**TRACHEITE BACTERIENNE**

*Pediatrics in Review 2014; 35; 497*

**EPIDEMIOLOGIE**

* EXCLUSIVEMENT CHEZ LES **ENFANTS** (âge moyen = 5 ans).
* **RARE** : 4-8/100'000 enfants.
* **GRAVE** car :
  + Evolue **RAPIDEMENT avec DETERIORATION EN 2-10 HEURES !!!**
  + Ad 20% **MORTALITE.**
  + 80% d’**INTUBATION.**
  + 90-94% de passage aux **USI.**
* FACTEUR DE RISQUE = **TRACHEOSTOMIE.**

**MECHANISME**

Infection bactérienne souvent secondaire  à infection virale à RSV et grippe =>

* Inflammation (œdème et sécrétions).
* Production de pus et pseudo-membranes.
* Nécroses/Ulcérations.

=> OBSTRUCTION TRACHEALE

**SYMPTOMES**

* Prodromes viraux (avant la surinfection) : coriza, toux, mal de gorge.
* Symptômes d’infection bactérienne et d’obstruction respiratoire :
  + **T° >38,5°C**
  + **VOIX ENROUEE**
  + **STRIDOR**
  + **TACHYPNEE**
  + **ASPECT TOXIQUE**
* **ABSENCE DE REPONSE À L’ADRENALINE ET AUX CORTICOSTEROIDE SYSTEMIQUES !**
* **PRESENCE DE PUS A L’EXAMEN AU LARYNGOSCOPE FLEXIBLE.**

**GERMES EN CAUSES**

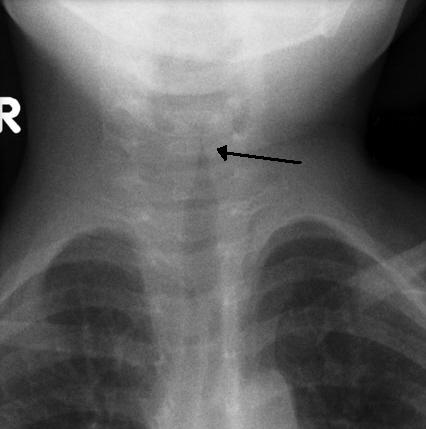
* **S.Aureus**
* **H.Influenzae**
* **Streptocoque A**
* **S.Pneumoniae**
* Pseudomonas
* **Moraxella catarrhalis**
* Klebsielles
* Autres Gram negatifs.

**DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

* Laryngite virale (faux croup).
* Epiglottite (MAIS PAS D’ODYNODYSPHAGIE, SALIVATION OU DE « SNIFFING POSITION» dans la tracheite bactérienne).
* Angio-œdème.
* Diphtérie (si pas vacciné).

**LABORATOIRE**

* Leucocytose
* Leucopénie
* Rx du cou face/profil
  + **Irrégularité** de la paroi trachéale
  + Aspect flou des parois (fausses membranes)
* **Signe « du clocher**» = aspect en « V » inversé du haut de la trachée



* Culture virale et bactérienne des aspiration trachéales et Gram.

**TRAITEMENT**

* **L’adrénaline et les corticoïdes N’ONT PAS d’effet dans la trachéite bactérienne !**
* **INTUBATION** (CAVE prévoir tube de diamètre 1 mm plus petit que la normale) prévoir une durée de 2-7 jours et hospitalisation de 5-12 jours.
* **NETTOYAGE TRACHEAL AU BLOC** à l’endoscope rigide (idéalement par ORL) et **recommencer par la suite si pas d’amélioration ou repéjoration sous AB**.
* **TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE** combiné à **large spectre** (en attendant l’antibiogramme) :
  + Couverture pour S.Aureus/H.Influenzae/Pneumocoque R.
    - Vancomycine ou Clindamycine
  + Couverture pour Moraxella/Pseudomoas/Klebsielles:
    - Tazobac® (Pipéracilline+Tazobactam) ou
    - Rocéphine® (ceftriaxone) ou
    - Floxapen® (flucloxacilline) si allergie aux pénicillines.
* Désintuber lorsque le patient n’est **ni toxique ni fébrile, a moins de sécrétions, a des fuites d’air sur le tube.**