

BRONCHO-PNEUMOPATHIES AIGUËS BACTERIENNES

I-Définition: Infections aiguës diffuses des voies aériennes inférieures et du tissu pulmonaire dues à des bactéries

II-Intérêt:

- Affection moins fréquente que les BPV
- Affection plus grave que les BPV avec souvent des séquelles
- Prévention

III-Diagnostic positif:

1-Signes cliniques: Début brutal avec

*Signes infectieux : AEG-Fièvre-Teint infecté

*Signes respiratoires: toux-DR-syndrome de condensation

*Signes d'orientation bactériologique à type de

Douleurs abdominales et méningisme= pneumocoque

Météorisme abdominal = Staphylocoque

Otite contemporaine de la pneumopathie = *Hæmophilus influenzae* ou pneumocoque

2-Signes paracliniques :

/Radiographie du thorax: Révèle des images évocatrices à type de

- Atteinte pleurale = Staphylocoque (+++), *Hæmophilus influenzae*

- Opacité triangulaire lobaire ou segmentaire = pneumocoque

- Bulle= Staphylocoque

/ FNS: Révèle une hyperleucocytose à polynucléose et parfois anémie. L'association leucopénie, myélémie et thrombopénie est très péjorative.

/ Diagnostic bactériologique: Repose sur la culture des prélèvements (porte d'entrée, hémoculture, ponction pleurale) ou sur la recherche des antigènes solubles par contre-immunoelectrophorèse dans le sang, les urines et le liquide de ponction. La recherche du germe dans les crachats et sécrétions bronchiques est moins fiable.

IV-Diagnostic différentiel:

-Tuberculose pulmonaire

-Broncho-pneumopathies virales : voir tableau -1-

SIGNES	BP bactérienne	BP virale
Signes respiratoires	En foyer	Signes bronchiques Dyspnée Obstruction
Signes généraux	Aspect toxique Fièvre Collapsus périphérique	Etat général conservé Fièvre inconstante
Signes associés	Tachycardie Météorisme abdominal	Eruption cutanée Diarrhées Poly adénopathies SPM
Signes radiologiques	Foyer unique ou multiple Abcès ou bulle Epanchement pleural	Hyperclarté Distension thoracique Opacités hilifuges Images interstitielles
FNS	Hyperleucocytose à PNN	Leucopénie
CRP	+	-

Tableau-1- Différence entre BP Bactérienne et BP virales

V-Diagnostic étiologique:

1-LA STAPHYLOCOCCIE PLEURO-PULMONAIRE DU NOURRISSON:

-Age: Survient avant 2 ans, surtout entre 3 et 6 mois. Elle touche les enfants en collectivité ou fragilisés par une pathologie sous-jacente (déficit immunitaire, mucoviscidose, malnutrition...)

-Clinique: Retrouve souvent un foyer staphylococcique initial (cutané, digestif ou oropharyngé.). Elle associe un syndrome infectieux sévère avec altération du faciès, troubles hémodynamiques et fièvre élevée ; polypnée et ballonnement abdominal. L'examen physique est pauvre.

Diagnostic positif : Triade= syndrome respiratoire + syndrome infectieux + météorisme abdominal.

-Téléthorax: Révèle des lésions unilatérales ou à prédominance unilatérale avec au début une opacité ,puis rapidement des images de bulles confirmant le diagnostic. Ces images se modifient très rapidement dans la journée, d'où l'intérêt d'une radiographie thoracique pluri-quotidienne au début.

-FNS: Révèle une hyperleucocytose à polynucléose et dans les formes graves, leucopénie et thrombopénie.

-Diagnostic bactériologique: Très important, à partir des prélèvements de la porte d'entrée, la plèvre et le sang et réalisation d'un antibiogramme.

-Evolution:

Dans la 1^e semaine, la gravité du syndrome infectieux (état de choc, dissémination du germe) dicte le pronostic.

Dans la 2^e et 3^e semaine, les accidents mécaniques surviennent (bulle extensive, pneumothorax, pneumomédiastin) à l'origine d'une asphyxie aiguë et de pleurésie purulente

-Traitement:

* Hospitalisation.

*Traitement d'une éventuelle insuffisance respiratoire et des troubles hémodynamiques.

* Traitement de 1^e intention par l'association bactéricide antistaphylococcique Oxacilline en IVL à 200 mg/kg/jr en 4 prises avec Aminoside type Gentamicine en IM à 3 – 4 mg/kg/jr en 2 prises ou Amikacine en IM à 10 – 15 mg/kg/jr en 2 prises.

Le traitement sera adapté en fonction de l'antibiogramme. La durée totale est de 2 à 3 mois.

L'arrêt est jugé sur la normalisation de la FNS, la VS et la radiographie thoracique (inchangée depuis 1 mois.)

* Traitement des complications avec exsufflation d'un pneumothorax, drainage d'un pneumothorax, d'un pyopneumothorax ou d'une pleurésie purulente abondante

2-LES PNEUMOPATHIES A HÆMOPHYLUS INFLUANZAE B:

-Age: Survient avant 2 an

-Clinique: Associe fièvre (à 38.5 – 40°), polypnée, toux, foyer unique ou double aux 2 champs pulmonaires et parfois signes de lutte. Elle peut être associée à une méningite ou une épiglottite.

-Téléthorax: Révèle une atteinte unilatérale (parfois bilatérale) avec un foyer inhomogène, une atteinte interstitielle et parfois une atteinte pleurale

-Diagnostic bactériologique: repose sur la recherche des antigènes solubles dans les urines concentrées et dans le sang

-Traitement: Amoxicilline + Acide clavulanique (Augmentin*) ou C3G pendant 8 à 10 jours par voie parentérale

-Prévention: Repose sur la vaccination anti-hæmophilus influenzae chez les enfants de moins de 5 ans

3-LA PNEUMONIE A PNEUMOCOQUE:

-Age: Survient après 3 ans.

-Clinique: le début est brutal avec toux sèche, fièvre élevée, herpès naso-labial syndrome de condensation. Parfois, elle revêt une forme pseudo-méningée ou pseudo-appendiculaire.

-Téléthorax: Normal au début, il peut objectiver une opacité dense, homogène et triangulaire, lobaire ou segmentaire.

-FNS: Révèle une hyperleucocytose à polynucléose.

-VS: Accélérée.

-Diagnostic bactériologique: Repose sur la recherche des antigènes solubles, parfois (+)

-Traitement: Pénicilline G ou V à 50.000 ou 100.000 UI/kg/jr pendant 10 jours. Si allergie, Macrolide.

-Evolution: Les signes cliniques cèdent en 24 à 48 heures et les signes radiologiques s'effacent en 10 à 15 jours.

4- LES PNEUMOPATHIES A MYCOPLASMA PNEUMONIAE:

- Age: Survient après 5 ans mais le nourrisson peut aussi être touché.

-Clinique début progressif avec fièvre, malaise général, toux sèche tenace, foyer de condensation, ou toux isolé et coryza.l'existence d'arthralgies, de myalgies évoque le diagnostic.

-Téléthorax: Révèle une opacité hilifuge et un foyer de condensation uni ou bilatéral avec tendance à la rétraction.

-Traitement: Utilise les antibiotiques à diffusion intracellulaire de type Macrolides pendant 2 à 3 semaines.

5-La Coqueluche

Touche le nouveau-né non-encore vacciné toux paroxystique, quinteuse, avec reprise en chant de coq, émétisante et persistante (des semaines, voir des mois) sans syndrome infectieux.

Traitement:-Macrolides pendant 10 à 15 jours (modifient peu ou pas les signes cliniques.)

6-Pneumonie à Klebsielle

Détresse respiratoire avec syndrome infectieux sévère, Images bulleuses à la Rx. Elle est de mauvais pronostic.