

INFECTION BRONCHO PULMONAIRES

Introduction

- Infection **fréquentes** millions de cas / an en France.
- Graves**: pneumopathie vue en ville, mortalité 1%.
Pneumonie à l'Hôpital, mortalité 10%.
Pneumonie qui entraîne hospitalisation en réa, mortalité 30%.
- Conséquences écologiques**
Sur médication entraîne une diminution de la sensibilité des ATB (antibiotiques) => Résistance.
Infection des voies aériennes représentent 2/3 des PM (prescription médicales).

Infection Respiratoire Basse IRB

3 acteurs

***Germe** (ou microbe) => cause de l'infection

2 déterminants caractérisent la gravité:

- **Virulence +++.**
- **Résistance au TTT habituel.**

***Hôte**

Défenses mécaniques

Cellules ciliées ou à mucus => "**escalator muco-ciliaire**".

Ennemi de cet escalator: TABAC.

C'est la **1^{ère} ligne de Défense.**

Défenses Immunitaires

-- **Défense immunitaires non spécifiques**

PNN (Polynucléaires neutrophiles), macrophages.

C'est la **2^{ème} ligne de Défense.**

-- **Défense Immunitaire Spécifique.**

Stimulé par la "mémoire immunitaire" avec les

Lymphocytes T et B, Ig (immunoglobulines).

C'est la **3^{ème} ligne de Défense.**

***Maladie** (rencontre entre le germe et l'hôte)

Infection profonde -> poumon infecté: pneumonie

Infection de surface -> Bronche touchée: bronchite aigue

Cas particulier: bronchite chronique + bronchite aigue => Exacerbation de Bronchite chronique (BC).

Bronchite aigue

-C'est la **+ fréquente** (7-8 millions de cas/an).

-Dû à des **virus +++**

-**Toux+++** (modérée ou insupportable) succède souvent à une **rhinite** (nez qui coule ou congestion nasale). Mais **bon état général**, au max T° = 38 ° C.

Pour info Expectorations (crachats) Blanc=> mucus.
Jaune => inflammation.
Verdâtre => purulent.

-Pas D'ATB+++

-Continue de tousser pdt (pendant) 21 jrs à 2 mois (le temps que les cellules ciliées et à mucus qui ont été détruites par le virus, se reconstituent.)

-RP normale.

Pneumonie de l'adulte sain.

-**Moins fréquente** (environ 250 000 cas/an en France).

-Dû à des **Bactéries+++**

-Toux +, expectorations +, Douleur thoracique +, surtout foyer d'infection profonde => **Fièvre élevée (39°), frissons, AEG** (altération de l'état général du malade).

-**Foyer de râles crépitant +++** à l'auscultation (d'un seul côté).

2 examens complémentaires pour confirmer le diagnostic:

-**RP opacité** de tout un lobe (en foyer).

- **NFS => Hyperleucocytose.**

Diagnostic de gravité +++ => 5 critères de sévérité (un seul des critères suffit pour l'hospitalisation).

- **FR** (Normale: 16 battements/min) **> 30/min** => hospitalisation.

- **FC > 125/min** => hospitalisation.

- **PA systolique < 90 mm Hg** => hospitalisation.

- **Trouble (trble) de la csc** (conscience) => hospitalisation.

- **T° < 36° ou T° > 40°** => hospitalisation.

2 sortes de bactéries à l'origine des pneumonies:

- **Pneumocoque +++**

- **Bactéries à dvlpt intracellulaire (Bandes des 3).**

-- Mycoplasme

-- Chlamydia pneumonée.

-- Légionella Pneumophilla.

- ATB dvt pneumocoque: AMOXICILLINE 1g*3/jr (Taux d'ATB dans le sang > CMI (concentration minima inhibitrice), comme ça le germe n'a pas le temps de reprendre des forces).

- ATB contre la bande des 3: MACROLIDE.

- ATB contre les 2: AMOXICILLINE + MACROLIDE ou KÉTOLIDE ou PYOSTIACINE.

Pneumonie de l'adulte avec comorbidité

(Personne + fragile car maladie déjà existante).

-Existence d'une **comorbidité** : IRC Insuffisant Respiratoire Chronique/ Insuffisant cardiaques chroniques/ Insuffisant cérébraux-vasculaires/ Diabète non équilibré.

-Particularités (3):

- + fréquent
- + grave
- éventail des germes en cause + large: pneumocoque, bandes des 3 + **bactéries nécrosantes** (font des abcès au sein des poumons).

Bactéries nécrosantes

- Staphylocoque.
- Entérobactéries
- Pyocyanique.

-Documentation pour la cause: microbiologique ou bactériologique pour mettre le bon ATB:

- **ECBC** Examen Cytobactériologique des Crachats.
- **Hc** (Hémoculture).
- **Antigénuries** (débits de germe filtrés par le rein) fonctionne que pour 2 germes: Pneumocoque et Légionnelle.
- **Fibroscope** où on peut faire prélèvements, fibroaspiration.
- **Ponction pleurale** si pleurésie associée.

Meilleure de chance de survie si ATBthérapie dans les 4h.

=> **ATB à large spectre:**

- * Pneumocoque: AUGMENTIN (amoxicilline+ inhibiteur de B-lactalase) ou CEPHALOSPORINE de 3^{ème} génération
- * FLUOROQUINOLONE (active sur bande des 3+ staphylocoque+ entérobactéries).

Exacerbation de BC post tabagique

Patient touse+, crache+ ou est essoufflé (symptômes d'habitudes + important).
3 cas de figures

* Patient BC

- pas de dyspnée.
- pas d'obstruction bronchique.
- => Ce qui est en cause:
 - **Virus +++**
 - **PAS D'ATB +++**

* Patient bronchique chronique depuis 15 ans.

- Dyspnée d'effort.
- Trble ventilatoire obstructif qui représente une amputation de 20 à 70% de la Nle (normale).

=> On admet que la cause c'est **bactéries si expectorations purulente** d'après des études...

=> **ATB** AMOXICILLINE, MACROLIDE, KÉTOLIDE, PYOSTIACINE.

* Patient au stade avancé de la maladie (qui évolue depuis 15 ans).

- Dyspnée de repos.

- Trble ventilatoire obstructif sévère < 30% de la nle (les bronches sont colonisés par des germes de + en + résistants).

=> CEPHALOSPORINE de 3ème génération.

AUGMENTIN

FLUOROQUINOLONE (celle qui est active sur le

pneumocoque)

Pour le Pyocyanique => cure IV d'ATB (amycassine pas sure du tout de l'orthographe!!!!). On diminue la purulation microbienne, mais il est caché dans les cellules des bronches, prêt à ressurgir à tout moment ;)