

MedWiki-DZ (<https://www.medwiki-dz.com/>)

Staphylococcies pleuro-pulmonaires

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:36

MedWiki-DZ :

Staphylococcies pleuro-pulmonaires

https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:staphylococcie_pleuro-pulmonaire

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:36** - Imprimé le : **2026/01/25 01:08**



Table des matières

Staphylococcies pleuro-pulmonaires	1
Staphylococcies pleuro-pulmonaires	3
1. Introduction	3
1.1. Bactériologie	3
1.2. Facteurs de virulence de <i>S. aureus</i>	3
1.3. Épidémiologie	3
2. Aspects cliniques	4
3. Évolution et complications	5
4. Traitement	5

Staphylococcies pleuro-pulmonaires

1. Introduction

- Localisation gravissime du Staphylocoque aureus, liée à :
 - *Pouvoir nécrosant* : lésions étendues et complications mécaniques
 - *Pouvoir toxique* : toxines responsables de choc et d'altération sévère de l'état général
 - *Pouvoir d'adaptation* aux antibiotiques

1.1. Bactériologie

- Cocci gram positif, réunis en diplocoques ou en amas (grappes de raisins)
- Inconstamment capsulé
- Aéro-anaérobie facultatif
- Commensal de la peau et des muqueuses de l'homme et des animaux, et présent dans l'environnement

1.2. Facteurs de virulence de S. aureus

- **Protéines de surface** : permettent la colonisation de l'hôte (liaison au collagène, à la fibronectine et au fibrinogène)
- **Toxines** : exfoliante, hémolysine, leucocidine, coagulase, estérase, DNase, hyaluronidase, lipase ; responsables de syndromes cutanés toxiques, choc toxique, toxi-infections alimentaires
- Le point de départ est soit :
 - Une colonisation locale (peau, nasopharynx, œil, voies urinaires, vagin)
 - Ou une infection loco-régionale (furoncle, abcès, sinusite, amygdalite, infection orbitaire profonde, cystite, prostatite, cervicite, salpingite...)
- Puis on a des infections à distance, suite à une dissémination hématogène (septicémie, bactériémie) (entre-autres : pneumonies)

1.3. Épidémiologie

- Réservoir essentiel = humain
- 30 à 50% des sujets sains sont porteurs (fosses nasales, gorge, peau, main, périnée et intestin)
- Transmission directe à partir des réservoirs, mais aussi à partir de lésions ouvertes
- Transmission indirecte possible (S. aureus résiste dans le milieu extérieur)

- Source d'infection hospitalières possibles : vêtements, literie, objets usuels et matériel médical

2. Aspects cliniques

Type de description : forme du nourrisson

- Surtout la première année
- Peut être initialement sain, mais aussi prématuré, mucoviscidose, déficits immunitaires +++
- Contexte épidémiologique : vie en collectivité, lésions évolutives dans l'entourage
- Porte d'entrée :
 - Cutanée (folliculite, impétigo)
 - Gastro-intestinale
 - Abscess mammaire (chez la mère)
 - Iatrogène (perfusion, cathéter, drainage...)
 - ORL (sinusite, phlegmon amygdalien)
- Clinique :
 - Modification du comportement (refus du biberon +++)
 - Altération de l'état général (pâle, geint, cyanose ou tein grisâtre)
 - Polypnée superficielle avec battement des ailes du nez et cyanose +++
 - Ballonnement abdominal +++
 - Autres :
 - Retentissement cardiovasculaire
 - Anomalies auscultatoires et de l'examen respiratoire
- Imagerie : prédominance unilatérale des images +++ ; souvent associées ; plus typique = bulle + PNO ou EPL
 - Lésions parenchymateuses :
 - Opacités alvéolo-interstitielles condensées, non systématisées, unique ou multiples, avec ligne bordante pleurale
 - Puis, une ou plusieurs bulles caractéristiques
 - Images labiles +++
 - Pneumopathies bulleuses extensives = formes graves évoluées
 - Lésions pleurales :
 - Décollements, PNO
 - Épanchements, pyopneumothorax
- Autres examens utiles :
 - TDM thoracique
 - Hémocultures
 - ECB des liquides

3. Évolution et complications

- Imprévisible
- Sous traitement approprié :
 - Amélioration clinique
 - Stabilisation radiologique, puis guérison sans séquelles après 3 à 6 semaines de traitement
- Sans traitement : complications fréquentes, souvent graves
 - Pneumopathie bulleuse extensive
 - Bilatéralisation
 - PNO, pyo-PNO suffocants
 - Pleurésies purulentes
 - Dissémination hématogène (localisations métastatiques)

4. Traitement

1. Antibiothérapie :

- Doit être le plus précoce possible (facteur pronostic)
- En doublet, actif sur le Staphylocoque
- Empirique, puis adapté à l'antibiogramme
- 1ère intention : bétalactamine ou céphalosporine + aminoside

2. Drainage des collections :

- Pleurales : ponction, lavage, drainage
- Pulmonaires : kinésithérapie de drainage

3. Traitement général :

- Oxygénothérapie
- Correction du collapsus et de l'équilibre acido-basique
- Correction des troubles et tares associées (glycémie, insuffisance rénale...)

— Résumé basé sur le cours de Pr. H. Douagui