



PROJET THIELLAL

Un environnement favorable à l'action des communautés pour agir sur les déterminants de la santé unique des populations, des animaux et de l'environnement en vue d'une transition agroécologique et d'une meilleure santé

Formation sur le bon usage des antibiotique à destination des ICP/SF

Financé par





INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES

Dr Moustapha Diop
MD, MPH, DIU Antibiothérapie
Hôpital Principal de Dakar
mouztaphandm@gmail.com

Projet financé par



Objectifs

1. Décrire les signes cliniques d'une bronchite aiguë à la phase d'état
2. Décrire les signes cliniques d'une pneumopathie aiguë communautaire
3. Proposer un protocole d'antibiothérapie d'une pneumopathie aiguë communautaire d'origine bactérienne

PLAN

1. INTRODUCTION
2. BRONCHITE AIGUE
3. PNEUMOPATHIES AIGUES COMMUNAUTAIRES

1. INTRODUCTION

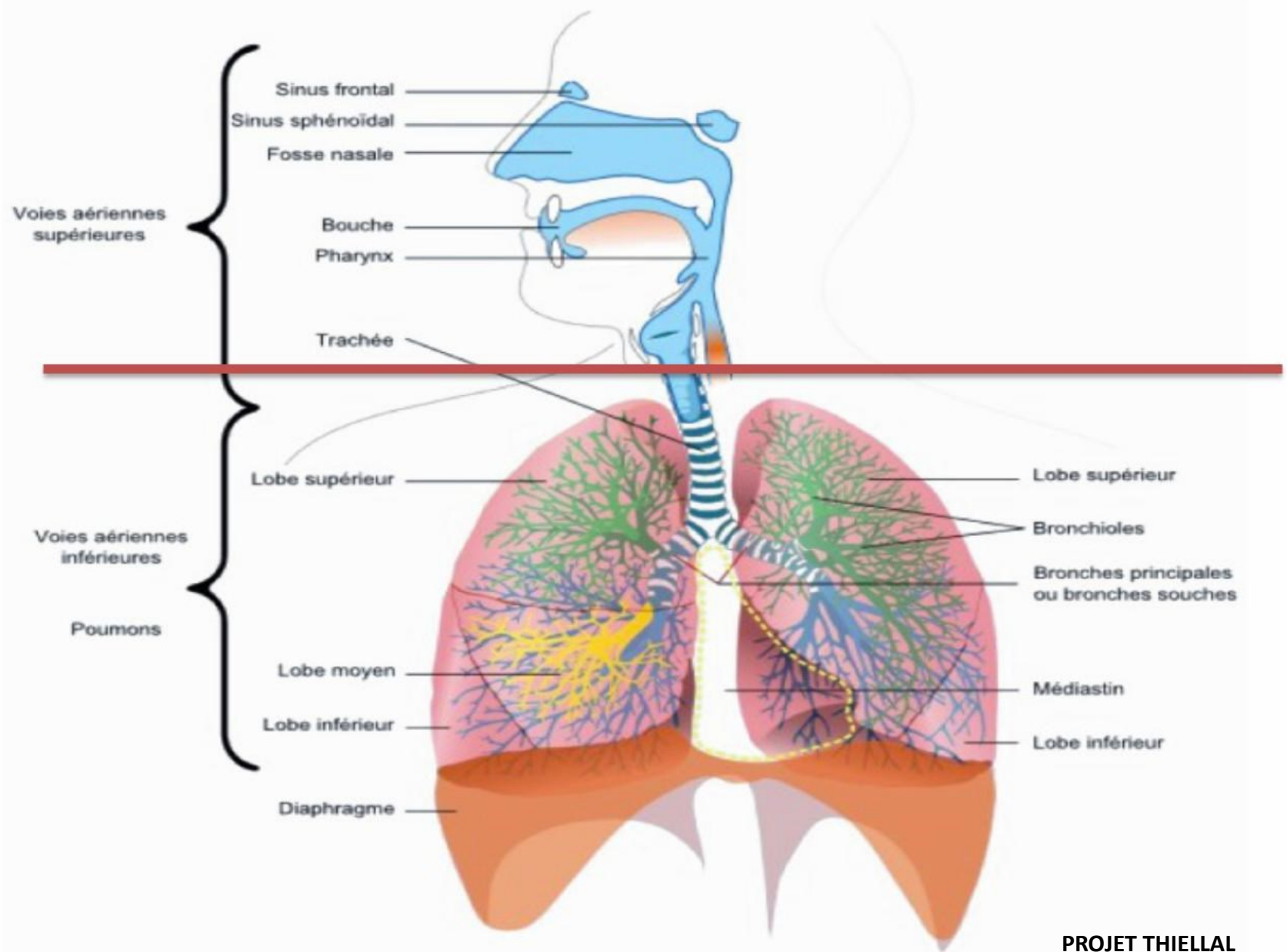
1. INTRODUCTION

❖ Regroupée en trois groupes hétérogènes :

- Bronchites aiguës
- Pneumonies aiguës communautaires (PAC)
- Exacerbations aiguës infectieuses de
bronchopneumopathie chronique obstructive
(BPCO)

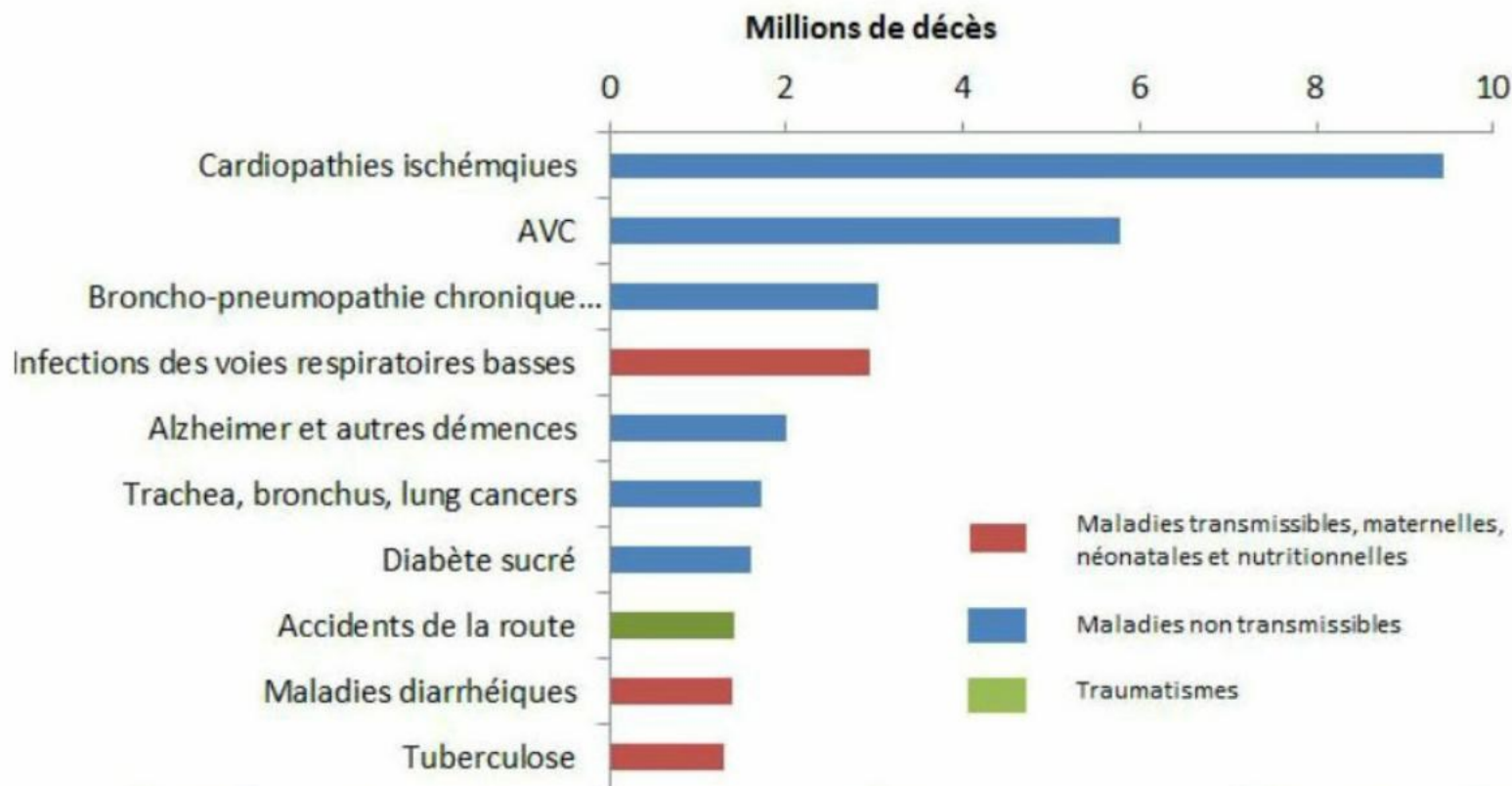
Nous n'aborderons pas l'exacerbation d'une BPCO

1. INTRODUCTION



1. INTRODUCTION

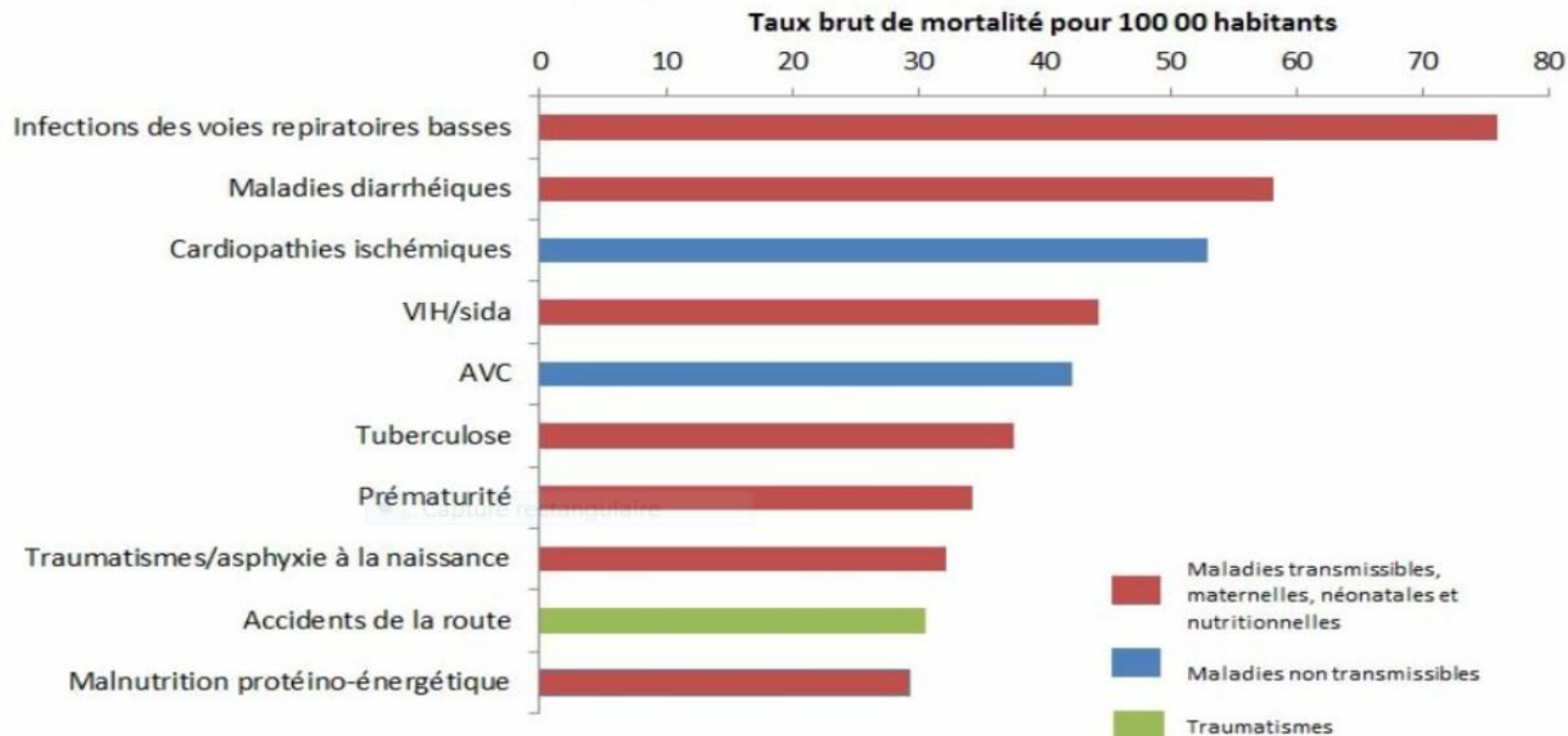
les 10 principales causes de mortalité - 2016



Source: Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018.

1. INTRODUCTION

Les 10 principales causes de mortalité dans les pays à revenu faible - 2016



Source: Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018.
World Bank list of economies (June 2017). Washington, DC: The World Bank Group; 2017 (<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>).

1. INTRODUCTION

❖ Facteurs de morbidité et de mortalité

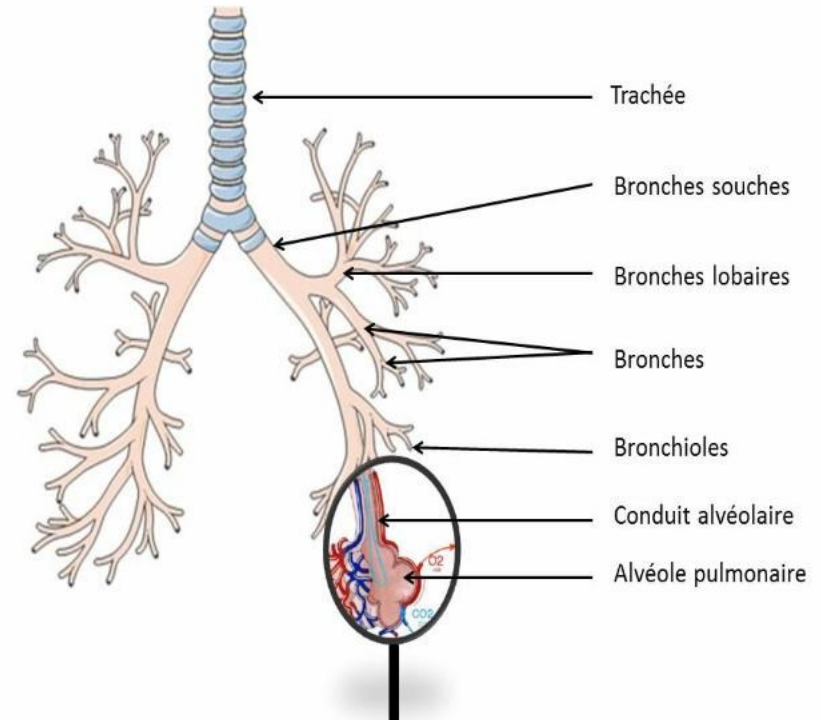
- **Saisonniers et climatiques** : Froid, Pluies, température ambiante, teneur en eau de l'atmosphère
- **Pollution de l'air ambiant**: tabagisme, fumées domestiques
- **Terrain** : malnutrition protéino-énergétique, déficit immunologique congénital ou acquis (infection à VIH/Sida)
- **Niveau socio-économique du pays** : Pauvreté

2. BRONCHITE AIGUË

2. BRONCHITE AIGUË

❖ Définition

- Inflammation aiguë arbre trachéo-bronchique
 - **affection virale ++**
 - **virobactérienne**
 - **toxique**



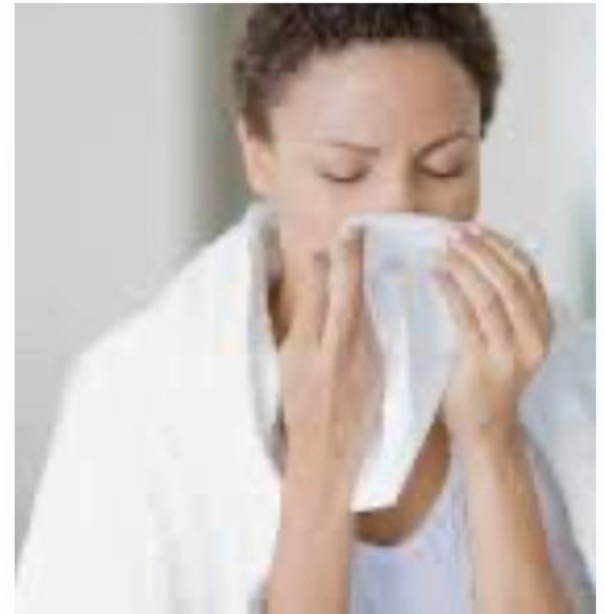
ARBRE TRACHEOBRONCHIQUE

2. BRONCHITE AIGUË

❖ Signes cliniques

- **Phase de début**

- Catarrhe voies aériennes supérieures
- Inflammation descendante
- Rhino-pharyngo-laryngo-trachéo-bronchite



2. BRONCHITE AIGUË

❖ Signes cliniques

- Phase d'état

- Phase sèche :

- toux sèche, quinteuse, douloureuse rétrosternale
 - brûlures rétro-sternales
 - Fébricule à 38°C
 - Céphalées et courbatures possibles
 - Auscultation: normale ou ronchi

2. BRONCHITE AIGUË

❖ Signes cliniques

- Phase d'état

- Phase humide :

- Diminution douleur rétro-sternale
- Toux grasse ,expectoration muco-purulente
- Auscultation: ronchi ± sibilants

2. BRONCHITE AIGUË

❖ Évolution

- Habituellement favorable en 10 - 15 jours
- **Attention : persistance toux plusieurs semaines**

❖ Complications

- Bronchite bactérienne (*Streptococcus pneumoniae*,
Haemophilus Influenzae)
- Détresse respiratoire : encombrement bronchique

2. BRONCHITE AIGUË

❖ Étiologies

- **Virus** 50 à 90% (Influenza A, Para-influenza, VRS ...)
- **Bactéries** 10 %

Mycoplasma pneumoniae ou Chlamydia pneumoniae

Bordetella pertussis
- **Champignons**

Aspergillus → bronchite fongique

2. BRONCHITE AIGUË

❖ Étiologies

- **Co-infection virus / bactérie**
- **Facteurs environnementaux**
 - **pollution** atmosphérique ou industrielle :
 - **tabac, fumées**
 - **produits chimiques** (ammoniaque, chlore) → co-facteurs

2. BRONCHITE AIGUË

❖ Traitement

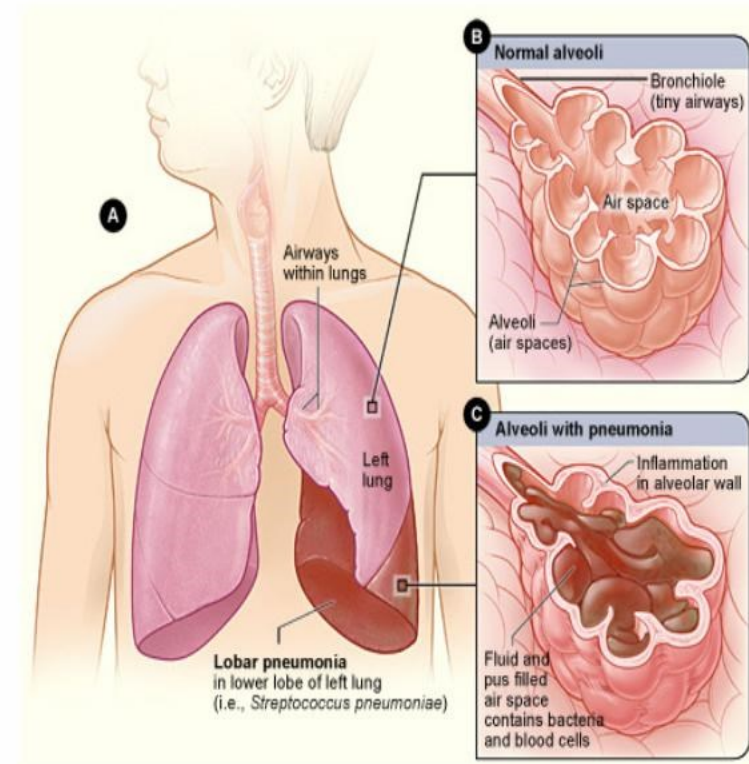
- Pas d'antibiothérapie pour une bronchite aigue de l'adulte sain
- Traitement symptomatique
 - Mesures hygiéno-diététiques
 - Antalgiques, antipyrétiques, antihistaminiques
 - bronchodilatateur
 - Assistance respiratoire au besoin

3. Pneumopathies aiguës communautaires

3. Pneumopathies aiguës communautaires

❖ Définition

- Infection aiguë du parenchyme pulmonaire
 - En communauté
 - Dans les 48 premières heures d'hospitalisation



3. Pneumopathies aiguës communautaires

❖ Trois questions

- Comment faire le diagnostic
- Comment évaluer le patient
- Quelles sont les modalités de l'antibiothérapie

3. Pneumopathies aiguës communautaires

❖ **Forme typique : PFLA**

- **Clinique : Installation brutale**

- **Signes fonctionnels**

- Toux sèche puis productive avec expectoration purulente, « crachat rouillés
- Douleur thoracique : Topographie variable
- Dyspnée (inconstant)
- Signes trompeurs chez le sujet âgé et l'enfant (syndrome confusionnel)

3. Pneumopathies aiguës communautaires

❖ **Forme typique : PFLA**

- **Clinique : Installation brutale**

- **Signes généraux**

- Fièvre pouvant aller jusqu'à 40°C
- Frissons, sueurs
- Pouls accéléré en rapport avec la température
- Etat général altéré

3. Pneumopathies aiguës communautaires

❖ **Forme typique : PFLA**

- **Clinique : Installation brutale**

- **Examen physique : condensation pulmonaire**

- Diminution de l'ampliation thoracique
- Augmentation des vibrations vocales
- Matité de bois
- Diminution des murmures vésiculaires avec râles crépitants

Sujet âgés et enfants : signes trompeurs (confusion, diarrhée)

3. Pneumopathies aiguës communautaires

❖ **Forme atypique**

Contexte d'épidémie ou exposition à risque

Début progressif en 2 à 3 jours

Signes extra pulmonaires : digestifs, neurologiques

Fièvre peu intense

3. Pneumopathies aiguës communautaires

- Rx thoracique de face



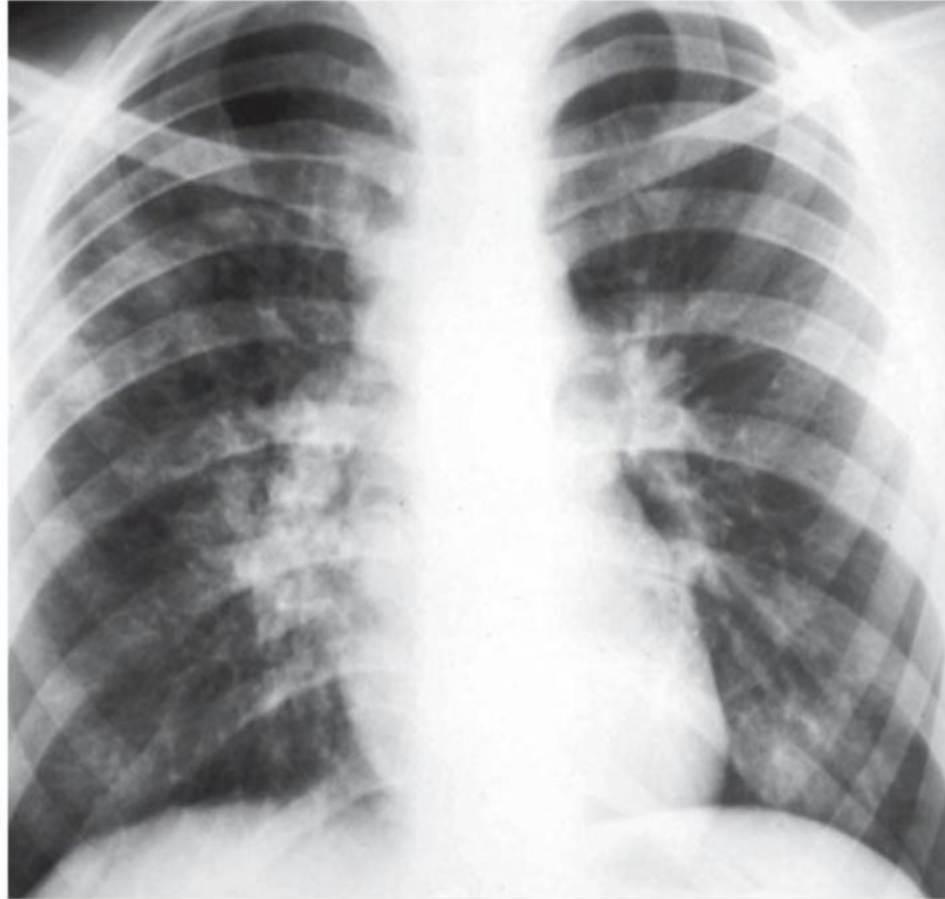
Pneumonie

- **Franche** : très malade
- **Lobaire** : limitée
- **Aigue** : très brutale

Syndrome alvéolaire avec bronchogramme aérien

3. Pneumopathies aiguës communautaires

- Rx thoracique de face



Syndrome alvéolaire avec bronchogramme aérien

3. Pneumopathies aiguës communautaires

- **Biologie**

- **Syndrome inflammatoire biologique non spécifique**
 - Hyperleucocytose : $GB > 10000/mm^3$ (PNN+++)
 - Anémie de type inflammatoire
 - CRP positive
 - VS accélérée

3. Pneumopathies aiguës communautaires

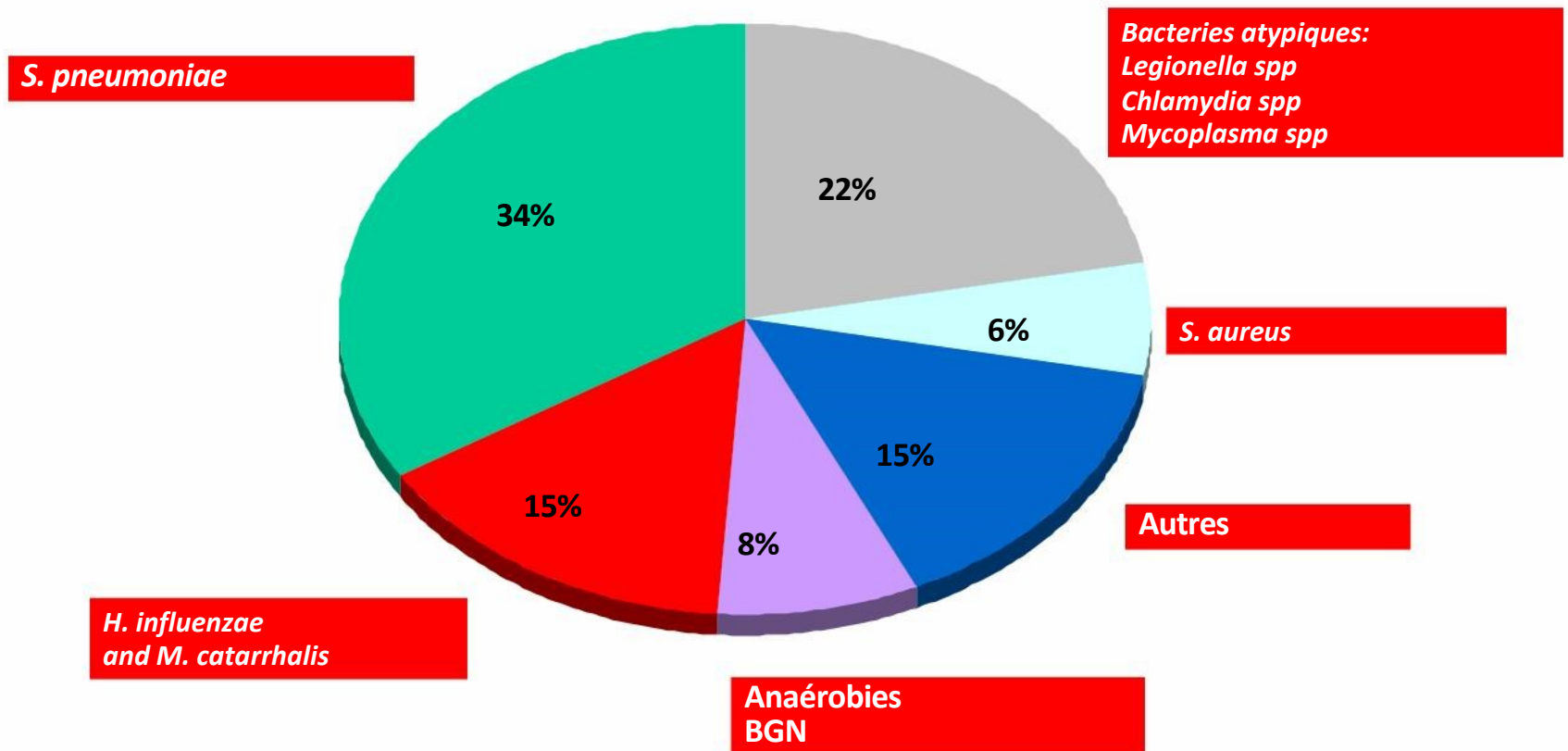
- **Bactériologie : Pas toujours nécessaire**
 - **ECBC**
 - ✓ Avant antibiothérapie
 - ✓ Matin, à jeun, après rinçage bouche sérum physiologique
 - ✓ Toux profonde avec expectoration purulente
 - ✓ Transport rapide : 2 heures

3. Pneumopathies aiguës communautaires

- **Bactériologie : Pas toujours nécessaire**
 - **Hémoculture**
 - ✓ Avant tout antibiothérapie
 - ✓ Au moment d'un pic fébrile
 - ✓ Rentable dans 30%
 - **Ag bactérienne soluble dans les urines**
 - **Fibroskopie bronchique, aspiration, LBA**

3. Pneumopathies aiguës communautaires

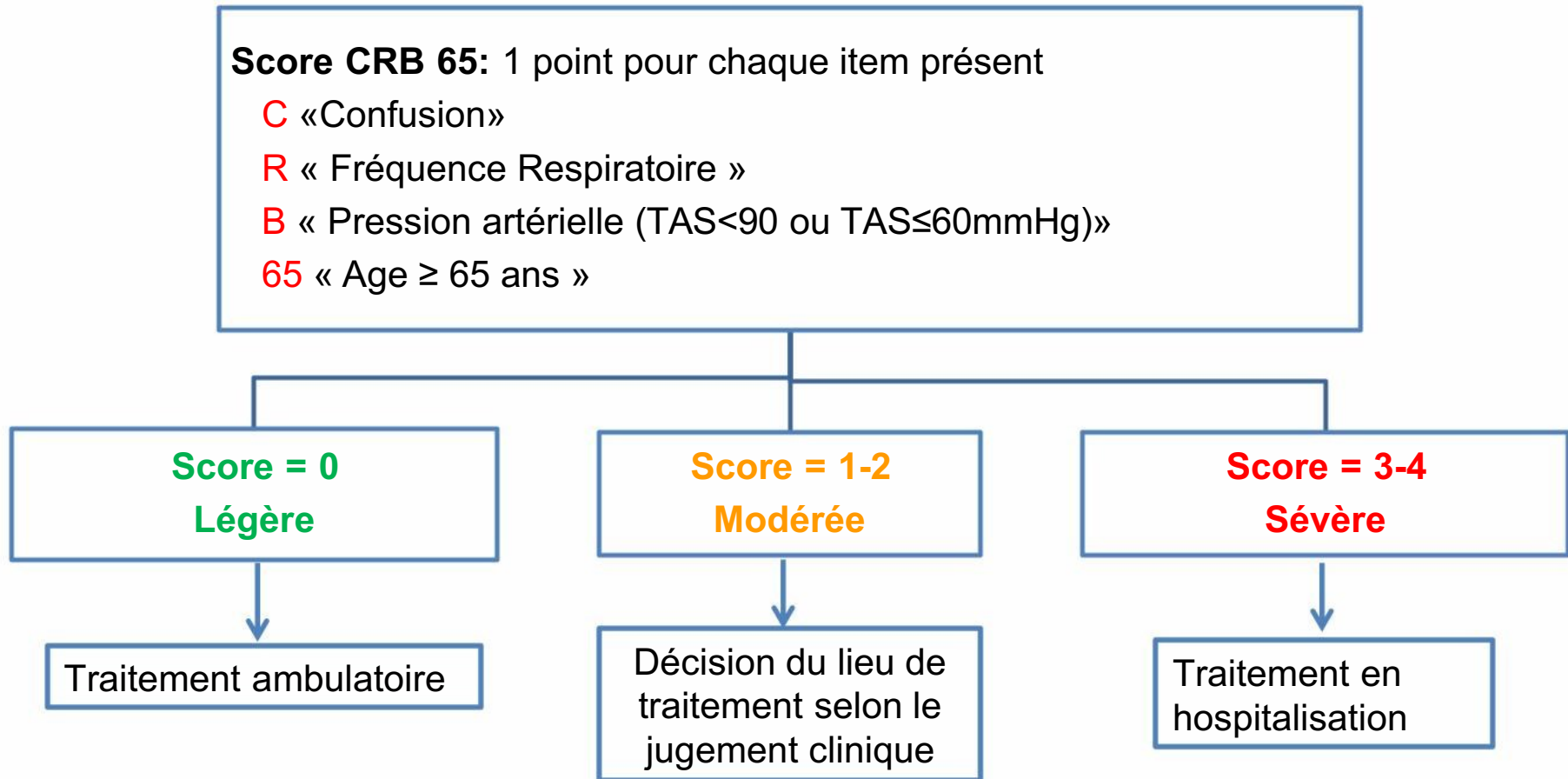
- Etiologies



Micro CSB/SOAR/OBSAIRV/CEA SAMEF/
2017

3. Pneumopathies aiguës communautaires

- Evaluation clinique du patient



Prise en charge thérapeutique

DIAGNOSTIC	GERMES	ANTIBIOTHERAPIE	OBSERVATIONS
Pneumonie aigue communautaire d'origine bactérienne <ul style="list-style-type: none"> • Sans facteurs de risque * • Sans critères de gravité** 	<p>Age < 40 ans : germes Intracellulaire Pneumocoque</p> <p>Age > 40 ans : Pneumocoque</p>	<p>1^{ère} INTENTION : Amoxicilline</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 g/jr en 3 prises par VO • Durée : 5 à 7 jours <p>Si persistance des signes à 72 heures révolues, rajouter la Spiramycine 1 cp de 3 MUI, 3 fois /j en 3 prises aux repas pendant 7 jours.</p> <p>2^{ème} INTENTION : Si échec après 48 à 72h</p> <ul style="list-style-type: none"> • FQAP : Lévofloxacine : 500 à 1000 mg/ 24h en 1 ou 2 prises pendant 7 à 14 jours ou • Pristinamycine : 1g x 3 /24h pendant 7 à 10 jours) 	<p>Patient > 60 ans avec</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confusion • FR \geq 30 cycles/min • PAS < 90 mmHg ou PAD < 60 mmHg <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Rx thoracique recommandée</p>

*Facteurs de risque

- Age > 55 ans
- Insuffisance cardiaque, AVC,
- Insuffisance Rénale chronique
- Cirrhose, BPCO
- Immunodépression, Drépanocytose SS

**Critères de gravité

- TA systolique < 90mm Hg
- Tachycardie >140 b/mm
- Fréquence respiratoire > 30 cycles/mm
- Troubles de la conscience
- Cyanose, Sueurs

Prise en charge thérapeutique

DIAGNOSTIC	GERMES	ANTIBIOTHERAPIE	OBSERVATIONS
Pneumonie aigue communautaire d'origine bactérienne <ul style="list-style-type: none"> • *Avec facteurs de risque • **Sans critères de gravité 	Pneumocoque Germes intracellulaires Haemophilus influenzae Klebsiella pneumoniae	Amoxicilline - acide clavulanique <ul style="list-style-type: none"> • 1g x 3 / jour en IV ou Per os • Durée : 7 jours ou Ceftriaxone <ul style="list-style-type: none"> • 2g / jour en IV • Durée : 7 jours. Si persistance des signes à 72 heures révolues ajouter: Spiramycine 3 MUI <ul style="list-style-type: none"> • 1 cp x 3 /jour aux repas • Durée : 7 jours. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rx Thoracique de Face à faire systématiquement • Si persistance des signes référer en milieu spécialisé

*Facteurs de risque

- Age > 55 ans
- Insuffisance cardiaque, AVC,
- Insuffisance Rénale chronique
- Cirrhose, BPCO
- Immunodépression, Drépanocytose SS

**Critères de gravité

- TA systolique < 90mm Hg
- Tachycardie >140 b/mm
- Fréquence respiratoire > 30 cycles/mm
- Troubles de la conscience
- Cyanose, Sueurs

Prise en charge thérapeutique

DIAGNOSTIC	GERMES	ANTIBIOTHERAPIE	OBSERVATIONS
Pneumonie aigue communautaire d'origine bactérienne <ul style="list-style-type: none"> • *Avec ou sans facteurs de risque • **Avec critères de gravité <p>Urgence Thérapeutique Avis Réanimation !</p>	Pneumocoque <i>Haemophilus influenzae</i> Germes intracellulaires Staphylocoque <i>K. pneumoniae</i>	Amoxicilline - acide clavulanique <ul style="list-style-type: none"> • 1g x 3 / jour en IV ou Per os • Durée : 7 jours <p>ou</p> Ceftriaxone <ul style="list-style-type: none"> • 2g / jour en IV • Durée : 7 jours. <p>+</p> Gentamicine <ul style="list-style-type: none"> • 3mg/kg/jour en perfusion dans 250cc de sérum glucosé isotonique • Durée : 3 à 5 jours 	Rx Thoracique de Face à faire systématiquement Si persistance des signes référer en milieu spécialisé

*Facteurs de risque

- Age > 55 ans
- Insuffisance cardiaque, AVC,
- Insuffisance Rénale chronique
- Cirrhose, BPCO
- Immunodépression, Drépanocytose SS

**Critères de gravité

- TA systolique < 90mm Hg
- Tachycardie >140 b/mm
- Fréquence respiratoire > 30 cycles/mm
- Troubles de la conscience
- Cyanose, Sueurs

Prise en charge thérapeutique

DIAGNOSTIC	GERMES	ANTIBIOTHERAPIE	OBSERVATIONS
Pneumopathie d'inhalation <ul style="list-style-type: none"> • Patient alité ou inconscient ou alité → risque de fosse route • Corps étrangé <p style="text-align: center;">Ou</p> Abcès du poumon	Anaérobies Streptocoques Staphylocoques	Amoxicilline - acide clavulanique <ul style="list-style-type: none"> • 1g x 3 / jour en IV ou Per os • Durée : 7 jours <p style="text-align: center;">Alternative :</p> Ceftriaxone <ul style="list-style-type: none"> • 2g / jour en IV • Durée : 7 jours. <p style="text-align: center;">+</p> Métronidazole <ul style="list-style-type: none"> • 500mg x 3/jours en IV ou VO • Durée : 15 jours. 	<p style="text-align: center;">A hospitaliser immédiatement</p> <p style="text-align: center;">Rôle fondamental du drainage thoracique puis de la kinésithérapie Respiratoire</p>

NOTA BENE

- Céphalosporines (C2G et G3G) par voie orale ne sont pas **recommandées pour traiter les pneumocoques résistants à la Pénicilline (PSDP)** → **Fluoroquinolones actives sur le pneumocoque (FQAP)**
- Quinolones 3^{ème} génération (Lévofoxacine, Moxifloxacine..) **ne sont pas indiquées en 1^{ère} intention** dans le traitement de la Pneumonie (il faut hantise de la tuberculose en zone d'endémie)