

DPC

Gérer au mieux l'infection en médecine libérale en période d'antibiorésistance

**Infections ORL et respiratoires basses**

18 -19 janvier 2019



*Infections Orl*

---

**VRAI** ou **FAUX**

# VRAI ou FAUX

## Généralités ORL

- Les deux antibiotiques ayant le plus d'impact sur l'acquisition de résistance d'E.Coli sont: **les céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération et les fluoroquinolones.**

## VRAI

- En 2016, 1 prescription d'antibiotique sur 3 en ville concernait une infection ORL ou respiratoire

## FAUX

**2 PRESCRIPTIONS/3 (ansm 2016)  
alors que les indications sont peu nombreuses**



# VRAI ou FAUX

## Généralités ORL

- L'Amoxicilline doit absolument être prise en 3 prises journalières

**FAUX**

**L'Amoxicilline est possible en 2 prises journalières si les 3 prises (toutes les 8h) sont difficiles.**

# VRAI ou FAUX

## Rhinopharyngite aigue

- Le caractère puriforme des sécrétion nasales correspond forcément à une surinfection bactérienne

**FAUX**

**Non, souvent lié à une desquamation des cellules épithéliales**

Lors des premiers jours d'une rhinopharyngite virale, les sinusalgies correspondent à un début de sinusite

**FAUX**

**es correspondent à une congestion des méats sinusiens et sont spontanément  
olutives**

**DRP++**

## VRAI ou FAUX

### Otite Moyenne Aiguë Purulente

Les signes cliniques sont uniquement un épanchement rétro-tympanique avec une inflammation

**FAUX**

**(= Otite séro-muqueuse si pas de SF ni signes généraux)**

**OMA= Otagies + fièvre +/- conjonctivite si H. Influenzae**

## VRAI ou FAUX

### Otite Moyenne Aiguë Purulente

- La majorité des OMAP évoluent spontanément vers la guérison

**VRAI**

**Enfant > 2 ans? Son OMAP , il n'en fait qu'une bouchée!**

*Faisons confiance à ses défenses!*

En l'absence de traitement antibiotique :

- 60% des enfants n'ont plus de douleur après 24h, 86% après 48h.
- 95% des enfants n'ont plus de signes ( ni douleur, ni fièvre, ni épanchement) à 3-4 jours

## Otite Moyenne Aiguë Purulente (OMAP)

- L'existence de souches de PSDP et de H. Influenzae résistant à l'amoxicilline contre-indique l'utilisation de l'amoxicilline

**FAUX**

**dans le cas du PSDP, l'utilisation d'une posologie adaptée 80/90mg/kg/j (5j si >2ans et 7j si <2ans) permet de surmonter la sensibilité diminuée.**

*pour H. influenzae, il n'y a pas de différence d'activité entre l'amoxicilline et l'association amoxicilline-acide clavulanique sur les souches résistantes aux bêta lactamines. H. Influenzae est responsable de 30% des OMAP, et les souches productrices de  $\beta$ -lactamases représentant 17% des souches d'H. influenzae, sur 100 OMA, la différence d'activité entre amoxicilline et l'amoxicilline-acide clavulanique intéresserait 5 patients sur 100 dans une posologie qui guérit spontanément dans plus d'un cas sur deux*

## Otite Moyenne Aiguë Purulente (OMAP)

**En cas d'échec du traitement ATB** (persistance ou aggravation à >48h du début du traitement ATB ou la réapparition des signes généraux et fonctionnels associés à des signes otoscopiques d'OMA dans les 4 jours suivant le début du traitement), un traitement par **AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE 80-90mg par Kg par jour doit être mis en place**

**VRAI**

**cas de 2<sup>ème</sup> échec : avis ORL pour paracentèse et prélèvements bactériologiques.**

## Otite Moyenne Aiguë Purulente (OMAP)

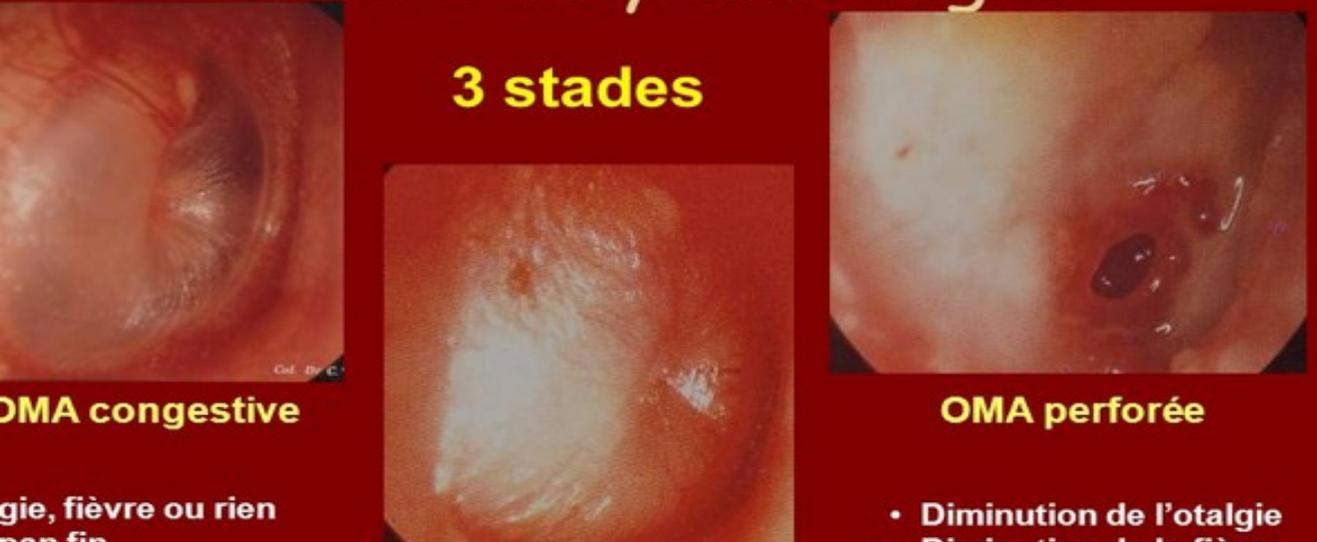
- A la fin du traitement, il peut persister un épanchement rétro-tympanique

**VRAI**

Pendant plusieurs semaines jusqu'à 3 mois

### Otite moyenne aiguë

**3 stades**



**OMA congestive**

- Douleur, fièvre ou rien
- Tympan fin
- Reflèxes normaux
- Érythème péri-malléaire

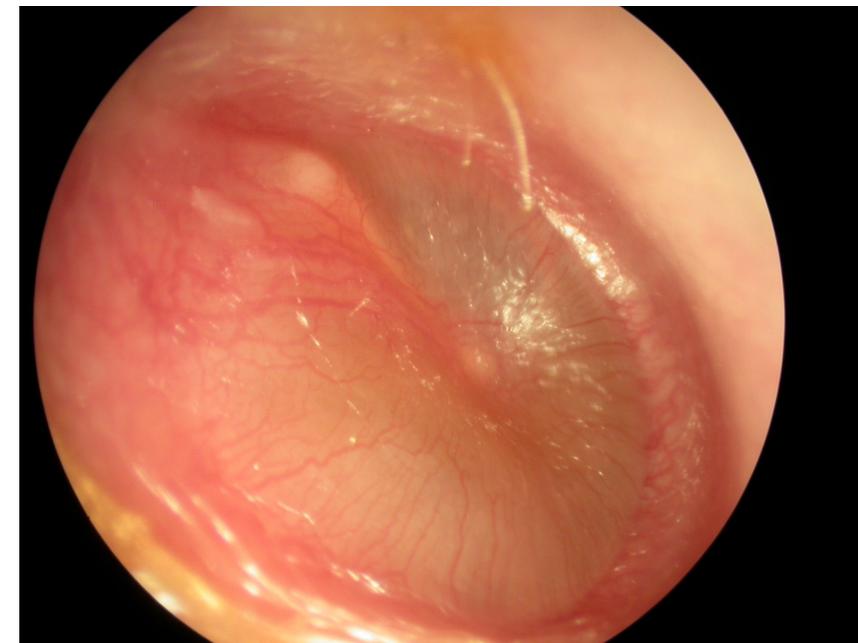
**OMA collectée**

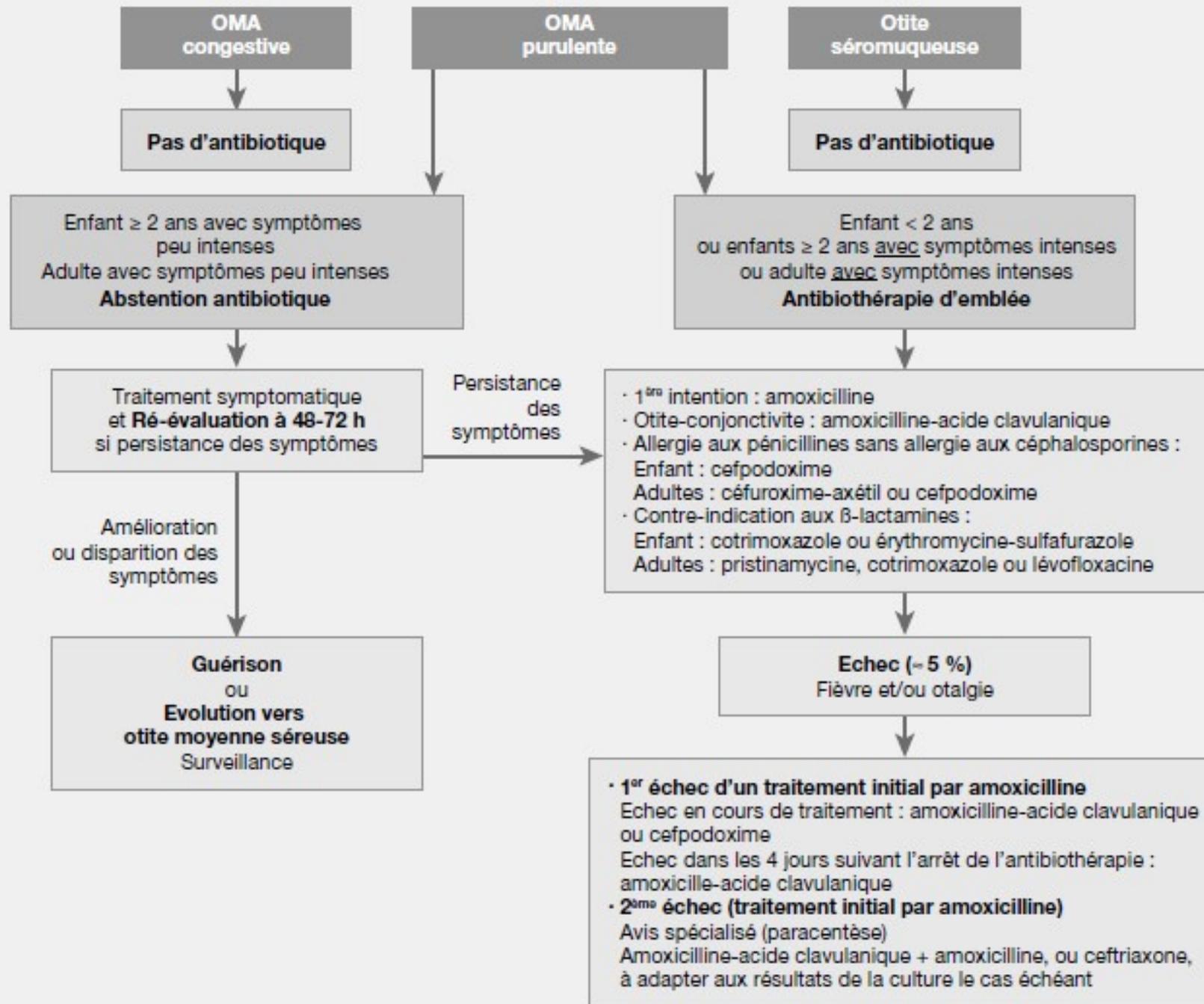
- Otalgie pulsatile
- Fièvre
- Tympan bombé
- Disparition des reliefs

**OMA perforée**

- Diminution de l'otalgie
- Diminution de la fièvre
- Tympan infiltré
- Perforation visible

### Otite séromuqueuse





**VRAI** ou **FAUX**

## Sinusite maxillaire aiguë

- Les germes à l'origine des sinusites maxillaires sont les même que dans l'OMA

**VRAI**



**VRAI** ou **FAUX**

## **Sinusite maxillaire aiguë**

- L'utilisation de l'amoxicilline – acide clavulanique est nécessaire si échec de l'antibiothérapie à 48-72h, si origine dentaire ou autre localisation sinusienne

**VRAI**

## Diapositive 13

---

**TP12**

**Supprimer Item A**

Tom Paunet; 30/08/2018



## VRAI ou FAUX

### Angine

- Streptocoque du groupe A est la principale bactérie retrouvée dans les angines, les bactéries représentant environ 20% des angines.

### VRAI

**60 à 90% des angines sont d'origine virale (VRS, adénovirus, Virus influenzae et para influenzae)**

- L'angine à streptocoque a une clinique spécifique.

### FAUX

**L'angine à Streptocoque A n'est pas spécifique elle peut être érythémateuse, érythémato-pultacée...**



# VRAI ou FAUX

## Angine

- Le traitement de première intention en cas de TDR positif est:
- **Amoxicilline 2g/jour ou à 50mg/kg/j pendant 6jours**

VRAI



# *Infections Orl*

---

## **Cas Cliniques**



# Cas Clinique 1

Bastien, 26 mois

1 ère CS :

Consulte pour fièvre évoluant depuis 2 jours, entre 38° et 38°5.

Rhinorrhée purulente.

Examen :

Bon EG

Température 37°5° après Doliprane®

Rhinopharyngite avec tympan congestif à droite, OMAP gauche.

Reste de l'examen sans particularité.

1/ Quelle est votre prise en charge ?



CAT?

# Cas Clinique 1

**CAT:**

Désinfection rhinopharyngée, antipyrétiques.

Reconsulter si fièvre persistante, douleur, changement de comportement

# Cas Clinique 1

Revu J4 d'évolution au cabinet : la fièvre persiste, 39°5°.  
A refusé son repas hier soir. Pleurs ++ durant la nuit.

2/ Que faites-vous ?

# Cas Clinique 1

## Diagnostic :

OMA Purulente Droite non améliorée à 48H;  
(Streptococcus pneumoniae ou Haemophilus influenzae)

## Conduite à Tenir :

- Traitement symptomatique

- **AMOXICILLINE 80mg/kg en 3 prises par jour (toutes les 8 heures) ou en 2 prise pendant 5 jours (enfant >2 ans) en première intention.**

si allergie chez l'enfant : COTRIMOXAZOLE 5jours entre 1 mois à 2 ans.

En cas d'allergie bénigne à la pénicilline : CEFPODOXIME-PROXÉTIL PO : 8 mg/kg/j en 2 prises quotidiennes pendant 5 jours.

(si allergie chez l'adulte : COTRIMOXAZOLE 5 jours, PRISTINAMYCINE 5 jours)

- *Pas d'intérêt du traitement local.*



## Cas Clinique 2

Mme Veuvitalémieu vient vous voir en consultation.

Elle se plaint d'une rhinorrhée, d'une fièvre, d'une douleur en fond de gorge ainsi que des douleurs au niveau des sinus maxillaires depuis 3 jours.

**Elle n'en peut plus, elle a envie d'être vite rétablie.**

A l'examen clinique vous trouvez des sinusalgies, tympan érythémateux et gorge érythémateuse avec écoulement postérieur sans inflammation des amygdales.

Votre diagnostique et conduite à tenir ?



## Cas Clinique 2

### Diagnostic :

#### **Rhinopharyngite virale avec sinusalgies**

correspondant à une congestion des méats sinusiers, fréquentes dans les premiers jours d'une rhinopharyngite, et résolutive spontanément.

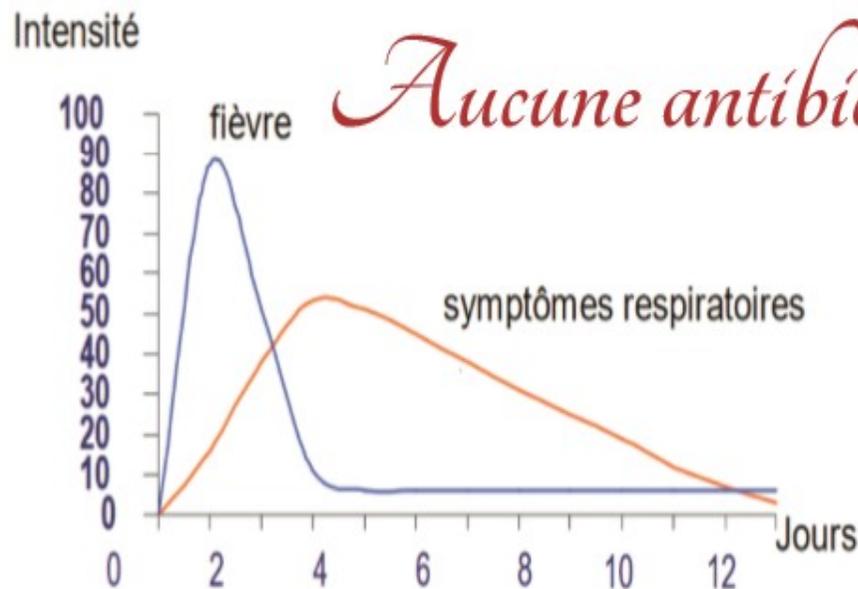
La fièvre dure entre 2 à 4 jours.

Les autres symptômes durent entre 7 à 10 jours.

## Conduite à Tenir :



# Rhinopharyngite aiguë



*Aucune antibiothérapie n'est nécessaire !*

TRAITEMENT= paracétamol et DRP  
( désobstruction rhinopharyngée)  
au sérum physiologique

Evolution schématique des symptômes d'une rhinopharyngite (adaptée de E. Wald)



CAT :

## **NOUS SOMMES MÉDECINS, PAS MAGICIENS ! elle ne pourra pas être rétablie demain.**

Traitement symptomatique : PARACETAMOL, DRP+++ (lavage des fosses nasales avec rhino-horn, sérum physiologique, eau de mer) +/- traitement symptomatique (ex: citron, miel, pastilles à sucer...)

### **Patient à réévaluer si traitement symptomatique bien conduit ET :**

Si persistance des signes cliniques au-delà de 7 à 10 jours : rhinorrhée, obstruction nasale, éternuements, gêne pharyngée

Ou si aggravation des douleurs sinusiennes infra-orbitaires malgré le traitement symptomatique pendant plus de 48h

Ou si apparition d'une douleur sinusienne infra-orbitaire, unilatérale, pulsatile, augmentée la tête penchée en avant, maximale en fin de journée ou pendant la nuit

Ou si augmentation de la rhinorrhée et poursuite de la purulence

Ou symptomatologie évoquant OMAP, Infections pulmonaires basses à surveiller





**DISPONIBLE EN  
PHARMACIE**





## Cas Clinique 2 suite

Mme vevitalémieu (nom de JF: voulavédi) revient 3 jours plus tard...

elle se plaint d'une augmentation des douleurs sinusiennes infra-orbitaires surtout à droite, pulsatiles, augmentées la tête penchée en avant.

CAT?



## Cas Clinique 2 suite

Diagnostic :

**Sinusite aigue maxillaire bactérienne**

CAT :

Traitement symptomatique : (PARACETAMOL, DRP)  
**AMOXICILLINE 3g/j en 2 ou 3 prises pendant 7 jours**

(Si allergie aux bêta-lactamines : ***PRISTINAMYCINE 2 g par jour en 2 prises 4 jours*** ou Levofloxacin 500mg en 1 prise par jour 7 jours)



## Cas Clinique 3

Emma g., 16 ans, vient vous voir quelques jours plus tard en consultation.

Elle a également mal à la gorge avec de la fièvre.

Elle est allergique à l'amoxicilline (urticaire ??)

TDR réalisé et positif

conduite à tenir ?



## Diagnostic :

Angine bactérienne à Strepto A

## CAT :

AZITHROMYCINE 500mg par jour 3 jours

(Risque de résistance aux Macrolides du Strepto A)

**Eviction de la collectivité 2 jours après début ATB**

Consultation allergologique à distance pour vérifier  
l'allergie à l'AMOXICILLINE



## Les messages

**Antibios en ORL: pas si souvent nécessaire  
Parfois OMAP, sinusite, angine**

**C3G orales à éviter!**

**Vive le lavage de nez, le miel et le thym!**



# *Infections respiratoires basses*

---

# VRAI ou FAUX

## Bronchite aigue

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

### **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 **FAUX**

**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 **FAUX**

Le caractère secondairement purulent de l'expectoration est fréquent = réaction inflammatoire

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

La toux peut durer plusieurs semaines

- Le traitement est ambulatoire et symptomatique. **VRAI**

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. **V**

# VRAI ou FAUX

## PNEUMOPATHIE AIGUE COMMUNAUTAIRE (PAC)

- Les facteurs de risque principaux sont tabagisme, >65ans, comorbidités **VRAI**
- L'incidence est élevée: 500 000cas/an en France et augmente avec l'âge **VRAI**
- Létalité: 5% ( 3% en ambulatoire, 7% hospitalisés, jusqu'à 40% en institution) **VRAI**

# VRAI ou FAUX

## PNEUMOPATHIE AIGUE COMMUNAUTAIRE (PAC)

- Le pneumocoque est la 1ere cause de PAC (~50% des PAC documentées) **VRAI**
- Mycoplasme pneumoniae est fréquent chez les plus de 40 ans **FAUX**

M.P est plus fréquent chez les moins de 40 ans

- Les anaérobies sont à considérer chaque fois que l'on suspecte une pneumopathie d'inhalation **VRAI**

- Les germes en cause dans les pneumopathies post grippales sont:

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

# VRAI ou FAUX

## PNEUMOPATHIE AIGUE COMMUNAUTAIRE (PAC)

- L'antibiothérapie des PAC repose en 1<sup>ère</sup> intention sur l'amoxicilline **FAUX**

L'antibiothérapie des PAC est **probabiliste** car aucune molécule de 1<sup>ère</sup> ligne ne couvre tout le spectre étiologique

Une 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<sup>ère</sup> ligne pour le pneumocoque

Les macrolides sont les molécules de référence 1<sup>ère</sup> ligne pour la légionnelle et les autres bactéries intracellulaires.

Les C3G orales sont exclues car insuffisamment actives sur pneumocoques et ont une mauvaise biodisponibilité.

# VRAI ou FAUX

## PNEUMOPATHIE AIGUE COMMUNAUTAIRE (PAC)

En cas de doute étiologique, les fluoroquinolones anti pneumococciques ( lévofloxacine ) sont des ATB à utiliser en 1ère intention pour le traitement d'une PAC

**FAUX**

**Les fluoroquinolones anti pneumococciques (lévofloxacine) 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



	<b>Pneumocoque</b>	<b><i>L. pneumophila</i>, <i>M. pneumoniae</i>, <i>C. pneumoniae</i></b>	<b>Commentaires et messages</b>
<b>Amoxicilline</b>	+++		Molécule de référence 1 <sup>ère</sup> ligne pour le pneumocoque
<b>Amoxicilline + acide clavulanique</b>	+++		L'acide clavulanique élargit le spectre vers les anaérobies, les entérobactéries, <i>Haemophilus influenzae</i> et le <i>Staphylococcus aureus</i> sensible à la méticilline SAS
<b>C3G parentérale : cefotaxime, ceftriaxone</b>	+++		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.
<b>Macrolides (par exemple : azithromycine, spiramycine, clarithromycine)</b>		+++	Molécules de référence 1 <sup>ère</sup> ligne pour <i>Legionella</i> et autres intracellulaires
<b>Apparenté macrolides : Pristinamycine</b>	++	++	Molécule exclusivement orale, à réserver aux patients à profil ambulatoire sans signe(s) de gravité.
<b>Fluoroquinolone (FQ) «anti- pneumococcique» : lévofloxacine</b>	++	+++	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)



# *Infections respiratoires basses*

**Pneumocoque**

(*Streptococcus pneumoniae*)



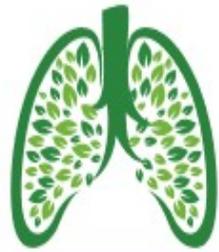
**Bactéries dites atypiques**

(notamment : *Mycoplasma pneumoniae*,  
*Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila*).



**Pneumopathie aiguë communautaire**

Diagnostic: **CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE**



# Infections respiratoires basses

## Pneumopathie aiguë communautaire

**Pneumocoque**  
(*Streptococcus pneumoniae*)



**Amoxicilline** ( 1gx3 pdt 7 jours)  
= la molécule de référence

**Bactéries dites atypiques**  
(notamment : *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila*).



**Macrolides**

- Les C3G orales sont exclues car insuffisamment actives sur pneumocoques et ont une mauvaise biodisponibilité.
- Les fluoroquinolones anti pneumococciques ( lévofloxacine) doivent être **utilisées 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 **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. **VRAI**

Seules  $\frac{1}{4}$  des exacerbations sont bactériennes

- La fièvre est toujours présente **FAUX**

Pour prévenir les exacerbations, la vaccination contre pneumocoque et grippe est recommandée, ainsi que l'arrêt du tabac **VRAI**

- Une antibiothérapie est toujours indiquée **FAUX**

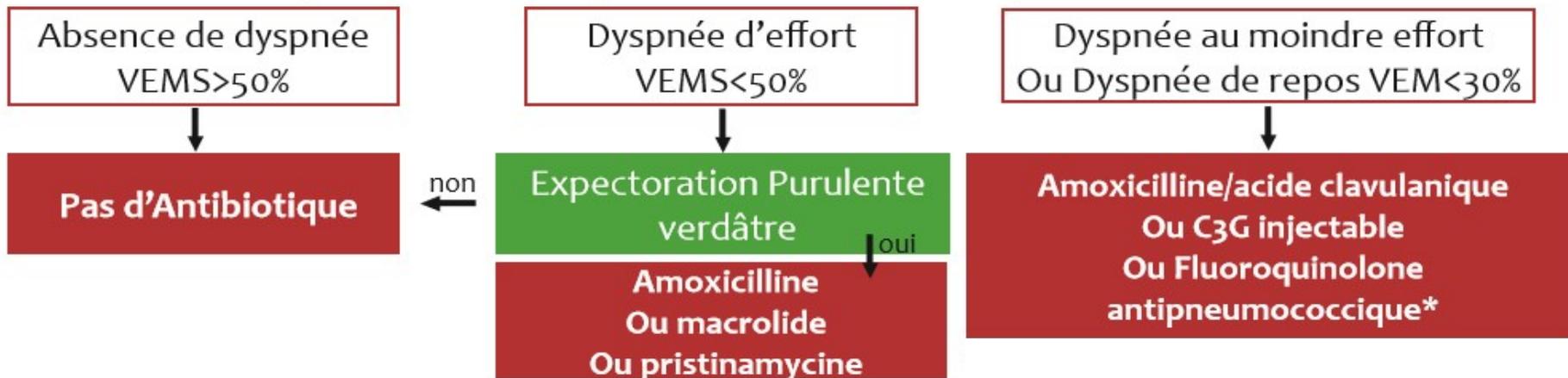


# Infections respiratoires basses

## Exacerbation d'une bronchopneumopathie obstructive

L'antibiothérapie n'est pas systématique.

Elle doit tenir compte de **l'état respiratoire de BASE** du patient:



\* Pas de FQAP si patient a déjà reçu une FQ 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



# *Infections respiratoires basses*

---

## **CAS CLINIQUES**



# Cas Clinique 1

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

Consulte pour une toux gênante et fatigante qui évolue depuis 10 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 importante. Elle a une tête effectivement fatiguée...

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<sup>er</sup> temps, puis grasse, et peut évoluer plusieurs jours voire semaines.

Le traitement est symptomatique.

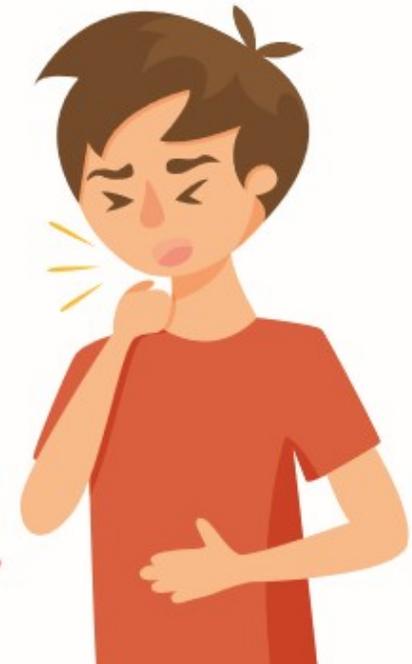
L'évolution est favorable spontanément.



# *Infections respiratoires basses*

## *Bronchite Aiguë*

- Virale le plus souvent
- Expectoration purulente **ne signifie pas surinfection bactérienne.**
- La toux peut durer plusieurs semaines, notamment chez le fumeur.



*Aucune antibiothérapie n'est nécessaire*

## Cas Clinique 2

M. Satou, 55 ans, vous consulte pour une toux + fébricule depuis 4 jours. Il est un peu essoufflé par rapport à d'habitude en montant ses 3 étages et crache un peu, il a diminué sa consommation de tabac (habituellement 1 paquet par jour).

Il est hypertendu traité par perindopril, pas d'autres antécédents. Il a pris du toplexil et du paracétamol.

A l'examen: TA 130/90, Fc 85, Sat 97% AA  
auscultation cardio-vascu sans particularités  
auscultation pulmonaire claire en dehors de quelques sibilants,  
pas de dyspnée

1/ Quel est votre diagnostic?

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.

- => prise en charge en ambulatoire
- => bronchodilatateurs inhalés
- => stop toplexil / ok paracétamol
- => diminuer tabac
- => pas d'antibiotique!

## Cas Clinique 2bis

Vous perdez ce patient de vue; il revient vous consulter 10 ans plus tard pour une toux fébrile avec des crachats "verts" depuis une semaine.  
Il est très essoufflé "mais j'ai l'habitude, j'ai dû déménager car je n'arrivais plus à monter les escaliers".

A l'examen: T° 38,7°C, auscultation: ronchi diffus, sat 95%, Fr 16, TA 140/70

3/ Quelle est votre prise en charge?

# Exacerbation BPCO:

(au stade de dyspnée d'effort)

## 3/ Quelle est votre prise en charge?

=> Radio de thorax + bio si doute

=> débuter ATBthérapie: amoxicilline seule (dyspnée d'effort basale)

=> Hospitalisation si précaire/isolé

## 4/ Que pouvez vous lui proposez en plus?

=> vaccination anti-grippale

=> vaccination pneumocoque

=> sevrage tabagique

## Cas clinique n° 3

- Mme Jattrapetout, 83 ans, suivie pour une HTA, une ostéoporose fracturaire, et un RGO nécessitant la prise d'IPP au long cours.
- Elle se sent trop fatiguée pour venir en consultation et vous demande de passer en visite à domicile. Depuis 4 jours, elle tousse, elle a 38°2 de fièvre ce matin.
- A l'examen, vous notez des ronchi diffus et des sibilants discrets en fin d'expiration de façon symétrique ; vous avez un doute sur un foyer de crépitants à gauche.
- A l'examen la TA est à 130/70, le pouls à 80/mn.

Que suspectez vous ?

Quels germes suspectez vous en priorité?

# CAT

## Pneumopathie communautaire

Pneumocoque, mais aussi atypiques et anaérobies

### Que recherchez vous à l'examen pour évaluer la gravité ?

Etat neuro, fréquence respiratoire, TA  
CRB 65  
Confusion  
R fréq respiratoire >30  
B PAS < 90 ou PAD >60

### Quelle prise en charge ?

Ambulatoire (absence de gravité et de facteurs de risque)

Prescription de biologie et radio du thorax

Amoxi-ac clavulanique 1g X3 pendant 7 jours car >65ans

# Cas clinique n° 3 suite

- Vous la revoyez 3 jours après
- La prise de sang montrait une hyperleucocytose à 15 000 GB dont 90% de PN, la CRP était à 110. La radio confirmait un infiltrat lobaire inférieur gauche
- Elle reste fébrile, tousse toujours beaucoup et l'auscultation est inchangée.
- Les constantes sont inchangées
- Que décidez vous ?

**Échec de traitement à J3**

**Passage à Levofloxacin 500mg X 2/ JOUR pdt 10 jours**

# 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 14jours)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, touse, 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 normal, examen ORL normal
  
- CAT?

# CAT

- Etat grippal
- TTT symptomatique: PARACETAMOL si fièvre
- **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.
- **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.

# Cas clinique n° 6

- Mme Toukata , 53 ans, aide soignante en vacances, grand-mère depuis 1 mois, touse depuis 2 semaines.
- Elle vient vous consulter parce qu'elle est épuisée. Elle tousse par quinte, à en vomir, et surtout la nuit, avec difficultés à reprendre sa respiration. Elle a déjà vu votre confrère qui lui a marqué du solupred et des antibiotiques afin que ça passe plus vite pour ne pas contaminer son petit-fils. Elle a pris aujourd'hui du sirop et du paracétamol. Elle reprend son travail demain.
- Sur le dossier, vous constatez qu'elle a pris 7 jours d'amoxicilline, terminé depuis 3 jours. L'auscultation était normale.
- A l'examen : T°=37,1° TA 12/7 pouls 70, SaO2 97%, auscultation cardio pulmonaire normale, gorge propre, pas de sinusalgie, aucun antécédent
- CAT?

# CAT

- Coqueluche probable
- Prélèvement nasal avec recherche Bordetella Pertussis par PCR (toux < 3 semaines)
- Bétalactamines inefficaces (amox et C3G)
  
- Traitement ATB Azithromycine 250mg 2cp/j pdt 3 jours
- Antitussifs : efficacité non démontrée
- Arrêt maladie de 3 jours (car traitement par azithromycine, sinon arrêt /éviction de 5 jours), ou 3 semaines si absence d'antibiotique
- Recherche une notion de contagé/ d'un tousseur dans l'entourage (incubation 7 à 21 jours), éviter la collectivité
- Recherche vaccination
- Eviter son petit-fils pendant 3 jours, informer les parents
  
- L'antibiotique permet de réduire la contagiosité, mais aucune influence sur la maladie.

# Cas clinique n° 6 suite

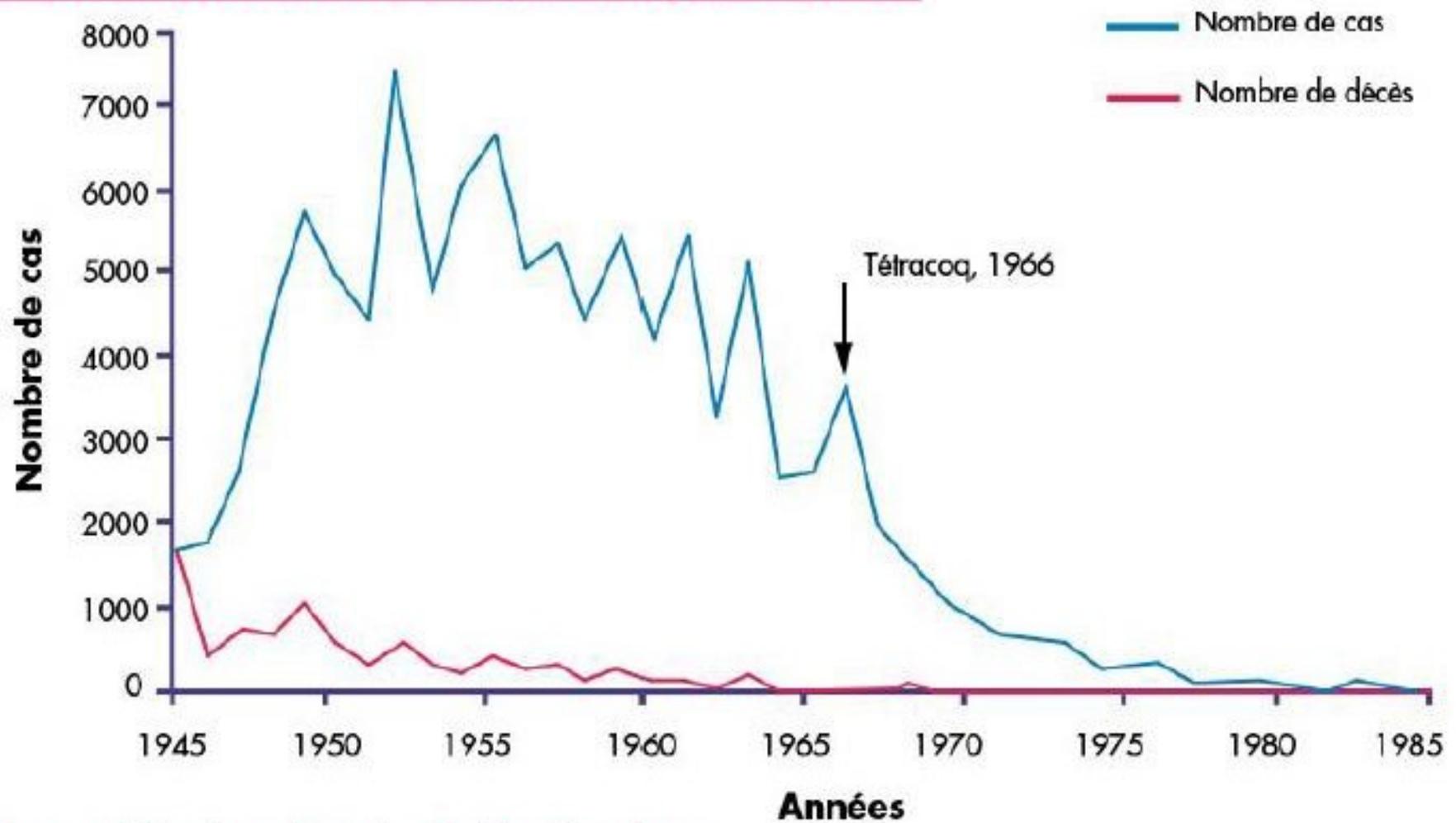
- Le résultat PCR revient positif.
- Elle ne comprend pas pourquoi elle a eu la coqueluche, alors qu'elle a été vaccinée quand elle était étudiante.
- Elle a gardé son autre petit-fils de 3 ans pendant les vacances. Peut-il l'attrapper ?
  
- Que faites-vous et que lui répondez-vous?

# CAT

- Immunité naturelle ou acquise de 10 ans en moyenne, avec une perte progressive de l'immunité entraînant des formes atypiques de coqueluche.
- Antibioprophylaxie chez le petit-fils de 1 mois si contagé < 21 jours car non vacciné, et les contacts proches
- Azithromycine 3 jours (comme curatif), si allergie cotrimoxazole
- Protection si:
  - Enfant > 12 mois avec 3 doses
  - Si > 12 mois et vaccin réalisé < 5 ans
  - Adultes et ado dont la dernière dose < 5 ans.
- Recommander de vacciner l'entourage si besoin
- Prévenir la médecine du travail



## Coqueluche : nombre de cas et mortalité, en France, de 1945 à 1986



Sources : Déclarations obligatoires, Santé publique France

# LES MESSAGES

La bronchite: c'est sans antibiotique

Les C3G orales dans les infections respiratoires: On oublie!

Et les Fluoroquinolones, on les épargnes au maximum

Antibiotique ou pas: On réévalue systématiquement à 48h!