



Formation GRIVE

Infections respiratoires



Formation Médicale Continue 34
Maison des Professions Libérales
285 rue Alfred Nobel - 34000 MONTPELLIER
Tél/fax: 04.67.70.86.62
FMC34@orange.fr - <http://www.fmc34.fr/>



VRAI OU FAUX



VRAI ou FAUX

Bronchite aigue

- La bronchite aigue représente la plus fréquente des infections respiratoires inférieures: plusieurs millions/an en France.
- C'est une infection virale dans environ 60% des cas.
- La bronchite aigue se déclare d'emblée.



VRAI ou FAUX

Bronchite aigue

- La bronchite aigue représente la plus fréquente des infections respiratoires inférieures: plusieurs millions/an en France.
- C'est une infection virale dans environ 60% des cas.
C'est une infection virale dans la **quasi-totalité des cas**
(10% origine bactérienne= mycoplasme et chlamydia pneumoniae, pneumocoque, moraxella, bordetella pertussis...)
- La bronchite aigue se déclare d'emblée
Une infection des voies aériennes supérieures peut précéder la symptomatologie



VRAI ou FAUX

BRONCHITE AIGUE

- Le caractère secondairement purulent de l'expectoration signe une surinfection bactérienne
- La toux doit avoir disparu en 1 à 2 semaines
- Le traitement est ambulatoire et symptomatique. Aucune antibiothérapie est indiquée.
- L'absence d'amélioration doit faire reconsidérer le diagnostic de bronchite simple.



VRAI ou FAUX

BRONCHITE AIGUE

- Le caractère secondairement purulent de l'expectoration signe une surinfection bactérienne

Le caractère secondairement purulent de l'expectoration est fréquent et n'est pas synonyme d'une surinfection bactérienne (réaction inflammatoire)

- La toux doit avoir disparu en 1 à 2 semaines.

La toux peut durer plusieurs semaines

- Le traitement est ambulatoire et symptomatique. Aucune antibiothérapie est indiquée. (réduction d'une demi journée la toux versus effets indésirables et acquisition de résistance)
- L'absence d'amélioration doit faire reconsidérer le diagnostic de bronchite simple.



VRAI ou FAUX

PNEUMOPATHIE AIGUE COMMUNAUTAIRE (PAC)

- Le diagnostic de pneumopathie aigue communautaire repose sur l'association de signes fonctionnels respiratoires (toux, expectorations, dyspnée, douleur thoracique) fébrile
- Les facteurs de risque principaux sont tabagisme, >65ans, comorbidités.
- L'incidence est élevée: 500000cas/an en France et augmente avec l'âge
- Létalité: 5% (3% en ambulatoire, 7% hospitalisés, jusqu'à 40% en institution)



VRAI ou FAUX

PNEUMOPATHIE AIGUE COMMUNAUTAIRE (PAC)

- Le diagnostic de pneumopathie communautaire repose sur l'association de signes fonctionnels respiratoires (toux, expectorations, dyspnée, douleur thoracique) fébrile

Le diagnostic de pneumopathie communautaire repose sur l'association de signes fonctionnels respiratoires (toux, expectorations, dyspnée, douleur thoracique) fébrile **ET d'une radio thoracique prouvant l'atteinte parenchymateuse.**

- Les facteurs de risque principaux sont tabagisme, >65ans, comorbidités.
- L'incidence est élevée: 500000cas/an en France et augmente avec l'âge
- Létalité: 5% (3% en ambulatoire, 7% hospitalisés, jusqu'à 40% en institution)



VRAI ou FAUX

PNEUMOPATHIE AIGUE COMMUNAUTAIRE (PAC)

- Le pneumocoque est la 1ère cause de PAC (~50% des PAC documentées)
- Mycoplasme pneumoniae est fréquent chez les plus de 40 ans
- La légionellose s'observe surtout en présence de facteurs de risque
- Les anaérobies sont à considérer chaque fois que l'on suspecte une pneumopathie d'inhalation
- Les germes en cause dans les pneumopathies post grippales sont:

Streptocoque Pneumoniae, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae, streptococcus pyogènes (groupe A)



VRAI ou FAUX

PNEUMOPATHIE AIGUE COMMUNAUTAIRE (PAC)

- Le pneumocoque est la 1ere cause de PAC (~50% des PAC documentées)
- **Mycoplasme pneumoniae est fréquent chez les plus de 40 ans**
Mycoplasme pneumoniae est fréquent chez **les moins de 40 ans**
- La légionnellose s'observe surtout en présence de facteur de risque (tabac, comorbidités)
- Les anaérobies sont à considérer chaque fois que l'on suspecte une pneumopathie d'inhalation
- Les germes en cause dans les pneumopathies post grippales sont:
Streptocoque Pneumoniae, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae, streptococcus pyogènes (groupe A)



VRAI ou FAUX

PNEUMOPATHIE AIGUE COMMUNAUTAIRE (PAC)

- ▶ L'antibiothérapie des PAC repose en 1^{ère} intention sur l'amoxicilline
- ▶ Toute antibiothérapie dans le cadre d'une PAC implique nécessairement une réévaluation à 48h00.



VRAI ou FAUX

PNEUMOPATHIE AIGUE COMMUNAUTAIRE (PAC)

- L'antibiothérapie des PAC repose en 1^{ère} intention sur l'amoxicilline

L'antibiothérapie des PAC est **probabiliste** car aucune molécule de 1^{ère} ligne ne couvre tout le spectre étiologique

- Tout antibiothérapie dans le cadre d'une PAC implique nécessairement une réévaluation à 48h00.



VRAI ou FAUX

PNEUMOPATHIE AIGUE COMMUNAUTAIRE (PAC)

- L'amoxicilline est la molécule de référence 1^{ère} ligne pour le pneumocoque
- Les macrolides sont les molécules de référence 1^{ère} ligne pour la légionnelle et les autres bactéries intracellulaires
- Les C3G orales sont exclues car insuffisamment actives sur pneumocoques et ont une mauvaise biodisponibilité.
- Les fluoroquinolones anti pneumococciques (lévofloxacin) sont des ATB à utiliser en 1^{ère} intention en cas de suspicion de PAC



VRAI ou FAUX

PNEUMOPATHIE AIGUE COMMUNAUTAIRE (PAC)

- L'amoxicilline est la molécule de référence 1^{ère} ligne pour le pneumocoque
- Les macrolides sont les molécules de référence 1^{ère} ligne pour la légionnelle et les autres bactéries intracellulaires.
- Les C3G orales sont exclues car insuffisamment actives sur pneumocoques et ont une mauvaise biodisponibilité.
- Les fluoroquinolones anti pneumococciques (lévofloxacin) sont des ATB à utiliser en 1^{ère} intention en cas de suspicion de PAC

Les fluoroquinolones anti pneumococciques (lévofloxacin) doivent être utilisés avec prudence:

- Pas de prescription si FQ dans les 3 mois précédents
- Eviter traitement par FQ anti pneumo répété chez le même patient
- Eviter FQ anti pneumo en institution chez sujet âgé (transmission croisées de souches résistantes)



TUE6-151-9 : Spectre des antibiotiques utilisés dans les PAC

	Pneumocoque	<i>L. pneumophila</i>, <i>M. pneumoniae</i>, <i>C. pneumoniae</i>	Commentaires et messages
Amoxicilline	+++		Molécule de référence 1 ^{ère} ligne pour le pneumocoque
Amoxicilline + acide clavulanique	+++		L'acide clavulanique élargit le spectre vers les anaérobies, les entérobactéries, <i>Haemophilus influenzae</i> et le <i>Staphylococcus aureus</i> sensible à la meticilline SASM
C3G parentérale : cefotaxime, ceftriaxone	+++		Spectre pneumocoque et BGN (entérobactéries, <i>H. influenzae</i>). Message : les C3G orales sont exclues car insuffisamment actives sur le pneumocoque et pénalisées par leur mauvaise biodisponibilité.
Macrolides (par exemple : azithromycine, spiramycine, clarithromycine)		+++	Molécules de référence 1 ^{ère} ligne pour <i>Legionella</i> et autres intracellulaires
Apparenté macrolides : Pristinamycine	++	++	Molécule exclusivement orale, à réserver aux patients de profil ambulatoire sans signe(s) de gravité.
Fluoroquinolone (FQ) «anti- pneumococcique» : lévofloxacin	++	+++	3 messages pour limiter la résistance aux FQ : • 1. Ne pas prescrire de FQ antipneumococcique chez un patient qui a reçu une FQ dans les 3 mois précédents. • 2. Éviter les traitements répétés par FQ antipneumococciques chez le même patient. • 3. Éviter FQ antipneumococcique en institution chez les sujets âgés (transmission croisée de souches résistantes).



VRAI ou FAUX

EXACERBATION DE BRONCHOPNEUMOPATHIE OBSTRUCTIVE DE L'ADULTE

- L'exacerbation d'une BPCO correspond à la majoration de la dyspnée, de la toux, du volume de l'expectoration et/ou de sa purulence, sans préjuger de sa gravité.
- ➡ La fièvre est toujours présente
- ➡ Une antibiothérapie est toujours indiquée
- ➡ Pour prévenir les exacerbations, la vaccination contre pneumocoque et grippe est recommandée, ainsi que l'arrêt du tabac



VRAI ou FAUX

EXACERBATION DE BRONCHOPNEUMOPATHIE OBSTRUCTIVE DE L'ADULTE

- L'exacerbation d'une BPCO correspond à la majoration de la dyspnée, de la toux, du volume de l'expectoration et/ou de sa purulence, sans préjuger de sa gravité.
- La fièvre est toujours présente
- Une antibiothérapie est toujours indiquée cf tableau diapo suivante
- Pour prévenir les exacerbations, la vaccination contre pneumocoque et grippe est recommandée, ainsi que l'arrêt du tabac



VRAI ou FAUX

ecnpilly2016

TUE6-151-13 : Indication de l'antibiothérapie dans les exacerbations de BPCO

Stade clinique de gravité de la BPCO évalué en dehors de toute exacerbation		Indications à l'antibiothérapie	Choix de l'antibiothérapie
En l'absence d'EFR connue	Résultats EFR connus		
Absence de dyspnée	VEMS > 50 %	Pas d'antibiotique	
Dyspnée d'effort	VEMS < 50 %	Antibiothérapie seulement si expectoration franchement purulente verdâtre	Amoxicilline ou macrolide ou pristnamycine
Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos	VEMS < 30 %	Antibiothérapie systématique + recherche des autres causes d'exacerbation de la dyspnée	Amoxicilline/acide clavulanique ou C3G injectables (céfotaxime ou ceftriaxone) ou FQAP* (lévofloxacine)

*une fluoroquinolone anti-pneumococcique ne doit pas être prescrite si le malade a reçu une fluoroquinolone dans les 3 derniers mois.



VRAI ou FAUX

TUE6-151-11 : Indications de la vaccination anti-pneumococcique

Enfant > 5 ans ou adulte

Indications :

- Immunodéprimés,
- Syndrome néphrotique,
- Brèche ostéoméningée, implants cochléaire ou candidat à l'implantation

Schémas

- Non vaccinés antérieurement ou vaccinés depuis plus de 3 ans avec le VP23* : VPC13** puis VP23* 8 semaines plus tard.

Indications : risque élevé d'IIP (sauf immunodéprimés, brèche ou implant)

Schéma :

VP23* une dose

IIP: infection invasive à pneumocoque

* VP23 : vaccin pneumococcique 23-valent

**VPC13 : vaccin pneumococcique conjugué 13-valent



ANTIBIOCLIC



Antibiothérapie rationnelle en soins primaires

Dernière MàJ : 08/10/2015

NOUVELLE RECHERCHE

SOURCES

ACTUALITÉ

À PROPOS

CONTACT

+ Les lettres d'actualité de Mequal, Antibiolor et de la SPILF sont dans l'onglet Actualités! +



RECHERCHE ANTIBIOTIQUE

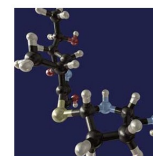
Domaine anatomique

Choisissez ...

Pathologie

Choisissez ...

CHERCHER





CAS CLINIQUES



Cas clinique n° 1

Mme satraine 63 ans, sans atcd particulier ni facteur de risque.

Consulte pour une toux gênante et fatigante qui évolue depuis 7 jours.

Tout a commencé par un rhume, avec un fébricule dans les 48 1eres heures. Elle n'a plus de fièvre, mais c'est tombé sur les bronches, elle tousse très gras, ça fait mal, ça traine, c'est fatigant et il faut faire quelque chose!

L'examen clinique ne met pas en évidence de fièvre. Elle n'est pas dyspnéique.

L'auscultation pulmonaire ne retrouve pas de foyer de crépitants, mais il existe de nombreux râles bronchiques diffus et la respiration ample provoque des quintes de toux.

Il n'y a pas eu a priori de contagé coqueluche.



Diagnostic :

Bronchite aigue

CAT :

Aucun examen complémentaire

Diagnostic différentiel: coqueluche ou pneumonie (tableaux non évocateurs)

Expliquer que la bronchite est quasi toujours **une infection virale bénigne**.

La fièvre dure en moyenne 2-3 jours, rarement plus de 4 jours.

La toux est sèche dans un 1^{er} temps, puis grasse, et peut évoluer plusieurs jours voire semaines.

Le traitement est symptomatique.

L'évolution est favorable spontanément.



Cas clinique n° 2

Mr tabata, son voisin, vient vous voir 3 jours plus tard pour une toux fébrile. Il espère bien que vous ferez mieux que pour sa voisine qui lui a toussé dessus pendant tout le repas samedi soir!

Mr Tabata a 70 ans, il n'arrive pas à fumer ces derniers jours alors qu'il fume habituellement au moins 20 cigarettes par jour depuis 40 ans.

Il n'a jamais voulu faire de bilan chez un pneumologue, malgré sa petite toux quotidienne.

Il ne se plaint pas d'être essoufflé sauf peut-être un peu ce matin en montant les escaliers.

Il crache plutôt clair, de façon plus abondante qu'habituellement. La toux le gêne beaucoup.

L'examen clinique retrouve un état général conservé. Une température à 38°3, des ronchis diffus, sans foyer. Une SatO₂=97%.

CAT?



Diagnostic :

Exacerbation de BPCO (car majoration toux, dyspnée et expectorations)

CAT :

-ECBC? Interprétation difficile car l'évolution naturelle de la maladie fait que les voies respiratoires basses des patients BPCO sont en permanence colonisées par des bactéries.

-50% des exacerbations sont d'origines infectieuses (virales 50%; bactériennes 50%)

-Hospitalisation? Non

critères:

1/Signes cliniques de gravité : altération des fonctions supérieures, hémodynamique instable, détresse respiratoire aiguë.

2/Stade évolué de la BPCO : oxygénothérapie à domicile, corticothérapie orale prolongée.

3/Situations particulières : comorbidités, précarité, isolement.

4/Critère évolutif péjoratif : exacerbation récente avec hospitalisation, réponse insuffisante au traitement en ambulatoire.



Traitement:

-symptomatique:

- Corticothérapie courte par voie générale si bronchospasme
- Bronchodilatateur en aerosol-doseur
- Kiné respi++
- O2
- Contre-indication des antitussifs

- **Antibiotique???. Non** dans ce cas, car pas de dyspnée d'effort en dehors de l'exacerbation

TUE6-151-13 : Indication de l'antibiothérapie dans les exacerbations de BPCO

Classification
BPCO

Stade clinique de gravité de la BPCO évalué en dehors de toute exacerbation		Indications à l'antibiothérapie	Choix de l'antibiothérapie
En l'absence d'EFR connue	Résultats EFR connus		
Stade I	Absence de dyspnée	VEMS > 50 %	Pas d'antibiotique
Stade II	Dyspnée d'effort	VEMS < 50 %	Antibiothérapie seulement si expectoration franchement purulente verdâtre
Stade III	Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos	VEMS < 30 %	Amoxicilline ou macrolide ou pristinaamycine
Stade IV			
		Antibiothérapie systématique + recherche des autres causes d'exacerbation de la dyspnée	Amoxicilline/acide clavulanique ou C3G injectables (céfotaxime ou ceftriaxone) ou FQAP* (lévofloxacine)

*une fluoroquinolone anti-pneumococcique ne doit pas être prescrite si le malade a reçu une fluoroquinolone dans les 3 derniers mois.



Il faut bien sur réévaluer la clinique étant donné le terrain .

Prévention:

Arrêt du tabac

Vaccination grippe et pneumocoque

TUE6-151-11 : Indications de la vaccination anti-pneumococcique

Enfant > 5 ans ou adulte

Indications :

- Immunodéprimés,
- Syndrome néphrotique,
- Brèche ostéoméningée, implants cochléaire ou candidat à l'implantation

Schémas

- Non vaccinés antérieurement ou vaccinés depuis plus de 3 ans avec le VP23* : VPC13** puis VP23* 8 semaines plus tard.

Indications : risque élevé d'IIP (sauf immunodéprimés, brèche ou implant)

Schéma :

VP23* une dose

* VP23 : vaccin pneumococcique 23-valent

**VPC13 : vaccin pneumococcique conjugué 13-valent



Cas clinique n° 3

- Mme atension, 50 ans, diabétique, vient vous voir en consultation.
- Depuis 2 jours, elle a de la fièvre à 38.5°, elle tousse, et se sent fatiguée. Elle n'a pas de signe ORL associé.
- TA=13/7, FC=72/min, FR=16/min, SaO2=99% AA
- L'auscultation pulmonaire est normale. Examen ORL normal.
- CAT?



CAT

- Bronchite aigue.
- TTT symptomatique: PARACETAMOL, pas d'antitussifs
- Education sur l'évolution clinique de la bronchite aigue (fièvre pendant 3-4 jours puis toux pendant plusieurs semaines)
- Consignes de reconsultation si persistance de la fièvre au-delà de 3-4 jours, apparition d'une dyspnée, douleur thoracique.



Cas clinique n° 3 suite

- Elle revient vous voir 2 jours plus tard. Elle a toujours de la fièvre, elle tousse toujours, et se sent essoufflée quand elle marche.
- TA=12/6, FC=100/min, FR=25/min, SaO₂=98%AA
- L'auscultation pulmonaire met en évidence un foyer de crépitants en base gauche.
- CAT?



CAT

- Sepsis à point d'appel pulmonaire sans critère de gravité
- **Pneumocoque**: germe le plus probable
- Prise en charge ambulatoire:

- NFS CRP,
- bilan hépatique, rénal
- radio de thorax

Tableau 1 : Score CRB 65

<u>Critères du score CRB 65</u>	<u>Conduite à tenir</u>
C : Confusion	
R : Fréquence respiratoire ≥ 30 / mn	0 critère : traitement ambulatoire possible
B : Pression artérielle systolique < 90 mmHg ou Pression artérielle diastolique ≤ 60 mmHg	≥ 1 critère : évaluation à l'hôpital
65 : Age* ≥ 65 ans	
« C » pour confusion, « R » pour respiratoire, « B » pour « blood pressure » et « 65 » pour 65 ans.	
* Plus que l'âge civil, l'âge physiologique - notamment chez les patients sans co-morbidité - est à prendre en compte	

- Début d'une ATB probabiliste sans attendre les résultats par AMOXICILINE 1g matin midi et soir 7 jours
- Réévaluation clinique +/- paraclinique à 48h.



Cas clinique n° 4

- Mr Mickael Padbol 26 ans, sans comorbidité, interne en médecine, vient vous voir en consultation.
- Depuis 1 semaine, il tousse de plus en plus, il dit avoir de la fièvre et se sent de plus en plus essoufflé à l'effort. Pas de symptômes extra respiratoires.
- Certains de ces co internes vivant avec lui à l'internat ont les mêmes symptômes.
- T°=38°, FC=70/min, TA=12/6, FR=18/min, SaO2=98% AA
- Auscultation pulmonaire normale
- CAT ?



CAT

- Suspicion de pneumopathie à germes atypiques (Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae)
- Bilan devant fièvre + dyspnée, évolutivité des symptômes depuis 1 semaine, cas groupé.
- NFS CRP, bilan hépatique, rénal
- Radio de thorax
- TTT ATB probabiliste sans attendre les résultats du bilan par MACROLIDE: par exemple: CLARITHROMYCINE 250mg 2 fois par jour 10 à 14 jours)spilf.
- Réévaluation à 48h.



Cas clinique n° 5

- Mr Gripoupa vient vous voir en consultation en pleine épidémie de grippe, il n'a pas été vacciné contre la grippe.
- Il est diabétique.
- Il vit avec sa mère de 80 ans, ATCD: Insuffisance cardiaque, AC/FA, vaccinée contre la grippe.
- Depuis 3 jours, il est fatigué, courbaturé, a des céphalées, toussé, et a de la fièvre à 38.5°. Il n'est pas essoufflé, n'a pas de signe ORL.
- T°=37°, TA=12/6, FC=60, FR=18, SaO2=98%AA
- Auscultation pulmonaire normale, examen ORL normal
- CAT?



CAT

- Etat grippal
- TTT symptomatique: PARACETAMOL si fièvre, vitamine C
- **Mesures d'hygiène:** précautions d'hygiène standard: lavage des mains au SHA, mouchoirs à usage unique puis les jeter après utilisation, éviter contact avec personne fragile: nourrisson, femme enceinte, personne avec comorbidités. Aérer pièces. Port de masque chirurgical pendant état grippal quand contact étroit avec sa mère.
- Pour sa mère: patiente à risque de complications de la grippe:
- (TTT prophylactique antiviral grippal ??? : OSELTAMIVIR (Tamiflu) 75mg par jour pendant 10 jours (en plus des mesures barrières++++))
- **Consignes de reconsultation**, si persistance état grippal au-delà de 5 jours, dyspnée



Cas clinique n° 5 suite

- Il revient vous voir 2 jours plus tard.
- Il tousse de plus en plus, se sent essoufflé, a toujours des céphalées, myalgies et a à présent des douleurs abdominales et des diarrhées.
- Il dit être fatigué
- Vous creusez d'avantage l'interrogatoire, il vous dit aller fréquemment au sauna, la dernière fois la semaine dernière.
- T°=38.5°, FC=60, FR=20, SaO2=98% AA, pas de trouble de conscience
- Auscultation pulmonaire non contributive.



CAT

Hypothèses diagnostiques:

- Pneumopathie post grippale
- Légionellose pulmonaire
- NFS CRP, bilan rénal, hépatique, CPK
- PCR Grippe sur prélèvement rhinopharyngé
- Ag U legionella pneumophila
- Radio de thorax
- ATB probabiliste vers germes des pneumopathies post grippales + légionellose pulmonaire
- AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE 1g 3 fois par jour+
MACROLIDE exemple: CLARYTHROMYCINE 250mg 2 fois par jour
- Patient à réévaluer dans 48h



Cas clinique n° 5 suite

- 48h plus tard, son état clinique s'est amélioré.
- Vous recevez les résultats:
- Hyperleucocytose à PNN, CRP=120mg/l, bilan rénal et hépatique normal, CPK normales
- PCR grippe + (influenza A)
- Radio du thorax: opacité systématisée en base droite.
- Pneumopathie post grippale, poursuite AUGMENTIN pour une durée totale de 7 jours, arrêt MACROLIDE.



VOS CAS CLINIQUES



Vos cas clinique n° 1

- Monsieur R - 76 ans , consulte pour toux et fièvre évoluant depuis 1 semaine- depuis 3 jours est apparue une dyspnée du moindre effort - Il a déjà été mis , par son pneumo, sous aérosol de BRICANYL / ATROVENT
- Antécédents : BPCO - diabète- cardiovasculaires (ACFA - remplacement valve aortique -double pontage -stents) insuffisance rénale modérée
- A l'examen , pas de polypnée - TA 14/8 avec pouls à 90 régulier , sibilants expiratoires bilatéraux , sat à 92% -



Hospitalisation? Oui critères:

- 1/Signes cliniques de gravité : altération des fonctions supérieures, hémodynamique instable, détresse respiratoire aiguë.
- 2/Stade évolué de la BPCO : oxygénothérapie à domicile, corticothérapie orale prolongée.
- 3/Situations particulières : comorbidités, précarité, isolement.
- 4/Critère évolutif péjoratif : exacerbation récente avec hospitalisation, réponse insuffisante au traitement en ambulatoire.

Ou: bio + rp

ET ANTIBIO PROBABILISTE:
amoxicilline 7 jours

TUE6-151-13 : Indication de l'antibiothérapie dans les exacerbations de BPCO

Stade clinique de gravité de la BPCO évalué en dehors de toute exacerbation		Indications à l'antibiothérapie	Choix de l'antibiothérapie
En l'absence d'EFR connue	Résultats EFR connus		
Absence de dyspnée	VEMS > 50 %	Pas d'antibiotique	
Dyspnée d'effort	VEMS < 50 %	Antibiothérapie seulement si expectoration franchement purulente verdâtre	Amoxicilline ou macrolide ou pristamycine
Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos	VEMS < 30 %	Antibiothérapie systématique + recherche des autres causes d'exacerbation de la dyspnée	Amoxicilline/acide clavulanique ou C3G injectables (céfotaxime ou ceftriaxone) ou FQAP* (lévofloxacine)

*une fluoroquinolone anti-pneumococcique ne doit pas être prescrite si le malade a reçu une fluoroquinolone dans les 3 derniers mois.



Vos cas clinique n° 2

- Un patient de 24 ans vu récemment qui toussait sec depuis fin août , pas de fièvre , pas d'allergie a priori , contagé coqueluche, radio pulmonaire foyer atypique mal systématisé base gauche ... antibio ? Durée ? Quelle aurait l'attitude thérapeutique ?

Pour info j'ai donné zeclar 500 x2 14 jours + radio de contrôle



- 3 mois de toux = bk, hypersensibilité post coqueluche ou patho inflammatoire non infectieuse (Rgo, connectivite)
- Faire TDM avant traitement par marcrolide
- CAT en fonction résultat du TDM.

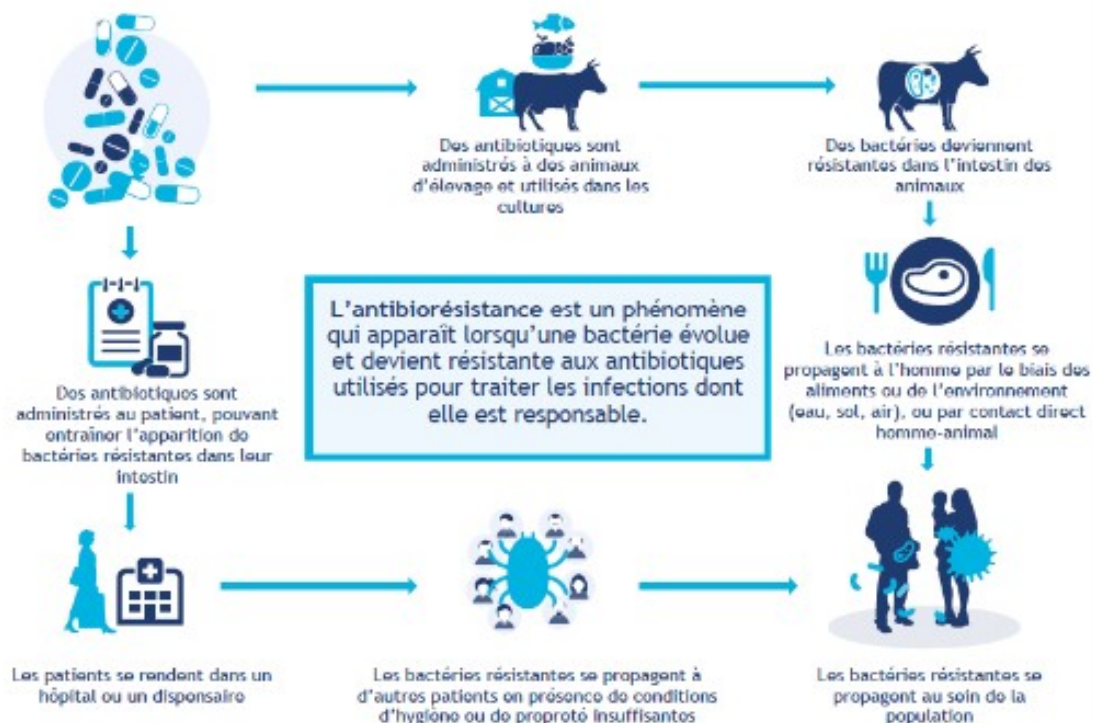


A RETENIR



- On ne traite les exacerbations de BPCO par ATB que si dyspnée d'effort ou de repos de base
- Les bronchites aiguës sont quasi exclusivement d'origine virales

LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES COMMENT ELLE SE PROPAGE



www.who.int/drugresistance/fr

#AntibioticResistance



Organisation
mondiale de la Santé

LES CAUSES DE LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES



L'antibiorésistance est un phénomène qui apparaît lorsqu'une bactérie évolue et devient résistante aux antibiotiques utilisés pour traiter les infections dont elle est responsable.



Une prescription excessive
d'antibiotiques



Des patients qui ne terminent pas
leur traitement



Un usage excessif des
antibiotiques dans l'élevage et la
pisciculture



Des pratiques inadéquates
de lutte contre les infections
dans les établissements de
santé



Un manque d'hygiène et une
insuffisance de l'assainissement



L'absence de nouveaux
antibiotiques en cours de
développement

www.who.int/drugresistance/fr

#AntibioticResistance



Organisation
mondiale de la Santé

LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE



L'**antibiorésistance** est un phénomène qui apparaît lorsqu'une bactérie évolue et devient résistante aux antibiotiques utilisés pour traiter les infections dont elle est responsable.



- 1 Ne prendre des antibiotiques que s'ils ont été **prescrits** par un professionnel de la santé dûment qualifié
- 2 Toujours suivre **jusqu'au bout** le traitement prescrit, même lorsqu'on se sent mieux
- 3 Ne jamais utiliser des antibiotiques **restants** d'une prescription précédente
- 4 Ne jamais **partager** des antibiotiques avec d'autres personnes
- 5 **Prévenir les infections** en se lavant régulièrement les mains, en évitant les contacts avec les personnes malades et en veillant à être à jour dans ses vaccinations

www.who.int/drugresistance/fr

#AntibioticResistance



Organisation
mondiale de la Santé