

*Les pneumonies communautaires*



### **Nosologie**

#### ▪ **Pneumonies Communautaires**

- ✓ **Pneumonies**= infection aigüe localisée qui provoque l'inflammation du parenchyme pulmonaire et/ ou des voies aérienne inférieure. Elle est causée par une bactérie (60%) ou un virus (40%). Elle entraîne une accumulation de pus, de sécrétions et de liquides dans les alvéoles pulmonaires. Celles-ci ne peuvent plus assurer la distribution d'oxygène dans le sang
- ✓ **Communautaires** : en dehors de l'Hôpital

#### ▪ **Broncho-pneumopathies Aiguës** = Infections Bronchiques et Pulmonaires.

#### ▪ **Agents infectieux** :

- ✓ < 3 ans : Virus - **PNO** ( de plus en plus Résistant à la Pénicilline)
- ✓ ≥ 3 ans : **PNO** et Mycoplasme (seul macrolide efficace)
- ✓ Autres : Staph, Chlamydia, strept

#### • **problème de santé publique dans le monde :**

- morbidité importante : elles constituent une cause majeure d'hospitalisation (coût élevé de la PEC)
- IRA est la principale cause de mortalité chez l'enfant de moins de 5 ans

#### • **En pratique il n'y a pas d'éléments discriminatifs ( clinique et**

**radiologique** ) permettant de différencier la pneumonie virale de la pneumonie bactérienne

- *Toute pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans doit être considérée comme bactérienne et traitée comme telle.*

### **DEMARCHE DIAGNOSTIC**

- **Le diagnostic de pneumonie est en pratique facile chez le grand enfant.**
- **Tableaux cliniques différents :**
- **Tableau habituel :** fièvre avec syndrome de condensation pulmonaire simple
- **Formes compliquées de suppuration pleuro-pulmonaire :**
  - pleurésie purulente
  - staphylococcie pleuropulmonaire
  - abcès du poumon
- ***Le risque de contracter une pneumonie grave est accru***
  - âge de moins de 24 mois
  - absence de vaccinations
  - malnutrition
  - mauvaises conditions socioéconomiques

### **INTERROGATOIRE**

- Age de l'enfant
- Circonstances de début : brutal ou progressif après une infection des voies aériennes supérieures
- Signes généraux : fièvre, refus de s'alimenter, troubles de la conscience
- Toux : rarement productive, parfois émétisante
- Respiration rapide
- Troubles digestifs : diarrhée, vomissements
- ***La toux et les difficultés à respirer sans sifflements sont des symptômes évocateurs de pneumonie chez l'enfant.***

### **EXAMEN CLINIQUE**

- **L'état général : altéré ou non**
- **Fièvre : élevée habituellement, irrégulière avec frissons**  
la fièvre peut manquer chez les enfants présentant une malnutrition sévère.  
les jeunes nourrissons de moins de 3 mois peuvent présenter une hypothermie.  
elle peut manquer dans les formes graves avec collapsus.
- **Signes de lutte respiratoire : **polypnée (FR)****
- **battement des ailes du nez.**
- **Tirage : marqué, sus et sous sternal, intercostal et sous C**
- **cyanose.**
- **Foyer de condensation : râles crépitants**
- **Signes en faveur d'un épanchement pleural liquidien (MV/ VV)**
- **Rechercher un ballonnement abdominal**
- **Rechercher des signes de gravité ( liés au terrain )**

## CLASSIFICATION D'UNE PNEUMONIE

- **1. Pneumonie simple :**

- fièvre,
- toux
- polypnée modérée
- pas de signes de gravité

- **2. Pneumonie traînante :**

Episode dont la durée est supérieure à 15 jours

- **3. Pneumonie grave :**

**Les signes de gravité d'une pneumonie sont :**

- un rythme respiratoire supérieur à 70/min
- un tirage sous costal
- battements des ailes du nez
- une cyanose
- un refus de téter ou des difficultés à s'alimenter
- troubles de la conscience : léthargie, somnolence
- des convulsions
- des geignements
- des apnées

- **Une suppuration bronchopulmonaire :**

1/ l'extension du foyer de condensation sous la forme d'un- **épanchement liquidien ou aérien:**

- pleurésie purulente
- pneumothorax
- pyopneumothorax

2/ la constitution d'un **abcès du poumon**

- **La survenue de complications à distance :**

- méningite
- otite moyenne aigue
- péricardite

### **Les examens biologiques**

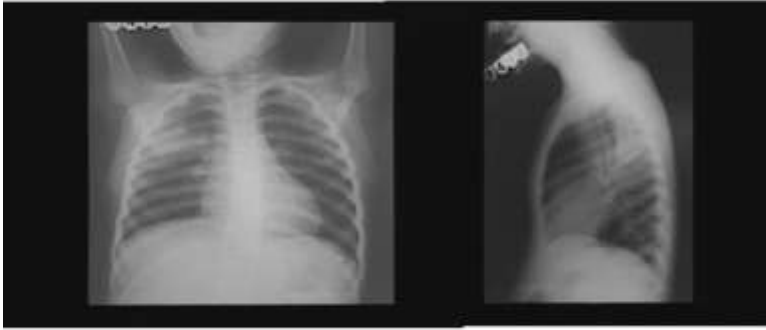
Indiqués chez l'enfant hospitalisé présentant une pneumonie grave :

- Hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile
- Syndrome inflammatoire : V.S. accélérée, CRP élevée
- Hémocultures et Bactériologie liquide pleural : Examen direct et culture
- Contre Immuno Electrophorèse ou agglutination au latex : recherche d'antigènes solubles dans liquide pleural, sang, urines.

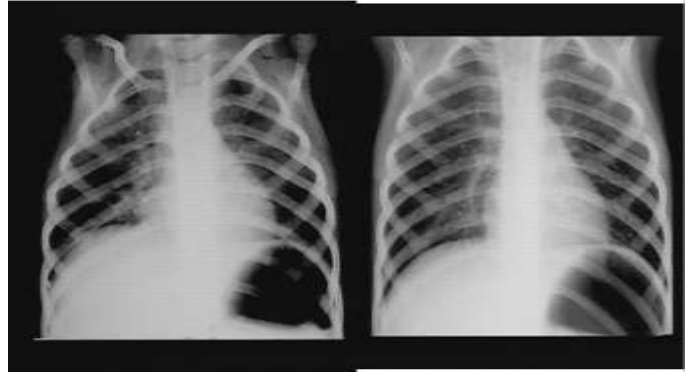
# LES DONNEES RADIOLOGIQUES

La Radio Profil est inutile.

File de 3 ans. Toux et fièvre



PFLA, Face et Profil



## Les pneumonies communautaires

### Complications des pneumonies



pleurésie



abcès



Pneumonies Bilatérales

## La staphylococcie pleuropulmonaire SPP



## DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- *La confirmation bactériologique étant difficile à obtenir ou retardée*
- *En pratique le choix de l'antibiothérapie repose sur l'analyse des signes cliniques et surtout des signes radiologiques. ( d'où la nécessité de clichés de bonne qualité ).*
- *Chez le nouveau né : germes gram négatif essentiellement :*  
surtout Eschérichia Coli, Streptocoque B
- *Chez le nourrisson : surtout hémophilus influenzae,*  
puis le pneumocoque et le staphylocoque doré
- *Chez l'enfant de plus de 2 ans : surtout le pneumocoque*  
très rarement le staphylocoque
- Le mycoplasme pneumonia est très rare avant l'âge de 5 ans

### Pneumonie à Hémophilus Influenzae

- essentiellement nourrisson et enfant de moins de 3 ans
- début progressif, précédée d'atteinte des voies aériennes supérieures
- Syndrome infectieux : T° > 38°5, syndrome détresse respiratoire
- Syndrome de condensation ou râles crépitants dans 1 ou les 2 champs pulmonaires
- Radiographie : opacités parenchymateuses disséminées ou opacité segmentaire.
- Parfois épanchement pleural
- Complications : pleurésie purulente, méningite, otite

### Pneumonie à Streptocoque pneumoniae

- Enfant de plus de 3 ans, peut se voir chez nourrisson
- Début brutal avec fièvre élevée 39° - 40°
- Faciès vultueux, herpès nasolabial, douleur thoracique
- Syndrome de condensation : augmentation des vibrations  
Vocales, matité ou submatité localisée, râles crépitants  
en fin inspiration, souffle tubaire parfois.
- Radiographie : **opacité dense homogène segmentaire ou lobaire avec bronchogramme aérique .**  
**Parfois épanchement pleural ± abondant**
- Complications : pleurésie, méningite, péricardite, otite
- Evolution : - amélioration clinique en 48 H,  
- normalisation signes radiologiques en 10 jours

### Pneumonie à staphylocoque auréus

- Chez le nourrisson, rare chez enfant plus grand
- Signe d'appel : météorisme abdominal important
- Syndrome infectieux sévère : T° 39°5 - 40°, teint grisâtre
- Etat général altéré, geignement , refus d'alimentation
- Syndrome de détresse respiratoire d'installation rapide

- Troubles digestifs : diarrhée, vomissements
- Examen : râles crépitants en foyers ou disséminés
- Radiographie caractéristique : **labilité des images**
  - au début opacités parenchymateuses arrondies,
  - puis images bulleuses ( bulles extensives )
- Complications pleurales :
  - pyopneumothorax (caractéristique du staphylocoque)
  - pleurésie purulente,
  - pneumothorax

### **Bronchites aiguës**

- Origine virale (Myxovirus parainfluenzae).
  - Fébricule: 37,5 à 38°C.
  - Cathare oculonasale.
  - Toux initialement sèche puis productive (expectoration mucoïde ou mucopurulente).
  - Évolution favorable en une semaine.
  - Pas d'indication à la radiographie pulmonaire .
  - Pas d'antibiotique sauf surinfection
- Les **virus sont fréquemment responsables de** bronchite et de trachéo-bronchite aussi bien chez le nourrisson que chez l'enfant plus grand.
  - **Pneumonie virale :**
    - l'état général est conservé
    - et le syndrome infectieux est moins sévère.

### **Diagnostic différentiel**

- Devant toute détresse respiratoire éliminer avant tout traitement :
- **Une bronchiolite aiguë ou une crise d'asthme :**  
le sifflement domine les autres symptômes
- **Une insuffisance cardiaque : présence des signes**  
cardinaux : Polypnée, tachycardie, hépatomégalie, cardiomégalie
- **Inhalation d'un corps étranger : notion de syndrome**  
de pénétration à l'interrogatoire.
- **Une laryngite aiguë : dyspnée inspiratoire**

## **PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE**

### **Hospitalisation**

Elle est indiquée dans les situations suivantes :

- Age de moins de 24 mois
- Dans les formes compliquées
- En cas d'existence :
  - de signes de gravité
  - de facteurs de risque

## LES ARMES THERAPEUTIQUES




- Amoxicilline : 100 à 200 mg/Kg/24H per os, par IV en 4F is
- Oxacilline : 150 à 200 mg/Kg/24 H par I.V. en 3 à 4 fois
- Céfotaxime : 50 à 100 mg/Kg/24 H par I.V. en 3 à 4 fois
- Gentamicine : 5 mg/Kg/24H par voie I.M. en 2 fois
- Céfazoline : 100 mg/Kg/24 H par I.V. en 3 à 4 fois
- Cefuroxime : 20 à 30 mg/Kg/24 h per os en 3 prises
- Pristinamycine : 50 à 100 mg/kg/24H en 3 fois ( TRT de R )
- Amoxicilline + acide clavulanique : 80 mg/Kg/24 H en 3 F
- Cotrimoxazole : 8 mg/Kg/24H de triméthoprimine per os en 2 fois
- Erythromycine : 50 mg/Kg/24 H per os en 3 fois

## TRAITEMENT

- En l'absence de signes de sévérité :
  - ✓ < 3 ans: Amoxicilline: 80 - 100 mg/kg/j en 3 prises x 10 j ou AmoxClavulanique(80 mg/kg/j) si non vaccinés / Hib
  - ✓ > 3 ans:
    - PNO: amoxicilline 100- 150 mg/kg/j en 3 prises x10 j
    - Si tableau de pneumonie à M. pneumoniae: macrolide pendant 14 j.
- Évolution 48 à 72 heures: **si PNO apyrexie en 24 heures**. Si persistance fièvre : Pleurésie ? Abscès? → Radio thorax de contrôle, Si radio ne montre pas de complications: infection à mycoplasme : macrolide

## Contrôle radiologique

- Suivi radiologique d'une pneumonie qui évolue bien **n'est pas obligatoire**.
- Nettoyage radiologique décalé / clinique entre 4 à 6 semaines
- Suivi radiologique est indiqué:
  - ✓ Pneumonie compliquée,
  - ✓ Pneumonie récurrente,
  - ✓ Pneumonie ronde (tumeur)

FR	normale	↗↗	↗↗
Tirage	absent	absent	<b>présent</b>
<b>Diagnostic</b>	<b>Pas de PFLA</b>	<b>PFLA</b>	<b>PFLA Grave</b>
			
TTT	ATB=0 Tt soutien à domicile ( 90 % )	ATB à domicile Cotrim Amox:	ATB en Hosp Phénicol. Si Echec Amox-Genta

## *La staphylococcie pleuropulmonaire SPP*

### Traitement

- Hospitalisation obligatoire
- Correction du choc: remplissage vasculaire
- Antipyrétiques, oxygène
- Antibiothérapie IV anti staph: Oxacilline ou amoxil-acide clavulanique + aminosides.
- Drainage de l'empyème pleural.

## *Coqueluche*

### Épidémiologie

- Bordetella pertussis (bacille de Bordet et Gengou)
- **Très contagieuse** par contact direct et les patients malades sont contagieux pendant 3 semaines.
- **Nourrisson < 3 mois** (non vacciné contaminé par enfants et adultes )
  - ✓ forme plus grave
  - ✓ Quintes asphyxiantes, Apnées,
  - ✓ Surinfections pulmonaires fréquentes

### Prévention

- **Virus:** saison froide, crèches, contage  
Vaccination des parents de nourrisson de moins d'un an contre la grippe.
- **Haemophilus, Pneumocoque :** vaccination
- **Coqueluche :** vaccination
- **Corps étrangers:** sensibilisation, éducation.....

### Conclusion

- ✓ Les IRB de l'enfant sont fréquentes
- ✓ Le plus souvent Virales +++++ (saison froide)
- ✓ Radio du Thorax si on évoque une étiologie bactérienne
- ✓ Choix de l'antibiotique:

☐ - Age de l'enfant = < ou > 3 ans

☐ - Statut vaccinal (vaccin Hib ? )

Résistance du pneumocoque: Vigilance, vaccination

Ne pas oublier Coqueluche et Corps étranger