

Bronchopneumopathies bactériennes

Définition

Infections aiguës diffuses des voies aériennes inférieures et du tissu pulmonaire dues à des bactéries

Intérêt

- Affection moins fréquente que les bronchopneumopathies virales
- Affection plus grave que les bronchopneumopathies virales avec souvent des séquelles
- Prévention

Diagnostic positif

- **Signes cliniques** : début brutal avec :
 - **Signes infectieux** : altération de l'état général, fièvre, teint infecté
 - **Signes respiratoires** : toux, détresse respiratoire, syndrome de condensation
 - **Signes d'orientation bactériologique** : à type de :
 - Douleurs abdominales et méningisme → Pneumocoque
 - Météorisme abdominal → Staphylocoque
 - Otite contemporaine de la pneumopathie → *Haemophilus influenzae* ou Pneumocoque
- **Signes paracliniques** :
 - **Radiographie du thorax** : révèle des images évocatrices, à type de :
 - Atteinte pleurale → Staphylocoque (+++), *Haemophilus influenzae*
 - Opacité triangulaire lobaire ou segmentaire → Pneumocoque
 - Bulle = Staphylocoque
 - **FNS** : révèle une hyperleucocytose à polynucléose et parfois anémie. L'association leucopénie, myélémie et thrombopénie est très péjorative
 - **Diagnostic bactériologique** : repose sur la culture des prélèvements (porte d'entrée, hémoculture, ponction pleurale) ou sur la recherche des antigènes solubles par contre-immunoélectrophorèse dans le sang, les urines et le liquide de ponction. La recherche du germe dans les crachats et sécrétions bronchique est moins fiable.

Diagnostic différentiel

- Tuberculose pulmonaire
- Broncho-pneumopathies virales

Signes	Bronchopneumopathie bactérienne	Bronchopneumopathie virale
Respiratoires	En foyer	Signes bronchiques, dyspnée, obstruction
Généraux	Aspect toxique, fièvre, collapsus périphérique	Etat général conservé, fièvre inconstante
Associés	Tachycardie, météorisme abdominal	Eruption cutanée, diarrhées, polyadénopathies, splénomégalie
Radiologiques	Foyer unique ou multiple, abcès ou bulle, épanchement pleural	Hyper-clarté, distension thoracique, opacités hilifuges, images interstitielles
FNS	Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles	Leucopénie
CRP	(+)	(-)

Diagnostic étiologique

- **Staphylococcie pleuropulmonaire du nourrisson :**

- **Âge** : survient avant 2 ans, surtout entre 3-6 mois. Elle touche les enfants en collectivité ou fragilisés par une pathologie sous-jacente (déficit immunitaire, mucoviscidose, malnutrition..)
- **Clinique** : retrouve souvent un foyer staphylococcique initial (cutané, digestif ou oropharyngé). Elle associe un syndrome infectieux sévère avec altération du faciès, troubles hémodynamiques et fièvre élevée, polypnée et ballonnement abdominal. L'examen physique est pauvre
- **Diagnostic positif** : triade = syndrome respiratoire + syndrome infectieux + météorisme abdominal
- **Radiographie thoracique** : révèle des lésions unilatérales ou à prédominance unilatérale avec au début une opacité, puis rapidement des images de bulles confirmant le diagnostic. Ces images se modifient très rapidement dans la journée, d'où l'intérêt d'une radiographie thoracique pluriquotidienne au début
- **FNS** : révèle une hyperleucocytose à polynucléose et dans les formes graves, leucopénie et thrombopénie
- **Diagnostic bactériologique** : très important, à partir des prélèvements de la porte d'entrée, la plèvre et le sang et réalisation d'un antibiogramme
- **Evolution** :
 - **Dans la 1^{ère} semaine** : la gravité du syndrome infectieux (état de choc, dissémination du germe) dicte le pronostic
 - **Dans la 2^e et 3^e semaine** : les accidents mécaniques surviennent (bulle extensive, pneumothorax, pneumo-médiastin) à l'origine d'une asphyxie aiguë et de pleurésie purulente
- **Traitement** : hospitalisation
 - Traitement d'une éventuelle insuffisance respiratoire et des troubles hémodynamiques
 - **Traitement de 1^{ère} intention** : par l'association bactéricide anti-staphylococcique : Oxacilline en IVL à 200 mg/kg/j en 4 prises avec Aminoside (type Gentamicine) en IM à 3-4 mg/kg/j en 2 prises ou Amikacine en IM à 10-15 mg/kg/j en 2 prises. Le traitement sera adapté en fonction de l'antibiogramme
 - La durée totale est de 2-3 mois. L'arrêt est jugé sur la normalisation de la FNS, la VS et la radiographie thoracique (inchangée depuis 1 mois.)
 - **Traitement des complications** : avec exsufflation d'un pneumothorax, drainage d'un pneumothorax, d'un pyo-pneumothorax ou d'une pleurésie purulente abondante

- **Pneumopathie à *Haemophilus influenzae b* :**

- **Âge** : survient avant 2 an
- **Clinique** : associe fièvre (38.5-40°C), polypnée, toux, foyer unique ou double aux 2 champs pulmonaires et parfois des signes de lutte. Elle peut être associée à une méningite ou une épiglottite
- **Radiographie thoracique** : révèle une atteinte unilatérale (parfois bilatérale) avec un foyer inhomogène, une atteinte interstitielle et parfois une atteinte pleurale
- **Diagnostic bactériologique** : repose sur la recherche des antigènes solubles dans les urines concentrées et dans le sang
- **Traitement** : Amoxicilline + Acide clavulanique (Augmentin®) ou Céphalosporine de 3^e Génération pendant 8-10 jours par voie parentérale
- **Prévention** : repose sur la vaccination anti-*Haemophilus influenzae* chez les enfants de moins de 5 ans

- **Pneumonie à Pneumocoque :**
 - **Âge** : survient après 3 ans
 - **Clinique** : le début est brutal avec toux sèche, fièvre élevée, herpès naso-labial, syndrome de condensation. Parfois, elle revêt une forme pseudo-méningée ou pseudo-appendiculaire
 - **Radiographie thoracique** : normale au début, elle peut objectiver une opacité dense, homogène et triangulaire, lobaire ou segmentaire
 - **FNS** : révèle une hyperleucocytose à polynucléose
 - **VS** : accélérée
 - **Diagnostic bactériologique** : repose sur la recherche des antigènes solubles, parfois (+)
 - **Traitement** : Pénicilline G ou V à 50.000 ou 100.000 UI/kg/j pendant 10 jours
 - **Si allergie** : Macrolide
 - **Evolution** : les signes cliniques cèdent en 24-48 heures et les signes radiologiques s'effacent en 10-15 jours.
- **Pneumopathie à *Mycoplasma Pneumoniae* :**
 - **Âge** : survient après 5 ans mais le nourrisson peut aussi être touché
 - **Clinique** : début progressif avec fièvre, malaise général, toux sèche tenace, foyer de condensation, ou toux isolée et coryza. L'existence d'arthralgies, de myalgies évoque le diagnostic
 - **Radiographie thoracique** : révèle une opacité hilifuge et un foyer de condensation uni- ou bilatéral avec tendance à la rétraction
 - **Traitement** : utilise les antibiotiques à diffusion intracellulaire (de type Macrolides) pendant 2-3 semaines
- **Coqueluche :**
 - **Âge** : touche le nouveau-né non-encore vacciné
 - **Clinique** : toux paroxystique, quinteuse, avec reprise en chant de coq, émétisante et persistante (des semaines voire des mois) sans syndrome infectieux
 - **Traitement** : Macrolides pendant 10-15 jours (modifient peu ou pas les signes cliniques.)
- **Pneumonie à *Klebsiella* :**
 - Détresse respiratoire avec syndrome infectieux sévère
 - Images bulleuses
 - Mauvais pronostic