

Infections respiratoires

UE 2.5 S3

Dr BLANCHOT Sylvain

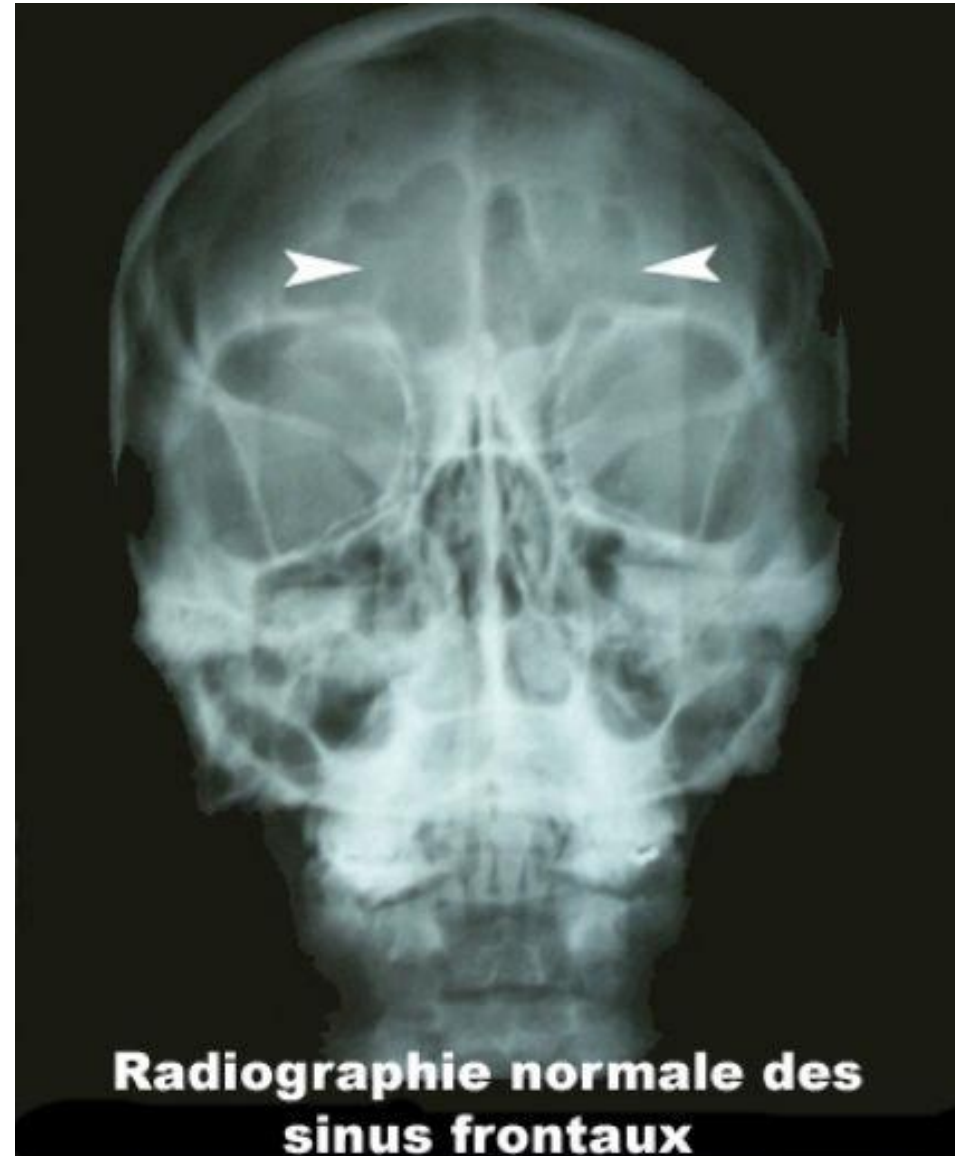
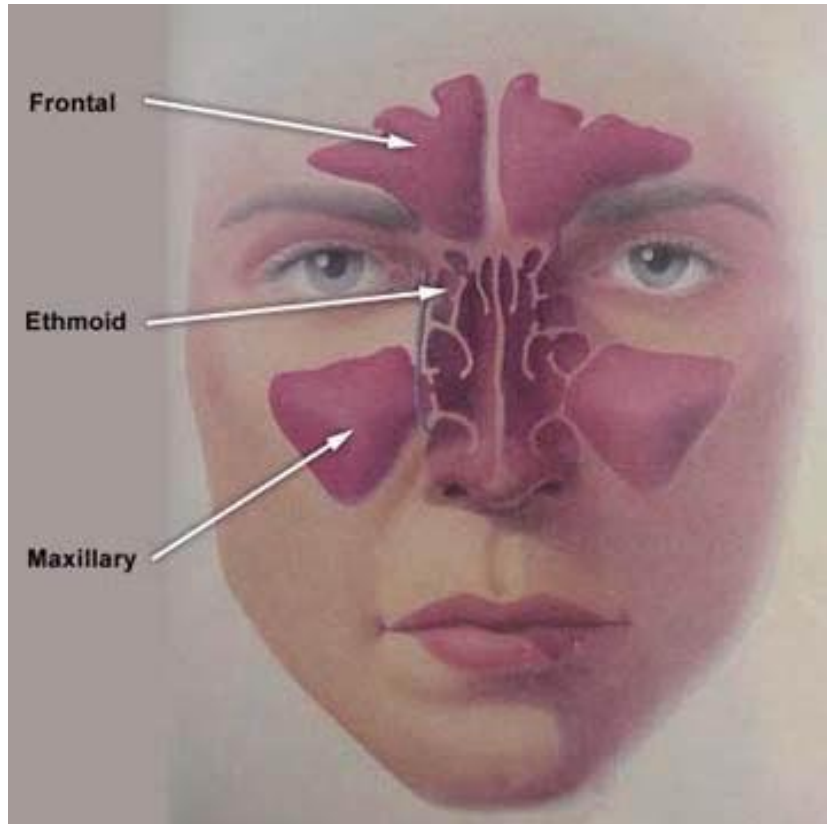
Promotion 2021-2024

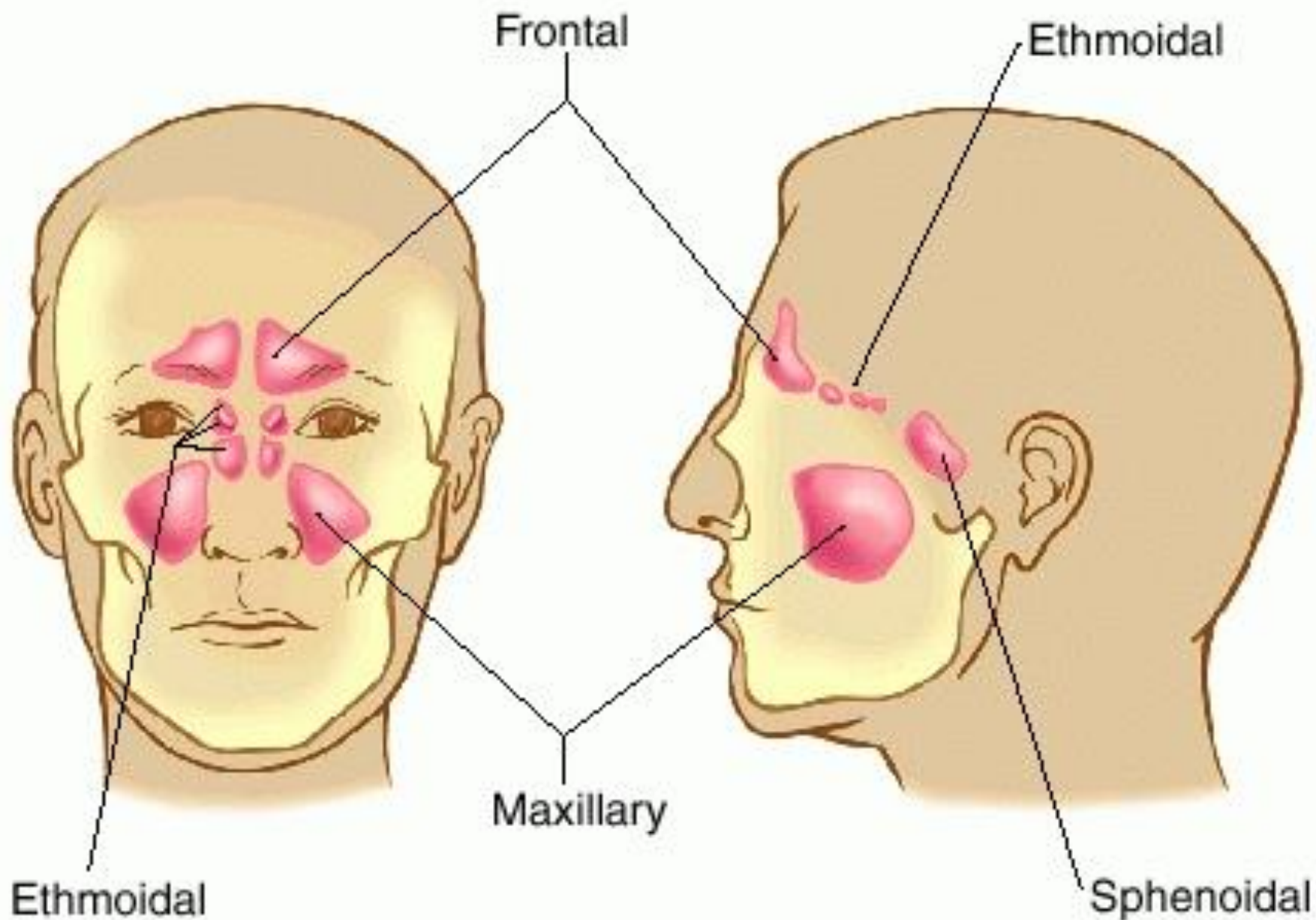
- Infections respiratoires hautes
 - Sinusite
 - Rhinite
 - Pharyngite
 - Laryngite

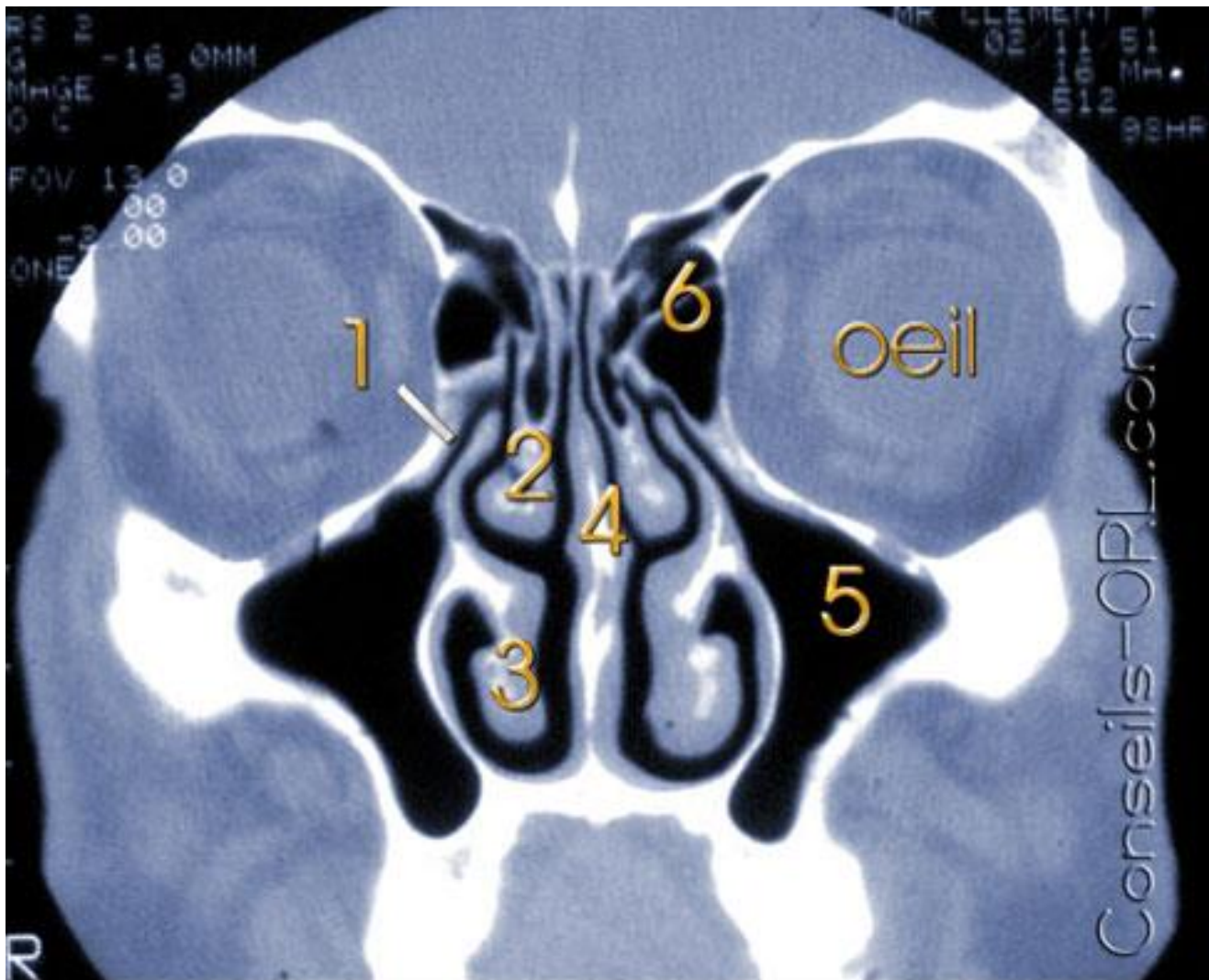
- Infections respiratoires basses
 - Bronchite
 - Pneumonie

SINUSITE

RAPPELS ANATOMIQUES







TDM de la
région naso-sinusienne

- Inflammation des cavités sinusiennes paranasales.
- Aiguë ou chronique selon la durée.
- Résulte un trouble de l'aération sinusienne avec accumulation de pus dans les sinus.
- Rhinite , Sinusite barotraumatique Pan sinusite ,Sinusite ethmoïdale fréquente chez l'enfant de moins de six ans.

FACTEUR DE RISQUES

- Terrain allergique
- Déviation de cloison, anomalie des cornets
- Polypose, modifications brutales de température, de pression (sinusite barotraumatique)
- tumeur intrasinusienne...
- Anomalies mucociliaires
- Immunodépression
- Mauvais état dentaire (abcès)

CLINIQUE

- Rhinorrhée: symptôme le plus fréquent, antérieure ou postérieure, pouvant entraîner toux ou dysphonie liées à une irritation laryngée chronique.

Elle peut avoir des répercussions otologiques (otite séreuse, otite chronique) ou pulmonaires (surinfections bronchiques à répétition)

ETIOLOGIES

- Sinusites infectieuses
 - Infections bactériennes: Haemophilus influenzae Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis, autres streptocoques, Staphylococcus aureus et germes anaérobies lors des surinfections dentaires
 - Infection virale
 - Infections mycosiques: aspergillus, ...
- Sinusites allergiques
- Vascularites
- Corps étranger intrasinusien

PRESENTATIONS CLINIQUES

- **Sinusite maxillaire aiguë:**
 - fièvre, rhinorrhée, douleur sous-orbitaire pulsatile accentuée par la flexion de la tête, œdème jugal. Douleur provoquée à la pression maxillaire
- **Sinusite maxillaire d'origine dentaire:** unilatérale, odontalgie associée, œdème de la joue, rhinorrhée fétide
- **Sinusite frontale aiguë:** céphalée frontale, œdème sus-orbitaire, douleur à la pression de la paroi antérieure du sinus frontal

PRESENTATIONS CLINIQUES

- **Sinusite sphénoïdale aiguë:** fièvre, rhinorrhée postérieure, céphalée profonde rétro-orbitaire irradiant au vertex
- **Sinusite ethmoïdale aiguë:** syndrome fébrile à 39°C associé à une altération de l'état général, rhinorrhée purulente unilatérale, œdème de l'angle interne de l'œil (enfants++)
- **Sinusite chronique:** persistance de divers symptômes pendant une durée d'au moins trois mois

DIAGNOSTIC DIFFERENCIEL

- Rhinite virale
- Rhinite allergique
- Kystes intrasinusiens
- Tumeur sinusienne ou nassale

EXAMENS

- Fonction de la présentation ou de doute clinique
 - Biologie
 - Prélèvement bactériologique
 - Rhinoscopie antérieure, fibroscopie, sinusoscopie pour biopsie
- Radiographie
 - Différentes incidences permettant de dégager les sinus recherchés
 - Scanner ++ (IRM peu contributive)

COMPLICATIONS

- Chronicité
- Méningite
- Abscès cérébral
- Thrombophlébite du sinus caverneux (sinusite sphénoïdale)

TRAITEMENT

- **ANTIBIOTHERAPIE**
 - Amoxicilline + Acide clavulanique
 - Voir C3G, Quinolone anti pneumococcique
- **ANTI INFLAMMATOIRE**
 - Corticothérapie
- **ANTALGIQUE**

RHINITES AIGUES

Infection de la muqueuse nasale

Etiologie virale +++

Durée 7 jours

ETIOLOGIES

- Rhinovirus
- Adénovirus
- Coxsackie
- VRS, virus respiratoire syncitial
- Virus grippaux

FACTEURS FAVORISANTS

- Carences vitaminiques et minéraux (vit C, Fer)
- Environnement (tabac, pollution)

CLINIQUE

- Incubation de quelques jours
- **Phase d'invasion** : picotement et irritation nasale, (céphalée, hyperthermie, myalgies)
- **Phase d'état** :
 - obstruction nasale bilatérale
 - Rhinorrhée aqueuse profuse
 - Eternuements
 - Troubles de l'odorat et du goût
- **Evolution**:
 - Rhinorrhée muco-purulente après 2-3 jours
 - Amélioration en 5 jours environ

FORMES CLINIQUES

- Nouveau né : infection bactérienne
 - Accouchement : strepto, gono
 - Allaitement : staph
 - Pneumo (localisation pulmonaire ou méningé associé)

COMPLICATIONS

- Surinfections bactériennes et atteintes sinusiennes

Risque de sinusite aiguë = 0,5% chez l'adulte

Chez l'enfant : otites séreuses ou OMA

Bronchiques : aggravation d'un asthme

TRAITEMENT

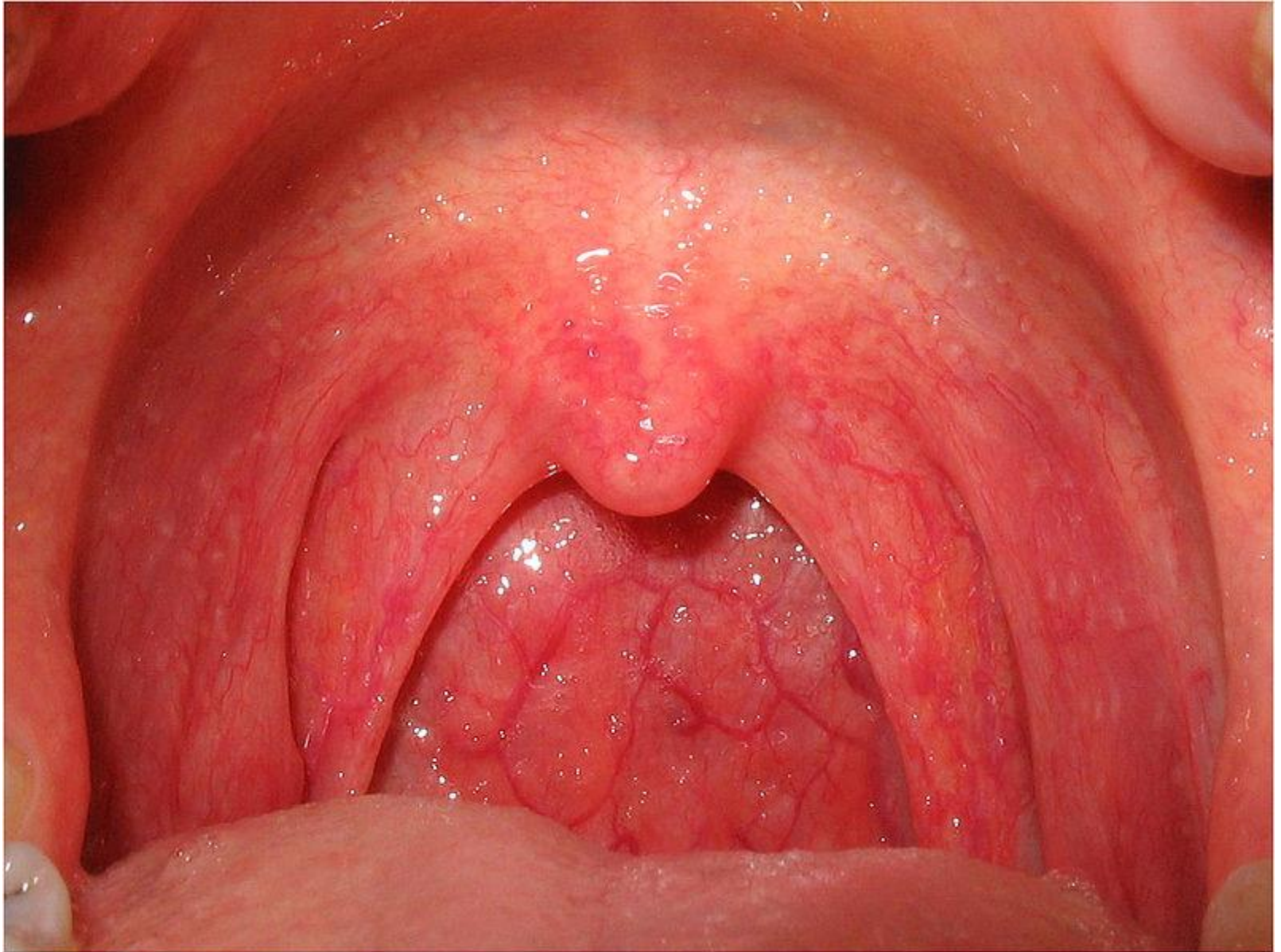
- Affection bénigne +++
- Prévention : mouchoir jetables, mouchage, lavage des mains
- Evolution spontanément favorable
- Mais retentissement médical, économique important

SYMPTOMATIQUE

LARYNGITE

- Inflammation de la muqueuse laryngée sous-glottique (sous les cordes vocales)
- Etiologie : virale
- Symptôme : dyspnée, toux rauque +/- fièvre
- Traitement : +/-antipyrétique, corticothérapie

PHARYNGITE



Etiologie

- VIRALE +++ 90%
 - Adénovirus, rhinovirus, VRS, influenza, MNI
- Bactérienne 10% : Strepto B-hémolytique A

SYMPTÔMES

- **Dysphagie douloureuse**
- Enrouement
- Toux
- Fièvre
- Rhinorrhée, conjonctivite

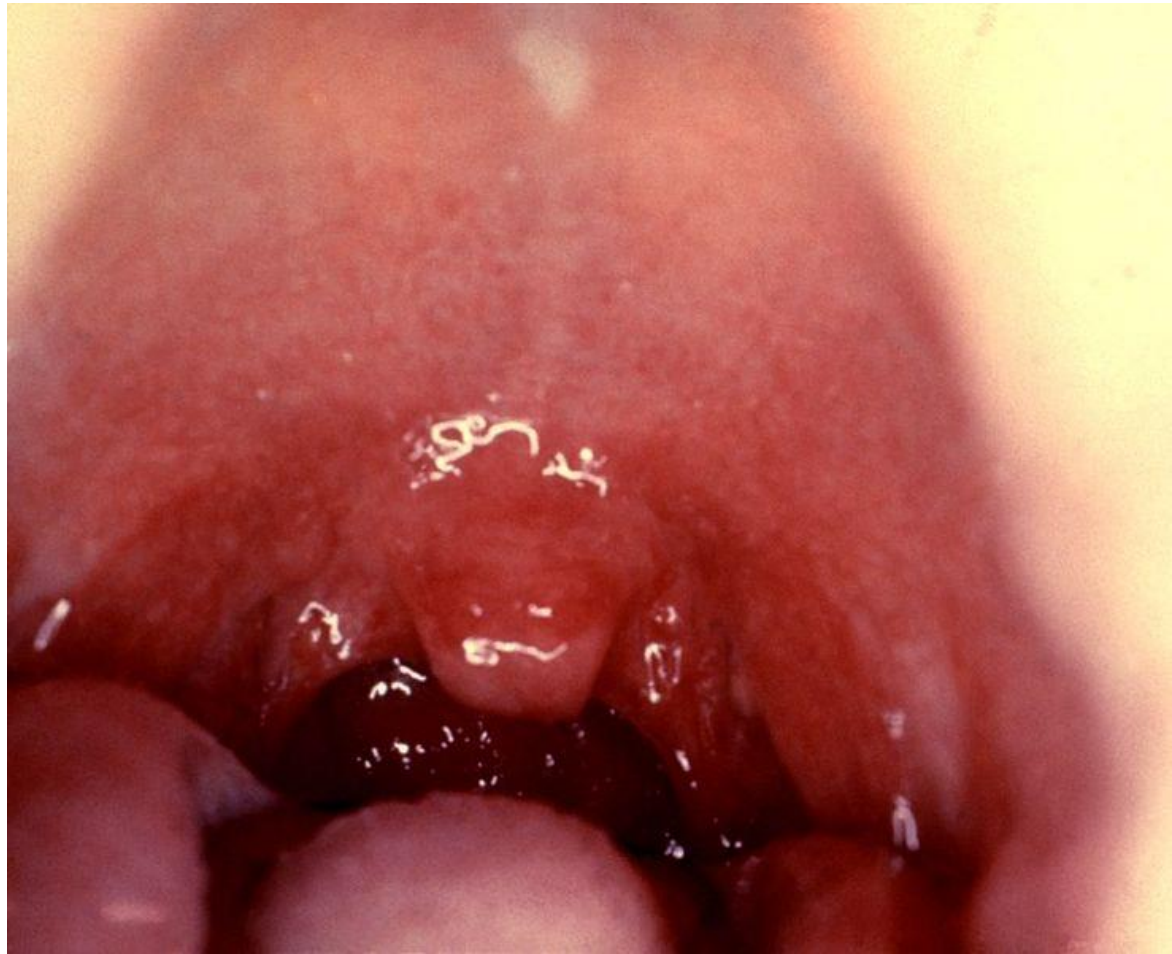
ENGINE



- Inflammation aiguë de la région oro-pharyngée d'origine infectieuse
- Strepto B-hémolytique A (5% de portage)
- Virale

PRESENTATION CLINIQUE

- Angine érythémateuse



- Angine érythémato-pultacée



STREPTO TEST



- Angine pseudo-membraneuse
 - MNI
 - Diphtérie



BRONCHITE

- Inflammation aigue des bronches d'origine infectieuse d'évolution généralement bénigne
- Gravité lié à l'âge et aux comorbidités
- Essentiellement virale

EPIDEMIOLOGIE

- Motif fréquent de consultation
- Pic automne / hiver
- Problème santé publique : absentéisme, ANTB

PHYSIOPATHOLOGIE

- destruction épithéliale
- œdème muqueux
- hypersecrétion muqueuse
- desquamation épithéliale
 - > retour état antérieur 15 jours

CLINIQUE

- *Phase sèche*
 - Débute par une atteinte ORL (pharyngite, rhinite)
 - hyperthermie rarement supérieure à 39°C.
 - toux sèche, quinteuse, rauque, épuisante, invalidante, non productive (phase sèche).
 - douleurs rétrosternales à type de brûlures, majorées par la toux.
- *Phase humide*: toux devenant productive muqueuse, mucopurulente (la purulence n'étant pas un signe de surinfection bactérienne mais un signe de nécrose épithéliale).

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Non indispensable
 - RP normale
 - Bio leucopénie ou polynucléose
 - Examen crachat
 - Sérologie ... délai

EVOLUTION

- Régression de la toux 2-3 semaines
- Fonction du terrain +++

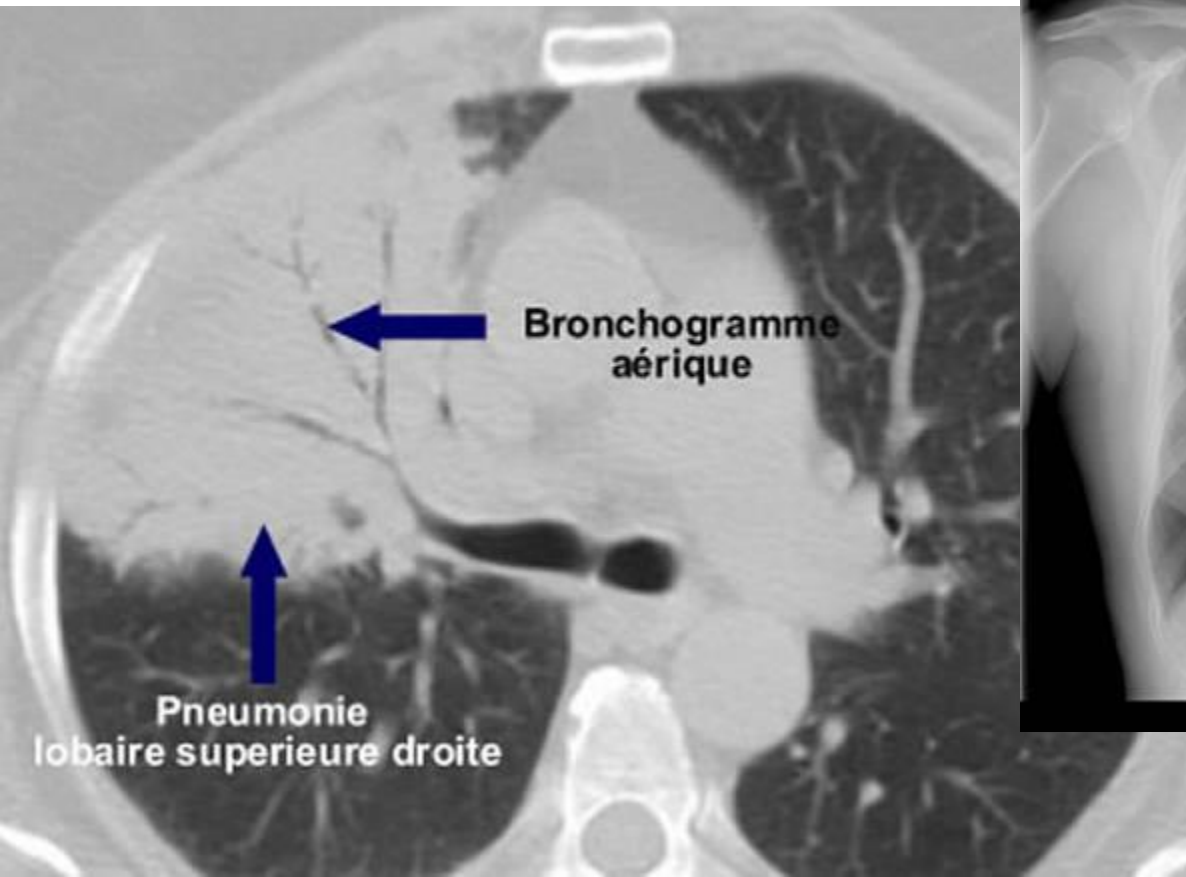
TRAITEMENT

- Symptomatique

PNEUMONIE

- Infection en foyer
- Communautaire / Nosocomiale
- Mortalité 6 à 20 %
- 5 agent pathogène = 90% des pneumonies
 - Streptococcus pneumoniae
 - Haemophilus influenzae
 - Legionella pneumophila
 - Mycoplasma pneumoniae
 - Myxovirus influenzae

- Pneumopathie lobaire PFLA

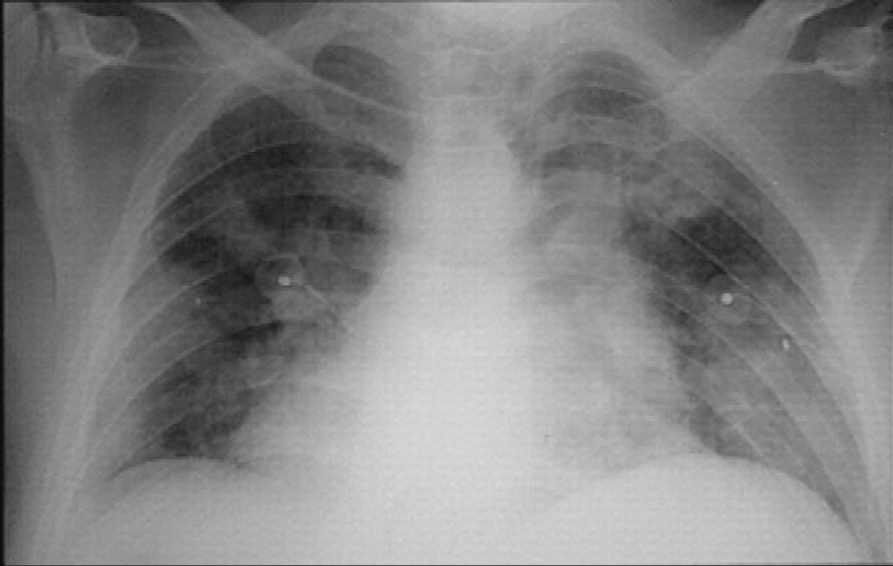


- Début brutal
- 39°
- Douleur basithoracique
- Toux sèche

Nettoyage radiologique en 1 mois



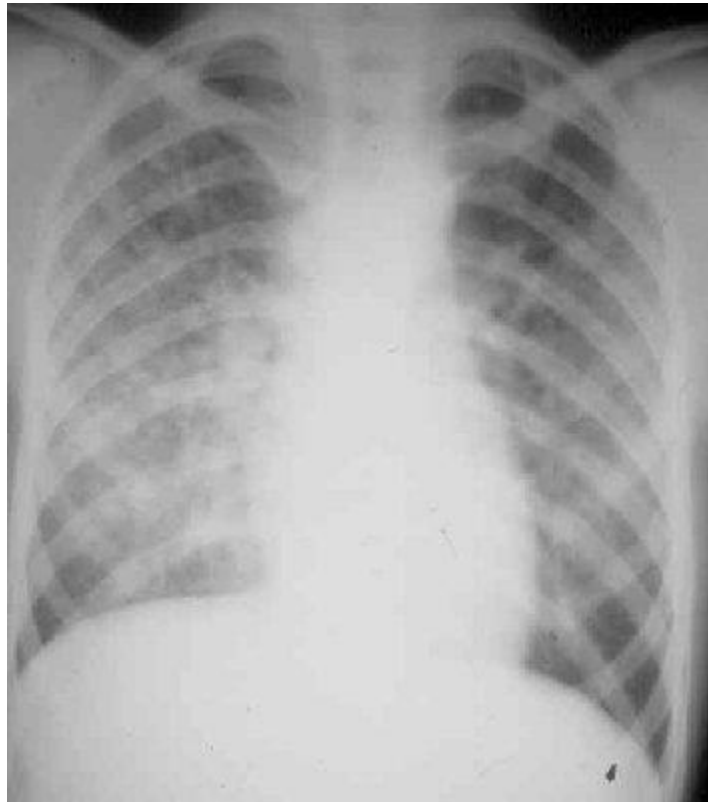
- Broncho-pneumonie (terrain fragile)



- 39°
- Expectoration purulente

- Poumon pathologique
- Souvent nosocomial
- Staph, entérobactéries, pyocyanique

- Pneumopathie interstitielle



- Virus et germe intracellulaire
- Début progressif
- Souvent associé à une symptomatologie ORL
- Toux sèche quinteuse

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

- Hémoc, ECBC, Aspiration bronchique, LBA sur fibroscopie, sérologie, antigénurie
- Radiologie : RP, TDM

PREVENTION

- Arrêt tabac
- Traitement foyers infectieux dentaires, sinusiens
- Kiné sur BPCO
- Vaccination (antigrippal, antipneumococcique)