

CAT devant une infection respiratoire basse

Les différents niveaux :

Trachéite

Inflammation de la trachée

Bronchite

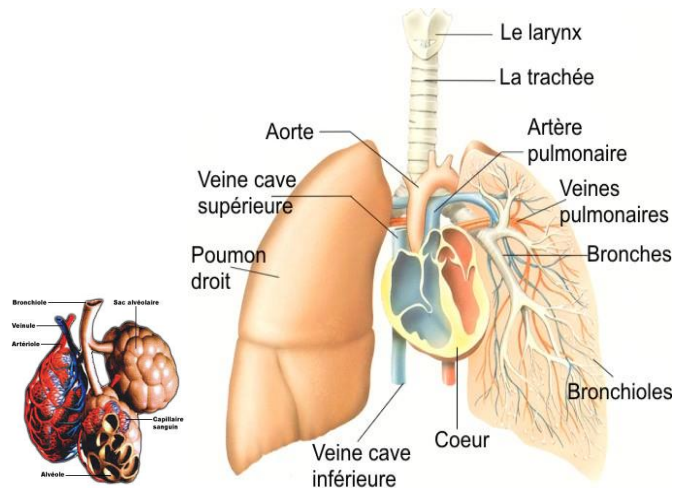
Inflammation des bronches

Bronchiolite

Inflammation des bronchioles terminales

Pneumonie ou pneumopathie

Atteinte inflammatoire des alvéoles et du tissu interstitiel

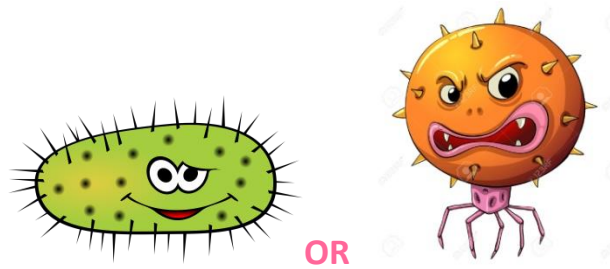


Définition : Inflammation secondaire à une agression par un microorganisme des voies respiratoires basses sous glottiques par voie aérienne ou bactériémie de bronches (isolé), de bronches et du parenchyme (broncho-pulmonaire) , ou du parenchyme seul (pulmonaire : lorsque le germe arrive au poumon par le sang).

Il existe trois aspects cliniques :

- 1- Bronchite aiguë : une agression de la muqueuse (le tissu épithéliale Superficiel) par un microorganisme pathogène bactérienne ou virale inhalé, survient sur une bronche saine, donnant une inflammation des bronches
- 2- Exacerbations aiguës des broncho-pneumopathies chroniques obstructives : quand l'agression survient sur une bronche déjà malade de manière chronique (il y a des lésions inflammatoires=BPCO), donc **c'est une infection aiguë d une bronche qui est remaniée de manière chronique → accentuations des signes de base de la BPCO**
- 3- pneumopathies aiguës : c'est l'expression de l'atteinte parenchymateuse due à un agent bactérien ou viral
 - Pneumopathies communautaire (community-acquired pneumonia) : Patients à domicile
 - Pneumopathies nosocomiales : patients en service de soins (*SSR, ou réanimation*) depuis au moins 48 heures avant le début des symptômes

I. Bronchite aigue



- Dans 75% des cas la cause est virale, si saison froide et en période épidémique virale le taux peut atteindre 90-95% des cas
- 1-2 / 10 bronchites aiguës sont d'origine bactérienne (nécessite antibiothérapie)
- Donc on parle + de bronchite aigue due un agent virale
- Circonstance de survenue : période hivernale

Diagnostic

- L'état général conservé est en faveur de l'origine virale
- Fièvre
- Toux productive et expectorations (élément objectif qui fait penser soit à l'atteinte bactérienne ou virale: mais le caractère purulent de l'expectoration n'est pas synonyme de surinfection bactérienne)
- Auscultation : signes d'atteinte bronchique : râles crépitant généralisés
- Pas d'indication de télé thorax

CAT

- abstention thérapeutique (les antibiotiques ne sont pas justifiés)
- évolution favorable en 48-72 h, au delà de 3 jr → amélioration
- la modification de la symptomatologie doit faire reconsidérer le diagnostic d'une bronchite simple

II. pneumopathie aigue communautaire

Les Signes, le diagnostic et le traitement dépendent du terrain sur lequel elle survient : sujet âgé ou jeune, IC ou ID, comorbidité ou non, et la survenance ou non des signes de gravité

❑ Comorbidités

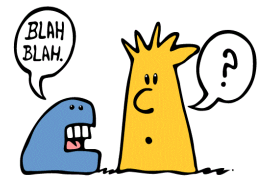
- Insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale, cérébro-vasculaire, hépatique
- Cancer
- immunodépression

❑ Signes de gravité :

- Atteinte des fonctions supérieures
- Hypo ou hyperthermie $35^{\circ}\text{C} < \text{Temp} < 40^{\circ}\text{C}$
- Tachycardie $> 125/\text{mn}$,
- TA systolique $< 90\text{mmHg}$
- Fréquence respiratoire $> 30/\text{mn}$

L'agent pathogène :

- Pneumocoque survient à tout âge :
- Le pneumocoque était sensible a toute les pénicillines il y a 40 ans
- Développement des résistances
- Virulent, mortel en cas de méningite ou de pneumopathies :
Complication vers une bactériémie → localisations secondaire → mort
Sensibilité diminué à la péni, on augmente la posologie de l'antibiotique active
- Localisation : si méningite : C3G
- La posologie adéquate active sur les pneumocoques qui peuvent donner des méningites est $300\text{mg}/\text{kg} / 24 \text{ càd } 18\text{g}$ pour 60 kg, voire 24 g
- La pneumopathie qui risque d'être mortelle c'est celle qui survient sujet âgé ou comorbidité
- Dans ces 2 situations : C3G est indiqué dans la 1ere intention



- Le tableau clinique typique de la pneumopathie aigue communautaire existe dans 1/3 des cas, parfois il est complètement atypique (étiologie peut être bactérienne ou virale)
- le seul signe constant est la fièvre

- Toute fièvre d'installation brutale entre $39-40^{\circ}\text{C}$ isolée, est une infection canalaire (urinaire : BU à la recherche de leucocytes ou nitrite, voies biliaire : échographie ; pulmonaire : télé thorax)

diagnostic

- Début brutale : marqué par une douleur thoracique en coup de poignard accompagné de fièvre et une toux sèche
- Auscultation : râles crépitants bien systématisés, localisés pas diffus
- RX : opacité est bien systématisée concerne un segment ou lobe unilatérale homogène sommet hilair base pariétale, typique d'une PFLA, cette image est présente dans 1/3 des cas → étiologie bactérienne
- L'image peut être hétérogène ou bilatérale : selon l'âge, existence de comorbidité

CAT

- Pneumopathie typique: Traitement par amoxicilline → réévaluation après 48 h-72 h après
- Pneumopathie atypique: Traitement par macrolide ou FQ à action pulmonaire (levofloxacin et moxifloxacin) → réévaluation après 48 h-72 h après
- Si amélioration → continue le traitement
- Pas d'amélioration → changement du trt en remplaçant l'amoxicilline par macrolide ou FQ à action pulmonaire ou le macrolide ou FQ à action pulmonaire par amoxicilline
- Si comorbidité : Association amoxicilline + acide clavulinique (augmentin) 3g/j, il active sur les BGN ; (à cette dose il est active sur les pneumocoques aussi) !!
- Si sujet vieillard : C3G

ambulatoire

Hospitalisation
Signes de gravité +/-
facteurs de risque

Comorbidité ou sujet âgé

Amoxicilline
OU
Macrolide ou
fluoroquinolone

Cefotaxime ou Amoxicilline
ET
Macrolide (pristinamycine)
ou fluoroquinolone

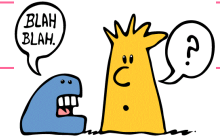
Amoxicilline /acide
clavulinique
OU
Ceftriaxone

Pneumopathie virale :

La gravité existe aller d'un sd pseudo grippale jusqu' à la détresse respiratoire avec image radiologique d'infiltrat diffus bilatéraux c'est le cas de la grippe porcine (mortelle)

Intérêt d'usage d'antiviraux (virus grippal et pseudo grippal) type : inhibiteurs de neuraminidase

« Indications : grippe + signes de gravité ou terrain associé (emphysème ou bpcO ...) »



*Au niveau du TD il ya des bactéries qu'on appelle le microbiote

*En dehors du TD il ya les bactéries saprophytes qui sont non pathogène chez sujet IC jeun : cutané (staphylocoque, streptocoque), bouche (streptocoque anaérobie), poumon (pneumocoque et accessoirement l'haemophilus), elles devient pathogène plus que le sujet en age surtout : BGN et staph

III. exacerbation aigue d'une BPCO

Diagnostic

- fièvre 38 c
- dyspnee de plus en plus importante
- accentuation de la toux → par augmentation des sécrétions, la couleur va du blanc spumeux aéré vers une couleur verdâtre

CAT

- traitement : amoxicilline + acide clavulinique
- comorbidité ou sujets agés : C3G ++
- C3G est un traitement de première intention si existence de signes de gravités

Cas clinique :

patient de 53 ans diabétique connu sous antidiabétique oraux se présente 3 jours après l'installation d'une fièvre 39 c et des frissons

A l'examen :

PA= 90/50 mmhg ; pouls= 120 batt/min, FR = 25 cycles/min

Le reste de l'examen est sans particularité

Quelle est votre CAT ?

- 1- on calcule la pression artérielle moyenne $(\text{syst}+2\text{dias})/3 = 63 \text{ mmhg}$ (remplissage vasculaire si $<65\text{mmhg}$)
- 2- signes de gravités (pression moyenne $< 65 \text{ mmhg}$)+ comorbidité(diabétique)
- 3- hospitalisation + abord veineux
- 4- remplissage vasculaire sérum salé 500 ml / 20 min jusqu'à l'amélioration (sepsis sévère , si pas d'amélioration c'est un choc septique)
- 5- hémocultures
- 6- suspicion d'une infection canalaire : faire BU et ECBU , échographie , rx de thorax

Sur cliché thoracique : opacité de la base gauche homogène, correspondant à une atteinte du lobe inférieur

Traitement :

- insuline (limite la glycémie au alentours de 1.80 g)
- C3G : n a pas la capacité de détruire rapidement les bactéries car il est temps dépendant, l'effet bactéricide n'apparaît qu'après 48 h
- Donc on associe pristinamycine (très active sur pneumocoque) ou amoxicilline ou FQ

Durée de traitement ? 2 semaines (on traite comme un sepsis sévère)

Les critères de bonne évolution ?

- Chute de fièvre après 72 h
- La PA n'est pas un critère d'évolution aussi la RX
- Amélioration de l'état général

L'opacité ne signe pas infection, elle signe hépatisation du parenchyme pulmonaire, elle peut rester présente après la guérison (jusqu'à restitutio ad integrum) (on demande la rx le + loin possible de l'épisode infectieuse)