Université Abou Bakr BELKAID

Faculté de Médecine BENZARDJEB

Module dePneumo-Phtisiologie

**Dr. F. KHALOUF**

**PNEUMOPATHIES NOSOCOMIALES**

**I- Définition:**

* Infection acquise à l’hopital
* Cette infection n’était ni en incubation, ni présente au moment de l’admission
* Survient au moins 48 heures après l’admission
* Ou 14 jours après la sortie

**II- Epidémiologie:**

* Problème de santé publique
* Risque de 07 % , soit 2 à 10 /1000 hospitalisations
* 20 fois plus en réanimation, soit 30%
* 3 ème rang après les infections urinaires et post -chirurgicales
* Fréquence plus élevée en cas de BPCO et SDRA

**III- Intérêt:**

* Morbi-mortalité importante: 71%
* Allongement de la durée d’hospitalisation, et donc impact sur l’économie de santé
* Pneumopathies graves, liées à la résistance et aux terrains sur lesquels elles surviennent
* Le diagnostic est difficile: clinique et bactériologique

**IV- Modes de transmission:**

* endogène:

50% des cas; le patient s’infecte par ses propres germes

* Exogène:
* Infection croisée d’un patient à l’autre, véhiculée par le personnel
* Contamination de l’environnement hospitalier : (air, eau, matériel)

**V- Facteurs favorisants:**

* Concentration élevée du germe en intra-hospitalier
* Gravité de la pathologie
* Importance des procédures invasives au diagnostic, ou au traitement
* L’âge avancé
* Augmentation du nombre de personnel
* Défaut d’asepsie
* Présence de comorbidités: BPCO, SDRA, diabète, coma, malnutrition, tabagisme, alcoolisme, immunodéprimés, cancer…
* L’utilisation intempestive des antibiotiques
* L’utilisation de certains médicaments: corticoïdes, anti acides

**VII- Infection des voies aériennes et pneumopathies: sources d’infection:**

* Les infections respiratoires nosocomiales sont fréquentes: 10-15%
* 30% en réanimation
* La contamination peut se faire par:
* **Flore aéro-digestive:** par voie ascendante:

-micro-inhalations

-sonde naso-gastrique

* Ventilation artificielle
* Sonde d’intubation, ou canule de trachéotomie
* Nébulisation
* Spirométrie à cloche
* Endoscopie bronchique

**VIII- Etude clinique:**

* Diagnostic difficile
* Survenue ou aggravation d’un état fébrile
* Sécretions purulentes
* Hypoxémie
* Radiographie: opacité unique ou multiple, bilatérale
* Biologie: hyperleucocytose, hémocultures +
* Fibro-aspiration bronchique

**Définition d’une pneumopathie nosocomiale sévère:**

* Patient admis en réanimation
* IRA nécessitant une ventilation mécanique
* Aggravation radiologique rapide
* Sepsis sévère +hypoxémie
* Nécessité d’une drogue vasoactive plus de 04 heures
* Insuffisance rénale aiguë nécessitant une dialyse

**Critères de diagnostic:**

Isolement du germe par hémoculture, ponction lombaire, aspiration bronchique… etc

**IX- Techniques de prélèvement:**

Méthodes protégées distales, dirigées par fibroscopie avec culture

Prélèvements distaux non protégés

Lavage broncho-alvéolaire

Liquide pleural

Antigènes urinaires

**X- Stratégie thérapeutique:**

L’antibiothérapie est préconisée en fonction du germe suspecté

Choisir une bithérapie+++

BGN: aminoside +C3G

STAPH: vancomycine

Légionnelle : macrolide ou quinolone

**XI- prévention: +++**

* Utilisation rationnelle des antibiotiques afin d’éviter l’émergence de souches résistantes
* Bonne hygiène hospitalière
* Stérilisation du matériel
* Nettoyage des sols, murs, literies, labos … etc restauration des moyens de défense naturels de l’organisme, par renutrition, suppression des médicaments immunosuppresseurs