Une antibiothérapie adaptée par voie générale peut être nécessaire.

6.2 L'otite externe maligne

Elle se développe chez le vieillard, le diabétique ou l'immunodéprimé

- **Clinique** : l'otite externe maligne à *P. aeruginosa* présente un tableau clinique particulièrement grave mettant rapidement en jeu le diagnostic vital et peut laisser de lourdes séquelles (paralysie faciale)
- **Traitement** : urgence → association d'antibiotiques anti-pyocyaniques par voie parentérale.

7 Sinusite aigue :

Inflammation d'une ou plusieurs **cavités sinusiennes** correspondant le plus souvent à une infection bactérienne.

Elle fait souvent suite à une **rhinite** ou une infection virale des voies aériennes supérieures.

NB : On différencie les sinusites des rhinopharyngites par :

- **Un écoulement unilatéral de la rhinorrhée**
 - **Des douleurs pulsatiles unilatérales**
 - **Une exacerbation de la douleur en penchant la tête.**
 - **Persistance des symptômes (>3 pour la fièvre et 10j pour les autres), malgré un ttt antalgique**
- **Etiologies bactériennes :**
- Chez l'enfant : *Haemophilus influenzae*, Pneumocoque
 - Chez l'adulte : *Haemophilus influenzae*, Pneumocoque, *B. catarrhalis*
 - Nosocomiale (sondes naso-trachéales) : *S. aureus*, *P. aeruginosa*
- **Virus** : rhinovirus, myxovirus, adénovirus

7.1 Diagnostic clinique

- **Sinusite maxillaire +++** : c'est la plus fréquente, (>10 ans, 60 % des cas)
- **fièvre peu élevée, < 38°C,**
 - obstruction nasale avec mouchage épais purulent, parfois sanglant,
 - rhinorrhée purulente, toux
 - douleur continue, **pulsatile**, accentuée quand le patient se **penche en avant** ;
 - sous-orbitaire, à prédominance nocturne et **insomniente** = sinusite maxillaire ;
 - sus-orbitaire, à prédominance diurne avec larmoiement + photophobie = sinusite frontale
 - surtout chez les enfants > 3 ans et les adultes

- **Sinusite frontale** (>7 ans, 30 % des cas)

Clinique idem mais la **douleur est frontale : céphalées sus-orbitaires**

➤ **Sinusite ethmoïdale (Origine dentaire)** (6 mois à 5 ans)

- fièvre élevée, 39 à 40°C,
- céphalées, prostration,
- rhinorrhée purulente
- oedème débutant à l'angle interne de l'œil.
- Sinusite sphénoïdale (>15 ans)
- rare mais grave
- douleurs rétro-orbitaires insomniantes, profondes, tenaces et rebelles aux antalgiques.

➤ **Sinusite sphénoïdale** (> 10 ans)

- **Céphalée rétro-orbitale intense**
- Touche le grand enfant
- On a les mêmes risques de complication que la précédente

7.2 Diagnostic : clinique +++

! DD avec rhinosinusite congestive les des rhinoparyngites !

- **Chez l'adulte** : diag de sinusite maxillaire si :
 - Persistance de la douleur malgré un ttt sympto de 48h
 - Type de douleur : unilatérale, pulsatile, acmé qd tête penchée en avant
 - Augmentation de la rhinorrhée et purulence surtout si unilatéral
- **Chez l'enfant** :
 - Forme aiguë sévère : fièvre > 39°C, céphalée, rhinorrhée purulente et parfois œdème périorbital
 - Forme subaiguë : toux, rhinorrhée purulente, obstruction nasale pdt plus de 10j sans tendance à l'amélioration

7.3 Complications → Hospitalisation

- Méningite à Pneumocoque
- Abscess cérébral à Pneumocoque
- Ethmoïdite → exophtalmie, œdème palpébral
- Douleurs insomniantes
- Thrombophlébite des sinus à Staphylocoque

7.4 Traitement

- **Ttt symptomatique** :
 - Antalgiques antipyrétiques
 - Vasoconstricteurs nasaux → 5j
 - Lavage du nez
 - + Corticoïdes si sinusites hyperalgiques chez l'adulte
→ réévaluation après 3-4 j
- **ATB si** :
 - Si sinusite maxillaire aiguë +++ et autres sinusites purulentes
 - Echec d'un ttt symptomatique, ou complications
 - Sinusite maxillaire unilatérale suite à un soin dentaire



Chez les adultes

- Chez l'enfant : si forme subaiguë avec FdR associés : asthme, drépanocytose
- Molécules recommandées :
 - **AUGMENTIN®** 80mg/kg/j 3X par jour pdt 7-10j
 - Ou C2G Cefuroxime ZINNAT® (5j , Adultes)
 - Ou C3G Cefpodoxime ORELOX®, Cefotiam TAKETIAM, Cefixime **OROKEN®** 8mg/kg/j pdt 5j
 - Si HyperS+ : Pristinamycine, Telithromycine
- En 2nde intention (si sinutes graves)
 - FQ Lévofoxacine **TAVANIC®** 500mg 1X/jour pdt 5 jours
- Durée = 7 à 10 j

8 Sinusites chroniques

Elles sont **indolores** en dehors des poussées de surinfection, elles sont la conséquence d'épisodes **infectieux répétés et prolongés**, non ou insuffisamment traités, et sont **entretenu**es par : des facteurs anatomiques locaux (dents), facteurs environnementaux (pollution ou tabagisme) ou encore terrain allergique.

- **Clinique** : Elle se traduit par une **rhinorrhée purulente avec gêne pharyngée**, toux, expectoration matinale et éventuellement fièvre au long cours avec asthénie.
- **Examen complémentaire** : la radio confirmera le diagnostic en montrant une **opacité** d'un ou plusieurs sinus ou un niveau de liquide.
- **Biologie : Prélèvements bactériologiques** :
 - Germes habituellement rencontrés dans une sinusite
 - Proportion élevée de bactéries anaérobies et de bacilles Gram -

Traitement : En absence d'antibiogramme → antibiothérapie sera probabiliste.

On pourra donner par exemple : Amoxicilline et Ac clavulanique **AUGMENTIN®** (2g/j en 2 à 3 prises) + Fluoroquinolone **TAVANIC®** (500 mg/jour en 1 prise).

9 Laryngites

On a une inflammation de l'isthme pharyngé → rétrécissement de la filière laryngée : peut mettre en jeu le pronostic vital (enfants +++) avec :

- des troubles dysphoniques : voix rauque puis extinction progressive de la toux et de la voix
- et un syndrome dyspnéique : bradypnée, cyanose, coma (enfants +++)

Eléments de gravité : → **hospitalisation d'urgence**

- Faciès altéré, pâleur pér ibuccale, nez pincé, sueurs, respirations irrégulières
- Enfant épuisé devenu calme après l'agitation initiale
- T° élevée, tachycardie importante
-

9.1 Laryngite glottique spasmodique :

Chez les 1-3 ans

Virales +++ et bénignes mais font peur de part la **sensation d'étouffement**.

Pas d'ATB thérapie, corticoïdes (œdème de la gorge) et compresses chaudes au niveau du cou

9.2 Laryngite aiguë sous glottique :

Elles sont **plus graves** avec une forte dyspnée due à une **surinfection bactérienne** d'une infection ORL virale ++ (Myxovirus parainfluenzae, VRS, adénovirus). Survient de 6 mois à 3 ans.

○ **Clinique :**

Plusieurs signes respiratoires, d'autant plus bruyants que l'enfant est jeune :

- Durant les 3 premiers jours : rhinite + toux, puis installation de l'œdème de la glotte :
- Dyspnée laryngée intense= bradypnée inspiratoire
- Inspiration bruyante et grave : le "cornage"
- Voix rauque ou éteinte, toux "aboyante"

La fièvre est **modérée**, sans altération de l'état général.

Traitement :

Surveillance hospitalière, ATBthérapie et intubation éventuelle.

Il faut **assurer la liberté des voies respiratoires** en luttant contre l'œdème sous-glottique, grâce notamment à 1 **corticothérapie**.

L'antibiothérapie ne sera utile que si médecin constate ou craint une surinfection bactérienne.

Celle-ci étant généralement due à un **Staphylocoque**, on administrera le plus souvent : Amoxicilline + acide clavulanique (Augmentin®, Ciblor®), 80 mg/kg/j en 3 prises pdt 7J.

9.3 Epiglottite aigue de l'enfant :

- Survient entre 3 et 7 ans
- Très graves, dues à **H.influenzae sérotype b** dans 90% des cas
- Elle correspond à une atteinte infectieuse bactérienne du **vestibule laryngé**, qui surplombe le plan des cordes vocales : l'épiglotte tuméfiée peut obstruer la voie respiratoire.

Clinique :

- début brutal avec une fièvre élevée à 39-40°C
- un syndrome asphyxique et une dyspnée très intense
- pas de toux !
- dysphagie, dysphonie

→ On a **risque de mort subite** chez les nouveaux nés de 3 mois

Examen de gorge : prudent et doux → épiglotte turgescente, violacée et érectile

Traitement : hospitalisation en urgence

- **intubation en urgence + ATB IV :**
 - Céfotaxime = Claforan®, 100 mg/kg/j ou Ceftriaxone = Rocéphine®, 50 à 100 mg/kg/j (C3G)
 - Ou Amoxicilline + Acide clavulanique (Augmentin®, 50 mg/kg x 4/j), pendant 3 à 5 jours

Prophylaxie : vaccination anti-Hi b par PENTAVAC (polysaccharide et capsulaire)

Complications : méningites, abcès du cerveau et sepsis.

Infections respiratoires basses

1 Bronchite aiguë du sujet sain

- Définition :
 - Infection respiratoire basse **SANS atteinte du parenchyme pulmonaire**
 - Inflammation de la muqueuse des bronches et des bronchioles.
- N'est pas un sujet sain :
 - Sujet avec pathologie respiratoire chronique : BPCO, asthme, emphysème, mucoV...
 - Sujet avec comorbidité : IC, IR, IH, K, ID
 - Sujet âgé ou état physiologique altéré
- Etiologies :
 - Virale +++
 - *Chlamydia pneumoniae*,
 - *Mycoplasma pneumoniae*.
 - *H.influenzae*,
 - *S.pneumoniae*,
 - Bactérienne : primitive ou secondaire à une bronchite virale
- Epidémiologie :
 - **La + fréquente des IRB**
 - Pics de fréquence en hiver = Epidémie
 - Facteurs favorisants = tabac, pollution, allergies.
 - Est à l'origine d'un grand nb de prescriptions ATB inutiles (90% des cas !!!!!)

1.1 Diagnostic clinique

- Incubation :
 - Qlq jours pour les virus
 - Parfois jusqu'à 3 semaines pour certaines bactéries
 - Une IRH peut précéder les symptômes (rhinorrhée claire)
- Phase 1 :
 - **Toux sèche** douloureuse (!!! si toux > 2-3 semaines : DD de coqueluche)
 - Douleurs thoraciques bronchiques (brûlure retro-sternale)
 - Parfois précédée d'une infection des VAS
- Phase 2 :
 - Puis **expectorations muqueuses** (!!! ce n'est pas une surinfection bactérienne)
 - Fièvre légère, inconstante
 - **Examen clinique pulmonaire normal**
- NB : Important de s'assurer
 - Qu'il s'agit d'une bronchite aiguë du sujet SAIN (Terrain, FdR)
 - Qu'il ne s'agit pas d'une pneumonie / Radio

1.2 Traitement

- **Amélioration spontanée en 10 j**, la toux peut durer plus longtemps
- **ATB inutiles** sauf si aggravation ou fièvre pendant plus de 3 jours et chez les terrains affaiblis.
- **Ttt symptomatique :**
 - Mucomodificateurs : MUCOMYST®! Pas d'anti tussifs !
 - Repos au lit, arrêt du tabac et des irritants bronchiques
 - Kiné pour les enfants
 - Surveillance

2 Exacerbation de bronchite chronique (BPCO)

- **Définition :**
 - Infection respiratoire basse **SANS atteinte du parenchyme pulmonaire**
 - Toux et **expectoration > 3 mois** / an pdt au moins 2 ans
 - Inflam. chronique des bronches généralement déclenchée et entretenue par le TABAC.
 - Entraîne une exacerbation avec expectorations purulentes
- **Etiologie :**
 - Virale = 50%
 - Bactérienne = 50% :
 - Pneumocoque
 - *H. influenzae*
 - *B. catarrhalis*
 - *S. aureus*
 - *P. aeruginosa*
- **Epidémiologie :**
 - Très fréquent chez les fumeurs
 - Problème de santé publique : 2 millions de cas/an, 50 000 hospitalisations

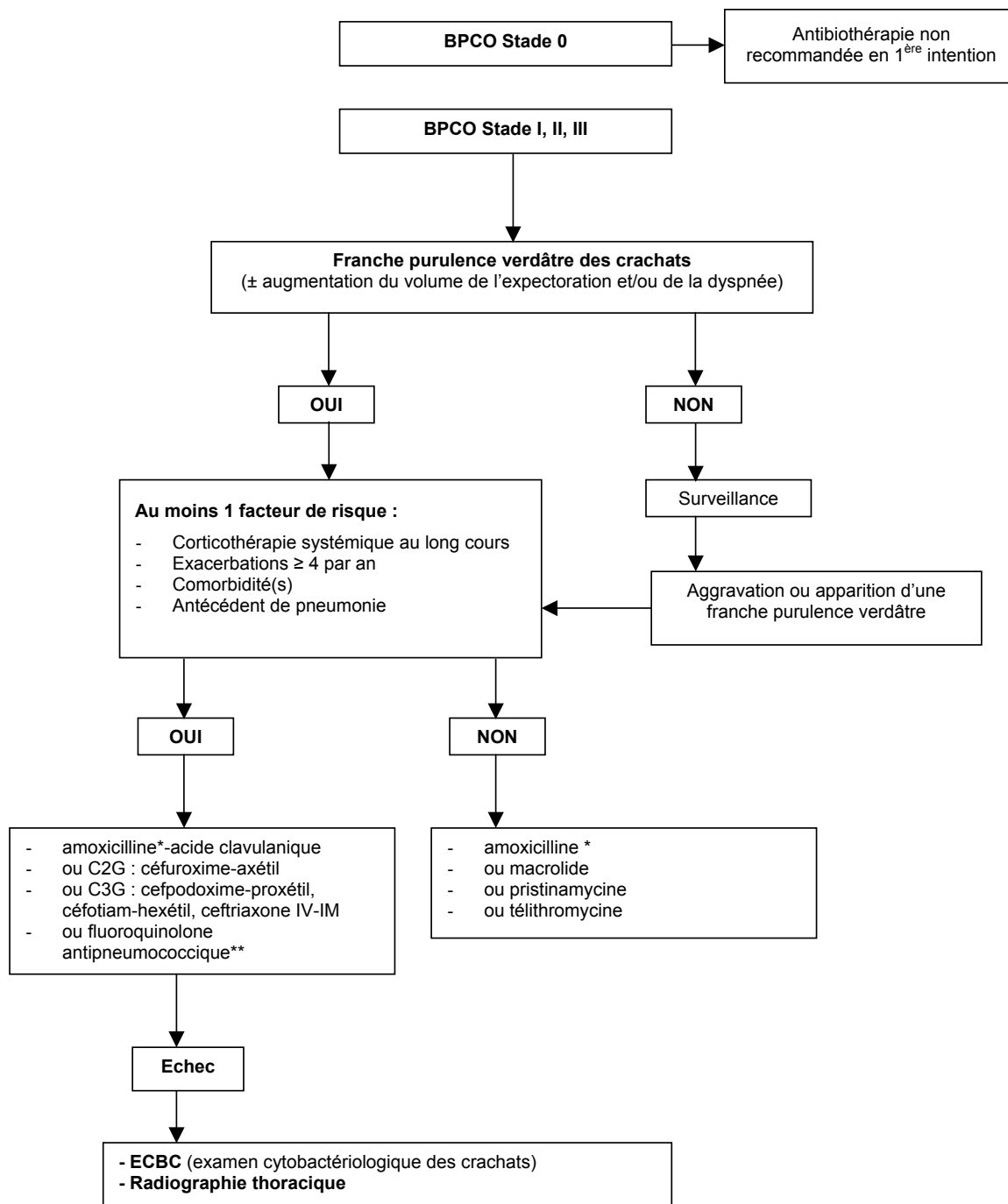
2.1 Diagnostic clinique

- **Exacerbation aiguë**
 - **Toux**
 - **Expectoration purulente** → bactérie (→ ECBC si ATB fréquents ou si BPCO sévère : recherche de BMR ou *P. aeruginosa*)
 - Dyspnée, insuffisance respiratoire
 - Fièvre inconstante (si > 4j et T° > 39°C → pneumonie ?)
 - Purulence des crachats / étiologie bactérienne
 - Signes ORL (rhinorrhée...) / étiologie virale
- **Examens complémentaires**
 - Radio du thorax / pneumonie
 - Explorations des fonctions respiratoires (EFR)
 - Gazométrie
 - ECG

2.2 Traitement

- **Hospitalisation** si signes de gravité
- **ATBthérapie ssi :**
 - Exacerbations de bronchites obstructives franchement purulentes (crachats verdâtres) de stade 2, si la fièvre persiste plus de 3 jours ou si la symptomatologie s'aggrave
 - Exacerbations de bronchite avec insuffisance respiratoire chronique (dyspnée de repos) = stade 3
 - !!! Seulement 50% des étiologies sont bactériennes !!!
 - stade 0 : pas d'ATB en 1^{ère} intention, réévaluation 48-72h plus tard
- **ATB probabiliste de 4 à 7 jours :**
 - Si < 3 exacerbations / an :
 - Amoxicilline (3g/j)
 - C1G
 - Macrolides si HyperS+
 - Si > 3 exacerbations / an :
 - AUGMENTIN®
 - C2G, C3G orales
 - FQ = Levofloxacin = TAVANIC® / pneumocoque
 - !!! R+
 - Ssi le patient n'a pas eu de FQ dans les 3 mois auparavant
- **Ttt symptomatique**
 - Oxygénothérapie adaptée à la SaO₂
 - Ventilation mécanique si forme sévère
 - Kiné respiratoire
 - Arrêt total et définitif du tabac
 - Corticothérapie PO courte (<7j) si formes sévères
 - Bronchodilatateurs (β₂ mimétiques, AntiAch)
 - Vaccin anti-grippal et anti-pneumococcique
 - CI des antitussifs + benzo + betabloquants...
 - L'utilité des mucomodificateurs n'est pas démontrée
 - Prévention de la maladie thrombo-embolique
 - Prise en charge nutritionnelle
- **Surveillance**
- **Ttt préventif = ESSENTIEL**
 - Vaccination antigrippale et anti pneumococcique
 - Lutte contre le tabagisme et la pollution atmosphérique
 - Recherche et éradication des foyers infectieux ORL ou dentaire.

ANNEXE 6

STRATEGIE ANTIBIOTIQUE AMBULATOIRE AU COURS
D'UNE EXACERBATION DE BRONCHITE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

* Amoxicilline à 3 g/j

** Lévofoxacine ou moxifloxacine. La moxifloxacine a montré une supériorité microbiologique et pharmacologique par rapport à la lévofoxacine vis-à-vis du pneumocoque. Cependant, la pertinence clinique de cette différence entre les deux molécules n'est actuellement pas validée par une étude clinique.

3 Coqueluche

3.1 Etiologie

- *Bordetella pertussis* = bacille à G-, aérobie, exigeant (milieu de Bordet-Gengou)
- *Bordetella parapertussis* / coqueluche atténuée
 - ces 2 *Bordetella* sont strictement humains
- les autres *Bordetella* dites aviaires provoquent rarement des pathologies humaines

3.2 Epidémiologie

- **Transmission interhumaine :**
 - par voie aérienne
 - par contact d'un sujet malade
- **Contagion :**
 - maximale pendant la phase catarrhale / sécrétions respiratoires
 - Entre fratrie, ou parents → enfants
 - Plus de contagion après 30 j d'évolution naturelle ou après 5 jours d'ATB efficace
- **Maladie cosmopolite → répartition mondiale**
 - Epidémie nombre chez les jeunes enfants (**5ans**) dans les PVD (pas de vaccination)
 - Reflet de la couverture vaccinale dans les PI :
 - bonne couverture des enfants en France mais résurgence de cas chez adultes qui contaminent les nourrissons non vaccinés.
 - vacciné / enfants de 12-18 ans : DTCoq
 - vacciné / adultes : unique tétanos (Ø diphtérie ni coqueluche)
 - Protection de 6-8 ans après la dernière injection.

3.3 Diagnostic positif

3.2.1 Clinique

- **Incubation (10j)**
 - **phase catarrhale ou d'invasion (10j)**
 - écoulements nasaux
 - toux modérée
 - rhinite
 - éternuements
- avec tendance au fil du temps à l'aggravation
- **phase « des quintes » ou paroxystique (1 mois)**
 - quintes de toux (« chant du coq »)
 - apnées
 - émétisantes
 - cyanose
 - pas de fièvre
 - accès hypoxémiques chez nourrisson (! si <3 mois)

- absence de reprise respiration entre 2 quintes de toux caractéristiques de la coqueluche
- Prédominance nocturne
- **chez les adultes : formes atypiques** avec toux banale prolongée, >8 jrs jusqu'à 1 mois, 1 mois ½ non caractéristique de la coqueluche dc diagnostic non fait : transmiss° coqueluche parents-enfants

▪ phase de déclin (pls semaines)

- réduction progressive du nbre de quintes
- Persistance de la toux (2-3 mois)

NB : 3 sujets « types »

- Enfant de 5 ans non vacciné
- Adulte hors couverture vaccinale
- Nourrisson > 6 mois non vacciné

3.2.2 Biologie

➤ **NFS :**

- **Hyperlymphocytose** svt > 10 G/L
- Pas de syndrome inflammatoire

➤ **Bactériologie :**

- Culture :
 - Milieux de **Bordet et Gengou** → 4 jours
 - Prélèvements :
 - Aspiration naso-pharyngée
 - Expectoration chez l'adulte, après accès de toux
 - Acheminement rapide au labo
 - Sensibilité de 30%, maximale en phase catarrhale
 - Rentable si culture fait dans les 3 semaines suivant le début de la toux
 - Méthode de référence (diagnostic d'espèce + suivi épidémiologique)
- PCR
 - Rapide, résultat en 24h
 - Excellente sensibilité, spécificité > 90%
 - Mais peu pratiqué, onéreux, et non remboursée
- IF (non recommandé)

➤ **Sérologie :**

- / diagnostic rétrospectif
- Comparaison du titre de 2 sérums prélevés à 3-4 semaines d'intervalle (IgG anti-toxine pertussique)
- Diag rapide si mère d'un jeune nourrisson malade
- Ininterprétable si vaccination

➤ **En pratique :**

- Chez les NN : **Culture + PCR** → Sérologie si négatifs
- Autres cas : **PCR**, sinon sérologie

3.2.3 Imagerie pulmonaire

- Utile au diagnostic différentiel

3.4 Traitement

➤ Curatif :

- Hospitalisation des nourrissons < 3 mois (risque de détresse respiratoire)
- ATB :
 - évite la contagion mais n'améliore que peu la clinique (sauf si phase catarrhale)
 - Indiqué dans les 3 premières semaines de la maladie
 - Clarithromycine 7 j ou Azithromycine 3 j (à défaut josamycine 14j)
 - Erythromycine pdt 14 jrs = n'est plus conseillé car trop long
 - Les beta lactamines sont inefficaces.

Ø de sédatifs / enfants : aggrav° des phases de paroxysmes + difficulté à reprendre respirat° entre 2 quintes de toux

➤ Ttt symptomatique :

- Hydratation et nutrition satisfaisante (alimentation fractionnée épaissie, alim entérale)
- Aspirations naso-pharyngées régulières
- Kiné
- Oxygénothérapie
- Ventilation assistée
- Position déclive
- L'action des AIS, salbutamol et fluidifiants bronchiques n'ont pas été démontrés.

➤ Surveillance

3.5 Prophylaxie = essentiel

- Isolement/éviction (jusqu'à 5j d'ATBthérapie)
- Enquête autour du cas index
- **ATBprophylaxie des sujets contacts :**
 - Azithromycine
 - Diminue la transmission de la maladie
 - Indications :
 - Tt membre de la famille non ou mal vacciné
 - Sujets contacts occasionnels à risques ou mal vacciné
 - Collectivités
 - + vaccination des personnels soignants s'occupant du cas
- Notification des cas groupés
- Vaccination + mise à jour du calendrier vaccinal :
 - Vaccin acellulaire, Ag = toxine pertussique + autres Ag
 - Vaccin est efficace à 85% pour une durée de 6-8ans
 - Modalités :
 - 3 injections à 1 mois d'intervalle à partir de l'âge de 2 mois
 - Puis rappels à 18 mois et à 11-13 ans , et chez certains adultes
 - La vaccination n'est efficace qu'un mois après la 3eme injection

- Vaccin combiné : DTP Coq
- CI pdt la grossesse.
- EI = bénins, locaux
- Indications :
 - Nourrissons
 - En prophylaxie autour d'un cas
 - Professionnels en contact avec les nourrissons
 - Adultes susceptibles de devenir parents dans les mois ou années à venir
 - Membre d'un foyer à l'occasion d'une grossesse (Père + enfants)+ mère après l'accouchement)
- CI :
 - Encéphalopathies évolutives
 - Grossesse

4 Pneumonies aiguës communautaires

Pneumonie = IRB d'évolution aiguë **AVEC atteinte du parenchyme pulmonaire**.

Communautaire = acquise en milieu extra-hospitalier ou dans les 48 1ere heures d'hospit.

- **Etiologies :**

- Virales = 30%
- **Bactériennes :**
 - ***Pneumocoque*** (30-60% des cas) = 1ere cause de pneumonie et de décès
 - *Mycoplasma pneumoniae* fréquent chez les < 40 ans
 - *Legionella pneumophila* (si FdR)
 - ***Chlamydia pneumoniae*** et *psittaci* (jeunes)
 - ***Haemophilus influenzae***
 - *S. aureus* et les entérobactéries chez les > 75 ans en institution + comorbidités (au décours d'une grippe +++)
 - *Klebsiella* chez l'éthylique

- **Physiopathologie**

- Pénétration des germes par voie aérienne, rarement par voie hématogène
- Infection facilitée par l'existence d'altération de l'épithélium bronchique ou ID

- **Epidémiologie**

- Infection fréquente = 500 000 cas /an en France
- **5° cause de décès** ds les pays industrialisés
- Mortalité globale de 13%
- FdR : age, tabac, comorbidités
- Pronostic dépendant du terrain

4.1 Diagnostic positif

4.1.1 Clinique

- **Syndrome infectieux**

- Fièvre élevée d'apparition brutale > 38,5°C
- Frissons

- **Signes fonctionnels respiratoires**

- Toux, dyspnée
- Polypnée > 25/mn
- Douleur thoracique de type pleurale
 - Unilatérale
 - Augmentée par la toux et l'inspiration profonde
- Tachycardie > 100/min
- Expectorations parfois purulentes ou hémoptoïques
- Absence d'IRH
- Impression globale de gravité

- **Signes physiques pulmonaires**

- Râles crépitant unilatéraux, en foyer
- Souffle tubaire

- **Parfois forme atypiques avec peu de symptômes spécifiques à part la fièvre**

Rmq : symptomatologie trompeuse chez les sujets âgés en cas de comorbidité et/ou de vie en institution

4.1.2 Radio thoracique (confirme le diagnostic)

- **Pneumonie lobaire** : Opacité homogène sur 1 ou 2 lobes
- **Bronchopneumonie** : Dissémination de nodules non homogènes
- **Pneumonie interstitielle** : Micronodules disséminés

NB : Généralement, retard de la radio sur la clinique, mais la radio n'est qu'exceptionnellement normale (< 5%)

Tableau 2 : Indication de la radiographie thoracique

Radiographie initiale	Radiographie ultérieure (en cas d'absence d'amélioration ou d'aggravation clinique)
1) pour le diagnostic positif de pneumonie : - en cas de suspicion clinique : - Fièvre > 38,5°C - Tachycardie > 100 /min - Polypnée > 25 /min - Douleur thoracique - Absence d'infection des voies respiratoires hautes - Impression globale de gravité - Signes auscultatoires en foyer (râles crépitants). - sémiologie d'infection respiratoire basse et comorbidité, âge > 75 ans ou vie en institution 2) elle permet également la recherche : - d'une complication locale (épanchement pleural, excavation...) - d'une comorbidité locale (néoplasie bronchique)	- recherche de complication - diagnostic initial incertain, recherche d'une comorbidité ou autre(s) pathologie(s) associée(s)

4.1.3 TDM thoracique : Si difficulté diagnostique

4.2 Diagnostic étiologique

4.2.1 Clinique

- Aucun signe spécifique
- Pneumocoque le + fréquent
- Les bactéries atypiques sont plutôt rencontrées chez les sujets < 40 ans sans comorbidités

4.2.2 Bactériologie → diag étiologique

- **ECBC :**
 - Sensibilité et spécificité bonne si pas d'ATBthérapie
 - Prélèvement le plus contaminé mais facile à réaliser
 - Recueil adapté pour éviter la contamination par des germes de la cavité buccale
 - Rinçage de la bouche
 - Expectoration d'un poumon « profond »
 - Transport rapide au labo
 - Critères de validation :

- **PNN > 25 / champ**
- **Cellules épithéliales < 10 / champ** (= cellules buccales)
- Prédominance d'un seul germe à l'examen direct

- Culture en flore monomorphe > 10⁷ UFC/mL

- + Culture + ATBgramme
- Hemocultures si hospitalisation
- Ponction pleurale / épanchement + analyse cytot bactériologique
- Recherche d'Ag urinaires (diag rapide) :
 - /Legionella :
 - Positive 1 à 3 jours après le début de la maladie
 - Bonne sensibilité et spécificité
 - /Pneumococque :
 - Peut persister pls semaines
 - Sensible si bactériémie, bonne spé
- Sérologie (uniquement rétrospectif / recherche de séroconversion)

4.2.3 Bilan biologique

- NFS, Pq, Iono, Créat, bilan hépatique
- Bilan inflammatoire : CRP, pro-calcitonine
- Sérologie VIH si doute

4.2.4 Fibroscopie bronchique

- Permet de faire des prélèvements bactériologiques fiables, sous anesthésie
- Indiqués qu'en cas d'échec ou de récurrence ou ID.
- LBA + si : > 10⁴ UFC/mL
- PDP + si : > 10³ UFC/mL

4.3 Etiologies

4.3.1 Les pneumopathies lobaires ou alvéolaires

4.3.1.1 La pneumopathie franche lobaire aiguë à *S. pneumoniae* (PFLA)

- Epidémiologie :
 - 15000 décès en France, MDO ?
 - Situation à risque :
 - âges extrêmes
 - alcoolisme
 - surinfection de grippe
 - ID° : VIH, splénectomie
- Clinique :
 - Début brutal+++
 - malaise général
 - **fièvre d'emblée ↑ (40°C)**
 - Signes pulmonaires :

- $\pm$ toux sèche initiale
 - douleur unilatérale thoracique **type coup de poignard** → amène à consulter
 - Expectorations purulentes ou **rouille**
- Radio :
 - opacité lobaire : **PFLA**
 - **1 lobe complet** du poumon est atteint
 - Autres :
 - Recherche de syndrome méningé
 - Herpes labial classique
- Diagnostic biologique :
- **NFS : HyperPNN**
 - **ECBC : examen direct parfois + à Pneumocoque**
 - hémocultures : + dans 30% des cas
 - recherche PSDP
 - ATBG et E-test
- Traitement :
- **Amoxicilline** PO forte dose: 1g 3x/j → couvre les PSDP
- Prévention :
- vaccin° des sujets à risq (23 valences ou heptavalent)
 - vaccin° antigrippale : bonne prévention de la pneumonie à pneumocoq
- 4.3.1.2 Pneumonie à *Legionella pneumophila***
- La bactérie
- bacille à G-, cultive sur milieu au charbon
 - présent ds environnement (eau : bactérie vit à l'int des amibes non pathogènes présents ds environT)
 - intraÇ Homme et amibes
- Epidémiologie
- contam°/inhalat° d'eau contaminée (aérosols) : tours aéro-réfrigérantes, climatiseurs, douches, jacuzzi, piscines
 - Pas de transmission interhumaine !
 - maladie à fort risq d'épidémie+++
 - Incubation : 2 à 10j
 - Peu fréquent (5% des pneumonies), mais mortalité de 15%
 - MDO
 - patients à risq :
 - sujets âgés,
 - ID, éthylisme
 - Comorbidités

➤ Clinique

- Début rapide → fièvre à 40°C
- Signes pulmonaires :
 - détresse respiratoire
- Signes extra-respiratoires
 - Nbx !
 - Signes neurologiques (confusion, désorientat°/pers âgées)
 - signes digestifs
- Radio :
 - opacité bilobaire extensive à la radio

➤ Diagnostic biologique

- NFS : HyperPNN
- Atteinte rénale avec IRA
- Atteinte hépatique avec cytolysé
- Atteinte musculaire / CPK

➤ Diagnostic bactériologique

- ECBC mais culture difficile
- Recherche d'Ag urinaires +++ : Σ° Ag soluble ds poumon qui vt se concentrer au niv des urines
- PCR
- + sérologie

➤ Traitement :

- Forme commune :
 - Monothérapie par Macrolide
 - ou FQ (Levo, oflox, cipro)
- Forme sévère :
 - Bithérapie IV
 - Macrolides + FQ ou Rifampicine
 - Relais secondaire PO en monothérapie
- Durée = 14-21j

➤ Prévention

- MDO
- Recherche de la bactérie ds l'eau (hôpital, thermes, hôtels, usines, commerces,...)
- Décontam° des canalisations et des climatiseurs

4.3.2 Les broncho-pneumonies

➤ Etiologies :

- virale +++ (VRS, PIV, rougeole, varicelle, rhinovirus)
- bactérienne
 - complication de BPCO/bronchite aiguë ou surinfections d'infection ORL
 - *Pneumocoque*
 - *Haemophilus influenzae*
 - *S. aureus*
 - *P. aeruginosa*

- *Bordetella pertussis*
- Fongique chez l'ID

4.3.3 Les pneumopathies atypiques ou interstitielles

➤ Etiologies :

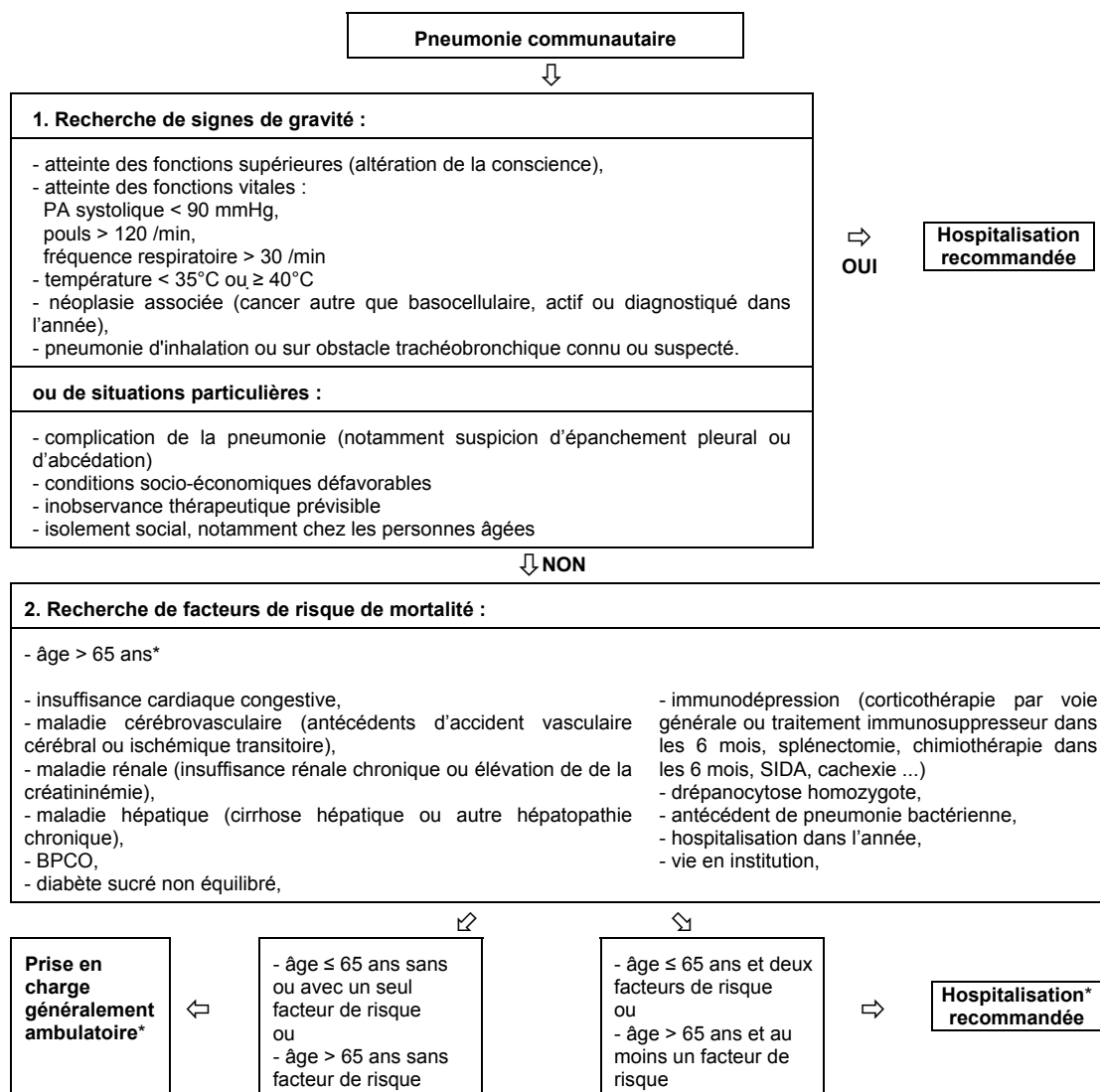
- virales +++ (grippe, VRS, PIV, adénovirus, SARS/coronavirus, CMV)
- bactérienne (intracellulaire) :
 - *Mycoplasma pneumoniae*
 - *Chlamydia psittaci*
 - *Chlamydia pneumoniae*
 - *Coxiella burnetti* (agent de la fièvre Q)

➤ Clinique :

- opacité floconneuse et diffuse à la radio (ne correspond pas à l'atteinte complète d'1 ou pls lobes)
- + signes cliniques peu spécifiques

Type pneumo	à <i>M. pneumoniae</i>	à <i>Chlamydiae</i>	à <i>Coxiella burnetti</i>
bactérie	sans paroi (Ø de gram), id° difficile, cultive difficile ^T sur milieu particulier néc ^T cholestérol (milieu jaune d'œuf)	intraç ^R obligatoire Cf cours MST (<i>C. trachomatis</i>) <i>C. pneumoniae</i> et <i>C. psittaci</i> quasi impossibles à cultiver	Cf cours sur fièvre Q (endocardites) : bactéri/septicémie Anthropozoonose
épidémio	Pic en début d'hiver Jeunes adultes et adolescents	<i>C. pneumoniae</i> : contam° interhum ^N <i>C. psittaci</i> : contact avec oiseaux (perroquets, pigeons, canards) : ornithoses ou psittacose	Contam° aérienne+++ : Manip° des litières d'a ^X (paille) Contam° digestive : lait, prod ^T non pasteurisés
clinique	Fièvre <39°C Toux sèche persistante sur pls sem Ø d'évo° vers toux grasse, productive Myalgies, ectodermoses (tâches sur peau et muqueuses)	Peu spécifique	TC 3 sem
diagnostic	PCR	PCR +++ ou sérologie	
traitement	Macrolides ou cyclines pdt 15-21 jrs (Ø de paroi dc Ø de β-lactamines) ces mycoplasmes s'attachent fort ^T à nos membranes ç ^R car dpdent du	Macrolides ou cyclines pdt 15-21 jrs Car bactérie intraç ^R avec néc ^T d'avoir ATB qui diffuse très bien ds les ç	

4.4 Traitement



* le « bon sens » clinique du praticien tenant compte de la nature des facteurs de risque doit prédominer, notamment, en cas d'immunodépression.

Figure 1 : Prise en charge ambulatoire ou à l'hôpital des pneumonies communautaires.

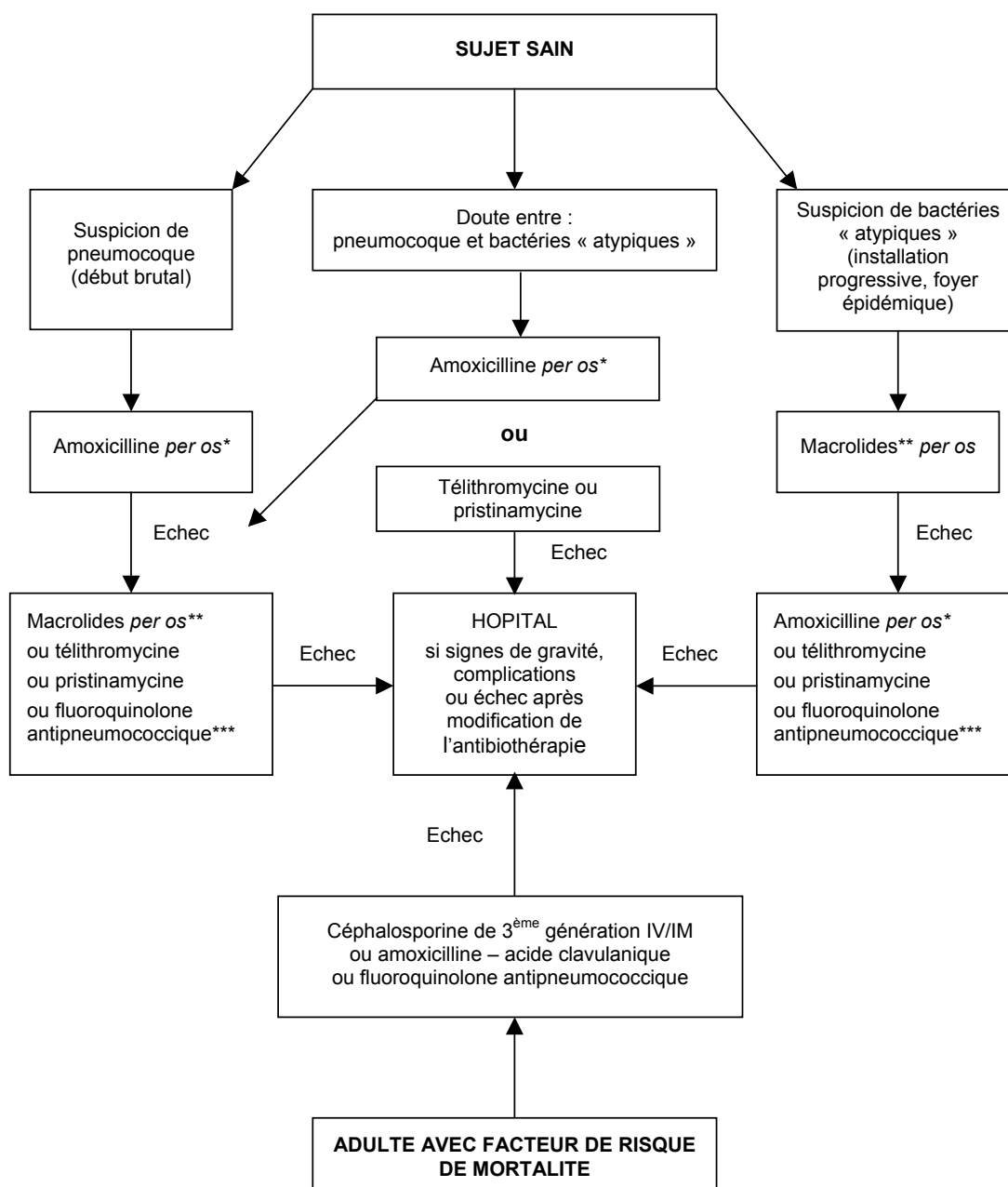
➤ **ATB thérapie :**

- **Urgente et probabiliste, pdt 7 à 14 jours**, mais 3 règles à savoir :
 - Le spectre doit comprendre les PSDP du pneumocoque (=50% !!)
 - Surtt chez vieux ou < 15 ans
 - IN, pneumonie fréquente, Prescription de pénicilline dans les 3 mois
 - ID
 - Le spectre doit comprendre le pneumocoque et legionella si sévérité
 - Le spectre doit comprendre le Staph SAMS et les entérobactéries chez les vieux avec comorbidités
- Suivi clinique et réévaluation à J2-3

➤ **Ttt symptomatique (voir surinfection de BPCO)**

➤ Surveillance

**STRATEGIE THERAPEUTIQUE AMBULATOIRE AU COURS D'UNE PNEUMONIE COMMUNAUTAIRE
DE L'ADULTE SANS SIGNE DE GRAVITE**



4.5 Prophylaxie

➤ Vaccination anti-pneumococcique :

- Vaccin polysaccharidique à 23 valences = PNEUMO 23®
 - Réponse thymo-indépendante = vaccin inefficace si < 2 ans
 - Efficace entre 10-15 j après injection unique (rappel tous les 5 ans)
 - Bonne réponse sérologique chez l'adulte jeune (90%)
 - Le vaccin couvre > 85% des sérotypes rencontrés
 - Indications :
 - Chez le patient > 5 ans
 - Sujet IC fragilisé ou susceptible d'être fréquemment hospitalisé (IC, IResp...)
 - Sujet ID : asplénie, VIH, drépanocytose...
 - ATCD d'infection invasive ou pulmonaire à pneumocoque
 - Non indiqué si brèche méningée
- Vaccin conjugué à 7 valences = PREVENAR®
 - Réponse thymo-dépendante = efficace si < 2 ans
 - Couvre > 80% des souches chez les enfants
 - Efficacité > 90%
 - Ce vaccin prévient le portage naso-pharyngé
 - Indications :
 - Tous les enfants de 2 mois à 2 ans
 - Enfants de 2 à 5 ans présentant une pathologie exposante :
 - Splénie, drépanocytose
 - VIH
 - DICS ou ID
 - Cardiopathie congénitale, IC
 - Pneumopathie chronique
 - Diabète
 - Implant cochléaire, brèche ostéo-méningé
 - Modalité pratique :
 - Enfant < 2ans
 - 3 injections à 1 mois d'intervalle à partir de l'âge de 2 mois
 - Rappel à 12-15 mois
 - Enfant 2-5ans
 - 2 doses de PREVENAR® à 2 mois d'intervalle
 - 1 dose de PNEUMO 23 au moins 2 mois après la 2eme dose

➤ Vaccination anti-grippale

➤ Vaccination / fièvre Q chez les vétérinaires et professionnels concernés

5 Pneumonies nosocomiales

- Surviennent 48 h après l'hospitalisation
- Etiologies (!!!BMR) :
 - Pseudomonas aeruginosa
 - Acinetobacter baumannii
 - KES, Coli
 - Staph aureus
 - Legionell