

*Sixième partie :*  
*pneumologie*

## **1)- Diagnostic positif de la primo infection tuberculeuse**

### **I. Primo infection latente :**

- ✓ Notion de contagé familial
- ✓ Absence de cicatrice BCG
- ✓ IDR  $\geq$  10 mm
- ✓ Absence des signes cliniques et radiologiques évocateurs

### **II. Primo infection patente :**

#### **A. Signes cliniques :**

- ✓ Toux chronique, fébricule vespéral
- ✓ Rarement altération de l'état général (anorexie, asthénie, amaigrissement), sueurs nocturnes
- ✓ Manifestations extra-respiratoires :
  - Erythème noueux
  - Kérato-conjonctivite phlycténulaire
- ✓ Typhobacillose : fièvre élevée, splénomégalie

#### **B. Examens complémentaires :**

##### **1. *IDR à la tuberculine* :**

- ✓ IDR  $\geq$  10 mm si cicatrice BCG absente
- ✓ IDR  $\geq$  15 mm si cicatrice BCG présente

##### **2. *Radiologiques* :**

- ✓ Adénopathie médiastinale : hilare interbronchique, latérotrachéale, inter-trachéobronchique
- ✓ Chancre d'inoculation, infiltrat nodulaire
- ✓ Lymphangite
- ✓ Troubles de ventilation : atélectasie, emphysème localisé

##### **3. *Bactériologiques* :**

- ✓ Tubage gastrique : recherche de bacille par l'examen microscopique direct et par culture

##### **4. *Endoscopie bronchique* : en cas de troubles de ventilation**

##### **5. *TDM* : n'est pas un examen de routine**

##### **6. *PL* : systématique chez l'enfant < 3 ans**

##### **7. *Biologie* :**

- ✓ VS accélérée
- ✓ FNS : anémie modérée, rarement lymphocytose

## 2)- Traitement de la tuberculose

### I. Anti-tuberculeux :

Forme clinique	Schéma 7/7	
	Phase initiale	Phase d'entretien
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tuberculose pulmonaire</li> <li>- T. ostéo-articulaire</li> <li>- T. rénale</li> <li>- T. péricardique</li> </ul>	Enfant < 5 ans : 2 SRHZ	4 RH
	Enfant ≥ 5 ans : 2 ERHZ	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Méningite</li> <li>- Milliaire aiguë hématogène</li> </ul>	2 SRHZ	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primo-infection ± troubles de ventilation</li> <li>- T. pleurale, péritonéale</li> <li>- Adénopathies superficielles</li> <li>- Autres localisations extra-pulmonaires</li> </ul>	2 RHZ	

R ! : Le régime 2 ERHZ/4RH remplace depuis 2002 le régime 2 SRHZ/4RH car :

- ✓ Il est aussi efficace et plus économique
- ✓ Il est d'administration plus simple et ne comporte pas d'injections

Médicament	Rifampicine (R)	Isoniazide (H)	Pyrazinamide (Z)	Streptomycine (S)	Etambutol (E)
mg/Kg/J	10-12	5-6	25	15 (max 1g/j)	15

### II. Corticoïdes :

#### Prednisone :

- ✓ Posologie : 1.5 mg/kg/j pour nourrisson  
1 mg/kg/j pour enfant
- ✓ Durée : 4-6 semaines
- ✓ Indications :
  - Adénopathie médiastinale avec troubles de ventilation
  - Miliaire hématogène
  - TBK des séreuses (méninges, plèvre, péricarde, péritoine)
  - Granulome endo-bronchique

### III. Kinésithérapie :

Elle indiquée lors de :

- ✓ Primo-infection avec troubles de ventilation (atélectasie)
- ✓ Pleurésie tuberculeuse

### IV. Bonne alimentation

### ***3)- Effets secondaires des anti-tuberculeux***

#### **I. Effets mineurs :**

- ✓ Nausées
- ✓ Vomissements
- ✓ Douleurs abdominales
- ✓ Arthralgies
- ✓ Rash cutané

#### **II. Effets majeurs :**

- ✓ Réaction d'hypersensibilité cutanée et généralisée
- ✓ Choc anaphylactique
- ✓ Hépatotoxicité (depuis l'association R-H)

#### **III. Réactions spécifiques :**

- ✓ *Isoniazide (H)* :
  - hyperexcitabilité,
  - Euphorie
- ✓ *Rifampicine (R)* :
  - coloration rougeâtre des urines, larmes, salive, expectorations
  - rarement : thrombopénie avec purpura, anémie hémolytique, insuffisance rénale aigüe, choc anaphylactique
- ✓ *Pyrazinamide (Z)* : arthralgies
- ✓ *Ethambutol (E)* : NORB : ↓ acuité visuelle et dyschromatopsie (vert-rouge)
- ✓ *Streptomycine (S)* : ototoxicité, néphrotoxicité

#### **R ! : Les modalités de surveillance du traitement antituberculeux**

- Vérifier la prise régulière des médicaments antituberculeux
- Détecter tout effet indésirable
- Evaluer l'efficacité du traitement

## **4)- Bronchiolite aigüe**

### **I. Définition :**

Atteinte bronchiolaire ou bronchio-alvéolaire d'origine virale, caractérisée par l'obstruction des voies aériennes proximales et surtout distales, s'accompagnant souvent de signes de lutte respiratoire, survenant avant l'âge de 02 ans

#### **❖ Critères de définition d'une bronchiolite aigüe :**

- ✓ Age < 2 ans
- ✓ Polypnée avec toux et distension thoracique (suite à une infection aigüe des voies aériennes supérieures)
- ✓ Râles crépitants fins, diffus et bilatéraux (en fin d'inspiration)
- ✓ Frein expiratoire avec sibilants diffus
- ✓ 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> épisode de ce type

#### **❖ Virus incriminés :**

- ✓ Virus respiratoire syncytial (VRS)
- ✓ Para-influenzæ
- ✓ Influenzæ A
- ✓ Adénovirus
- ✓ Rhinovirus

### **II. Signes cliniques :**

1. Anamnèse : notion de contagé viral familiale, notion d'épidémie
2. Début : début progressif : 2-3 jours après une rhinite ou une rhinopharyngite
3. Tableau clinique :
  - ✓ Fièvre (souvent autour de 38°C)
  - ✓ Toux sèche et quinteuse, polypnée
  - ✓ Signes de lutte expiratoire
  - ✓ Parfois cyanose, sueurs dans les formes sévères
  - ✓ Wheezing
  - ✓ Signes associés :
    - Vomissements (dus à la toux)
    - Alimentation difficile

- Etat général conservé
- Apnée
- Eruption cutané, conjonctivite, polyadénopathies
- ✓ Emphysème sous-cutané
- ✓ ***Examen pleuro-pulmonaire :***
  - Distension thoracique, ampliation thoracique diminuée
  - Hypersonorité
  - Sibilance aux 2 champs pulmonaires, râles ronflants
  - Diminution du murmure vésiculaire
  - Râles sous-crépitants et crépitants
  - Débord hépatique

### **III. Signes radiologiques :**

- ✓ Emphysème généralisé :
  - Hyperclarté bilatérale
  - Horizontalisation des côtes, espaces intercostaux élargis
  - Abaissement des coupes diaphragmatiques
- ✓ Trainées hilifuges, hiles élargis, atélectasie
- ✓ Opacité à limites floues ou systématisée
- ✓ Aspect de miliaire ou aspect réticulé
- ✓ Médiastin rétréci
- ✓ Pneumothorax, pneumomédiastin

### **IV. Signes biologiques :**

- ✓ Hémogramme : globules blancs normaux ou leucopénie ou hyperleucocytose
- ✓ Gaz du sang : acidose respiratoire puis mixte, hypoxémie, hypercapnie

## **5)- Asthme modéré**

### **I. Définition : (sur le plan clinique)**

Crise de dyspnée sifflante paroxystique et réversible spontanément ou sous l'effet du traitement

### **II. Critères diagnostic :**

- ✓ Symptômes quotidiens diurnes : toux, gêne, sifflements
- ✓ B<sub>2</sub>-agonistes quotidiens
- ✓ Activité et sommeil perturbés
- ✓ Symptômes nocturnes plus d'une fois par semaine
- ✓ Fonction respiratoire : DEP 60-80% par rapport aux normes

### **III. Traitement de l'asthme persistant modéré :**

#### 1. Traitement de fond :

Traitement quotidien :

- ✓ Corticoïdes inhalés à doses moyennes :  
***Beclometasone 500-1000 micro g/j***  
***Budesonide 200-400 micro g/j***
- ✓ Broncho-dilatateurs à action prolongée (ou théophylline à libération prolongée)

#### 2. Traitement des symptômes :

- ✓ B<sub>2</sub> agonistes à action rapide à la demande
- ✓ Si augmentation de la consommation quotidienne de β<sub>2</sub> : augmenter la dose du traitement de fond

## 6)- Traitement de la crise d'asthme modérée

### I. Définition :

Crise de dyspnée sifflante paroxystique et réversible spontanément ou sous l'effet du traitement

### II. Prise en charge :

Mise en observation à l'hôpital du jour

#### **$\beta_2$ mimétiques par voie inhalée :**

- Chambre d'inhalation :

**Salbutamol, Terbutaline** : 3-5 bouffées renouvelables 2 fois à 30 mn d'intervalle

R ! :

- $\leq 20$  kg : 3 bouffées
- 21-29 kg : 4 bouffées
- $\geq 30$  kg : 5 bouffées

- Ou par nébulisation : (pulsé par O<sub>2</sub>) :

**Salbutamol** à 0.5% : 0.03 ml/kg (max 1ml)

**Terbutaline** 2ml/5mg : 0.04 à 0.08 ml/kg

2 nébulisations à 20-30 mn d'intervalle

1 H

EVALUATION

#### **Bonne réponse :**

- Clinique : DEP >80%

- Trt. :

- $\beta_2$  mimétiques : 7j par voie inhalée ou per os
- Corticoïdes : 1-2 mg/kg pendant 3-5j per os en une seule prise matinale

#### **Réponse incomplète :**

- B<sub>2</sub> mimétiques :

- 2 nébulisations à 30 mn d'intervalle
- Chambre d'inhalation 2-4 bouffées toutes les 30 mn

- Corticoïdes :

1 H EVALUATION

Sortie après mise en observation de 2 à 4 heures

#### **Aggravation :**

Crise sévère