



MÉDECINE TROPICALE

Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien

Infections respiratoires aiguës

Actualités 2017

Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gaüzère, Mise à jour le 23/01/2018

www.medecinetropicale.com

1. Généralités

Les infections respiratoires aiguës avaient fait l'objet de nombreuses directives de l'OMS durant la décennie 1980-1990, mais avaient fini par passer au second plan alors que les pneumonies demeurent toujours la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans dans le monde.

Les épidémies de Syndrome Respiratoire Aigu Sévère en février 2003 (due à un coronavirus, le virus SRAS-CoV), de grippe aviaire A(H5N1) en janvier 2004, de grippe A (H1N1)pdm09 en avril 2009, d'un nouveau coronavirus MERS-CoV en 2012 et de grippe A(H7N9) en 2013 ont rappelé la fréquence et la gravité des infections respiratoires aiguës dans le monde. Ces infections ubiquitaires ne seront pas étudiées.

Nous développerons ici l'étude des infections respiratoires aiguës, en particulier chez l'enfant dans les PED, en excluant les maladies respiratoires faisant l'objet d'autres questions : tuberculose, mélioiïdose, pneumopathies exotiques (en particulier peste pulmonaire), infections pulmonaires des états d'immunodépression acquis.

2. Les infections respiratoires aiguës (IRA)

2.1. Données épidémiologiques

2.1.1. Morbidité et mortalité

Parmi toutes les IRA, la pneumonie cause 15 % du nombre total de décès des enfants de moins de 5 ans. Elle est la première cause infectieuse de mortalité chez l'enfant. 922 136 enfants de moins de 5 ans sont morts de pneumonie en 2015. En Afrique, elle représente 21 % des décès. Ce taux monte à 28% si on inclut la période néo-natale de 4 semaines après la naissance, soit près d'un tiers de la totalité des décès.

La pneumonie à pneumocoques est plus meurtrière que le paludisme, la rougeole et le sida réunis alors que 30 % seulement des malades ont accès aux traitements. La plupart des décès interviennent dans les pays les plus pauvres et chez les enfants de moins de 2 ans. Ce fléau peut être endigué notamment grâce à la vaccination anti-pneumococcique.

2.1.2. Facteurs influençant la morbidité et la mortalité imputables aux IRA

Un risque accru d'IRA est associé à :

- des facteurs saisonniers et climatiques : saison froide et saison des pluies dans les pays du Sud, influence directe du climat (température ambiante, teneur en eau de l'atmosphère) et indirecte (mode de vie, promiscuité)
- l'environnement : surpeuplement, pollution de l'air ambiant (tabagisme, fumées domestiques : feux de cuisine, chauffage au bois ou aux bouses)
- le sexe masculin : sex-ratio 1,7/1
- l'âge : le risque de décès le plus élevé est chez le nourrisson de 1 à 3 mois
- la prématurité
- l'état nutritionnel : arrêt de l'allaitement maternel, malnutrition protéino-énergétique,
- un déficit immunologique congénital ou acquis (infection à VIH/Sida)
- un bas niveau d'éducation du père et de la mère
- un bas niveau socio-économique du pays.

La lutte contre les facteurs de risque des IRA fait que le poids de la pneumonie, et des infections respiratoires basses en général, est actuellement en diminution chez les enfants âgés de moins de 10 ans, alors qu'il augmente chez les sujets âgés de plus de 70 ans. Il faut donc poursuivre les efforts pour diminuer la pollution de l'air intérieur et ambiant, lutter contre la malnutrition infantile et utiliser sur une plus grande échelle le vaccin anti-pneumococcique, tant chez l'enfant que chez l'adulte.

2.1.3. Transmission

Les IRA sont transmises par contact direct avec les sécrétions respiratoires par le biais des gouttelettes émises lors de la toux ou des éternuements (malades, porteurs sains).

2.2. Symptomatologie clinique

Les IRA « amalgament » les maladies de l'appareil respiratoire, maladies du rhinopharynx, de l'oreille moyenne, des poumons. Cet amalgame est représentatif des principes de l'UNICEF pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Ainsi, « le diagnostic de pneumonie est posé en cas de toux, de respiration rapide et de dyspnée », triade considérée comme sévère « en cas de tirage sous-costal ou de stridor ». Ce diagnostic symptomatique a pour but de faciliter le diagnostic en vue d'administrer un traitement antibiotique standardisé systématique. Il s'agit cependant une démarche réductrice peu compatible avec la pratique clinique et nous étudierons les IRA en fonction du niveau de l'atteinte de l'arbre respiratoire.

Le pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*) est un agent majeur des infections respiratoires aiguës (otites, pneumonies). Le portage naso-pharyngé est la porte d'entrée du germe. Les enfants colonisés asymptomatiques jouent un rôle important dans la diffusion des pneumocoques.

2.2.1. Les infections des voies aériennes supérieures (VAS)

2.2.1.1. Rhinopharyngites

Ce sont les infections les plus communes de l'enfant. Elles associent fièvre, douleurs pharyngées, obstruction nasale, rhinorrhée claire ou purulente, muqueuses nasale et pharyngée congestives, adénopathies cervicales bilatérales. Elles sont dues à de nombreux virus : rhinovirus, bocavirus, adénovirus, entérovirus, méta-pneumovirus, coronavirus, virus respiratoire syncytial (VRS), *Myxovirus influenzae* et *parainfluenzae*. Les germes de surinfection les plus fréquents sont *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* type b, *Moraxella catarrhalis* : ils sont cause d'otites et de sinusites. L'association virus - bactéries est très fréquente. Le traitement est symptomatique. Le traitement antibiotique est justifié, en cas de complications avérées, supposées bactériennes (OMA purulente, sinusite purulente).

2.2.1.2. Angines

Elles sont classiquement dues à des virus (adénovirus, entérovirus, rhinovirus). Dans les PED, l'origine bactérienne à streptocoque β hémolytique du groupe A (ASA) est systématiquement évoquée vu le risque de rhumatisme articulaire aigu (séquence angine-polyarthrite-cardite).

L'angine érythémateuse ou érythémato-pultacée représente la majorité des angines virales. L'angine à fausses membranes doit faire évoquer la diphtérie, l'angine ulcéro-nécrotique unilatérale l'angine de Vincent, l'angine vésiculeuse une primo-infection herpétique ou un herpangine à *virus Coxsackie*.

Une antibiothérapie anti-streptococcique par pénicilline V (traitement historique de référence) ou amoxicilline est systématique dans les PED pour traiter l'angine et prévenir le rhumatisme articulaire aigu. Les tests de diagnostic rapide permettent de diminuer la prescription d'antibiotiques dans 75 à 90 % des cas. Spécifiques et sensibles à plus de 90%, leur coût est modique, la réalisation facile et l'acceptabilité par les patients excellente. Un TDR négatif rend la culture inutile dans les angines de l'enfant, le diagnostic d'angine à streptocoques étant alors très improbable.

Le risque de complications suppuratives des angines (otites moyennes, sinusites, amygdalites purulentes ou phlegmons péri-amygdaliens) peuvent amener à une antibiothérapie « de sécurité » en l'absence du test de diagnostic rapide.

Il faut isoler dans ce cadre la **diphtérie** dont le maître symptôme est l'angine à fausses membranes blanches ou blanc jaunâtres, épaisses, adhérentes, pouvant s'étendre localement, réalisant la laryngite diphtérique ou croup. Après un prélèvement de gorge, le traitement est immédiat associant pénicilline G et sérothérapie. La vaccination par l'anatoxine diphtérique, intégrée dans le PEV, protège contre les manifestations locales liées au bacille.

2.2.1.3. Otites moyennes aiguës (OMA)

Elles représentent la première infection bactérienne de l'enfant, touchant 20% des enfants au moins une fois par an.

Devant toute otalgie, l'examen des oreilles est impératif : il montre une membrane tympanique rouge et bombée. Les agents en cause sont *S. pneumoniae*, *H. influenzae* (otite et conjonctivite purulente), *Moraxella catarrhalis*. Ils sont responsables de complications : sinusite, mastoïdite, méningite.

Il faut prescrire des antibiotiques si le diagnostic est certain. Le traitement de première intention est l'amoxicilline : 80-90 mg/kg/j pendant 8 à 10 jours chez si l'enfant de moins de 2 ans, pendant 5 jours après 2 ans. En cas d'échec, l'antibiothérapie associe amoxicilline + acide clavulanique. En cas de syndrome otite-conjonctivite (forte probabilité d'*H. Influenzae*) : amoxicilline + acide clavulanique. La paracentèse est faite chez les nourrissons de moins de 3 mois et en cas d'otites récidivantes (isolement du germe, antibiogramme).

L'OMA est une surinfection fréquente au cours de la rougeole.

La part de *S. pneumoniae* dans les otites du jeune enfant a diminué grâce à la vaccination contre le pneumocoque. Celle d'*H. influenzae* est restée stable et celle de *Moraxella catarrhalis* a augmenté. La vaccination anti-pneumococcique doit être effectuée à titre préventif ;

2.2.1.4. Sinusite maxillaire aiguë

La sinusite maxillaire aiguë entraîne fièvre supérieure à 39°C, céphalées, rhinorrhée purulente, douleurs, parfois œdème péri-orbitaire, sensibilité à la pression des sinus maxillaires. Les germes des sinusites aiguës de l'enfant sont les mêmes que dans l'otite. L'antibiothérapie est l'association amoxicilline + acide clavulanique.

2.2.1.5. Laryngite et épiglottite

Le risque chez l'enfant est l'obstruction des VAS mettant en jeu du pronostic vital dont la sévérité de doit être estimée cliniquement par :

- le degré de tirage intercostal et sous-costal,
- le rythme respiratoire,
- la fréquence cardiaque,
- l'augmentation de l'agitation,
- la somnolence, la fatigue, l'épuisement,
- la cyanose qui traduit une hypoxémie sévère.

La prise en charge d'une obstruction des VAS impose :

- de ne pas examiner la gorge (pas d'abaisse-langue) et d'allonger l'enfant en raison du risque de mort subite,
- de pratiquer une intubation en urgence en cas de détresse respiratoire aiguë.

Il faut distinguer la laryngite et l'épiglottite : leur signe commun est le stridor.

La laryngotrachéite est due aux virus : *virus influenza*, *virus parainfluenzae*, *VRS*, *coronavirus*, entraînant une inflammation muqueuse, une augmentation des sécrétions, surtout un rétrécissement de la région sous-glottique commandant le pronostic. Elle atteint l'enfant de 1 à 3 ans. Elle est caractérisée par une toux aboyante, un stridor rauque, un enrouement précédé par une fièvre et un coryza, survenant la nuit, devant entraîner l'hospitalisation. Le traitement comporte une corticothérapie injectable, des compresses chaudes au niveau du cou, une humidification chaude de l'atmosphère.

L'épiglottite aiguë est due à *Haemophilus influenzae type b (Hib)*. Elle atteint l'enfant de 3 à 7 ans avec un début brutal : fièvre, hypersalivation, dysphonie, refus alimentaire, dysphagie, douleurs pharyngées, vomissements et une préférence pour la station assise. Elle nécessite intubation ou trachéotomie en urgence.

2.2.2. Infections des voies respiratoires basses (VRB)

2.2.2.1. Bronchite ou trachéo-bronchite aiguë

C'est une inflammation de l'arbre trachéo-bronchite, le plus souvent d'origine virale (VRS, *virus influenza A et B*, *virus parainfluenza*) et l'antibiothérapie n'est pas recommandée en première intention.

Des bactéries peuvent être en cause : *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Bordetella pertussis*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae* et *Moraxella catarrhalis* sont les germes des poussées de surinfection des bronchites chroniques.

Il faut isoler dans ce cadre la **coqueluche** qui est une forme de bronchite spécifique et hautement infectieuse due à *Bordetella pertussis*, endémique, avec des poussées épidémiques. La coqueluche est caractérisée par une toux paroxystique ou spasmodique se terminant par une quinte inspiratoire caractéristique, survenant surtout la nuit. Elle persiste 10 à 12 semaines. Elle se complique chez le nourrisson et le jeune enfant de broncho-pneumonies, d'atélectasies par obstruction bronchique. Le traitement de référence de la coqueluche était l'érythromycine à la dose de 40 à 60 mg par jour pendant 14 jours. Actuellement, l'azithromycine ou la clarithromycine représentent le standard du traitement pour la coqueluche, y compris chez la femme enceinte. La vaccination anti-coquelucheuse est intégrée au PEV, mais les sujets vaccinés sont de moins en moins protégés au fil des années.

2.2.2.2. Bronchiolite

Elle est fréquente chez le nourrisson de moins de 2 ans : 2 à 3 % des enfants hospitalisés, 90 % entre 1 et 9 mois. Elle est due le plus souvent au *virus respiratoire syncytial* (VRS), mais aussi aux *rhinovirus humains*, aux *virus influenza type A ou B.*, ou à d'autres virus émergents : *métapneumovirus humain*, *coronavirus respiratoires humains*, *bocavirus humain*. Elle se manifeste par un coryza, une toux sèche, une gêne respiratoire, A l'examen, on note une tachypnée, un tirage intercostal et sous-costal, une distension thoracique, des râles bulleux en fin d'inspiration, des sibilants à l'expiration, une tachycardie, une cyanose ou une pâleur.

Il faut pratiquer une oxymétrie et une radiographie pulmonaire qui montre une sur-distension des poumons avec aplatissement des coupes diaphragmatiques, horizontalisation des côtes et augmentation des opacités bronchiques hilaires.

Le traitement est toujours à la recherche d'un consensus. Il faut traiter en urgence : oxygène humidifié au masque, monitoring, ventilation assistée. L'antibiothérapie n'est indiquée qu'en cas de fièvre supérieure à 38,5 °C, d'OMA purulente, de pneumonie ou d'atélectasie à la radiographie pulmonaire. La corticothérapie est sans effet significatif. L'efficacité de la kinésithérapie respiratoire est toujours l'objet de discussion. Quel que soit le traitement appliqué, une surveillance étroite est impérative.

L'immaturation immunitaire est en cause, mais une carence en vitamine D chez l'enfant et chez la mère nécessite une supplémentation en vitamine D pour restaurer un taux physiologique.

La guérison est obtenue en 2 semaines, mais toux et sibilants récidivent pendant 3 à 6 mois.

L'incidence des bronchiolites est mal connue en zones tropicales. La bronchiolite est connue à La Réunion, où elle est en recrudescence saisonnière en février et mars, observée chez les enfants de moins de 2 ans, et due dans 7 cas sur 10 au VRS.

2.2.2.3 Pneumonies

La pneumonie est causée par des agents infectieux, bactériens, viraux ou champignons. Les plus courants sont : *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* type b (Hib), le *virus respiratoire syncytial* (VRS), *Pneumocystis jiroveci* cause majeure de pneumonie chez l'enfant de moins de 6 mois infecté par le VIH/Sida et responsable d'au moins un quart des décès chez les nourrissons séropositifs.

La pneumonie acquise en milieu extra-hospitalier ou pneumonie aiguë communautaire est due à des bactéries, essentiellement *S. pneumoniae*, qui reste toujours une cause majeure bien que la vaccination et la baisse du tabagisme en ait diminué la fréquence, et plus rarement *H. influenzae*. Les bactéries atypiques (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) sont les agents des pneumonies « atypiques » chez l'enfant de plus de 3 ans, alors que 75% des pneumococcies invasives se produisent chez les enfants de moins de 2 ans.

Il est nécessaire de recourir à la radiographie qui montre une pneumonie lobaire, une broncho-pneumonie, des images cavitaires hydro-aériques dans la pneumonie à staphylocoques, souvent associés à des épanchements pleuraux.

L'examen cytotactériologique des crachats est d'un intérêt limité, les conditions d'une interprétation correcte étant rarement réalisées. L'endoscopie bronchique avec lavage bronchoalvéolaire est nécessaire chez l'immunodéprimé. Le diagnostic étiologique est actuellement facilité par les tests de diagnostic rapide (pneumocoque) réalisables en 20 à 30 minutes et la détection moléculaire multiplex

en temps réel (60 mn). Le test antigénique urinaire, simple et rapide, détecte dans les urines l'antigène soluble de tous les sérotypes de pneumocoques. Il n'est pas négativé par l'antibiothérapie. Il faut rechercher des signes de gravité : troubles de la conscience, PA systolique < 90 mm Hg, pouls > 120 mn, FR > 30 mn, température < 35 °C ou > 40 °C.

Le taux de CRP est prédictif de la gravité dans les pneumopathies communautaires : un taux < 100 mg/l signerait une évolution favorable.

Le traitement recommandé est une β -lactamine (amoxicilline) + un macrolide (en cas de pneumonie atypique). On y associe kinésithérapie, hydratation, oxygénothérapie. Il ne faut pas classiquement prescrire de corticoïdes, sauf si l'enfant présente un *wheezing*. Cependant, une courte corticothérapie pourrait réduire la mortalité de 3%, la nécessité d'une ventilation assistée d'environ 5%, la survenue d'un SDRA de 5% des cas, d'où la discussion de l'utilisation des corticoïdes au moins dans les formes les plus graves.

La mortalité est élevée chez l'enfant de moins de 5 ans en Afrique et en Asie du sud-est. 75% des cas de pneumonies invasives se produisent chez des enfants de moins de 2 ans.

Il y a une forte prévalence des infections à pneumocoques au cours des pathologies malignes et de l'infection à VIH/Sida. Il faut vacciner systématiquement contre le pneumocoque ces patients.

Le VRS est l'agent pathogène le plus fréquent en cas de pneumonie virale. D'autres virus peuvent être en cause (*rhinovirus*, *virus parainfluenzae*, *métapneumovirus humain*) soit seul, soit avec une co-infection bactérienne. Les infections virales (grippe, rougeole, varicelle) sont cause de pneumonies, dues au virus lui-même ou à des germes de surinfection. Chez l'enfant, le diagnostic étiologique d'une pneumonie est difficile, car les causes bactériennes et virales ont beaucoup de points communs cliniques et radiologiques. Cependant une infection bactérienne, particulièrement à pneumocoques, se traduit habituellement par une radiographie anormale, à l'inverse d'une infection virale, mais ce schéma souffre d'exceptions.

2.3. Etiologies des IRA

2.3.1. Principaux virus en cause

Syndromes viraux respiratoires	Principaux virus en cause
Rhinopharyngite	<i>Rhinovirus</i> , <i>coronavirus</i> , <i>VRS</i> , <i>virus influenza A et B</i> , <i>virus parainfluenza</i>
Angine	<i>Adénovirus</i> , <i>entérovirus</i> , <i>rhinovirus</i>
Laryngotrachéite	<i>Virus parainfluenza</i> , <i>virus influenza</i> , <i>VRS</i> , <i>coronavirus</i>
Bronchite	<i>VRS</i> , <i>Virus influenza</i> , <i>virus parainfluenza</i>
Bronchiolite	<i>VRS</i>
Pneumonie	<i>VRS</i> , <i>virus influenza</i> , <i>virus parainfluenza</i> , <i>adénovirus</i>

2.3.2. Principales bactéries en cause

Syndromes bactériens respiratoires	Principales bactérie
Angine	<i>Streptocoque β hémolytique du groupe A (ASA)</i> <i>Corynébactérium diphtheriae</i>

Otite moyenne aiguë	<i>Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis,</i>
Epiglottite	<i>Haemophilus influenzae type b</i>
Bronchite	<i>Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Bordetella pertussis,</i>
Pneumonie	<i>S. pneumoniae, H. influenzae, C. pneumoniae, M. pneumoniae, Legionella pneumophila*</i>

* *Legionella pneumophila* est l'agent de la légionellose, forme de pneumopathie grave. Elle semble rare dans les pays du Sud. Son incidence varie avec le milieu étudié et la méthode de diagnostic employée. La pratique d'ablutions dans les lieux publics, rapportée en Tunisie, montre que la légionellose peut survenir dans les pays du Sud.

2.4. Diagnostic des IRA

Peu d'études sont consacrées à la recherche systématique des agents pathogènes des IRA au moins chez l'enfant, y compris dans les pays industrialisés.

2.4.1. Recherche des bactéries pyogènes (*S. pneumoniae, H. influenzae, S. aureus, ...*)

Les prélèvements sont faits avant tout traitement antibiotique : expectoration, aspiration pharyngée au cours d'une kinésithérapie respiratoire (mais contamination par la flore rhinopharyngée saprophyte); lavage broncho-alvéolaire ; ponction pleurale en cas de pleurésie.

Les méthodes de diagnostic sont : examen direct et culture, antigène pneumococcique urinaire, hémocultures, PCR, TDR pour le pneumocoque.

2.4.2. Recherche de germes atypiques (*M. pneumoniae, C. pneumoniae, ...*)

Prélèvements : aspiration rhinopharyngée et prélèvement de gorge, LBA

Méthodes de diagnostic : culture (milieux spéciaux, laboratoires spécialisés), PCR, sérodiagnostic

2.4.3. Recherche de *Corynebacterium diphtheriae*

Prélèvement : écouvillonnage pharyngé

Méthode de diagnostic : culture et identification, PCR

2.4.4. Recherche de *Bordetella pertussis*

Prélèvement : aspiration rhino-pharyngée à la période catarrhale

Méthodes de diagnostic : culture (germe très fragile), PCR, sérodiagnostic

2.4.5. Recherche des virus

Prélèvements : sécrétions naso-pharyngées, lavage-aspiration nasal, écouvillonnage nasal

Méthodes de diagnostic : culture cellulaire (longue, coûteuse), PCR, antigènes viraux, sérologie, tests de diagnostic rapide.

Les techniques de biologie moléculaire augmentent la sensibilité de la détection, elles permettent l'identification de virus difficile, voir impossible à isoler par les techniques conventionnelles. L'intérêt est réel chez l'enfant atteint de bronchiolite ou de rhinopharyngite, chez l'adulte atteint de BPCO ou d'asthme en exacerbation : elles évitent les mises systématiques sous antibiotique. La PCR multiplex permet de mettre en évidence plusieurs agents viraux et montre la possibilité de co-infections.

Les TDR par immunochromatographie, réalisés à partir d'un échantillon de salive ou d'un écouvillonnage nasal ou par aspiration nasale, permettent de faire le diagnostic d'infection due au virus de la grippe. Ils permettent ainsi de réduire la prescription d'antibiotiques et d'examen complémentaires et de débiter un traitement antiviral par les molécules antivirales spécifiques (anti neuraminidases : Tamiflu®) qui ne sont efficaces que dans les 30 heures après le début de la maladie. Les TDR permettent aussi de mettre en évidence le virus respiratoire syncytial (VRS) sur un prélèvement nasopharyngé.

2.5. Prise en charge thérapeutique des IRA

Le traitement antibiotique des IRA hautes n'est pas systématique chez l'enfant, sauf en cas de rhinopharyngite compliquée, d'angine aiguë à streptocoque du groupe A, de sinusite aiguë maxillaire purulente ou d'OMA purulente chez l'enfant de moins de 6 mois. L'antibiothérapie de première intention est la pénicilline V (angine), l'amoxicilline ou l'association amoxicilline + acide clavulanique (sinusite ou OMA purulentes). Chez l'adulte, la prescription d'antibiotiques doit être discutée, son utilisation n'est pas systématique. L'utilisation systématique des antibiotiques tant chez l'adulte que chez l'enfant est un facteur majeur d'émergence d'antibiorésistance.

L'antibiothérapie est toujours recommandée sans délai quel que soit l'âge dans les pneumonies communautaires, avec réévaluation clinique indispensable à 48-72 heures. L'amoxicilline (80 à 100 mg/kg/j) est le traitement de première intention chez l'enfant avant 3 ans, le pneumocoque étant le 1^{er} agent responsable des pneumonies de l'enfant avant 3 ans. Après 3 ans, l'amoxicilline est prescrite en première intention avec un macrolide s'il y a suspicion de pneumonie atypique. Le traitement dure de 5 à 7 jours dans les pneumopathies bactériennes sans signe de gravité.

En l'absence d'amélioration ou devant une aggravation, un facteur de risque doit être recherché : infection à VIH/Sida, drépanocytose... Une autre étiologie que le pneumocoque, une résistance du pneumocoque aux antibiotiques prescrits doivent aussi être recherchées.

Le traitement de la **diphtérie** est une urgence : il est immédiatement institué après le prélèvement de gorge. Il est basé sur l'antibiothérapie (pénicilline) et la sérothérapie selon le schéma de l'OMS.

Les antiviraux sont utiles dans les IRA à VRS et les formes sévères de grippe.

2.6. Prévention des IRA chez l'enfant

2.6.1. Mesures spécifiques : les vaccinations

2.6.1.1. Le PEV intègre les vaccinations contre la rougeole, la coqueluche, la diphtérie, la tuberculose et l'infection à *Haemophilus influenzae b* (*Hib*).

2.6.1.2. Les vaccins hors PEV recommandés

- **Vaccins antiviraux** : la vaccination antigrippale est préconisée tous les ans chez tous les enfants de 8 à 23 mois [les complications sont fréquentes chez l'enfant avec le virus A(H1N1)pdm09].

- Vaccins antimicrobiens :

Le vaccin conjugué 7-valent anti-pneumococcique (PPV7) est très immunogène, y compris avant l'âge de 2 ans. La durée de protection est de 5 ans. Il est intégré dans les programmes nationaux de vaccination infantile (nourrissons âgés de 2 mois à 2 ans). La vaccination anti pneumococcique doit être prioritaire chez les enfants infectés par le VIH et chez les enfants drépanocytaires. Cependant, on a noté une augmentation de l'incidence des pneumococcies causées par des sérotypes qui ne sont pas couverts par le PPV7.

Le vaccin 13-valent présente un profil d'efficacité et d'immunité comparables au PPV7 et est actuellement recommandé par l'OMS. Son introduction a été suivie d'une réduction significative du portage des souches appartenant aux sérotypes correspondants et des souches résistantes, alors que le portage des souches non PV13 n'a augmenté que très modestement.

L'administration des vaccins conjugués aux nourrissons se fait soit selon un schéma de 3 doses dès l'âge de 6 semaines, avec un intervalle de 4 à 8 semaines entre les doses, soit selon un schéma à 2 doses dès l'âge de 6 semaines, suivies d'un rappel, avec un intervalle de 8 semaines entre les 2 doses et une dose de rappel entre 9 et 15 mois. Le vaccin conjugué peut être administré avec DTC, HVB, *Hib*; poliomyélite.

L'introduction des vaccins 7 puis 13 valences a été suivie d'une chute de la fréquence des infections à pneumocoques, en particulier chez les enfants avant 2 ans, à la fois des infections non invasives (otites) et de infections invasives (pneumonies mais aussi bactériémies et méningites).

Un vaccin contre le VRS est attendu dans les prochaines années. Une réunion technique de l'OMS a été programmé en juin 2016 pour la mise en place d'une phase pilote de surveillance du VRS à partir du système de surveillance de la grippe.

2.6.2. Mesures non spécifiques

Elles associent la lutte contre la promiscuité, la malnutrition, la déshydratation, la pollution et l'éducation pour la santé qui doit fournir aux parents, en particulier aux mères, un enseignement relatif aux signes de gravité des infections respiratoires aiguës.

L'OMS encourage tous les Etats membres à renforcer leur surveillance des infections respiratoires aiguës sévères, mais ne recommande pas d'appliquer des restrictions aux voyages.

Références

- OMS. Infections aiguës des voies respiratoires. Nouvelles stratégies de lutte. *REH*, 1987, 21, 153-155.
- Chidiac C., Gérard Y. Manifestations pleuropulmonaires des maladies infectieuses. *Encycl. Med. Chir.*, Maladies infectieuses, 8-003-A-20, 1997, 9 p.
- Bornstein N. Légionelloses. *Encycl. Med. Chir.*, Maladies infectieuses, 8-021-A-10, 2001, 13 p.
- Manuguerra J.C. Grippe. *Encycl. Med. Chir.*, Maladies infectieuses, 8-069-A-10, 2002, 22 p.
- Yao N.A., Ngoran N., De Jaureguiberry J.P., Bérard H., Jaubert D. ; Immunodépression et infections pulmonaires. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 2002, 95, 257-261.
- Faverge B., Marié-Cosenza S., Biéatrix M., Attou D., Bensékhria S., Dookna P. Utilisation à l'hôpital d'un test de diagnostic rapide des angines à streptocoque du groupe A de l'enfant. *Arch. Pediatr.*, 2004, 11, 862-863.
- Ferroni A., Leruez-Ville M. Diagnostic microbiologique des infections respiratoires basses aiguës de l'enfant. *Revue des Laboratoires*, 2005, suppl. au n° 369, 31-34.
- AFSSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires. *Médecine et thérapeutique*, 2006, 12, 122-125, 126-139 et 200-217
- OMS. Plan d'action mondial pour prévenir et combattre la pneumonie chez les enfants âgés de moins de 5 ans. *REH*, 2009, 84, 451-452.
- OMS. Cibler la grippe en Afrique : stratégies pour évaluer les effets de la maladie et élaborer des mesures de lutte. *REH*, 2011, 86, 233-237.
- OMS. Vaccins antipneumococciques. Note de synthèse de l'OMS-2012. *REH*, 2012, 87, 129-14
- Leclercq I., Manuguerra J.C. Grippe. *EMC-Maladies infectieuses*, 2013, 10(3): 1-19 [Article 8-069-A-10].
- Marzouk M., Boukadida A., Chouchene I., et al. Analyse des cas de légionellose grave hospitalisés dans les services de réanimation en Tunisie. *Bull. Soc. Pathol Exot.* 2015 ; 108 : 191-196.
- OMS. Pneumonie. Aide-mémoire n° 331. Novembre 2016.
- OMS. Surveillance mondiale du VRS. *REH* 2016 ; 91 :523-524.
- GBD 2015 LRI Collaborators. Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory tract infections in 195 countries: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Infect Dis* 2017 ; 17 : 1133-1161.