

Infections respiratoires hautes

Aspects cliniques et thérapeutiques



Dr Rim Lahiani Fourati

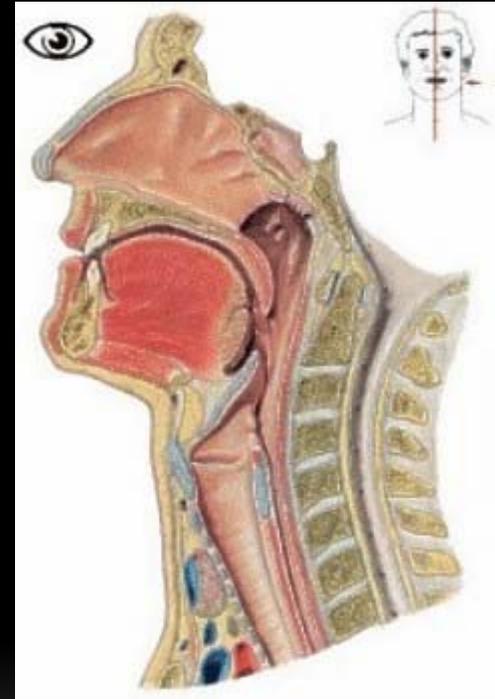
Collège des maladies infectieuses

Le 28/11/2011

Introduction:

- Voies respiratoires hautes:
 - Fosses nasales, sinus
 - Oreille moyenne
 - Cavité buccale
 - Pharynx et larynx

- Problème de santé publique:
 - Fréquence des consultations et prescriptions
 - Absentéisme ou arrêt de travail
 - Coûts induits



Introduction:

- Étiologie: Virale >> Bactérienne
- Prescription systématique d'antibiotiques :
 - surconsommation d'antibiotiques
 - problèmes écologique et économique
- Émergence de souches résistantes
 - redéfinir les schémas thérapeutiques

Rhinopharyngites

Sinusites aiguës

Otitites moyennes aiguës

Angines

Laryngites

Rhinopharyngites

Epidémiologie:

- ⊙ Atteinte inflammatoire du pharynx et des fosses nasales.
- ⊙ Adulte << enfants
- ⊙ Etiologie:
 - > Virale +++
 - > Bactéries (*S. pneumoniae*, *Hæmophilus influenzae*, *Branhamella catarrhalis*, *Staphylococcus*)

Clinique:

- ⦿ Rhinorrhée
- ⦿ Eternuements
- ⦿ Obstruction nasale
- ⦿ Fièvre
- ⦿ Toux
- ⦿ Inflammation du pharynx

Rhinorrhée purulente

Fièvre



Infection bactérienne
Risque de complications

Evolution:

- ⊙ Favorable en 7 à 10 jours.
- ⊙ Association à infection respiratoire basse
- ⊙ Complications:
 - Bactériennes
 - Adulte << Enfant
 - Sinusite
 - OMA purulente

Traitement symptomatique:

- Mesures physiques:
 - > Ne pas trop couvrir le patient
 - > Aérer la pièce
 - > Faire boire le plus souvent possible
- Traitement local:
 - > Lavage des fosses nasales
 - > Vasoconstricteurs
 - > Antibiotiques locaux: **NON!**
- Traitement général:
 - > Antipyrétiques – Antalgiques
 - > Vasoconstricteurs
 - > AINS – Corticoïdes: **NON!**

Traitement antibiotique:

- ⊙ Antibiothérapie:
 - > n'est pas indiquée
 - > n'accélère pas la guérison
 - > ne prévient pas les complications

- ⊙ Seulement en cas de complications:
 - > Sinusite purulente +++
 - > OMA purulente

Surveillance:

- ◎ Nécessité de reconsulter:
 - > Persistance:
 - Fièvre > J3
 - Toux, rhinorrhée et obstruction nasale > J10
 - > Apparition:
 - Fièvre > J3
 - Gêne respiratoire
 - Œdème palpébral

Sinusites aiguës

Définition:

- Inflammation d'un ou plusieurs sinus

Inflammation muqueuse



Œdème + anomalies ciliaires

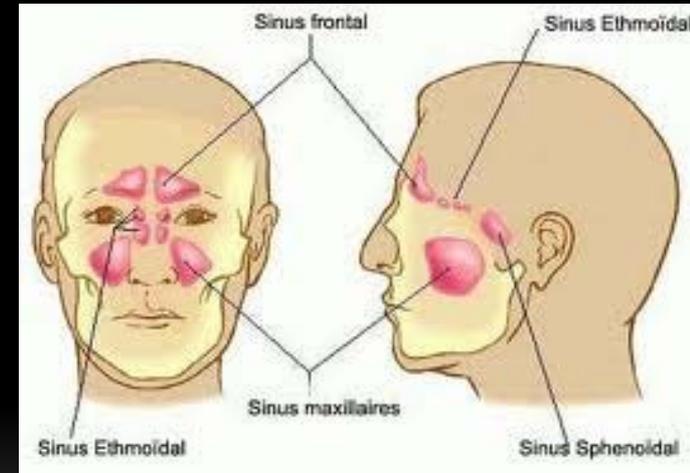


Obstruction méatale

Défaut de drainage



Colonisation bactérienne



Étiologie:

- ⊙ Virale

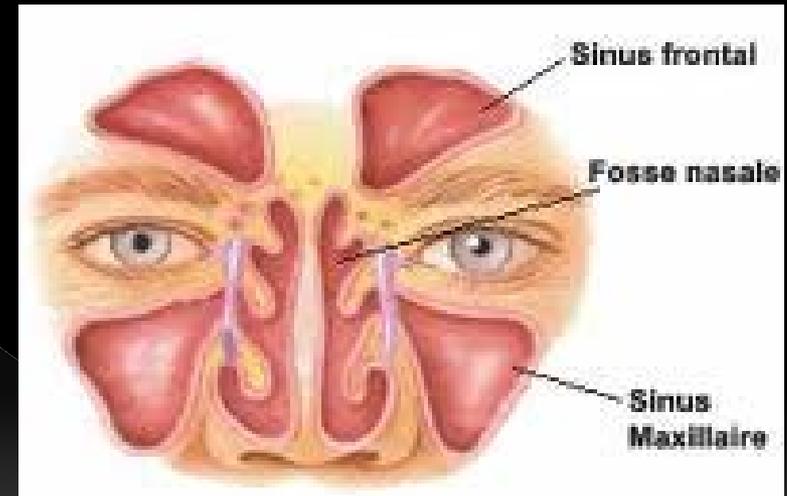
- ⊙ Bactérienne:
 - > Haemophilus influenzae
 - > Streptococcus pneumoniae
 - > Branhamella catarrhalis
 - > Staphylococcus aureus

Facteurs favorisants:

- ⦿ Rhinosinusites chroniques allergiques ou non
- ⦿ Polypose nasosinusienne
- ⦿ Obstruction ostiale
(déviation septale, concha bullosa, cellules de Haller)
- ⦿ Affections parodontales
- ⦿ Immunodépression

Topographie:

⦿ Adulte → maxillaires +++



- S. Frontales
- S. Ethmoïdales
- S. Sphénoïdales

→ Complications

Clinique:

- Douleur:
 - Infra orbitaire → S Maxillaire
 - Sus-orbitaire → S Frontale
 - Rétro orbitaire → S Ethmoïdale
→ S Sphénoïdale
- Rhinorrhée purulente
- Obstruction nasale
- Eternuement
- Fièvre

Arguments en faveur d'une Sinusite aiguë purulente

● Critères majeurs :

1. Persistance ou augmentation des douleurs > 48h
2. Type de la douleur :
 - caractère unilatéral
 - caractère pulsatile
 - augmentation tête penchée en avant
 - acmé en fin d'après-midi et la nuit
3. Augmentation de la rhinorrhée et de sa purulence (unilatéral++)

● Critères mineurs:

- > Fièvre > J3
- > Obstruction nasale, éternuements, gêne pharyngée, toux > J10

Évolution:

- ◎ Bénigne +++



- ◎ Complications:

- > Osseuses: ostéites
- > Oculo-orbitaires :

cellulite périorbitaire, cellulite orbitaire, abcès sous-périosté orbitaire, abcès intraorbitaire

- > Neurologiques:

abcès intracrâniens, méningites, empyèmes sous-duraux, thrombophlébites cérébrales, atteintes de paires crâniennes.



Formes compliquées:

⊙ Clinique:

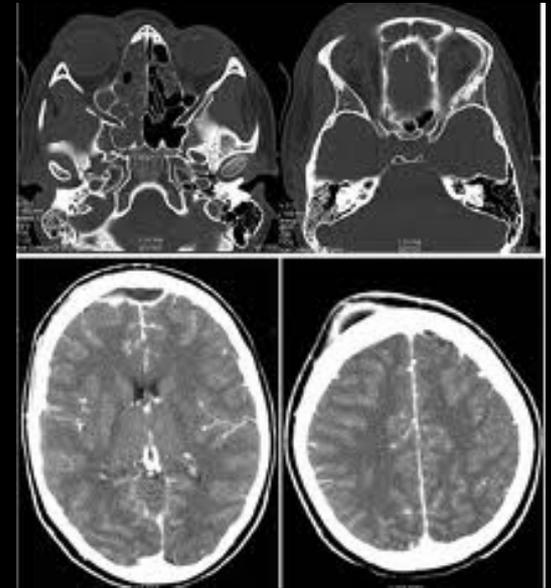
- Douleurs insomniantes, altération de l'état général
- Œdème des parties molles,
- S. ophtalmologiques: trouble de l'oculo-motricité, baisse de l'acuité visuelle
- S. neurologiques: syndrome méningé, signes de localisation, œdème papillaire

⊙ Bactériologie:

- Staphylococcus aureus
- Streptocoque
- Anaérobies

Imagerie:

- ⊙ Non indiquée sauf :
 - > Doute diagnostique
 - > Échec d'une 1^e antibiothérapie
 - > Sinusite potentiellement grave (sphénoïdale)
 - > Sinusite compliquée
→ TDM
- ⊙ S. maxillaire unilatérale sans rhinite
→ origine dentaire ?



Objectifs thérapeutiques

- ⦿ Amélioration des symptômes
- ⦿ Éradication des germes
- ⦿ Prévention des complications

Traitement symptomatique:

- Antalgiques – Antipyrétiques
- Lavage nasal
- Vasoconstricteurs (< 5 j)
- Antihistaminiques: allergie
- Corticothérapie générale: (< 7 j) → S. hyperalgique
- Corticothérapie locale:??
- Produits soufrés et mycolytiques ??
- AINS: **NON !**

Traitement symptomatique:

- ◎ Si symptômes rhinologiques:
 - > Diffus,
 - > Bilatéraux,
 - > D'intensité modérée,
 - > Dominés par une congestion avec rhinorrhée séreuse ou puriforme banale

- Traitement symptomatique uniquement
- Pas d'antibiothérapie

Traitement antibiotique

- S. aiguë maxillaire purulente typique
- S. maxillaire + infection dentaire
- Echec d'un traitement symptomatique initial
- S. frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale
- Complications

Traitement antibiotique: Sinusite maxillaire

1^e intention:

Amox.-ac. Clav.	1g x2	7-10j
Cefuroxime axétil	250 mg x 2	5 j
Cefpodoxime-proxétil	200mg x 2	5j
Céfotiam-hexétil	200mg x 2	5j

CI β -lactamines

Pristinamycine	1g x 2/3	4j
----------------	----------	----

2^e intention:

Lévofloxacine	500 mg x 1	7-10j
Moxifloxacine	400 mg x 1	7-10j
Echec → avis ORL: imagerie + ex bactériolo.		

Traitement antibiotique: Sinusite maxillaire

- ⊙ Ne sont plus recommandés:
 - > Amoxicilline
 - > Macrolides
- ⊙ Fluoroquinolones:
 - > Pas en 1^e intention
 - > Échecs de sinusites documentées
- ⊙ Antibiotiques locaux: **NON!**

Traitement antibiotique: Sinusite maxillaire d'origine dentaire

Amox.-ac. Clavulanique: 1g x3/j

Cefuroxime axétil

Cefpodoxime-proxétil

Pristinamycine

+ métronidazole

+ Soins dentaires

Traitement antibiotique: Autres formes non compliquées

Amox.-ac. Clavulanique	1g x 3	7-10j
Cefuroxime axétil	250 mg x 2	5 j
Cefpodoxime-proxétil	200 mg x 2	5j

CI β -lactamines

Pristinamycine	1g x 2/3	10j
----------------	----------	-----

Lévofloxacine	500 mg x 1	7-10j
---------------	------------	-------

Moxifloxacine	400 mg x 1	7-10j
---------------	------------	-------

Traitement: Sinusites graves

- Sinusites sphénoïdales
- Sinusites extériorisée
- Echec traitement ambulatoire
- Hospitalisation
- Prélèvement bactériologique
- Imagerie
- Antibiothérapie intraveineuse :
 - > Céfotaxime 50 mg/kg X 3 /j
 - > Fosfocine 50 mg/kg X 4 /j
et/ou aminoside
 - > ± Imidazolé
- ± Traitement chirurgical en urgence
- Antibiothérapie orale (amoxicilline-acide clavulanique)

Traitement chirurgical

- Indications:
 - > Formes compliquées
 - > Formes hyperalgiques ou hyperpyrétiques
 - > Échec du traitement médical
- Modalités chirurgicales:
 - Voie externe (canthale interne, frontale, neurochirurgicale)
 - > Prélèvement bactériologique
 - > Drainage d'une collection
 - Chirurgie fonctionnelle sous contrôle endoscopique
 - > Corriger obstruction anatomique
 - > Rétablir clairance muco-ciliaire normale
 - > Prélèvement bactériologique

Otite moyenne aigue

Définitions:

- ⦿ OMA purulente: surinfection bactérienne de l'OM, + épanchement purulent ou mucopurulent dans la caisse, extériorisé ou non
- ⦿ Adulte: rare et moins documentée / Enfant
- ⦿ Surinfection bactérienne:
 - > Haemophilus influenzae
 - > Streptococcus pneumoniae → F graves
 - > Branhamella catarrhalis

Clinique:

- Signes fonctionnels:
 - > Ootalgie +++
 - > Hypoacousie
 - > Otorhée
 - > Fièvre
- Signes otoscopiques: → diagnostic
 - > Congestion
 - > Effacement des reliefs
 - > Bombement
 - > Otorrhée



Evolution:

- ⦿ Bénigne
- ⦿ Complications:
 - Méningite (25% des méningites à pneumocoque de l'adulte)
 - Complications endocrâniennes
 - Mastoïdite
 - paralysie faciale
 - Labyrinthite



Traitement:

- ◎ Traitement symptomatique:
 - > Antalgiques – Antipyrétiques
 - > AINS – Corticoïdes: **NON!**
 - > Traitement local ?

- ◎ Traitement antibiotique:
 - > N'est pas systématique
 - > Indiqué si:
 - Sympt. bruyante (fièvre élevée, otalgie intense)
 - ou terrain (immunodépression, malformation, ATCD mastoïdite)

Traitement antibiotique:

Amox.-ac. Clavulanique: 1g X 3

Cefpodoxime-proxétil

Céfuroxime-axétil

Allergie pénicillines sans CI céphalosporines:

Cefpodoxime-proxétil

Céfuroxime-axétil

CI aux bêta-lactamines :

Pristinamycine

Fluoroquinolones anti-pneumococciques: **NON!**

(Lévofloxacin ou moxifloxacin)

Traitement chirurgical:

⊙ Paracentèse ± ATT:

- Otites hyperalgiques, fébriles
- Conditions nécessitant bactériologie:
 - Evolution anormale ou compliquée
 - Otites trainantes
 - Terrain particulier/ déficit immunitaire

⊙ Mastoïdectomie

- Complications



Engines

Définition:

- ⦿ Inflammation aiguë, d'origine infectieuse, des formations lymphoïdes de l'oropharynx (amygdales palatines++).
- ⦿ Extrêmement fréquente ++.

Clinique:

- ⦿ Douleur pharyngée +++
- ⦿ Odynophagie
- ⦿ Ootalgie réflexe
- ⦿ Fièvre

- ⦿ Examen → diagnostic
modifications aspect de l'oropharynx

Clinique:

- Forme érythémateuses
- Forme érythémato-pultacées
→ 90 % des angines

- Autres formes cliniques:
 - > Pseudomembraneuses
 - > Ulcéreuses ou ulcéronécrotiques
 - > Vésiculeuses



Étiologie:

- ◎ Virale +++ (60 à 90%)

- ◎ Bactérienne:
 - > Streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGA) +++
 - 10 à 25% des angines de l'adulte
 - > Streptocoques non A (B, C, ou G)
 - > Autres: Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae...

Éléments en faveur du SGA:

- Caractère épidémique (hiver et début du printemps)
 - Survenue brusque
 - Douleur pharyngée / odynophagie Intenses
 - Purpura du voile
 - Douleurs abdominales
 - Rash scarlatiniforme
- Aucun signe n'est spécifique

- Scores cliniques :
 - > Sensibilité: faible
 - > Score de Mac Isaac < 2
→ probabilité SGA de 5%

Score de Mac Isaac	
▪ Fièvre > 38°C	1
▪ Absence de toux	1
▪ ADP cervicales sensibles	1
▪ Atteinte amygdalienne (↑ volume ou exsudat)	1
▪ Age :	
15 à 44 ans	0
≥ 45 ans	-1

Éléments en faveur du SGA:

Aucune corrélation bactériologique-clinique

→ Test de diagnostic rapide (TDR)

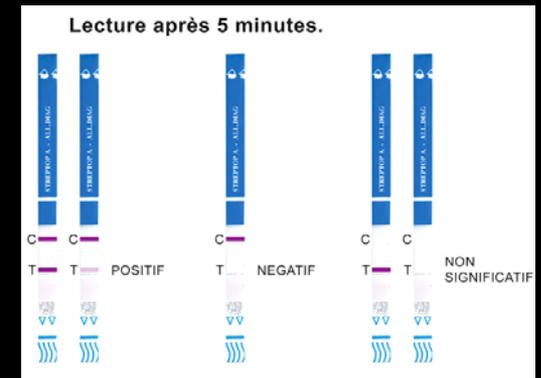
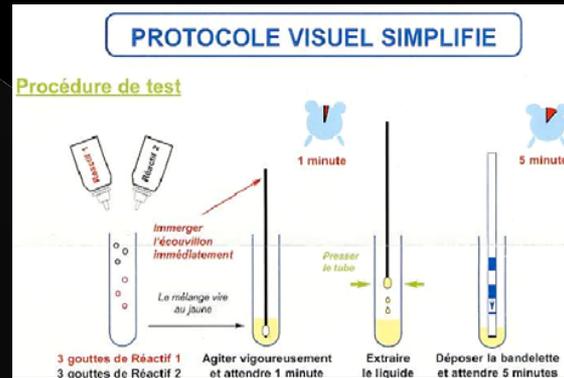
- › Examen simple et rapide (5 mn)
- › Détection Ag spécifique du SGA.
- › Spécificité ~ 95% et sensibilité ~ 90%



Angines érythémateuses et érythémato-pultacées

Test de diagnostic rapide (TDR) :

● Protocole:



● Indication:

- Adulte: Score Mac Isaac ≥ 2

Éléments en faveur du SGA:

- ◎ Prélèvement de gorge + culture: **NON!**
 - > Délai: 1 à 2 jours
 - > Isolement du SGA → porteur sain ou patient infecté?
 - > Indications:
 - Avant prescription de macrolides
 - Situations d'échec thérapeutique
 - Angine à fausse membrane ou ulcéro nécrotique
 - Complications locales

- ◎ Dosage des ASLO: **NON!**
 - > Taux élevé = ATCD infection streptococcique
 - > Ne justifie pas antibiothérapie prolongée ou amygdalectomie

Évolution:

- Favorable en 3-4 jours

- Complications:
 - > Syndromes post-streptococciques :
 - rhumatisme articulaire aigu (RAA)
 - glomérulonéphrite aiguë (GNA) ??

 - > Complications septiques loco-régionales:
 - Phlegmon périamygdalien
 - Abscess
 - Adénite suppurée
 - Cellulite

Complications suppuratives:

◎ Clinique:

- › Fièvre ++
- › Dysphagie, odynophagie unilatérale
- › Torticolis
- › Haleine fétide
- › Trismus
- › Voussure pilier antérieur
- › Amygdale refoulée, luette oedémateuse
- › Empatement cervical
- › Inflammation cutanée cervicale

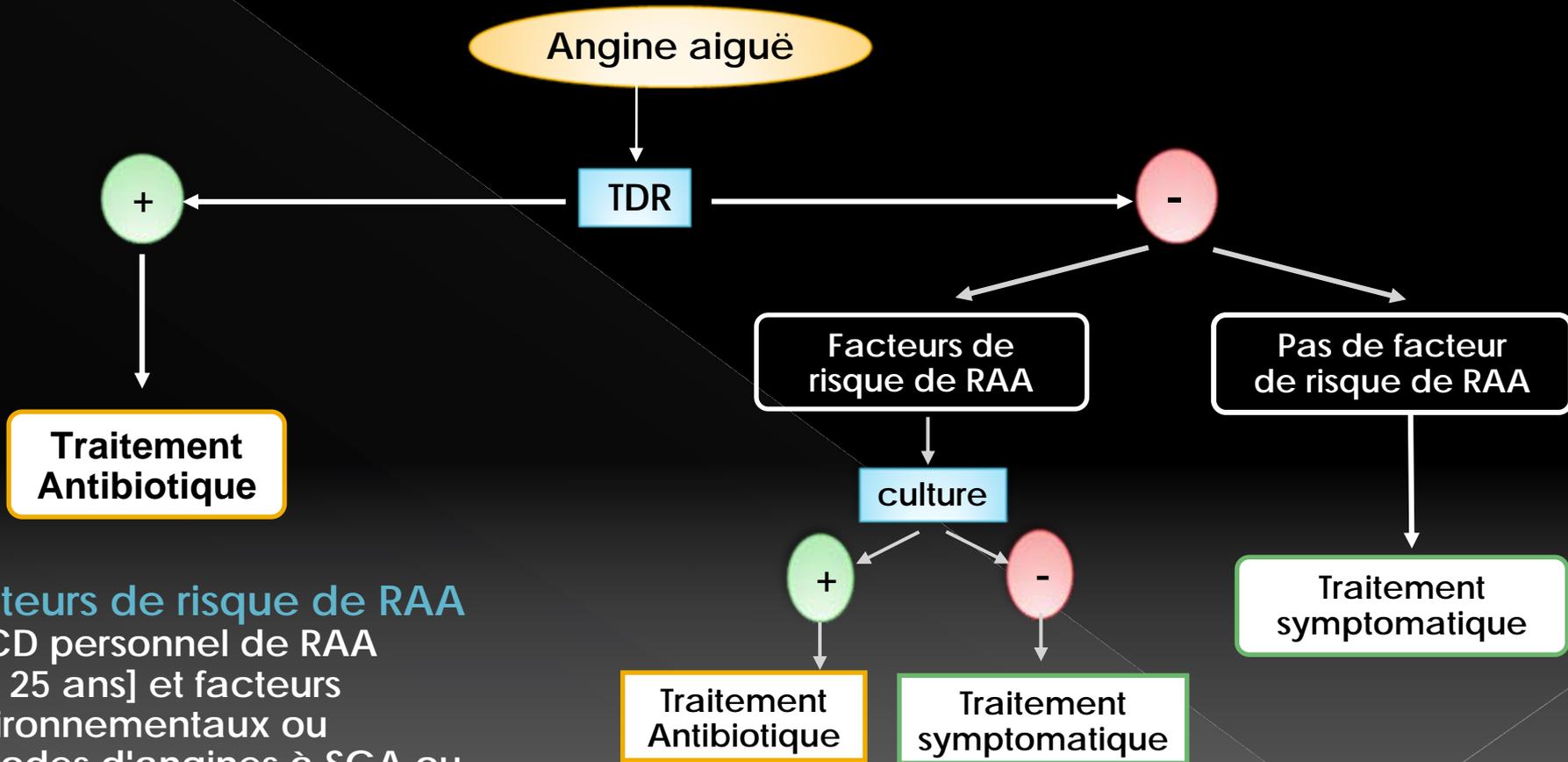


Complications suppuratives:

- ◎ Tomodensitométrie:
 - › Trismus serré
 - › Tuméfaction latéro-cervicale
 - › Torticolis fébrile
 - › Echec ponction / AEG



Prise en charge:



Facteurs de risque de RAA

- ATCD personnel de RAA
- [5 - 25 ans] et facteurs environnementaux ou épisodes d'angines à SGA ou séjours en région d'endémie

Traitement symptomatique

- ⦿ Antalgiques - Antipyrétiques
- ⦿ AINS – Corticoïdes: **NON!**
- ⦿ Antiseptiques locaux: **NON!**

But de l'antibiothérapie:

- Accélération de la disparition des symptômes
- Eradication et diminution de la dissémination du SGA à l'entourage
- Prévention du RAA
- Prévention des suppuration loco-régionales

Principes de l'antibiothérapie:

- ◎ Ne traiter que TDR positif
- ◎ Antibiothérapie immédiate ou retardée de 9 j → prévention du RAA non altérée
→ délais d'évaluation diagnostique
- ◎ Privilégier :
 - > Béta-lactamines
 - > Traitements courts (Péni G 10j: traitement historique)

Traitement antibiotique:

Traitement de référence :

- > Amoxicilline 1g x 2 6j

Allergie à Pénicilline sans CI aux Céphalosporines

- > Cefuroxime -axétil 250 mg x 2 4j
- > Cefpodoxime-proxétil 100 mg x 2 5j
- > Cefotiam-hexétil 200 mg x 2 5j

CI aux bêta-lactamines

○ Macrolides:

- > Azithromycine 500 mg x 1 3j
- > Josamycine 1g x 2 5j
- > Clarithromycine 250 mg x 2 5j

○ Kétolides :

- > télithromycine : 800 mg x 1 5j

○ Pristinamycine 1g x 2 8j

Traitement antibiotique:

- Émergence de souches résistantes
- Mauvaise observance (Traitements longs)

- ⊙ Ne sont pas ou plus recommandés :
 - > Pénicilline V
 - > C1G orales
 - > Ampicilline
 - > Certains macrolides: dirithromycine, érythromycine, midécamycine, roxithromycine, spiramycine

 - > Amoxicilline-acide clavulanique
 - > Céfixime

- ⊙ Antibiothérapie locale: **NON!**

Traitement antibiotique:

- ◎ Complications septiques loco-régionales:
 - > Avis spécialisé
 - > Ambulatoire ou hospitalisation

 - > Germes :
 - Streptococcus pyogenes
 - Staphylococcus aureus
 - Anaérobies

 - > Antibiotiques:
 - Amoxicilline – Ac clavulanique ou C3G
 - ± Aminoside
 - ± Métronidazole

Traitement chirurgical

⊙ Amygdalectomie:

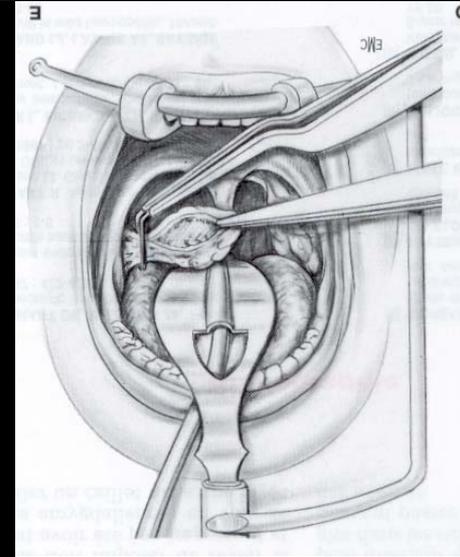
- Angines à répétition
- Phlegmon périamygdalien
 - Récidivant (âge < 30 ans +++)
 - 1^{er} épisode : indication controversée

⊙ Drainage d'une collection:

Complications septiques loco-régionales:

Phlegmon périamygdalien, abcès, cellulite

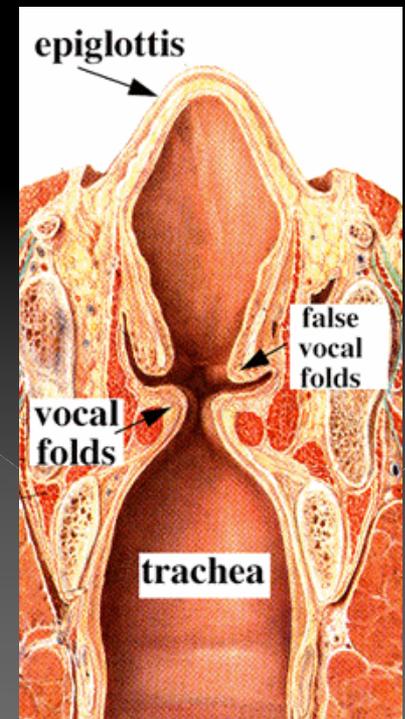
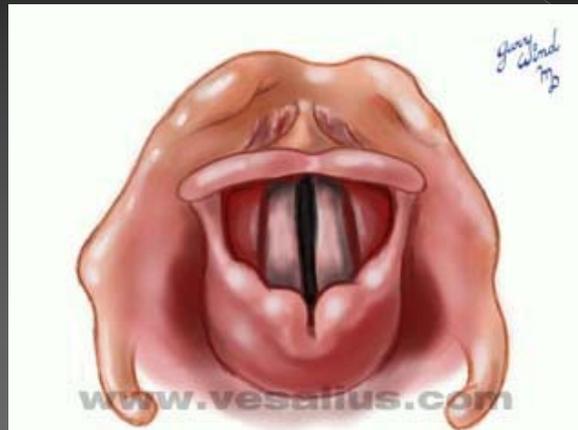
→ Examen bactériologique



Laryngite aigue

Laryngite aiguë:

- Inflammation aiguë de la muqueuse laryngée
- Adulte: laryngite glottique et supraglottique



Laryngite aiguë infectieuse:

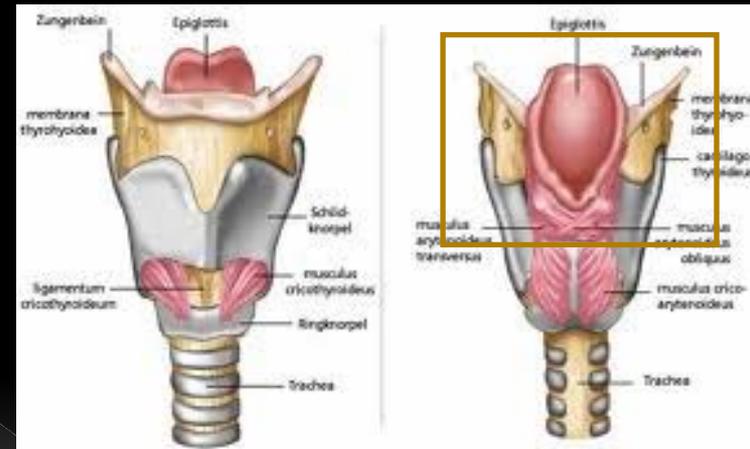
- ⊙ Pathologie de gravité variable
→ Pronostic vital
- ⊙ Diagnostic clinique
- ⊙ Formes cliniques selon terrain et siège:
 - > Épiglottite
 - > Laryngite aiguë catarrhale

Épiglottite:

- ⦿ Inflammation des structures supra-glottiques

- ⦿ Étiologie:

- > Haemophilus +++
- > Pneumocoque
- > Streptocoque b-hémolytique



- ⦿ Infection grave: pronostic vital en jeu
- ⦿ Nécessite diagnostic et traitement urgents

Clinique:

- Fièvre 39-40 °C
- Dyspnée laryngée
- Syndrome positionnel
- Voix assourdie caractéristique
- Douleur pharyngée
- Dysphagie sévère
- Odynophagie

Prise en charge:

- Pronostic dépend de rapidité:
 - > installation des signes
 - > prise en charge
- Milieu hospitalier (soins intensifs)
- Naso-fibroscopie:
 - Épiglotte large, en « battant de cloche », rouge cerise

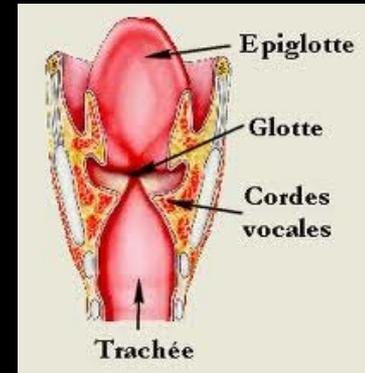


Traitement:

- Libération urgente des VAS (dyspnée)
 - Oxygénothérapie
 - Intubation ou trachéotomie
- Antibiothérapie IV: amoxicilline-acide clavulanique ou C3G + aminoside ± métronidazole
- Corticothérapie générale (méthylprednisolone: 1 mg/kg/j ou dexaméthasone: 0,3 mg/kg/j)
- Aérosolthérapie (adrénaline, dexaméthasone, bromhexine, framycétine)
- Atmosphère chaude et humide
- Antalgiques – Antipyrétiques

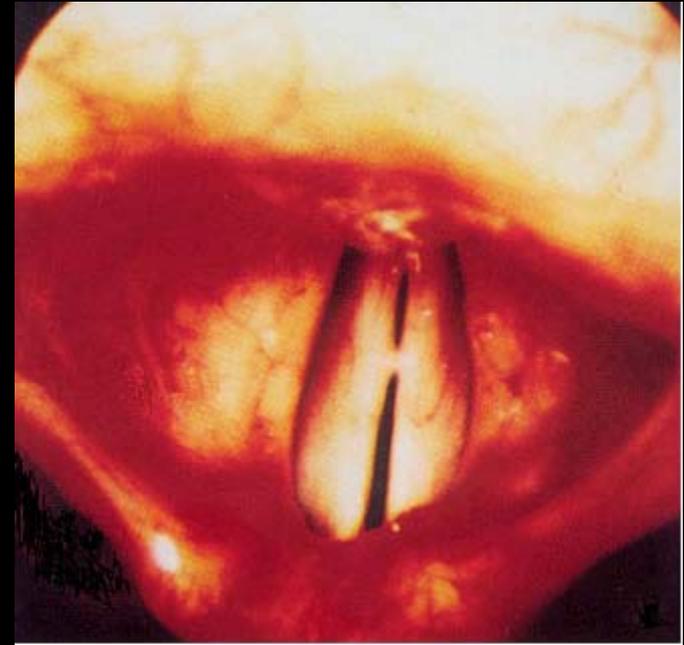
Laryngite aiguë catarrhale de l'adulte

- Forme typique avant 40 ans
- Étiologie:
 - > Virale
 - > Bactérienne: *B. catarrhalis*, *H. influenzae*, Pneumocoque, streptocoques, staphylocoque...
- Facteurs prédisposant:
 - tabac, alcool, poussières, vapeur, malmenage vocal, humidité, froid, RGO, infections rhino-sinusiennes....



Clinique:

- Dysphonie +++
 - Fièvre < 38°C
 - État général conservé
 - Gêne pharyngée
-
- Laryngoscopie indirecte → diagnostic
 - > Aspect inflammatoire (congestion, œdème)
 - > Hypersécrétion muqueuse



Traitement

- Aérosolthérapie
- Corticothérapie
- Repos vocal minimal est de 2 à 3 jours.
- Suppression des irritants (tabac, alcool, vapeurs toxiques)
- Antalgiques – Antipyrétiques
- Antibiothérapie: n'est pas systématique

Évolution des laryngites:

- ⦿ Favorable : guérison sans séquelles en 8 à 15 jours
- ⦿ Récidives → persistance des facteurs favorisants
- ⦿ Laryngite > 15 j → réviser le diagnostic
→ examen spécialisé
- ⦿ Complications:
 - › Ulcération muqueuse
 - › Périchondrite
 - › Abscesses laryngés

Formes compliquées:

- Facteurs favorisant :
 - > Immunodépression
 - > Dénutrition
 - > Insuffisance cardiorespiratoire
 - > Irradiation cervicale
 - > Intubation prolongée
 - > Germe virulent

- Clinique:
 - > Dysphagie intense
 - > Douleur à la palpation des cartilages laryngés
 - > Inflammation cutanée, fluctuation

- Tomodensitométrie → extension

- Mesures thérapeutiques lourdes

- Pronostic vital et fonctionnel (sténose laryngée)

Conclusion:

- ◎ Infections des VAS:
 - > Diagnostic anamnestique et clinique
 - > Étiologie virale +++

- ◎ Origine bactérienne:
 - > Incertaine → traitement symptomatique, informer et surveiller patient
 - > Probable → traitement antibiotique

Conclusion:

⦿ Antibiothérapie:

- Respecter règles de prescription pour efficacité maximale
- Probabiliste: doit être active sur germes dont profils de résistance évoluent
- Privilégier traitements courts
 - améliorer l'observance
 - diminuer les effets indésirables
 - améliorer l'impact écologique
 - diminuer les coûts de traitement

Merci pour votre attention!