

PNEUMOPATHIES



Epidémiologie

- ⊙ Les pneumopathies communautaires sont des infections potentiellement grave (5^{ème} ou 6^{ème} cause de décès dans les pays industrialisés)
- ⊙ 1^{ère} cause de décès d'origine infectieuse chez la personne âgée
- ⊙ Terrain du patient = élément majeur de pronostic et de prise en charge

Définitions

- **Pneumopathie** = toute atteinte pathologique du parenchyme pulmonaire (infectieuse, toxique, d'hypersensibilité, auto-immune, etc.)
- **Pneumopathie infectieuse** = due à un agent infectieux (bactérie, virus, parasite, champignon)
- **Pneumopathie infectieuse aiguë = pneumonie** = de survenue et d'évolution rapide (quelques jours), de pronostic parfois rapidement sévère
- **Bronchite** = inflammation des bronches, infectieuse ou non

Epidémiologie

- Agent causal:
 - Bactéries
 - Majoritairement: *Streptococcus pneumoniae*
 - Occasionnellement: *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, bacilles Gram (-) , *Moraxella catarrhalis*
 - Bactéries atypiques
 - *Mycoplasma pneumoniae*
 - *Chlamydia pneumoniae*
 - *Legionella pneumophila*
 - Virus
 - Virus respiratoire syncytial, parainfluenza, influenza A et B
 - Essentiellement chez les enfants

Epidémiologie

Facteurs de risque:

- ⊙ Facteur de risque de survenue:
 - Tabagisme
 - Dénutrition
 - Pathologie pulmonaire chronique
 - Antécédent de BK
 - Diabète
 - Hépatopathie
 - Âge avancé
 - Vie en institution
 - ...

Epidémiologie

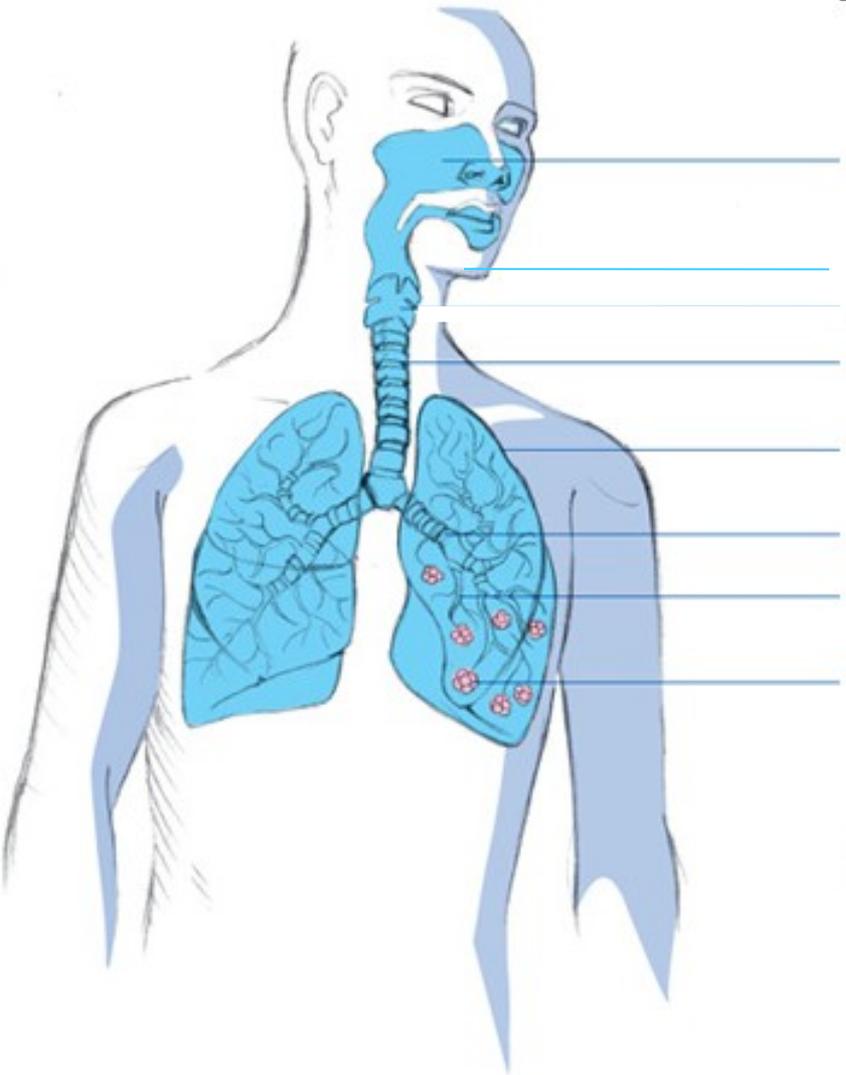
Facteurs de risque:

- ⊙ Facteur de risque d'évolution compliquée:
 - âge > 65 ans
 - Insuffisance cardiaque congestive
 - Maladies cérébrovasculaires (AVC, AIT)
 - Maladie rénale
 - Maladie hépatique
 - BPCO
 - Immunodépression
 - Drépanocytose
 - Antécédents de Pneumopathie bactérienne

Epidémiologie

- ⊙ Les pneumopathies communautaires sont des infections potentiellement grave (5^{ème} ou 6^{ème} cause de décès dans les pays industrialisés)
- ⊙ 1^{ère} cause de décès d'origine infectieuse chez la personne âgée
- ⊙ Terrain du patient = élément majeur de pronostic et de prise en charge

Physiopathologie



Appareil mucociliaire, filtration de l'air par les cornets
Sécrétion d'IgA

Salive
Production de complément

Toux, réflexe épiglottique, appareil mucociliaire,
film liquidien

Cytokines, macrophages alvéolaires,
polynucléaires neutrophiles

Film alvéolaire (surfactant, fibronectine, Ag libres, Ig)

Clinique

- ⊙ Signes fonctionnels respiratoires
 - Toux: symptôme inconstant (80% des cas)
 - Expectorations purulentes voire hémoptoïques
 - Douleur thoracique, douleur pleurale pouvant précéder ou suivre le début de la fièvre
 - Tachypnée
FR > 20/min
- ⊙ Signes physiques:
 - Crépitants
 - Matité à la percussion
- ⊙ Signes généraux:
 - Tachycardie
 - Fièvre
 - Frissons

Paraclinique

- ⊙ Bilan biologique:
 - Hyperleucocytose, élévation de la CRP
 - hémocultures
- ⊙ Bilan microbiologique:
 - ECBC
- ⊙ Diagnostic indirect:
 - Recherche d'antigène urinaire pour *Streptococcus pneumoniae*
Legionella pneumophila (sérotype 1)

Paraclinique



◎ ECBC

- Le matin, au réveil, après rinçage bucco-dentaire à l'eau du robinet, lors d'un effort de toux ou aidé par kinésithérapie
- Faire pratiquer un lavage des dents et un rinçage abondant de la bouche (en cas de besoin, effectuer un soin de bouche).
- Prélever les expectorations obtenues après des efforts de toux. Le prélèvement est de meilleure qualité lorsqu'il est réalisé après kinésithérapie.
- Recueillir des expectorations dans un poudrier stérile.
- Adresser le prélèvement au laboratoire le plus rapidement possible pour éviter la pullulation des
- Bactéries commensales aux dépens des bactéries fragiles (moins de 30 minutes).
- Ne jamais conserver ce prélèvement au froid.

Paraclinique

- ⊙ Radiographie thoracique
 - Réalisé en cas d'incertitude diagnostique
 - Ne permet pas d'identifier le germe en cause
 - Images souvent décalées dans le temps
 - Différencient pneumopathie alvéolaire, interstitielle, bronchopneumonie
- ⊙ TDM thoracique
 - Peut être un complément en cas d'interprétation difficile de la radiographie

Traitement

- ⊙ Evaluation et hospitalisation en fonction des critères de gravité et facteur de risque de mortalité
- ⊙ Antibiothérapie probabiliste débutée dans les meilleurs délais
 - **Pneumonies à *Streptococcus pneumoniae*:**
 - Pénicillines, céphalosporines de 3ème génération : ceftriaxone IV, IM ou SC).
 - Durée : 7 à 14 jours.
 - **Pneumopathie à *Legionella pneumophila***
 - Résistante aux β -lactamines (pénicilline, céphalosporines).
 - Sensible aux macrolides, aux fluoroquinolones.
 - IV si sévère, sinon per os.
 - Durée : 14 jours.

Traitement

- **Pneumonies à *Mycoplasma pneumoniae*:**
 - Résistante aux β -lactamines (pénicilline, céphalosporines).
 - Sensible aux macrolides, aux fluoroquinolones.
 - IV si sévère, sinon per os.
 - Durée : 14 jours.

Traitement

⊙ Mesures associées

- Rééquilibration hydro-électrolytique.
- O₂ adapté à la SaO₂ et aux gaz du sang.
- Prise en charge des comorbidités (diabète, insuffisance cardiaque, ...).
- Kinésithérapie respiratoire si difficultés à l'expectoration.
- Déclaration obligatoire (légionellose).

⊙ Prévention des récurrences

- Arrêt du tabagisme.
- Recherche d'une néoplasie broncho-pulmonaire sous-jacente.
- Vaccinations (grippe, pneumocoque).
- Revoir à distance (surtout si tabagisme) pour évaluation clinique et RP (à 1 mois), ± TDM et/ou fibroscopie si doute sur néoplasie.

Traitement

- ◎ Recommandations du vaccin polysaccharidique antipneumococcique
 - asplénie fonctionnelle ou splénectomie
 - drépanocytose homozygote
 - syndrome néphrotique
 - insuffisance respiratoire
 - insuffisance cardiaque
 - alcoolisme avec hépatopathie chronique
 - antécédents d'infection pulmonaire ou invasive à pneumocoque