

Les infections respiratoires basses communautaires

VJY7tc9X1F4EljvOKHQs

Dr. Jutta Rottmann
CHdN Wiltz

11 février 2017

- Bronchite aiguë
- Pneumonie aiguë communautaire chez le sujet immuno compétent

Ne sont pas considérés dans cet exposé

Exacerbation d'une BPCO

Infections respiratoires basses chez le sujet immunodéprimé (splénectomie, neutropénie, VIH, corticothérapie systémique)

Pneumonies nosocomiales (acquises après 48 h d'hospitalisation)

BRONCHITE AIGUE CHEZ LE SUJET SAIN

Inflammation des voies de conduction souvent de nature infectieuse sans atteinte du parenchyme pulmonaire

Caractère épidémique

Principalement d'origine virale

Toux initialement sèche, brûlure thoracique bilatérale, fièvre inconstante, expectorations muqueuses et purulentes (nécrose de l'épithélium bronchique)

Traitement de la bronchite aiguë

Symptomatique (Paracétamol)

Abstention d'une antibiothérapie

Les examens microbiologique ou biologiques généraux ne sont pas indiqués.

COCQULUCHE

Bordetella pertussis

Réservoir homme

Bordetella parpertussis

Réservoir homme et mouton



Infection transmise par gouttelettes

Hautement contagieuse

Déclaration obligatoire en France et en Allemagne

Incubation 6-20 jours (souvent 10 jours)

Contagiosité de la phase d'incubation jusque 3 semaines après le début de la phase paroxystique

Phase catarrhale

Signes cliniques non spécifiques mais multiplication bactériennes en cours (1-2 semaines)

Phase paroxystique

Quintes de toux émétisante, causée par la sécrétion des toxines (4-6 semaines)

Phase dégressive

peut durer 6-10 semaines

La cocqueluche ne cause en général pas de pneumonie mais peut être compliquée d'une pneumonie par superinfection

Diagnostic

PCR sur frottis de gorge
La sérologie a peu d'intérêt.

Traitement

Une antibiothérapie est indiquée jusqu'à 3 semaines après le début de la phase paroxystique

Azithromycine 5 jours
Clarithromycine 7 jours

Prévention

Intérêt d'un rappel de vaccination chez l'adulte
p.ex. à l'occasion du rappel tétanique

Pneumonie aiguë communautaire

Problème majeure de la santé publique

- fréquence

- gravité potentielle (jusque 15% de mortalité même chez les sujets sains)

- coût (jusque 20% des malades nécessitent une hospitalisation)

Faire le diagnostic

Tableau 1

Signes suggestifs de bronchite	Signes suggestifs de pneumonie
Fièvre en général peu élevée	Fièvre > 37,8° C
Brûlure rétrosternale	Tachycardie > 100/min
Toux parfois précédée d'infection des voies respiratoires hautes	Polypnée >25/min
Auscultation normale ou râles bronchiques diffus	Douleur thoracique
	Absence d'infection des voies respiratoires hautes
	Signes auscultatoires en foyer (râles crépitants)
	Impression globale de gravité

Radiographie de thorax si incertitude

Recherche des signes de gravité

Score CBR 65

Tableau 1: Score CRB 65

Critères du score CRB 65	Conduite à tenir
<p>C: confusion</p>	<p>0 critère: traitement ambulatoire possible</p> <p>≥ 1 critère: évaluation à l'hôpital</p>
<p>R: fréquence respiratoire ≥ 30/mn</p>	
<p>B: pression artérielle systolique < 90 mmHg</p> <p>Ou pression artérielle diastolique ≤ 60 mmHg</p>	
<p>65: âge* ≥ 65 ans</p>	
<p>C pour confusion, R pour respiratoires, B pour blood pressure</p>	
<p>* Plus que l'âge civil, l'âge physiologique - notamment chez les patients sans comorbidité - est à prendre en compte.</p>	

Hospitalisation

Si signes de gravité

Si comorbidités significatives

Si situations particulières (conditions socio économiques défavorables, isolement...)

Pneumonies communautaires

Streptocoque

Hémophilus

Mycoplasme pneumoniae

Chlamydia pneumoniae

Légionella pneumoniae

Virus grippal

Pneumonie à Pneumocoque



Streptocoque pneumoniae est l'agent le plus fréquemment isolé

Pneumonie lobaire franche dans sa forme classique

Pas de caractère épidémique car dû à la colonisation de l'oropharynx

Leucocytose et syndrome inflammatoire à la biologie

Potentiellement sévère (germe qui tue!)

Traitement de choix Amoxicilline, souvent résistant aux macrolides

Vaccins anti pneumocoque

Mortalité élevée des infections à pneumocoques

1,6 Mio de cas par an dans le monde

-pneumonie

-Méningite

-Otite

-sinusite

-septicémie

Groupes à risque

Enfants <2 ans

Splénectomie

Implant cochléaire

Personnes âgées >60 ans

Comorbidités

Tabagisme

Pneumo 23

Vaccin polysidique (polysaccharidique) non conjugué à un protéine porteur

Contenant 23 sérotypes de pneumocoques

Désavantages

- pas efficace en dessous de 2 ans
- protection de courte durée
- pas d'effet rappel en cas de nouvelle vaccination

Prevenar 13

Vaccin polysidique conjugué à une protéine contenant 13 sérotypes de pneumocoques

Avantages

Efficace chez l'enfant en dessous de 2 ans

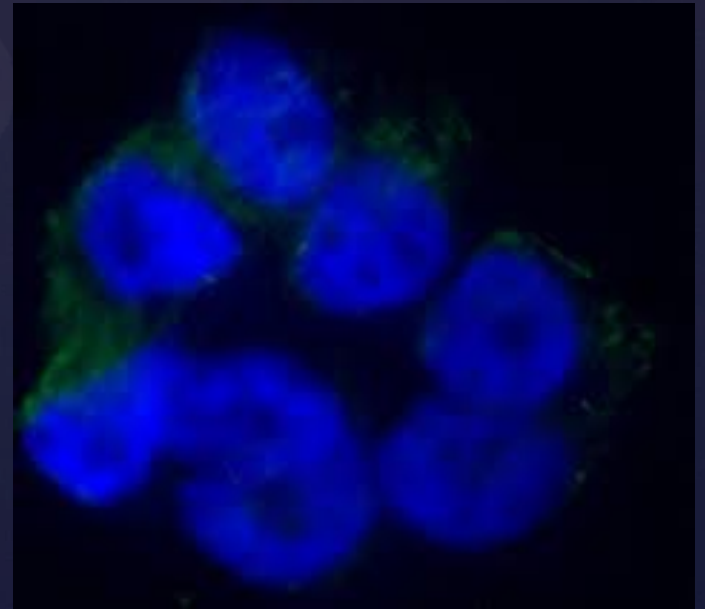
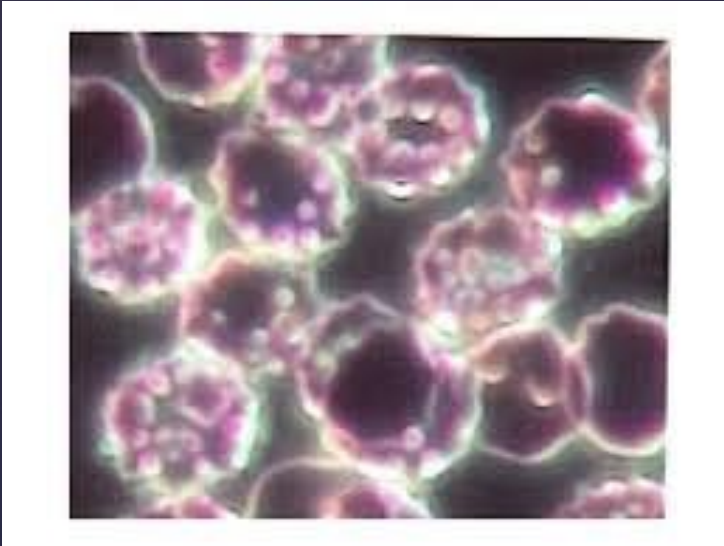
Protection de longue durée

Vaccination séquentielle

La vaccination séquentielle a été proposée aux Etats Unis par l'ACIP (Advisory Committee on Immunization Practice) pour patients à risque

Les deux vaccins peuvent être administrés à 8 semaines d'intervalle en commençant avec le Prévenar.

Chlamydia pneumoniae



Pneumonie à Chlamydia pneumoniae

Infection fréquente

Chez 70% des adultes, on trouve des anticorps

5-15% des PAC

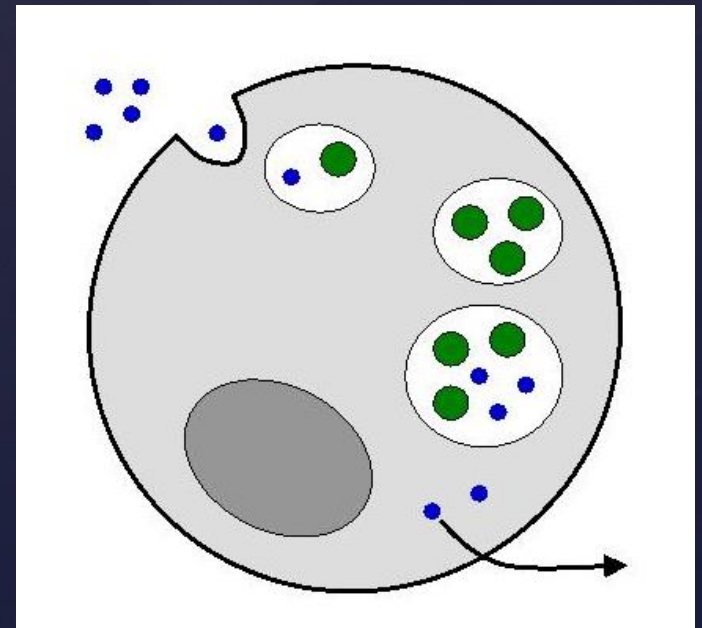
Cycle de reproduction

Corpuscules réticulaires

- intracellulaires
- Peuvent se reproduire
- sensibles aux antibiotiques

Corpuscules élémentaires

- extracellulaires
- incapable de se reproduire
- insensibles aux antibiotiques



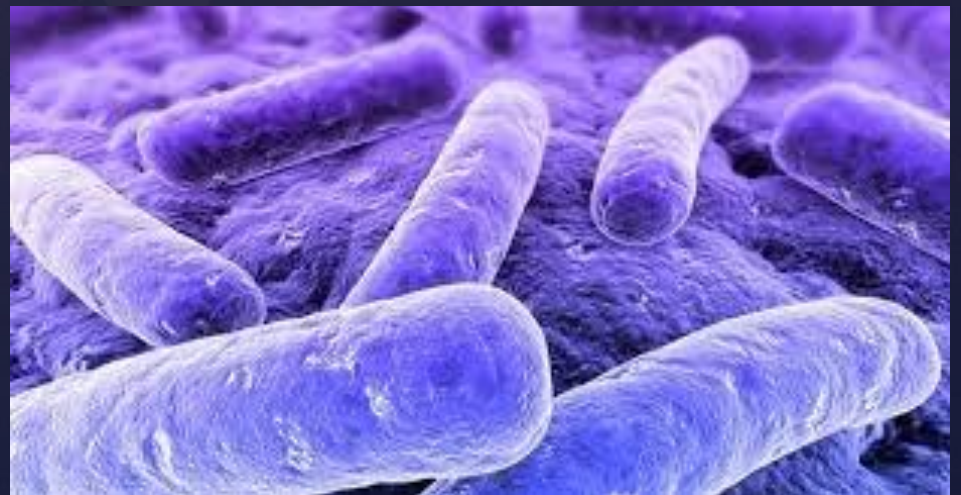
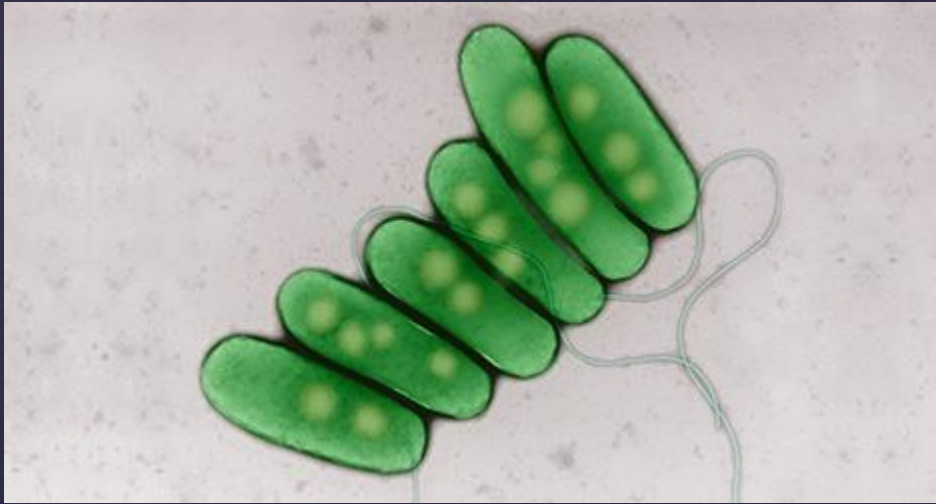
Dépistage par

- PCR

- Sérologie (2 prises de sang à intervalle de 2 à 4 semaines)

Traitement d'une durée de 2 à 3 semaines (macrolides)

Legionella pneumophila



bactérie gram- intracellulaire vivant dans les amibes et d'autres protozoaires

pathogène pour l'homme dans 90% des cas Legionella pneumophila

transmis par de l'eau tiède infectée par aspiration

l'ingestion de l'eau infectée ne cause pas de maladie
cave! Aspiration

Légionellose

Pneumonie

- 4-5 % des PAC
- potentiellement mortelle
Incubation 7-10 jours

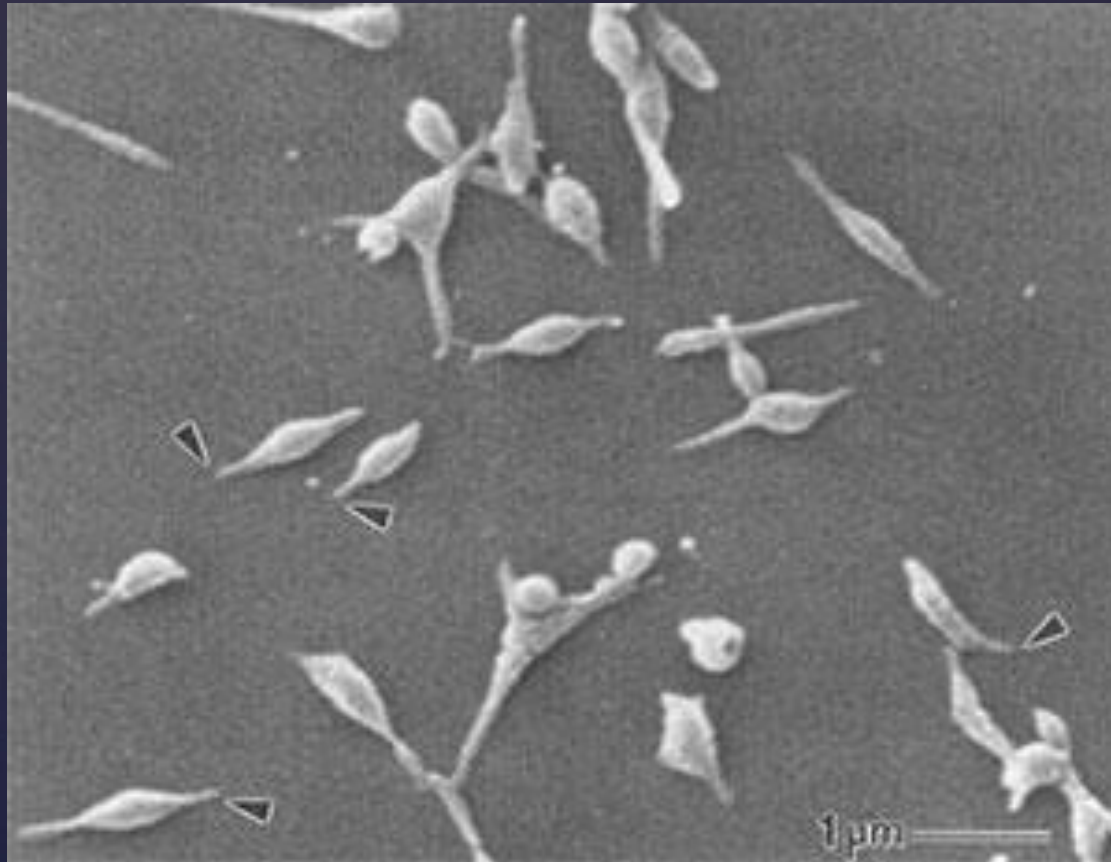
Fièvre de Pontiac

- état grippal
Incubation 24-48 heures

Diagnostic

Ag dans l'urine, PCR
Traitement: Macrolides , quinolones

Mycoplasme



Pneumonie à Mycoplasme

15- 50% des PAC
surtout < 40 ans et enfants scolaires

Diagnostic

Sérologie
PCR
Culture

Traitement

Macrolides
Tetracyclines
Quinolones

Germe minuscule (0,15-0,5 micrometer)

Correspond à la taille d'un gros virus

Transmission par gouttelettes

Souvent petites épidémies au sein d'une famille, école, institution etc.

Fréquent chez le grand enfant et l'adulte jeune < 40 ans

Antibiothérapie de 1^{ère} intention

≥ 40 ans amoxicilline 3x1g par 24h

Absence d'amélioration après 48h macrolide en substitution ou en association per os

< 40 ans et pneumonie d'allure atypique Macrolide

Absence d'amélioration en 48 h Amoxicilline en substitution ou association ou Quinolone à visée antipneumocoque

Villmols Merci fir äer
Opmierksamkeet

Dr Jutta Rottmann