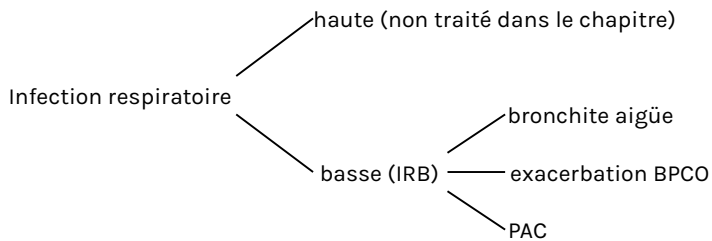


# 151 - Infections respiratoires basses



## I) Bronchite aigüe

- |             |  |
|-------------|--|
| généralités | <ul style="list-style-type: none"><li>inflammation des bronches et bronchioles sans atteinte du parenchyme</li><li>10 M cas/an en France, surtout en hiver</li><li>90% d'origine virale</li></ul>  |
| diagnostic  | <ul style="list-style-type: none"><li>diagnostic clinique, aucun examen complémentaire<ul style="list-style-type: none"><li>épidémie hivernale</li><li>toux sèche puis productive, douloureuse (brûlures thoraciques dessinant l'arbre bronchique)</li><li>signes gx inconstants</li><li>râles bronchiques ou auscultation normale, mais absence de crépitants +++</li></ul></li></ul> |
| traitement  | <ul style="list-style-type: none"><li>paracétamol : apyréxie en 3 jours, disparition des signes respiratoires en 10 jours (sinon revoir le diagnostic)<ul style="list-style-type: none"><li>CI ATB, CTC, AINS, mucolytiques, expectorants</li></ul></li></ul>  |

## II) Exacerbation BPCO

- |             |   |
|-------------|---|
| généralités | <ul style="list-style-type: none"><li>50% des exacerbations de BPCO sont d'origine infectieuse<ul style="list-style-type: none"><li>25% sont d'origine bactérienne (<i>H. influenzae</i>, <i>Moraxella catarrhalis</i>, <i>S. pneumoniae</i>, <i>P. aeruginosa</i>)</li><li>25% sont d'origine virale (grippe, rhinovirus, coronavirus, adenovirus ...)</li></ul></li><li>2 M cas/an en France, avec 50 000 hospitalisations</li><li>prévention : arrêt tabac, vaccination pneumocoque et grippe</li></ul>  |
| diagnostic  | <ul style="list-style-type: none"><li>majoration d'une dyspnée, toux, volume ou purulence de l'expectoration</li><li>la purulence verdâtre des crachats est en faveur d'une origine bactérienne</li><li>DD : pneumonie, EP</li><li>interprétation ECBC difficile car les BPCO sont en permanence colonisés par des bactéries</li></ul>  |
| traitement  | <ul style="list-style-type: none"><li>symptomatique<ul style="list-style-type: none"><li>bronchodilatateur en aérosol-doseur</li><li>kiné respi, oxygénothérapie</li><li>si bronchospasme : courte CTC</li><li>CI antitussif</li></ul></li><li>ATB selon stade clinique de BPCO (hors exacerbation)<ul style="list-style-type: none"><li>si VEMS &gt; 50% (sans dyspnée) : pas d'ATB</li><li>si VEMS &lt; 50% (dyspnée d'effort) : amoxicilline ssi expectoration purulente verdâtre</li><li>si VEMS &lt; 30% (dyspnée de repos) : augmentin systématique</li></ul></li></ul> |

### III) PAC

#### généralités

- infection du parenchyme d'origine communautaire (hors hôpital ou < 48 après admission)
- F1 décès par infection des pays occidentaux
- 500 000 cas/an
- 10-20% hospitalisations, 2-5% mortalité (40% si admis en réa)

#### diagnostic

- association {
- signes fonctionnels respiratoires (toux purulente, dyspnée)
  - signes gx (fièvre)
  - RxT prouvant l'atteinte parenchymateuse
- }

crépitations localisées à l'auscultation

#### germes

- pneumocoque (F1)
  - responsable de 50% des PAC hospitalisés (dont PAC graves en réa), début brutal
  - pas de transmission inter-humaine (pas de contexte épidémique)
  - tableau classique : PFLA
- bactéries atypiques (intracellulaires)
  - Mycoplasma pneumo, Chlamidophila pneumo, Chlamidophila psittaci, Coxiella burnetti
  - responsable de PAC non sévères chez les jeunes, pec en ville, début progressif
  - transmission inter-humaine (contexte épidémique en collectivités)
- légionella pneumoniae
  - responsable de PAC graves en réa
  - pas de transmission inter-humaine (inhalation d'aérosol contaminé : thermes, voyages)
  - déclaration ARS obligatoire
- virus (principalement grippe)
  - contexte épidémique (novembre-avril)
  - fièvre élevée, parfois V grippal (dim à J2, augm à J3-J4)
  - RxT : opacités non systématisées, bilatérales

amox 3x1000

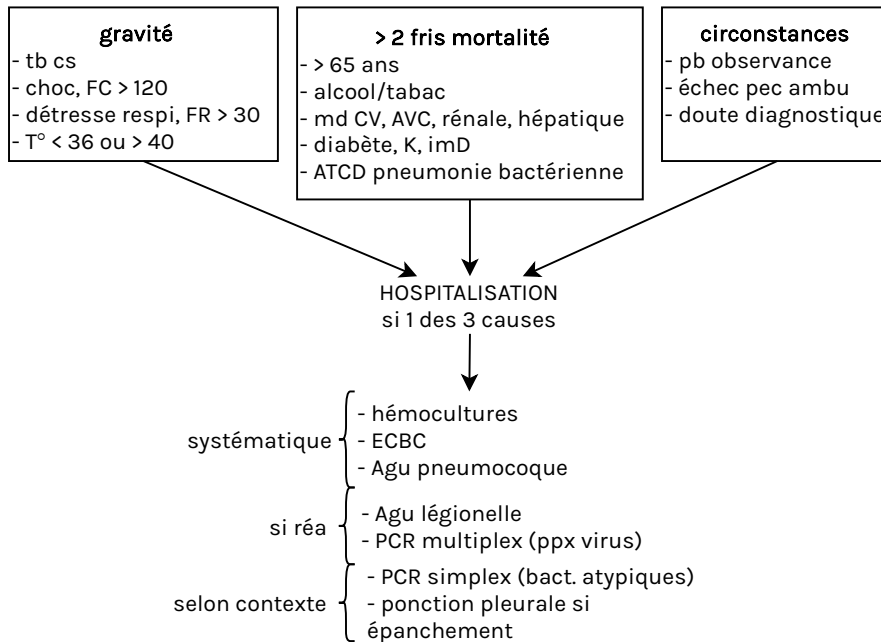
macrolide (ou FQ)

macrolide et/ou FQ

- ATB proba  
- oseltamivir

#### CAT

Le score **CRB65** (confusion, FR > 30, choc, âge > 65) permet rapidement d'orienter le patient une fois le diagnostic posé, mais n'est pas spécifique. Les recommandations sont :



ECBC interprétable ssi :  
- PNN > 25  
- cell épith < 10

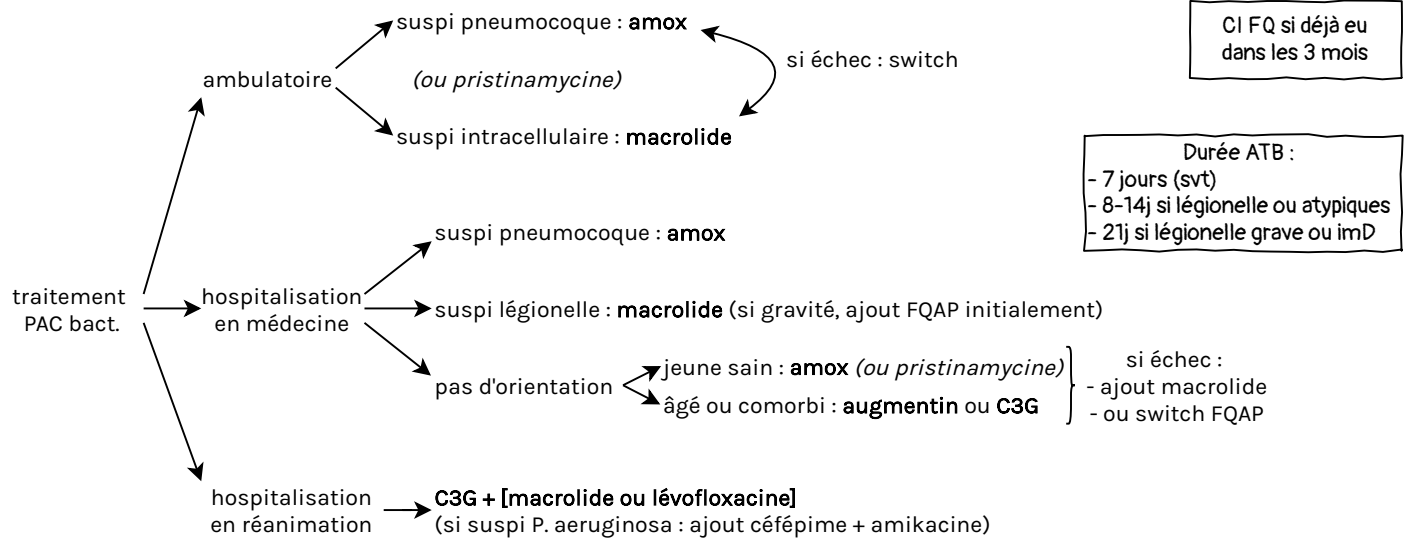
Les Agu ne sont pas  
négatives par ATB

Agu légionelle :  
- détecte que sérotype 1 (90-95%)  
- positif après 2-3 j de symptômes  
(2 tests neg à 72h : VPN = 90%)  
- reste positif pendant 2 mois

#### traitement

Le traitement doit débuter dès le diagnostic de PAC posé, avec une ATB probabiliste selon le germe suspecté (toujours cibler le pneumocoque)

Suspicion	Pneumocoque	Légionelle	Atypiques	Virus
Ambulatoire	brutal, > 39° non épidémique	brutal, > 39° thermes, voyages	progressif, < 39° contexte épidémique	fièvre élevée, V grippal période épidémique opacités non systématisées
Hospitalisation	CGP au direct Agu pneumocoque +	BGN au direct Agu légionelle +		



- cas particuliers
  - suspicion inhalation : augmentin (ou C3G + métronidazole)
  - PAC bact. post-grippale : augmentin (ou *pristinamycine* ou FQAP)
  - PAC abcédée : augmentin (ou C3G + métronidazole)
- autres traitements
  - kiné respi
  - oseltamivir PO QSP 5j si suspi grippe (en + de l'ATB probabiliste)
- réévaluation ATB à 48-72h

#### vaccin

Le vaccin anti-pneumococcique est indiqué chez :

- Enfants < 2 ans (VPC13 à M2, M4, M11)
- Adultes :
  - imD
  - InCa, cardiopathie congénitale cyanogène
  - InResC, BPCO, asthme sévère
  - InRé, hépatopathie
  - diabète non équilibré par simple régime
  - brèche ostéoméningée ou implant cochléaire

## IV) Autres pneumonies

### nosocomiales

- 90% des pneumonies nosocomiales sont des PAVM (acquises sous ventilation mécanique)
- F1 mortalité par infection nosocomiale
- Les germes habituels sont :
  - si < 7 j et sans fris de BMR : streptocoques, S. aureus meti-S, H. influenzae, E. coli, anaérobies
  - si > 7 j ou avec fris de BMR : entérobactéries (dont groupe 3 et BLSE), P. aeruginosa, SARM ...

### immunodéprimé

- Les examens sont plus larges que pour l'immunocompétent :
  - LBA : bactério, viro, myco (pneumocystose, aspergillose)
  - TDM tx
  - PCR CMV, antigénémie aspergillaire
- Point sur la **pneumocystose** (Pneumocystis jirovecii, champignon)
  - contexte : touche principalement les imD, sans atteinte extra-pulmonaire
  - diagnostic positif par LBA et PCR
  - ttt : cotrimoxazole (BACTRIM) PO QSP 21j + acide folinique
  - CTC si hypoxémie profonde (PaO2 < 70 mmHg) chez VIH
  - prévention (cotrimoxazole) chez VIH CD4 < 200/mm3