

# 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

PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg

##### Biologiques

- Neutropénie < 4000/mm<sup>3</sup>
- Hyperleucocytose > 30.000/mm<sup>3</sup>
- HypoNa < 130
- Hématocrite < 30%
- Créat > 250 μmol/l
- Signes de CIVD
- Fièvre < 35°C ou > 40°C

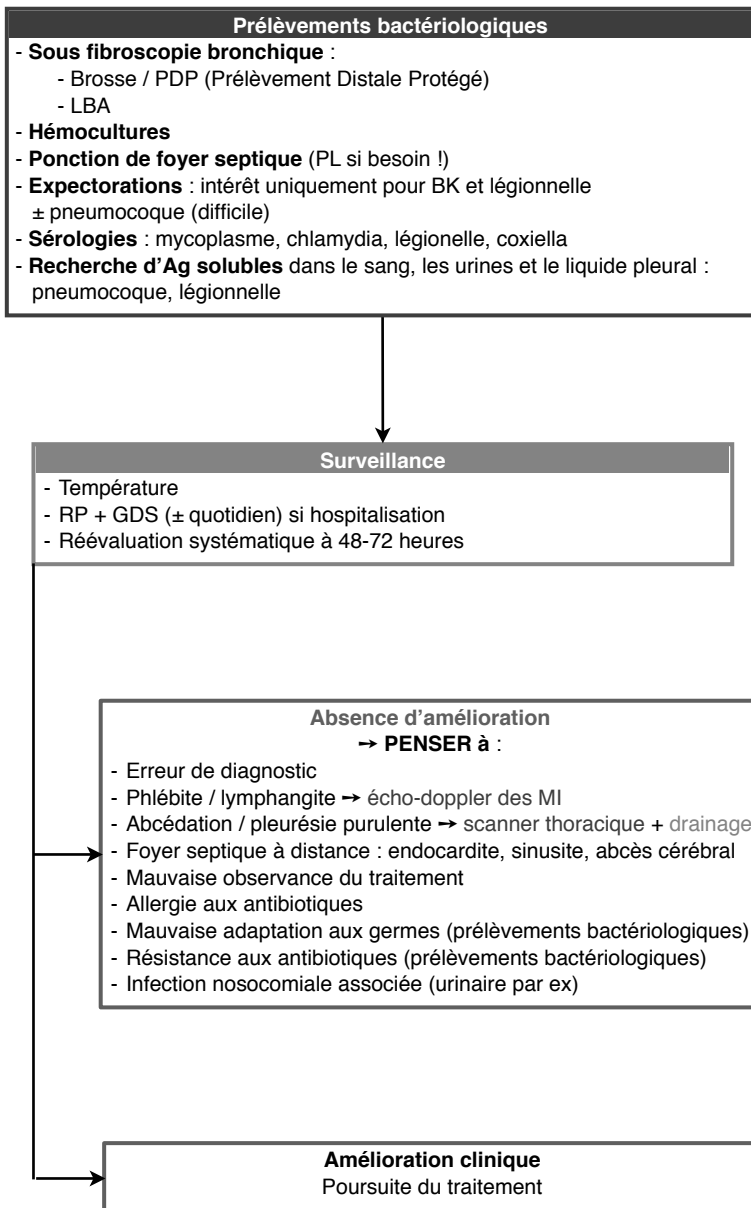
#### Pneumopathie nosocomiale ?

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...)

		<b>Communautaire</b>			<b>Nosocomiale</b>
		Sujet sain sans signes de gravité	Sujet à risque sans signes de gravité	Signes de gravité	
		AMBULATOIRE	OUI	<b>RÉANIMATION</b>	OUI
		Ø de PRÉLÈVEMENT	Si échec du traitement à 72 heures	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>
<b>Hospitalisation</b>					
<b>Prélèvements bactériologiques</b>					
<b>ATB probabiliste de première intention</b>	<p>Suspicion de pneumocoque</p> <p>Suspicion de germe atypique</p> <p>Amoxicilline PO pendant 10 jours</p> <p>Macrolide ou FQ PO 14 jours</p>	<b>C3G + FGAP si suspicion inhalation : Amox-A. clav PO 14 jours</b>	<b>C3G IV + fluoroquinolone active sur le pneumocoque 21 jours jeune sans comorbidité</b>		<p>Selon la flore du service et la durée d'hospitalisation</p> <p>BIATB IV +++</p> <p>&lt; 5 jours = flore communautaire</p> <p>augmentin</p> <p>&gt; 5 jours = flore nosocomiale</p> <p>biact + aminoside ou FQ</p>
<b>ATB probabiliste de 2<sup>e</sup> intention si échec à 72 h</b>	<p><b>Associer macrolide ou FQ</b></p> <p><b>Pristinamycine ou télithromycine</b></p>	<b>Associer à l'antibiogramme</b>	<b>À adapter à l'antibiogramme</b> (± Vanco si <i>staphylocoque doré</i> )		
<b>Germes suspectés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pneumocoque +++ (60 à 80 %)</li> <li>- Mycoplasme 20 %</li> <li>- Chlamydiae pneumoniae / légionnelle</li> <li>- Haemophilus influenzae</li> <li>- Virus...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pneumocoque</li> <li>- Mycoplasme</li> <li>- Chlamydiae</li> <li>- Légionnelle</li> <li>- BGN (Klebsielle +)</li> <li>- Anaérobies/Staph</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pneumocoque +++</li> <li>- Légionnelle</li> <li>- BGN</li> <li>- Staph</li> <li>- Anaérobies</li> <li>→ <b>Pneumopathies excavées</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Staphylocoque</li> <li>- BGN : klebsielle, pyo</li> <li>- Anérobies</li> <li>- Pneumocoque...</li> </ul>	



### 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

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

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