

## LES PNEUMOPATHIES INFECTIEUSES AIGUES

### I- DEFINITION GENERALE :

C'est une atteinte du parenchyme pulmonaire d'origine bactérienne, virale, mycosique ou parasitaire. Elles sont dites communautaire (acquises en ville) ou bien nosocomiales (48 h après hospitalisation). Les pneumopathies virales sont plus fréquentes que les bactériennes.

### II- ETIOPATHOGENIE :

Fréquence : 1 – 10 /habitant

Voie de contamination :

- Communautaire : par voie descendante par infection orale ou stomatologique, l'inhalation du germe se fait par voie aéro-digestive
- Nosocomiale (instrumentale) : cathéter, matériel d'implantation cardio-vasculaire, endoscopie, ventilation assistée, sondes, bistouris
- Germes responsables :

Bactéries :	Virus :
Streptococcus pneumoniae : PFLA	Myxovirus influenzae et
Mycoplasma pneumoniae : atypique	parainfluenzae
Hémophilus influenzae	Adénovirus
Légionella pneumophila : atypique	Cytomégalovirus CMV
Staphylocoque doré (aureus) : typique	Virus syncytial respiratoire VRS
Moraxella catarrhalis	Epstein Barr virus EBV
Klebsiella pneumoniae : typique	Virus de la mononucléose infectieuse
Chlamydia pneumoniae / psittaci : atypique	Tous les virus responsable de la fièvre chez l'enfant : rougeole, varicelle, zona, coqueluche,...

### III- CLINIQUE :

- PNE bactériennes typiques
- PNE bactériennes atypiques
- PNE virales

### PNE BACTERIENNES TYPIQUES

#### 1. PNEUMONIE FRANCHE LOBAIRE AIGUË:

- Streptococcus (pneumocoque).

- début brutal : **commence par un coup de poignard**, fièvre en plateau, frisson unique prolongé (solennel) inaugural, toux sèche, polypnée, herpes periorificiel (buccal-nasal), héli-érythroze de la face, expectoration rouillée (pneumocoque)

- A l'auscultation : râles crépitants en foyer avec ou sans souffle tubaire, Sd de condensation (matité a la percussion), augmentations des vibrations vocales.

-Rx :

Syndrome alvéolaire : opacité dense homogène triangulaire a sommet hilare et a base pariétale, systématisée à 1 lobe ou plusieurs segments et traversée par un bronchogramme aérien, siège de la

pneumonie et a bords rectilignes (élimine une atélectasie qui a des bords concaves) **:::mieu vu sur le profil**

- examen complémentaire :

\*FNS : hyperleucocytose

\*VS↑ : sd inflammatoire + fibrinémie↑+ CRP↑

\*ECB : avant tte ATBpie : pneumocoque a l'état pur

\*Hémoculture positive.

- Evolution :

\*en général bénigne : sous β-lactamine, elle est cyclique (si on ne donne pas de trt) guérison après 8J annoncée par une crise sudorale et une débâcle urinaire (pour éliminer les exsudats alvéolaires), , actuellement le cycle est écourté a 4J.

\*Défavorable : terrain fragilisé, co-morbidité, décompensation de la tare ex : coma acidocytosique chez le diabétique - delirium tremens chez l'éthylique- IRA pour les IRC - SDRA chez le sidéen.

## **2. PNE A STAPHYLOCOQUE :**

- début brutal et septicémique

- Porte d'entrée cutanée

Le germe doit être isolé → ATBgramme→ATBpie rapide probabilestique pour éviter le passage à la purulence qui est le mode d'évolution habituelle de cette forme.

- Rx : Opacités disséminées, ensuite apparition d'énormes bulles qui augmentent de volumes ey qui peuvent donner un pneumothorax (bulles staphylococciques).

- complications :

- Pleurésie purulente \* Pneumothorax. \* Pyo pneumothorax. \*Suppurations et abcès.

- TRT : ATB énergique avec 2 familles d'ATB bactéricides (β-lactamine (21J) et aminoside (5J))

## **3. PNE A KLEBSIELLA PNEUMONIAE : (bacille de FRIDLAMDR)**

- tableau clinique : grave car greffe sur terrain débilité, AEG profonde, T°↑, toux, expectoration

- Rx : tableau pneumonique initial, fait suite une opacité bombante dépassant la scissure avec apparition d'une excavation nécrosante et extensible justifiant le terme « pneumopathie disséquante »

- complications : pleurésie purulente, suppuration

- TRT : C3G (21J) + Aminoside (13J).

## **4. PNE à hémophilus influenzae :**

**BGN atteignant les ID,BPCO ,sujets éthyliques et diabetiques .ELLE donne une image de pneumopathie ensuite une bronchopneumopathie donc une dissémination (bilateralité).**

**TRT : C3G**

**Beta lactamine+ ACIDE calvulanique .**

## **5. PNE a germe anaérobique :**

- **terrain** : âgé, débilité

- secondaire a l'inhalation d'un produit souillé de la flore ara-pharyngée.

- fréquente chez les sujets âgés, favorisé par les troubles de la conscience , de la déglutition.

- situé au niveau du lobe inferieur droit.

- Favorisée par les lésions orales, sinusites, stomatologique (dentaire → haleine fétide)

**SE complique d'abcedation et pleuresie purulante .**

- TRT : Metronidazol 3g/J pendant 10J

**Beta lactamine**

## PNEUMOPATHIES BACTERIENNES ATYPIQUES

### **1. PNE a Legionella Pneumophila :**

- petite bacterie gram (-) intracellulaire
- la plus fréquente des communautaire (5-15%)
- Incubation lente (15 jours).
- a point de départ instrumental d'origine hydrique par inhalation dans les systèmes de distribution d'eau et de refroidissement d'eau (douche, matériel de nébulisation, système de climatisation)
- contamination par inhalation de particule d'eau souillée
- PNE grave qui se greffe souvent chez le sujet débilisés (parfois jeune)
- clinique : AEG, toux sèche, fièvre, troubles digestifs (nausées, VMST, diarrhées hydriques, dlrs abdominales), troubles cardiaques (myocardite, pyocardite), troubles neurologiques (céphalées, délire, convulsion mentale, coma)
- Rx : opacité alvéolaire uni ou bilatérale (plus ou moins systématisée). **Tendance à l'extension et pleuresie**
- Dgc : soit isolement du germe par immunofluorescence ou bien dgc sérologique : ↑ du taux des Ac spécifiques lors de deux examens successifs séparés par 15J d'intervalle.
- Diagnostic tardif (2mois) rétrospectif : Antigenurie.
- TRT : Macrolide type Erythromycine 3g pendant 21J, Quinolone pour les formes graves.

### **2. PNE a Mycoplasma pneumoniae :**

- assez fréquente, ressemble à la PNE virale
- touche les jeunes
- épidémie automno-hivernale
- incubation hivernale lente dure 2 semaines
- clinique : rhinopharyngite, asthénie, AEG, céphalées, fébricule, troubles digestifs, myalgies, fièvre **modérée toux sèche**
- auscultation : râles bronchiques diffus
- évolution :
- \*favorable 50%
- \*défavorable 50% avec complications :
  - Hématologiques : anémie hémolytique (sécrétion d'Ac anti GR)
  - Cardiaques : myocardite
  - Neurologiques : meningo-encephlite, polyradiculonévrite
  - Respiratoire : détresse respiratoire aigue
- Radio : Opacité alvéolaire hétérogène **mal systématisée** avec parfois pleurésie.
- Dgc :
- \* isolement du germe sur un milieu spécialisé, tardif
- \* Dgc sérologique : ↑ du taux des A c antimycoplasma
- \* Dgc indirect : dosage des IGM →maladie des agglutinines froides
- TRT : Tétracycline ou Macrolide 3g pendant 15J

### **3. PNE a chlamydia pneumoniae / psittaci :**

#### **a. Psittaci :**

- PNE qui sont transmises par les oiseaux (perruche, perroquet, pigeon)
- Ornithose : bénigne, transmise par les pigeons
- Psittacose : grave , pseudo typique, complications très graves parfois mortelle.

#### **b. Pneumoniae :**

- transmission interhumaine
- bénigne

-Dgc sérologique.

\*\*TRT : Cycline 2-3g pendant 3 semaines

## LES PENUMOPHTHIES VIRALES

- Le plus souvent broncho-pneumopathie bénigne, bronchoalvéolite aigue.
- Contexte grippal épidémique à savoir des signes généraux et fonctionnels : frissons, myalgies, fièvre oscillante, céphalée violente, dlrs retro-orbitaires, photophobie, toux sèche douloureuse, parfois dyspnée.
  - **Examen clinique** : évocateur
    - Catarrhe des voies aériennes supérieures
    - Rougeur
    - Rhinite
  - **Examen physique** : quasi normal a part quelques râles diffus sibilants de basse fréquence, FR>30 cycles/mn, dissociation entre signes généraux marqués et examen physique pauvre « pathognomoniques des affections virales ».
  - **Rx** : Sd interstitiel diffus :
    - Aspect typique : pneumopathie hilifuge de GLAHZMAN : opacité floue hétérogène basale, relié au hile par une travée opaque ⇒ accentuation de la trame broncho-vasculaire
  - **Evolution** :
    - en règle bénigne, non influencée par les ATB, la Rx prend plusieurs semaines pour se nettoyer, persistance de la toux et l'asthénie qui prolonge la convalescence
    - défavorable : formes asphyxique aigue : uniforme ou maligne (grippe espagnol) sur un terrain sains sans ATCD cardiovasculaires et un terrain débilité: bronchoalvéolite subaigüe avec signes de détresse respiratoire aigue et d'apanage.  
Oap lesionnel responsable de SDRA+HYPOXIE REFRACTAIRE (ne repond pas à l'oxygenation qu'on donne)
  - **Traitement** :
    - Antipyrétique
    - Vaccin antigrippal
    - Forme subaigüe (maligne) : trt intensif