

Infection respiratoire aigue

I. INTRODUCTION

- Les infections respiratoires comprennent les infections respiratoires hautes (rhinopharyngite, otite, sinusite, angine, laryngite..., , et basses (atteinte des voies aériennes sous-glottiques).
- Les infections respiratoires basses (IRB) communautaires de l'adulte comportent trois entités : bronchite aiguë, exacerbation aiguë de bronchopathie chronique obstructive (BPCO) et pneumonie aiguë communautaire (PAC).

II. EPIDEMIOLOGIE

- Premier motif de consultation en médecine générale
- Retentissement Socio-économique ++
- 2 tableaux de pronostic et de prise en charge différents
- Bronchites (90%)
- Pneumopathies (10%)

Dans le monde

- Incidence 5 à 35/1000
- 26% de la pathologie infectieuse
- Pneumonies 5 à 10% des infections respiratoires basses
- 1ère cause de décès par maladie infectieuse
- 1ère cause de décès dans les pays à faible revenus
- 1ère cause de décès infantile
- USA 6ème cause de mortalité
- 5,1% ambulatoires, 13,6% hospitalisations, 36,5% en réanimation

Infection respiratoire aigue

- Bronchites aiguës
- Pneumonies communautaires
- Exacerbations de BPCO

III. Bronchite aigue

- Inflammation aigue des bronches et bronchioles (voies de conduction), le plus souvent de nature infectieuse, sans atteinte du parenchyme pulmonaire et notamment des alvéoles (surface d'échange).
 - Très fréquente (environ 10 millions de cas/an en France), surtout durant la période hivernale.
 - De cause virale dans 90% des cas (rhinovirus, influenza, para-influenza, adénovirus, virus respiratoire syncytial, métapneumovirus humain)
 - Bactéries atypique ou à dvp intracellulaire <10%
 - Surinfection bactérienne

A. Diagnostic

- Il est **CLINIQUE** :
 - caractère épidémique, période hivernale ;
 - l'atteinte de plusieurs muqueuses avec « syndrome viral » oriente le clinicien
 - **Toux** : initialement sèche puis productive, volontiers douloureuse à type de brûlures thoraciques bilatérales et rétro-sternales dessinant l'arbre bronchique (trachée et grosses bronches) ;
 - **Expectoration** : muqueuse ou purulente ;
 - **Signes Généraux Inconstants** : fièvre et symptômes viraux (céphalées, myalgies, malaise...)
 - **Auscultation** : râles bronchiques, voire auscultation normale, mais surtout absence de crépitations en foyer (signe négatif important).
 - discordance entre signes fonctionnels (plaintes) et physiques

B. Examen complémentaire

Aucun examen complémentaire n'est justifié. Néanmoins, en cas de doute clinique sur une pneumonie, une radiographie thoracique de face doit être réalisée.

C. Traitement

- Ambulatoire et symptomatique +++ : antipyrétique (paracétamol).
- L'absence d'antibiothérapie est la règle chez l'adulte sain .
- Ne sont pas recommandés: corticoïdes systémiques et/ou inhalés, anti-inflammatoires non stéroïdiens, mucolytiques, expectorants.
- L'évolution est spontanément favorable.

D. Particularités

- Sujets âgés et fragiles
 - L'hospitalisation s'impose

IV. EXACERBATION DE BPCO

- Cause infectieuse la plus fréquente des exacerbations de BPCO
- **S.fonctionnels** : critères d'Anthonisien
 - Aspect purulent de l'expectoration
 - Augmentation du volume de l'expectoration
 - Augmentation de la dyspnée
- **Examen** : râles bronchiques polymorphes
- **Evolution** : risque de décompensation respiratoire.
- **Agents responsables** : *S. pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Mycoplasma*

A. BPCO à risque Au moins 1 facteur de risque :

- Dyspnée de repos (ou VEMS < 35% en état stable, hypoxémie de repos)
- Corticothérapie systémique au long cours
- Exacerbations ≥ 4 par an
- Comorbidité(s)
- Antécédent de pneumonie

FAUT-IL HOSPITALISER? Hospitalisation recommandée si

- ✓ Signes de gravité : cyanose, S de lutte, OMI, S neurologiques...
- ✓ Présence de comorbidité : cardiopathie,...
- ✓ Diagnostic incertain

B. Explorations au cours des exacerbations

- La majorité des exacerbations de BPCO ne s'accompagne pas de signe de gravité et doivent être prise en charge à l'hôpital (exacerbations légères ou modérées).
→ Dans ce cas, aucune exploration paraclinique n'est justifiée
- Chez le patient hospitalisé (exacerbations sévères) les examens complémentaires ont pour but :
 - d'apprécier la gravité de l'exacerbation (recherche d'une acidose respiratoire) ;
 - de mettre en évidence un diagnostic différentiel ou une association morbide ;
 - de surveiller l'évolution immédiate

❖ **En systématique** (exacerbation grave) :

1. radiographie thoracique
2. électrocardiogramme
3. NFS, CRP, Ionogramme sanguin
4. créatinine
5. gazométrie artérielle,
6. ECBC :
 - en cas d'échec d'antibiothérapie préalable
 - en cas d'antécédent de colonisation / infection à *Pseudomonas aeruginosa*
 - en cas d'obstruction bronchique sévère connue motivant l'hospitalisation
 - en cas de gravité de l'épisode motivant l'hospitalisation dans un secteur de réanimation
 - en cas d'immunodépression associée.

❖ **Les antibiotiques** sont indiqués :

- si l'expectoration est franchement purulente ou
- si la BPCO sous-jacente est très sévère (VEMS<30%)
- Si Signes cliniques de gravité
- Les ATB de 1ère intention sont
 - -amoxicilline*-/ac clavulanique
 - -pristinamycine
 - -macrolides

C. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Pneumonies aiguës
- Œdème pulmonaire
- Embolie pulmonaire
- Pneumothorax
- Prise de med CI sédatifs, opiacés

V. GRIPPE

- La grippe saisonnière affecte chaque année entre 2 et 6 millions de personnes en France, entraînant l'hospitalisation et le décès de plusieurs milliers de personnes, essentiellement dans le groupe d'âge des personnes de 65 ans et plus.
- Intubation 1-3 jours
- Contagiosité 1j avant et 7j après les symptômes

❖ **Les patients à risque:** Certains patients sont à haut risque de complications grippales:

- Enfants < 5 ans; les enfants de < 2 ans sont particulièrement à risque
- Adultes > 65 ans
- Ceux atteints de pathologies chroniques (cardiovasculaires ou pulmonaires, de diabète, d'insuffisance rénale, d'hémoglobinopathies, d'infection à VIH ou les déficits immunitaires)
- Les femmes au cours des 2e et 3e trimestres de grossesse.

A. DIAGNOSTIC Le diagnostic est basé sur

- La clinique
- Contexte épidémique
- Le recours à la PCR dans les cas sporadiques ou les formes sévères
- Complications; pneumonie, encéphalite, myocardite

B. Trt de la grippe

- Traitement symptomatique
- Le traitement de la plupart des patients atteints de grippe est symptomatique; il comprend le repos, une hydratation et des antipyrétiques selon les besoins
- Les médicaments antiviraux, administrés 1 à 2 jours après le début des symptômes, entraînent une diminution de la fièvre, de la sévérité des symptômes et du retour à une activité normale.
- Le traitement par des antiviraux est en général recommandé chez le [patient à haut risque](#)

VI. PNEUMONIE VIRALE Tableau associant

- ✓ Signes respiratoires et syndrome grippal (fièvre, asthénie, myalgies, céphalées) signes ORL (rhinite, conjonctivite), signes digestifs (diarrhées, douleurs abdominales), éruption cutanée...];
- ✓ **Principaux virus incriminés** : virus influenza, virus respiratoire syncytial, métapneumovirus humain, para-influenza et adénovirus.
- ✓ Distribution saisonnière (épidémie) pour les principaux virus respiratoires.
- ✓ Transmission interhumaine

- ✓ Dans le cas de la pneumonie virale, la période de contagiosité débute un peu avant l'apparition des symptômes et dure pendant toute la maladie.
- ✓ Pour les pneumonies virales, la période d'incubation dure de 1 à 10 jours selon chaque virus
- ✓ Influenza type A et B plus rarement C.
- ✓ Parmi les plus nombreux les sous types H1N1 et H3N2 sont predominants.
- ✓ La periode epidemique s'étale sur novembre-decembre à mars –avril
- ✓ Atteintes extra respiratoires rares :encephalite virale et myocardite
- ✓ **Opacitees non systematisees bilaterales parfois confluyente de siege hilaire.**
 - Diagnostic microbiologique par PCR par ecouvillon nasopharynge
 - Traitement inhibiteurs de la neuraminidase(oseltamivir,zanamivir)
 - Prevention par la vaccination **antigrippale** pour les sujets a risque

VII. PNEUMONIE COVID 19

- ✓ Infection au coronavirus SARS-CoV-2 à transmission interhumaine évoluant sur un mode pandémique depuis début 2020.
 - ❖ **Elle est caractérisée par :**
 - un tableau d'allure grippale (fièvre, toux sèche, asthénie, courbatures, maux de tête, dyspnée et douleurs thoraciques).
 - des symptômes extra-respiratoires incluant des signes ORL (anosmie, dysgueusie) ; digestifs (douleurs abdominales, nausées, diarrhées) ; cutanés (pseudo-engelures) et oculaires (conjonctivite).
 - Sévérité du tableau clinique éminemment variable
 - Allant de l'absence de symptômes à la :
 - Pneumonie sévère hypoxémiante avec SDRA , notamment en cas d'âge avancé, d'obésité, de diabète et d'hypertension.
 - Complication SDRA,insuffisance renale ,hepatique et embolie pulmonaire
 - Présentation radiologique :Plages de verre dépoli non systématisées à prédominance sous-pleurale, et à un stade plus tardif ,condensations alvéolaire.
 - ❖ **Diagnostic**
 - Comme pour les autres virus à tropisme respiratoire il repose sur la PCR pratiqué sur écouvillon nasopharyngé (intégré dans des PCR multiplex) puis, au-delà du 14ème jour sur la sérologie.