

Module 7 : 086

INFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Validé par le Dr Jouneau

Clinique

- **Syndrome infectieux :**
 - Fièvre
 - Frissons
 - VS ↗
 - Hyperleucocytose
- **Signes fonctionnels respiratoires :**
 - Douleur thoracique
 - Dyspnée
 - Toux / expectorations sales
 - Foyers de crépitants

Examens complémentaires

- **RP pour affirmer le dg**
- Anomalies radiologiques retrouvées
 - Syndrome alvéolaire : opacités alvéolaires systématisées
+ bronchogramme aérien
 - Syndrome interstitiel : opacités interstitielles non systématisées
souvent bilatérales

3 QUESTIONS à se poser :

Signes de gravité

Respiratoires

- FR > 30
- IRA (cyanose, tirage, signes de lutte)
- Obstacle

Hémodynamiques

- FC > 120
- PAS < 90
- Signes périphériques de choc

Neurologiques

Troubles de la conscience / confusion

Radiologiques

- Extension > 1 lobe
- Images bilatérales
- Pleurésie purulente
- Excavation

Gazométriques

PaO₂ < 60 mmHg

Biologiques

- Neutropénie < 4000/mm³
- Hyperleucocytose > 30.000/mm³
- HypoNa < 130
- Hématocrite < 30%
- Créat > 250 μmol/l
- Signes de CIVD
- Fièvre < 35°C ou > 40°C

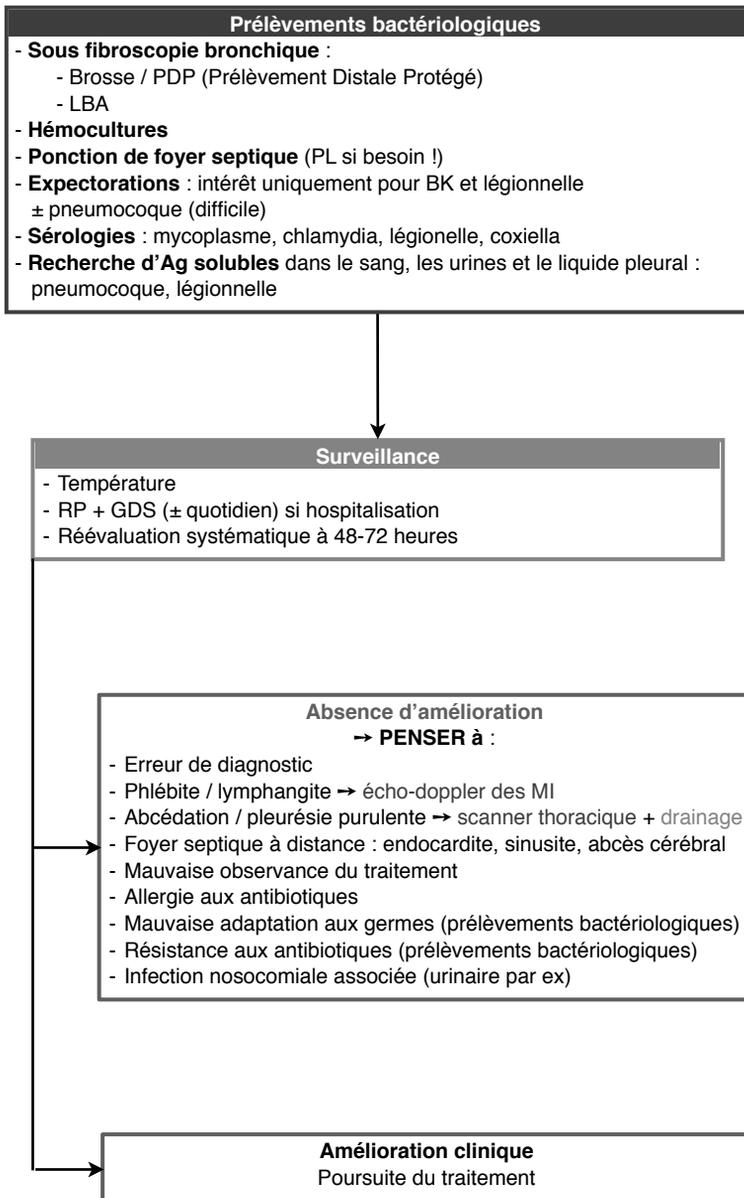
Pneumopathie nosocomiale ?

SI : > 72 heures d'hospitalisation
ou < 15 jours depuis la dernière hospitalisation

Sujets à risque

Hospitalisation en fonction du score de Fine
(sexe, vie en institution, TA...)

		Communautaire			Nosocomiale	
		Sujet à risque sans signes de gravité		Signes de gravité		
		Sujet sain sans signes de gravité		RÉANIMATION		
		AMBULATOIRE		OUI		
		Ø de PRÉLÈVEMENT		OUI		
Hospitalisation		Si échec du traitement à 72 heures				
Prélèvements bactériologiques		Suspicion de pneumocoque germe atypique				
ATB probabiliste de première intention		Suspicion de pneumocoque	Suspicion de germe atypique			
		Amoxicilline PO pendant 10 jours	Macrolide ou FQ PO 14 jours			
ATB probabiliste de 2 ^e intention si échec à 72 h		C3G + FGAP si suspicion inhalation : Amox-A. clav PO 14 jours		C3G IV + fluoroquinolone active sur le pneumocoque 21 jours jeune sans comorbidité		
		Associer macrolide ou FQ - Pneumocoque +++ (60 à 80 %) - Mycoplasme 20 % - Chlamydiae pneumoniae / légionnelle - Haemophilus influenzae - Virus...		Associer à l'antibiogramme à l'antibiogramme - Pneumocoque - Mycoplasme - Chlamydiae - Légionnelle - BGN (Klebsielle +) - Anaérobies/Staph		
Germes suspectés		Pristinamycine ou tétracycline - Pneumocoque +++ - Légionnelle - BGN - Staph - Anaérobies → Pneumopathies excavées		À adapter à l'antibiogramme (± Vanco si <i>staphylocoque doré</i>) - Pneumocoque +++ - Légionnelle - BGN - Staph - Anaérobies → Pneumopathies excavées		
				Selon la flore du service et la durée d'hospitalisation BIATB IV +++ < 5 jours = flore communautaire augmentin > 5 jours = flore nosocomiale blaact + aminoside ou FQ		



Bilan d'une pneumopathie récidivante

- Sérologie HIV
- EPP (hypogammaglobulinémie)
- Dosage du complément (hypocomplémentémie)
- Glycémie (diabète !)
- Scanner thoracique (DDB, cancer BP +++)
- Fibroscopie bronchique (obstacle bronchique : KBP +++)
- RX sinus et panoramique dentaire
- Rechercher des facteurs de risque

- Éthylisme
- Troubles de la déglutition
- Tabagisme, KBP
- DDB, foyer stomato-ORL
- Immunodépression : ...
- Terrain débilisé : ...

Vaccination anti-pneucoccique tous les 5 ans recommandée pour :

- Éthyliques
- Insuffisants respiratoire chroniques
- Asthmatiques
- Splénectomisés
- Drépanocytaire / porteur d'une hypogammaglobulinémie
- Personnes âgées (> 65 ans)
- Sd néphrotique
- Brèche ostéoméningée

À PART : La bronchite aiguë (hors exacerbation BPCO)

Le plus souvent d'origine **virale**, rarement bactérienne (mycoplasme ++)

Clinique :

- Catarrhe des VAS
- Phase sèche: toux sèche, quinteuse et douloureuse + brûlures rétrosternales. Fièvre modérée à 38°C ± céphalées et peu de courbatures (≠ avec la grippe). Auscultation normale
- Phase humide 3 à 4 jours plus tard : ↘ douleurs rétrosternales, toux productive, expectorations séro-muqueuse et parfois muco-purulente
Auscultation : ronchis et sibilants

Pas de bilan infectieux. Évolution favorable en 10-15 jours

Pas d'ATCD → traitement symptomatique par anti-tussifs (phase sèche) (codéine), fluidifiants (phase humide), paracétamol...

Réévaluer, si mauvaise évolution + RP

Si sujet à risque (asthmatique ou BPCO) traitement ATB obligatoire par Amox-A.

Clavulanique ± corticothérapie prednisone pendant 10 jours

Si expectorations purulentes + râles bronchiques chez le fumeur > 7 jours

→ ATB = macrolides pendant 7 jours

	Pneumocoque	Staphyocoque
Terrain	Déficient La plus fréquente 60 %	Immuni-déprimé, diabétique, OH, plaie cutanée, KT
Fièvre	Brutale 40° + frissons	Tableau septicémique brutal 40° + frissons + AEG
Toux	Productive Crachat rouillé de Laënnec	
Signes associés	Douleur basithoracique Dyspnée Herpes labial	Recherche d'un souffle d'IT (Toxico +++)
Auscultation	Sd de condensation (matité + ↗ des VV) Souffle tubaire avec une couronne de crépitants	
RP	Opacité alvéolaire : - Systématisée - Homogène et dense - Avec bronchogramme - Sans rétraction aérique ± pleurésie purulente	Nécrose bilat. (abcès à l'emporte- pièce) = bulles parenchymateuses ± pleurésie
Biologie	Hyperleucocytose Parfois leucopénie	Hyperleucocytose CRP ↗
Diagnostic	- Clinique - Hémocultures +++ (⊕ dans 20 à 30 %) - Recherche d'Ag soluble - ECBC	Hémocultures +++ + porte d'entrée cutanée +++ + liquide pleural
Traitement	Amoxicilline IVD PO après 48 h d'apyrexie Ttt de 10 j mais si allergie à la peni : télithromycine, pristinamycine Pour les PSDP : C3G ou amoxicilline 4 à 6g/j	Oxacilline + aminoside IV voire vancomycine (pour le SARM)

	Klebsielle	Anaérobies
Terrain	Sujet débilité Db, alcoolique	OH, tabac, SDF, trouble de la déglutition, coma, DDB
Fièvre	AEG Brutale 40° + frissons	AEG progressive suivie d'une fièvre 40°
Toux	Expectoration abondante, rouillée et purulente	Expectoration muco-purulente nauséabonde
Signes associés		
Auscultation		
RP	Opacité bombante systématisée posée sur la scissure Excavation fréquente ± pleurésie	Opacité alvéolaire du lobe moyen +++ système excavée en son sein avec NHA = abcès ± pleurésie
Biologie	Hyperleucocytose CRP ↗	Hyperleucocytose CRP ↗
Diagnostic	- Hémocultures +++ (⊕ dans 20 % des cas) - PDP ± ponction trans-trachéale + liquide pleural	PDP ± ponction trans-trachéale + liquide pleural
Traitement	C3G IV 3 g/j ou Augmentin IV 3 à 6 g/j 3 semaines	Amox-A. clav IVL PO à J4 d'apyrexie 3 sem si simple 6 sem si abcès ou nécrosante + éradication des foyers infectieux ++