

Viroses saisonnières

- Pathologies essentiellement de l'appareil respiratoire
- à l'ovt. bénignes, compliquées & sévères des sujets fragiles &/ou immuno-déprimés.

infections virales des voies aériennes & tableaux d'allure grippale survenant le plus souvent sur 1 mode épidémiologique avec recrudescence hivernale.

gravité limitée.

fb de sp: absentisme, arrêt de travail & coût direct & indirect.

2 virus impliqués: grippe...

Grippe, virus grippal

Influenzae: 3 types majeurs de virus (A, B, C)

- grande variabilité entre les souches au sein des groupes en particulier A.

- épidémies:

contamination: voie aérienne, inter-humaine, contagionité ++, lésion de l'épithélium par le virus / 1,5 microm. de diam

- épidémies saisonnières, pandémie (svt chezo, hô/animal)

Influenzae rhinovirus

Rhinovirus: répartition mondiale, hô réservoir, contamination aérienne directe enfant dès 1^{er} année.

Rhinovirus: contamination aérienne directe &/ou manipulatoire (30 à 50% de rhinite enf & adulte)

Paramyxovirus

virus para-influenzae: infection voies aériennes

les 1^{ères} années de la vie, mode épidémique (hiver, ... printemps)

virus respiratoire syncytial (VRS): pneumonies.

endémie zone tropicale

épidémie zone tempérée: (hiver printemps...)

début épidémie: recrudescence des bronchiolites, des pneumopathies chez l'enfant & augmentat° de hospitalisation.

* Ed gripal

- incubat° brève: 48h, début brutal avec $\odot$ élevé, frissons, céphalée rétro-orbitaire, myalgies, arthralgies.
- écoulement nasal, toux sèche (m^l diarrhée)
- absence de signes physiques (écarteur du 4g de virus)
- évolution favorable en 5 à 7 jours avec chute fièvre en 2 tps
- "V gripal".
- le 4g est dur.

* coryza aigu ou rhume banal

- congestion aigue nasopharyngée (nez bouché ou irrité)
- sécrétions muqueuses abondantes parfois purulentes si surinfection.
- t° normale.

* angine: virus dans 20 % des cas.

le $\odot$ surt° angine érythémateuse avec fièvre & dysphagie ph des conséquences thérapeutiques.

* rhinite & rhinopharyngite aiguës:

écoulem^t nasal muqueux puis purulent, t° variable, des

signes du Ed grippal.

- laryngites: surtout les cordes vocales.
enfant < 3 ans, début progressif (rhume banal), bon EG,
enrouement & stridor expiratoire. = vapeur
pronostic excellent (Ag différentiel r. épiglottite aiguë d'origine
bactérienne avec dyspnée ++, asphyxie et urgent).

- bronchite: (évolue en 2 phases)
 - phase sèche: fièvre, toux, bruits retro sternaux
 - phase humide (après 3-4 jours): toux productive, expecto séro-
muqueuse voir purulente.

- bronchiolite aiguë
 - chez VN, immunodéprimé ou sujet âgé
 - brachite avec bronchospasmes.
 - Ag virologique établi sur post-mortem.

- Pneumopathie
 - atypique, incubation courte (2 à 3 jours), début progressif
 - fièvre variable, toux sèche, myalgies, arthralgies
 - râles crépitants localisés
 - Rx: classiquement des opacités non systématisées unilatérales. (sv: aspects trompeurs).

râles: nom donné par Laennec à tous les bruits anormaux que produit l'acte respiratoire le passage de l'air dans les bronches lié à une cause.

râles crépitants: secs en fin d'inspiration, fins, réguliers

râles sous crépitants: plus humides, de façon irrégulière aux 4^{ts} de la respirat^o.

râles sibilants: sifflem^t musical d'1 ton plus ou moins aigus

TTT

→ Ttt curatif

- AIB: pas d'indication pour ces infect^o virales sauf si surinfection bactérienne (grippe surinfectée de la PA)

rhumatisme articulaire aigu

- angine: pb du RAA, test de Ag rapide du streptocoque ?? attitude traiter angine par pénicilline V.

- Ttt antiviraux ?? Tamiflu®

- Ttt symptomatiques: antipyrétiques, sédatifs légers (si pas expectoration) rps, pas d'AINS ni corticoïde, O₂ si sévère.

- Ttt préventif: grippe, vaccin diff. Tous les ans, éliminé en 10 à 15 jours, CVD: allergie protéine oeuf, 1^{er} encarte: vacc = oui.

BRONCHITE

agent pathogène
réservoir

source contaminat^o

mode contaminat^o

incubat^o

contagiosité

durée contagiosité

pop part. exposées

pop à risque.

URS

homme malade (exant)

secrét^o respiratoires

contact^o direct & indirect +++

3 à 8 j (4 à 6 le + so!)

forte (début au la clinique typique)

3 à 8 j pers

persistents

moins < 3 mois, immuno-déprimés,
patho B & pulm.

clinique: rhinite avec toux sèche, obstruct° nasale d'autant plus marquée que l'enfant est jeune.

précède la bronchiolite de 24 à 72 h.

dyspnée avec polypnée: expect° active, poussée, +/- bruyante, grêillante ou sifflante.

distension thoracique: signe de lutte (tirage intercostal, sous clavculaire, battement des ailes du nez) = épuisement

auscultation: crépitations v/ou sous crépitations puis sibilant surt° audibles à distance (rehearing).

- tt:
- hydratation, nutrition avec désobstruction nasopharyngée au: l'
 - alimentation, fractionnem^t des repas, épaississe^mt des repas.
 - couchage: proclive dorsal 30°, avec tête en légère extension
 - désobstruct° nasale (serum 4, posit° de la tête)
 - ⚠ bébé passif, aération, +19°C, se laver les mains (souvent)
 - cure respiratoire.