

SEMINAIRES SSMG 2018

-

Antibiothérapie pédiatrique en pratique ambulatoire



SOCIETE SCIENTIFIQUE de
MEDECINE GENERALE

Dr S. Jaspers

Dr D. Weynants

Introduction

- Super bugs
- Conso AB en Belgique
- Maladies virales en pédiatrie

Antibiothérapie en pédiatrie en pratique

ambulatoire

- Mal de gorge
- OMA
- Rhinosinusite
- Laryngite, trachéite, bronchite, épiglottite
- Bronchiolite
- Pneumonie acquise en communauté
- Infections urinaires
- GEA
- Impetigo
- Cellulite ou érysipèle
- Conjonctivite

Cas clinique 1

- M, 20 mois
- Rhinorrhée muco-purulente, toux sèche devenue grasse
- Fièvre à 39,5°C > 48h
- Difficultés alimentaires et vomissements
- Grincheux, sommeil agité, ne joue plus

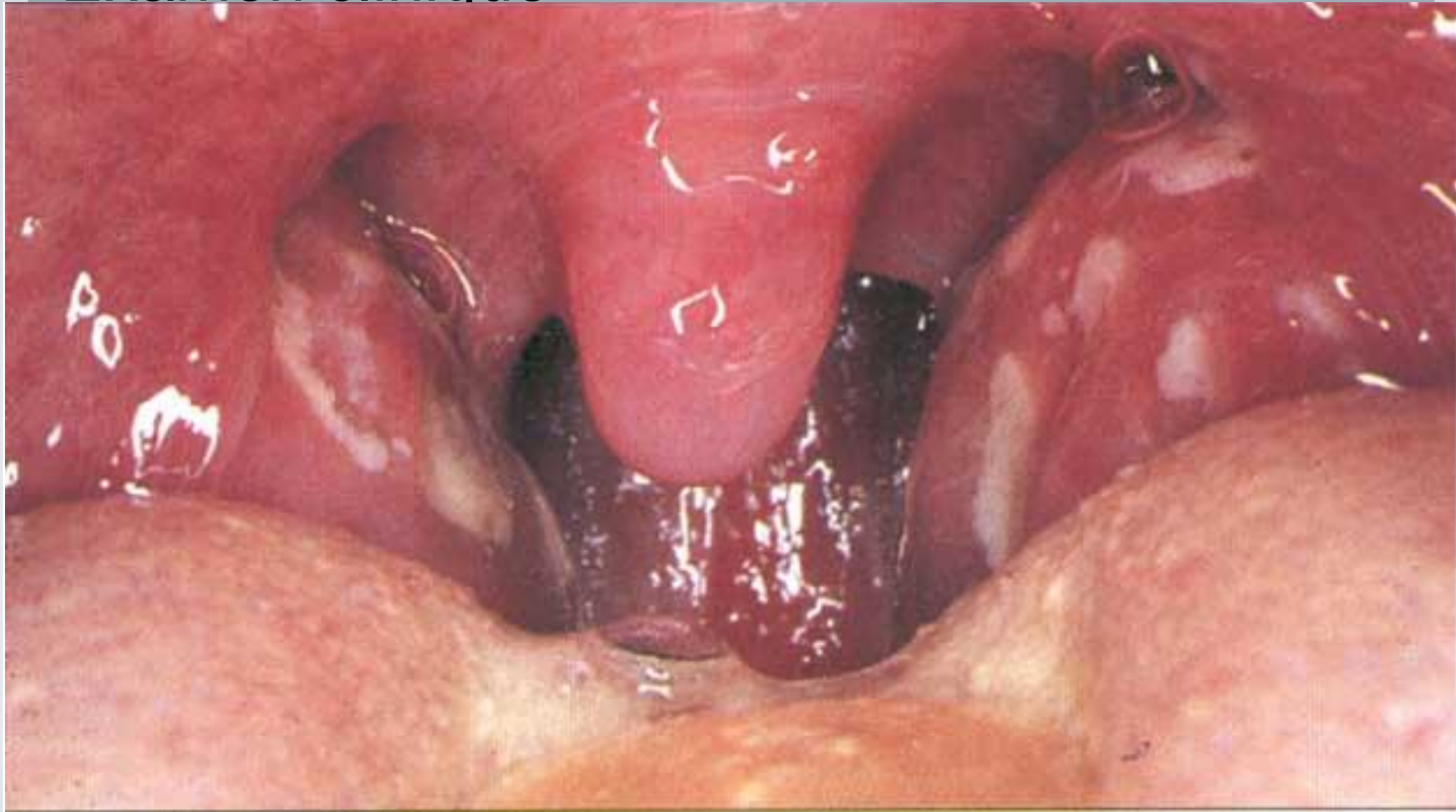
Examen clinique

- Paramètres : Pds:11kg – FC:140/min – T°:39,5°C
- Abattu
- Cardio : B1B2, tachycarde
- Respi : BEA, BRN X2
- Abdo : sensibilité épigastrique, pas de masse, transit présent
- Neuro : s'endort mais réveillable, peu collaborant, nuque difficile à évaluer
- Aires ganglionnaires : ADP cervicales antérieures bilatérales 3cm de diamètre, sensibles à la palpation
- Cutané : normohydraté et coloré, absence d'éruption

Examen clinique

- Paramètres : Pds:11kg – FC:140/min – T°:39,5°C
- Abattu
- Cardio : B1B2, tachycarde
- Respi : BEA, BRN X2
- Abdo : sensibilité épigastrique, pas de masse, transit présent
- Neuro : s'endort mais réveillable, peu collaborant, nuque difficile à évaluer
- Aires ganglionnaires : ADP cervicales antérieures bilatérales 3cm de diamètre, sensibles à la palpation
- Cutané : normohydraté et coloré, absence d'éruption
- ORL : encombrement nasal, tympanes normaux, amygdales augmentées de volume, érythémateuses avec dépôts blanchâtres, rhinorrhée postérieure muco-purulente

Examen clinique



Quelle serait votre
attitude face à ce
patient ?

Mal de gorge (càd Pharyngotonsillite/Angine aiguë)

- Clinique
 - Fièvre
 - Mal de gorge
 - Troubles de la déglutition
 - Adénopathies cervicales
 - Degré variable d'obstruction des VRS possible

Mal de gorge (càd Pharyngotonsillite/Angine aiguë)

- Epidémiologie
 - 85% viral, 15% bactérien mais résolution spontanée est la règle
 - Complications rares
 - NNT : 5 pour éviter douleur à J3; 15 pour éviter douleur à J7; 200 pour éviter OMA
 - Abscess rare (<1/10 000 de 0-4 ans et <6/10 000 de 5-15 ans), sans effet des AB
 - Modification de l'épidémiologie des SBHA dans nos régions (disparition du RAA) => pas de recommandation AB en routine

Mal de gorge (càd Pharyngotonsillite/Angine aiguë)

- Diagnostic
 - Scores cliniques (Centor)
 - peu sensibles
 - peu spécifiques
 - Diagnostic bactériologique
 - Rapide, fiable, sensible
 - Mais peu utile : 30% de porteurs sains du SBHA !!

Mal de gorge (càd Pharyngotonsillite/Angine aiguë)

- Traitement de 1° Ligne

- Antalgiques (paracétamol et AINS à bonnes doses et bons intervalles)
 - Paracétamol 15mg/kg/6h ou Ibuprofène 10mg/kg/8h
 - Préférer un échelonnement qu'une association ou une alternance
 - Par ex : para/6h et ibu aux repas si nécessaire
 - Suivre la fièvre
- Déconseillés : Cortico et AAS

Mal de gorge (càd Pharyngotonsillite/Angine aiguë)

- Traitement : Antibiothérapie (Indications)
 - Forte altération de l'état général
 - Mal être, maux de gorge, troubles de la déglutition, fièvre : importants
 - Attention de ne pas masquer une autre étiologie sous-jacente (par ex : pneumonie)
 - Patients à risque = Immunodépression par ex (dont syndrome de Down)
 - Absence d'amélioration à 72h => Préférer réévaluation

Mal de gorge (càd Pharyngotonsillite/Angine aiguë)

- 1° choix = Pénicilline V
 - SBHA toujours sensibles ! => Magistrale
- 2° choix = Amoxicilline
 - Attention risque rash sur EBV (non allergique, causée par le virus)
 - Ou Céfadroxil (alternative à l'amoxi et 1° choix si allergie non IgE médiée à la péni)
- Allergie IgE médiée : macrolide
 - Clarithromycine ou azythromycine
 - Mais Résistances élevées SBHA (intérêt d'une culture pour obtenir un antibiogramme)

Mal de gorge (càd Pharyngotonsillite/Angine aiguë)

- Antibiothérapie

- 1° choix = Pénicilline V => 50 000 UI/kg/j en 2-3 prises
- 2° choix = Amoxicilline => 75-100 mg/kg/j en 2-4 prises
- Ou Céfadroxil => 30 mg/kg/j en 2 prises
- Allergie IgE médiée : Clarithromycine => 15mg/kg/j en 2 prises

Mal de gorge (càd Pharyngotonsillite/Angine aiguë)

- Antibiothérapie

- 1° choix = Pénicilline V => 50 000 UI/kg en 2-3 prises
- 2° choix = Amoxicilline => 75-100 mg/kg/j en 2-4 prises
- Ou Cefadroxil => 30 mg/kg/j en 2 prises
- Allergie IgE médiée: Clarithromycine => 15mg/kg/j en 2 prises

Prophylaxie des contacts et des récidives non indiquée

Mal de gorge (càd Pharyngotonsillite/Angine aiguë)

- Quand faut-il référer ?
 - Evolution atypique/dégradation malgré AB
 - Obstruction sévère des voies respiratoires (aiguë/chronique)
 - Impossibilité de déglutition
 - Patient à risque (co-morbidité sous-jacente)
 - Evidence/suspicion d'abcès
 - Suspicion de pharyngotonsillite comme manifestation d'une pathologie sous-jacente (malignité par exemple)
 - Pharyngotonsillites récidivantes et indication chirurgicale à discuter =>5-6 épisodes/an

Cas clinique 2

- G, 9 mois
- Pleurs inconsolables, surtout dans son lit
- Rhinorrhée muqueuse, absence de toux
- Fièvre 38,5°C depuis 36H
- Appétit conservé
- Sommeil perturbé par les pleurs

Examen clinique

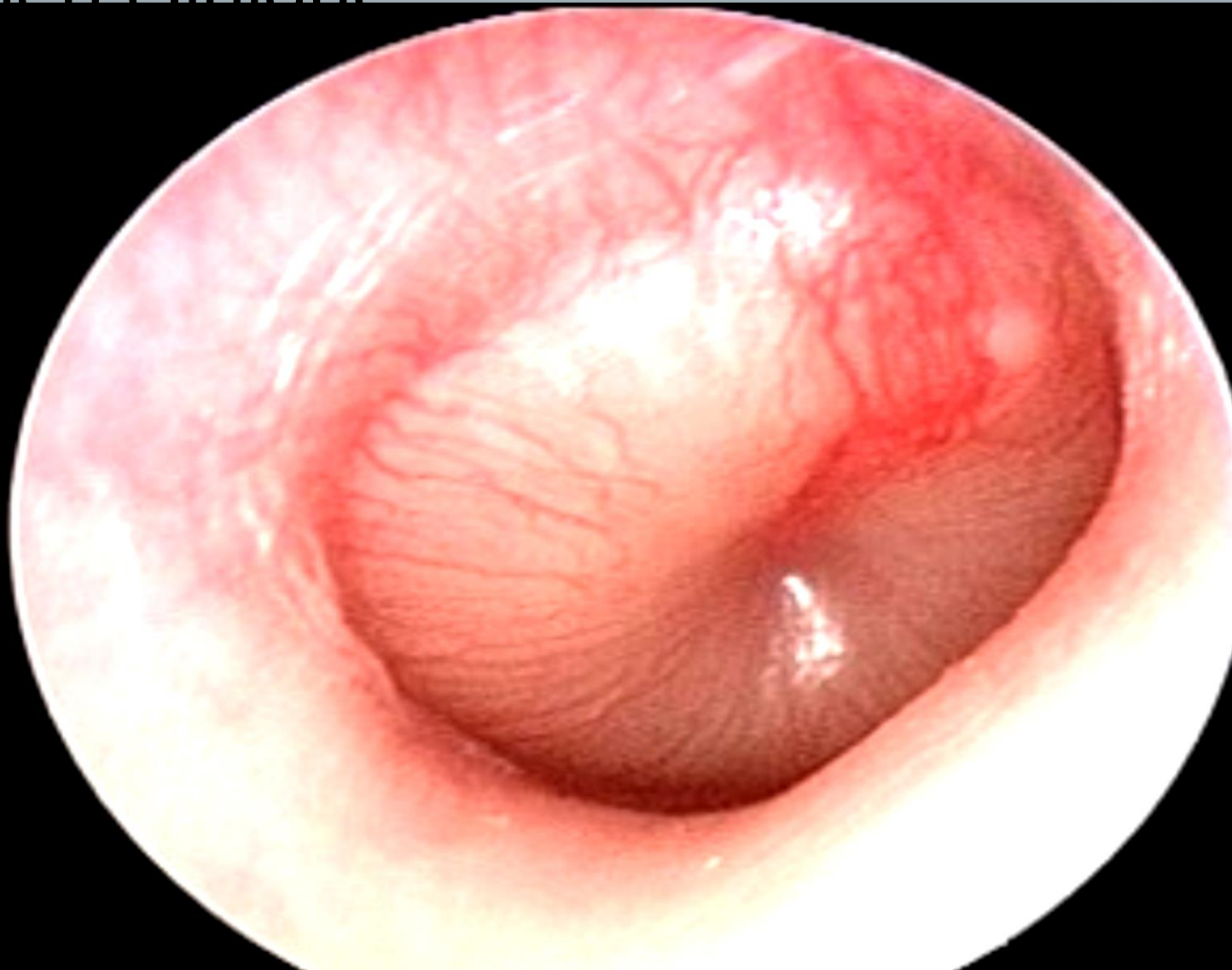
- Paramètres : Pds:8kg – FC:120/min – T°:38,0°C (perdolan)
- Bon état général
- Cardio : B1B2, tachycardie légère
- Respi : BEA, BRN X2, bruits transmis ORL
- Abdo : SDI, pas de masse, transit présent
- Neuro : normal, pas de raideur de nuque
- Aires ganglionnaires : ADP disséminées à toutes les aires, infracentimétriques, mobiles et indolores
- Cutané : normohydraté et coloré, absence d'éruption

Examen clinique

- Paramètres : Pds:8kg – FC:120/min – T°:38,0°C (perdolan)
- Bon état général
- Cardio : B1B2, tachycardie légère
- Respi : BEA, BRN X2, bruits transmis ORL
- Abdo : SDI, pas de masse, transit présent
- Neuro : normal, pas de raideur de nuque
- Aires ganglionnaires : ADP disséminées à toutes les aires, infracentimétriques, mobiles et indolores
- Cutané : normohydraté et coloré, absence d'éruption
- ORL : encombrement nasal, rhinorrhée muqueuse antérieure et postérieure, pharynx légèrement érythémateux, Ty gauche non vu (cérumen), Ty droit érythémateux, bombé, opacifié avec présence de pus rétrotympanique

Examen clinique

- Param
FC:120
(perola
- Bon éta
- Cardio
légère
- Respi
transm
- Abdo :
transit
- Neuro : normal, pas de raideur



DP
aires,
biles et
et
on
sal,
,
e non

érythémateux, bombé, opacifié
avec présence de pus

Quelle serait votre
attitude face à ce
patient ?

OMA

- Clinique
 - Fièvre $> 38,5^{\circ}\text{C}$
 - Otalgie (si en âge de le signaler) / Pleurs
 - Otoscopie positive
 - Disparition du reflet tympanique
 - Œdème tympanique
 - Présence de pus en rétrotympanique

OMA

- Clinique
- Fièvre
- Otalgie
- Otorrhée
- Décharge purulente
- Otite
- P



OMA

- Clinique
- Fièvre
- Otagie
- Otosco
- Disp
- Œdè
- Prés



OMA

- Epidémiologie
 - 80-95% bactérien
 - Guérison spontanée est la règle
 - NNT douleur à 2-3 jours = 24
 - Autres complications rares (mastoïdite par ex) NNT impossible à déterminer

OMA

- Epidémiologie

- 80-95%

- Guéris

- NNT d

- Autres
impos



NNT

OMA

- Traitement de 1° Ligne

- Antalgiques (paracétamol et AINS à bonnes doses et bons intervalles)
 - Paracétamol 15mg/kg/6h
 - Ibuprofène 10mg/kg/8h
- Préférer un échelonnement qu'une association ou une alternance
 - Par ex : para/6h et ibu aux repas si nécessaire
 - Suivre la température

OMA

Traitement : antibiothérapie (indications)

- 0-1 mois : référer d'emblée
 - 1-6 mois
 - AB d'emblée
 - Mais se méfier d'une autre pathologie sous-jacente
 - 6-24 mois
 - AB si plaintes persistent après 48-72h
 - > 24 mois : cfr ci-contre
- A tout âge, ssi facteurs aggravants :
 - Infection sévère (fièvre > 39°C ET AEG)
 - OMA bilatérale
 - Otorrhée
 - Groupe à risque (immunodéficiência, fuite connue de LCR)

OMA

- 1° choix : Amoxicilline
 - Couvre S. pneu, H. infl, SBHA
- Si pas d'amélioration > 48-72h : AC ou Cefuroxime axétil
 - Couvre H. infl R amoxi et M. Catarrhalis
- Allergie non IgE médiée : Cefuroxime axetil
- Allergie IgE médiée : Cotrimoxazole
- NB : Otite sur drains : ciproxine locale (Ciloxan)

OMA

- 1° choix : Amoxicilline => 75-100 mg/kg/j en 3 prises
- Amoxiclav => 50/37,5 mg/kg/j en 3 prises
- Cefuroxime axétil => 30-50 mg/kg/j en 3 prises
- Cotrimoxazole => 8(trim)/40(sulf) mg/kg/j en 3 prises
- Ciloxan : 2-3 gouttes/oreille 3x/j
 - Durée optimale : 7 jours
- NB : récurrence endéans le mois : TOUJOURS changer de molécule !!

OMA

- Quand faut-il référer ?
 - Nourrisson de moins d'1 mois (bilan hospitalier/AB IV)
 - Fuites de LCR
 - Absence de réponse au traitement
 - Suspicion de complications (mastoi'dite, méningite, ...)
 - Otorrhée/perforation persistante > 6 semaines
 - OMA récidivantes (> 3/6 mois ou >5-6/12 mois)

Cas clinique 3

- F, 2 ans
- Depuis 1 mois, rhinorrhée purulente, toux grasse, surtout nocturne
- Parfois vomissements de glaires
- Sommeil très perturbé
- Alimentation variable mais satisfaisante

Cas clinique 3

- F, 2 ans
- Depuis 1 mois, rhinorrhée purulente, toux grasse, surtout nocturne
- Parfois vomissements de glaires
- Sommeil très perturbé
- Alimentation variable mais satisfaisante
- Mais ... ça n'en finit pas docteur !!

Examen clinique

- Paramètres : Pds:12,5kg – FC:100/min – T°:37,5°C
- Bon état général
- Cardio : B1B2, tachycardie légère
- Respi : BEA, BRN X2, bruits transmis ORL
- Abdo : SDI, pas de masse, transit présent
- Neuro : normal, pas de raideur de nuque
- Aires ganglionnaires : libres
- Cutané : normohydraté et coloré, absence d'éruption

Examen clinique

- Paramètres : Pds:12,5kg – FC:100/min – T°:37,5°C
- Bon état général
- Cardio : B1B2, tachycardie légère
- Respi : BEA, BRN X2, bruits transmis ORL
- Abdo : SDI, pas de masse, transit présent
- Neuro : normal, pas de raideur de nuque
- Aires ganglionnaires : libres
- Cutané : normohydraté et coloré, absence d'éruption
- ORL : encombrement nasal, rhinorrhée muco-purulente antérieure et postérieure, pharynx légèrement érythémateux, tympons dépolis bilatéralement

Examen clinique

- Paramètre
FC:100/mi
- Bon état g
- Cardio : B
légère
- Respi : BE
transmis C
- Abdo : SD
transit prés
- Neuro : no
de nuque



: libres
até et
ruption
t nasal,
ulente
eure,
ns dépolis

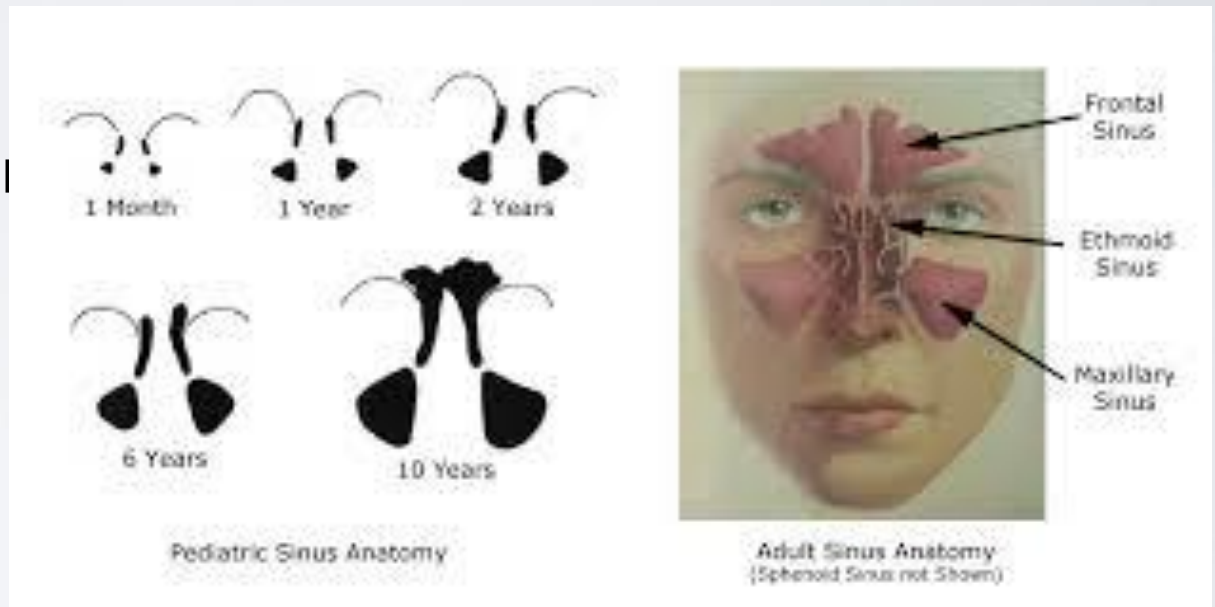
Quelle serait votre
attitude face à ce
patient ?

Rhinosinusite aiguë

- Définitions
 - Apparition d'une rhinorrhée colorée (muco-purulente) depuis moins de 12 semaines
 - Spectre depuis la rhinite banale jusque sinusite bactérienne
- Sinusite bactérienne aiguë (5% slt)
 - Fièvre, rhinorrhée purulente et douleur sinusienne localisée
 - Evolution bi-phasique (aggravation après phase initiale modérée)

Rhinosinusite aiguë

- Variabilité en fonction de l'âge :
 - Sinus ethmoïdaux dès le jeune âge : ethmoïdite, sinusite orbitaire, ...
 - Sinus maxillaires > 6 ans
 - Sinus frontaux > 8 ans



Rhinosinusite aiguë

- Indications d'antibiothérapie
 - Ne prévient pas les complications (rares)
 - Ethmoïdite, sinusite orbitaire, ...
 - Rarement indiqué sauf :
 - Signes de sinusite bactérienne grave : fièvre élevée, AEG, durée > 10-15 jours
 - Facteurs de risque tels que fuite de LCR ou immunodépression
 - Molécules/doses/durée : cfr OMA

Cas clinique 4

- S, 4 ans
- Apparition brutale d'une toux quinteuse vers 3-4h du matin
- Rhinite simple
- Bruit respiratoire audible à la bouche
- Pas de syndrome d'inhalation

Examen clinique

- Paramètres : Pds:16kg – FC:120/min – T°:37,0°C – FR:40/min – Satu:94%
- Anxieux, conscient, collaborant, ne parle que par mots séparés
- Cardio : B1B2, tachycardie légère
- Respi : bruit audible à la bouche, polypnée, tirage inter et sous-costal, pas de bruits adventices
- Abdo : SDI, pas de masse, transit présent
- Aires ganglionnaires : libres
- Cutané : normohydraté et coloré, absence d'éruption
- ORL : pharynx érythémateux, tympan normaux, rhinorrhée muqueuse
- Neuro : normal, pas de raideur de nuque

Examen clinique

- Pa
FC
FR
- An
ne
- Ca
lég
- Re
bo
et
ad



- Abdo : SDI, pas de masse,

Examen clinique

- Pa
FC
FR
- An
ne
- Ca
lég
- Re
bo
et
ad

Bruit respi = stridor inspiratoire



- Abdo : SDI, pas de masse,

Quelle serait votre
attitude face à ce
patient ?

Laryngite, trachéite, épiglottite, bronchite

- Laryngotrachéo(bronchite) aiguë = faux croup, laryngite spasmodique, laryngite striduleuse, laryngite aiguë sous-glottique, ...
- Pas d'indication d'antibiothérapie
- Référer seulement si détresse respiratoire haute vraie ou inquiétude parentale

Laryngite, trachéite, épiglottite, bronchite

- Trachéite aiguë bactérienne
 - Très rare
 - Urgence médicale
 - Fièvre élevée, insuffisance respiratoire aiguë, AEG
 - Référer immédiatement vers un hôpital pédiatrique

Laryngite, trachéite, épiglottite, bronchite

- Epiglottite aiguë
 - Rare depuis la vaccination anti Haemophilus infl type b
 - Urgence vitale
 - Référer immédiatement vers un hopital pédiatrique
- Penser chimioprophylaxie des contacts (stt non vaccinés!)

Laryngite, trachéite, épiglottite, bronchite



- Epiglottite aiguë
 - Rare depuis la vaccination anti Haemophilus infl type b
 - Urgence vitale
 - Référer immédiatement vers un hopital pédiatrique
- Penser chimioprophylaxie des contacts (stt non vaccinés!)

Examen clinique

- Paramètres : Pds:16kg – FC:120/min – T°:37,0°C – FR:40/min – Satu:94%
- Anxieux, conscient, collaborant, ne parle que par mots séparés
- Cardio : B1B2, tachycardie légère
- Respi : bruit audible à la bouche, polypnée, tirage inter et sous-costal, pas de bruits adventices
- Abdo : SDI, pas de masse, transit présent
- Aires ganglionnaires : libres
- Cutané : normohydraté et coloré, absence d'éruption
- ORL : pharynx érythémateux, tympanes normaux, rhinorrhée muqueuse
- Neuro : normal, pas de raideur de nuque

Examen clinique

- Par
- T
- Anx
- par
- Car
- Res
- pol
- pas
- Abs
- pré



**Bruit respi =
wheezing expiratoire
+/-
sibilances et crépitants**

Laryngite, trachéite, épiglottite, bronchite

- Bronchite aiguë
 - Etiologie : toujours virale
 - Guérison spontanée, pas d'effet de l'ABthérapie
 - 50% résolution de la toux à 10 jours
 - 90% à 25 jours
 - PAS D'ANTIBIOTHERAPIE
 - Référer si : AEG, DR, toux > 1 mois ou récidivante

Bronchiolite

- Clinique
 - Nourrisson de **moins de 2 ans et premier épisode**
 - 1° IVRS (1-4 jours) : rhinorrhée, toux +/- fièvre
 - 2° phase pulmonaire (3-4 jours) : crépitants fins inspiratoires à l'auscultation
 - Détresse respiratoire voire insuffisance respiratoire
 - Et parfois apnées et/ou sibilances
 - 3° phase de plateau (7-10 jours)
 - 4° résolution (2-3(4) semaines)

Bronchiolite

- Epidémiologie
 - TOUJOURS VIRAL
 - 60-90% RSV
 - Métapneumovirus
 - Autres : Infl A et B, parainfl, adénoV , rhinoV...
- Diagnostic = clinique
 - Pas d'intérêt de : RX, bio, recherche virale (sauf pour contingentement hospitalier)
 - SpO2 si DR : Oxygène ?

Bronchiolite

- Traitement de 1° ligne
 - Aucun n'a prouvé d'efficacité (aérosols qq soit molécule, kiné, corticoïdes)
 - Seuls utiles :
 - Soins de nez (toujours rhinite associée)
 - Support alimentaire/hydratation (fractionner voire gavages)
 - Oxygénothérapie lorsqu'elle est nécessaire

Bronchiolite

- Antibiothérapie
 - Aucun effet sur l'intensité ou la durée des symptômes
 - Sauf évidence prouvée d'autre foyer/surinfection
 - ! OMA/foyer Rx d'étiologies virales sont fréquents !
 - => sur avis pédiatrique

Bronchiolite

- Quand faut-il référer ?
 - Nourrisson de moins de 3 mois
 - Antécédents de prématurité (< 32 semaines)
 - Risque d'apnées (prématuré, né < 2 mois, comorbidité)
 - Pathologie pulmonaire chronique sous jacente (dysplasie bronchopulmonaire), cardiopathie, immunodépression, maladies neuromusculaires
 - Tachypnée > 60-70/min
 - Troubles alimentaires
 - Léthargie progressive

• Situation sociale précaire

Pneumonie Acquise en Communauté (PAC)

- Diagnostic d'une PAC suppose repose sur ≥ 2 (3) de :
 - Clinique : fièvre, toux, tachypnée *, asymétrie auscultatoire, crépitants ou matité localisée (NB : sensibilité et spécificité relatives)
 - RX : foyer de pneumonie lobaire
 - Biologie : numération, CRP, hémoculture
 - (Age)

Pneumonie (AC)

- Diagnostic d'une PAC suppose repose sur min 2 de :

- Clinique : fièvre, tachypnée, râles
auscultatoire, crépitements
sensibilité et sp

*Tachypnée (OMS)

Age

FR

- RX : foyer de pr

< 2 mois

> 60/min

- Biologie : numé

2-11 mois

> 50/min

- (Age)

> 11 mois

> 40/min

Pneumonie (AC)

- Epidémiologie
 - MAJ = *Streptococcus pneumoniae*
 - Rarement *Haemophilus influenzae* (cfr vaccination)
 - *Mycoplasma pneumoniae* : controversé !

Pneumonie (AC)

- Traitement de 1° Ligne
 - Antipyrétiques (paracétamol et AINS à bonnes doses et bons intervalles)
 - Paracétamol 15mg/kg/6h
 - Ibuprofène 10mg/kg/8h
 - Préférer un échelonnement qu'une association ou une alternance
 - Par ex : para/6h et ibu aux repas si nécessaire
 - Suivre la température

Pneumonie (AC)

- Antibiothérapie

- 1° choix : Amoxicilline per os
- Pas de supériorité de : AC, macrolides ou co-trimoxazole (résistances !)
- Allergie non IgE médiée : céfuroxime axétil
- Allergie IgE médiée : référer en milieu hospitalier
- Mycoplasme : pas d'évidence de l'intérêt du traitement par macrolides
 - Pas d'effet sur les symptômes ou la durée !!

Pneumonie (AC)

- Antibiothérapie

- 1° choix : Amoxicilline per os = 100mg/kg/8h
- Allergie non IgE médiée : céfuroxime axétil = 30-50 mg/kg/j en 3 prises
 - Durée = 5 jours
- NB : < 2 ans avec IVRI et wheezing = PAS D'AB ! (cfr bronchite)

Pneumonie (AC)

- Quand faut-il référer ?
 - < 6 mois
 - Vomissement du traitement oral
 - Fièvre élevée > 48h de traitement bien conduit
 - Détresse respiratoire progressive
 - SpO2 < 92% (AA)
 - Dégradation progressive de l'état général
 - Apports hydriques insuffisants
 - Pathologie sous-jacente
 - Pneumonie avec épanchement pleural
 - Impossibilité de soins adéquats à domicile
 - Inquiétude parentale

ITU

- Clinique
 - Frustré avant l'âge scolaire
 - Anorexie, irritabilité, vomissements, ...
 - La fièvre peut-être absente chez le nourrisson
 - ITU = 1° diagnostic en cas de fièvre sans foyer (vaccination)
 - Enfant scolarisé
 - Cystite (afébrile) versus PNA (atteinte rénale)
 - Urgences mictionnelles, dysurie, pollakiurie, douleurs sus-pubiennes, urines malodorantes, hématurie; PAS de fièvre
 - PNA : idem + fièvre, douleur lombaire et ébranlement lombaire

ITU

- Clinique
 - Frustré avant l'âge scolaire
 - Anorexie, irritabilité, vomissements, ...
 - La fièvre peut-être absente chez le nourrisson
 - ITU = 1° diagnostic en cas de fièvre sans foyer (vaccination)
 - Enfant scolarisé
 - Cystite (afébrile) versus PNA (atteinte rénale)
 - Urgences mictionnelles, dysurie, pollakiurie, douleurs sus-pubienne, urines malodorantes, hématurie; PAS de fièvre
 - PNA : idem + fièvre, douleur lombaire et ébranlement lombaire

ITU

- Diagnostic
- Examens d'urines = indispensable !!
 - Ponction sus-pubienne = 1° choix (en théorie)
 - Clean-catch (mi-jet) = possible à tout âge (patience!)
 - Sondage in-out = alternative sus-pub chez filles seulement
 - Sachet = ok pour le dépistage PAS pour la culture !

ITU

Méthode	Seuil positivité culture	Contamination si
PSP	1 BGN ou > 100 BGP	Plusieurs germes (?)
Sondage in-out	>50-100x10 ³	< 50x10 ³
Mi-jet /Clean-catch*	>100x10 ³	< 100x10 ³
Sachet	NA	/

Culture significative : 1 seul germe > au seuil de la méthode
***2 prélèvements sont nécessaires**

ITU

- Indications de traitement antibiotique
 - Cystite ou pyélonéphrite aiguë prouvée
 - Après prélèvement adéquat pour culture bactérienne
 - Identification du germe et adaptation de l'Abthérapie sur base de l'Abgramme
 - Ne pas traiter les bactériuries asymptomatiques
 - Pas de prélèvement systématique
 - Excepté avant cystographie

ITU

- Contre-indications au traitement per os
- Facteurs de risque d'infection sévère *
- Faisabilité du traitement per os **
- Risque d'infections à germes résistants ***

ITU

- Contre-indications au traitement per os
- Facteurs de risque d'infection sévère *
 - Enfant de moins de 3(12) mois
 - Enfants « toxique » (signes cliniques de sepsis)
 - Antécédent de greffe rénale

ITU

- Contre-indications au traitement per os
- Faisabilité du traitement per os **
 - Vomissements
 - Incapacité à prendre le traitement ou non compliance
 - Absence de fiabilité du responsable
 - Impossibilité d'assurer un suivi en ambulatoire

ITU

- Contre-indications au traitement per os
- Risque d'infections à germes résistants ***
 - ATCD ITU < 6 mois
 - ATCD d'uropathie ou de VPI
 - Antibiothérapie < 2 semaines
 - Chirurgie des voies urinaires < 4 semaines

ITU

- Antibiothérapie per os
- Cystite
 - 1° choix : nitrofuradantine 5-7mg/kg/j en 4 prises (Magistrale)
 - Alternative : céfuroxime-axétyl 45mg/kg/j en 3 prises
 - Durée 3-5 jours

ITU

- Antibiothérapie per os
 - Pyélonéphrite aiguë
 - 1° choix : céfuroxime-axétyl 45mg/kg/j en 3 prises
 - Alternatives :
 - AC 45 mg/kg/j en 3 prises
 - Co-trimoxazole 6-8mg/kg/j en 2 prises
 - Résistances ++
 - Durée 7-14 (10) jours

ITU

- Quand faut-il référer ?
 - A un pédiatre/hôpital pédiatrique
 - Tout cas de CI au traitement per os
 - Tout enfant de moins de 12 mois
 - Tout cas d'ITU récidivantes (à pd 2° épisode)
 - Pour une échographie des voies urinaires
 - Tous cas d'ITU
 - Excepté 1° épisode de cystite chez F > 5 ans

GEA

- Clinique
 - Augmentation de la fréquence et diminution de la consistance des selles (au moins 3x/24h)
 - +/- Vomissements
 - +/- Fièvre
- Autolimitante => prévention/traitement de la déshydratation
- Majoritairement virale

GEA

- Indications d'antibiothérapie d'emblée
 - Seulement (= indication de référer à un hôpital pédiatrique)
 - Diarrhée sanglante chez nourrissons < 3 mois
 - Diarrhée sanglante fébrile ET AEG
 - Immunodépression
 - Pathologie sous-jacente (Hirschsprung)
 - PAS d'AB d'emblée si diarrhée sanglante « seule » => copro

GEA

- Enfant > 6 mois, diarrhée sanglante sans signes de gravité
 - Réaliser coproculture
 - Attendre les résultats avant de traiter (cfr infra)
 - Si rémission entre-temps = abstention thérapeutique

Etiologie	Indication AB	Molécule	Alternative
Salmonella	SSI risque élevé	Ceftriaxone IV	Cefotaxime IV
Shigella	Infection prouvée	Ceftriaxone IV ou Azithromycine PO	Adapter selon ABgramme
Campylobacter	Si grave, prolongé ou Immunodépression	Azithromycine 10mg/kg/j PO	Adapter selon ABgramme
Yersinia	Si grave, extra- intestinal, Immunodépression	Co-Trimoxazole 8/40mg/kg/j PO	Adapter selon ABgramme
EHEC/STEC	CI		
ETEC	Diarrhée grave du voyageur	Azithromycine 10mg/kg/j PO	
Clostridium difficile	Modéré Grave	Métronidazole 30mg/kg/j PO Vanco 40mg/kg/j PO	

GEA

- Quand faut-il référer ?
 - Etat septique ou AEG
 - Choc et déshydratation sévère > 10% du poids
 - Symptômes neurologiques (léthargie, convulsions, ...)
 - Vomissements persistants ou bilieux
 - Echec de réhydratation orale
 - Nourrisson < 3 mois avec diarrhée sanglante
 - Parents non fiables, surtout si Pds < 7 kg
 - Pathologie sous-jacente ou Immunodépression

GEA

- Traitement probiotiques
 - Curatif : **S Boulardii**, **L acidophilus***, L Rhamnosus GG ou L Reuteri possibles comme traitement complémentaire
 - Préventif : S Boulardii et L Rhamnosus GG pour la diarrhée post-antibiotiques
 - *enregistrés comme médicaments
- Reprise de la crèche : lié à la consistance des selles et pas aux résultats de la coproculture !

Impetigo

- Traitement local =
 - Povidone iodée + Antibiothérapie topique d'emblée
- Traitement par voie générale
 - Echec de la première ligne et AEG (fièvre, complications locales telles qu'abcès, lymphangite, extension rapide)
 - => Antibiothérapie orale

Impetigo

- Traitement topique :
 - Acide fusidique 3-4x/j pendant 7 jours
 - Mupirocine efficace mais à réserver au MRSA
- Traitement par voie générale
 - 1° choix : Flucloxacilline 50-100mg/kg/j en 3 ou 4 prises 7 jours
 - Alternative : céfadroxil 50mg/kg/j en 3x pendant 7 jours
 - Allergie pénicilline IgE médiée ou MRSA :
 - Clindamycine 30-40mg/kg/j en 3 ou 4x pendant 7 jours
 - Co-trimoxazole 8-12/40-60 mg/kg/j en 2x pdt 7 jours

Impetigo

- Quand faut-il référer ?
 - Période néonatale
 - Echec du traitement après 48h de traitement oral bien conduit
 - Récidives étendues fréquentes (immunodépression ?)
 - Echec d'un traitement récent (MRSA?)
- Prévention des récurrences :
 - Contrôle des portes d'entrées : eczéma par exemple

Cellulite ou érysipèle

- Forme très localisée : ok pour traitement per os
 - 1° choix : Flucloxacilline 100mg/kg/j en 3 ou 4 prises 7 jours
 - Allergie pénicilline IgE médiée :
 - Clindamycine 30-40mg/kg/j en 3 ou 4x pendant 7 jours
 - Co-trimoxazole 8-12/40-60 mg/kg/j en 2x pdt 7 jours
- Autres cas, AEG ou récurrence = référer vers hôpital pédiatrique

Cellulite ou érysipèle

- Quand faut-il référer ?
 - < 3 mois
 - Echec du traitement initial avec extension ou récurrence
 - Pathologie sous-jacente (immunodépression, diabète mal équilibré, matériel prothétique en place, ...)
 - Suspicion de fasciite nécrosante ou de toxic shock syndrome
 - Skin Scaled Staphylococcal Syndrome (4S)
 - Cellulite de la région périnéale
 - Infection au pourtour d'une plaie chirurgicale
 - Infection à MRSA
 - Furonculose étendue (recherche de S aureus producteur de PVL)

Conjonctivite

- Majoritairement virale => Pas d'AB
- Conjonctivite purulente légère à modérée :
 - Priorité aux soins locaux : sérum physiologique, camomille
- < 1 mois risque augmenté d'infection à Chlamydia ou gonocoque
=> frottis avec culture, référer si positif
- Absence d'amélioration après 48h
 - Envisager traitement AB local

Conjonctivite

- Antibiothérapie locale (jusque 48h après guérison)
 - Chlortétracycline (auréomycine) 4-6x/j
 - Tobramycine 1-2 gouttes/4-6h
 - Acide fusidique 2x/j
- Traitement systémique chez l'adolescent en cas de :
 - N. Gonorrhoeae : ceftriaxone IV/IM
 - C. trachomatis : azithromycine ou doxycycline

Merci de votre attention !



Service de pédiatrie

CHU UCL Namur – Site Ste Elisabeth

Dr D. Beckers – Chef de service / Endocrinopédiatrie, diabétologie pédiatrique

Dr E. Gueulette – Pneumopédiatrie

Dr N. Dejonge – Troubles de la scolarité

Dr S. Jaspers – Gastro-entérologie pédiatrique

Dr F. Leclercq – Cardiopédiatrie

Dr M. Melchior – Néonatalogie

Dr V. Sevrin – Clinique du poids

Dr V. Somville – Pneumopédiatrie

Dr M. Toniolo – Néonatalogie

Dr D. Weynants – Infectiologie et consultation de l'adoption

Dr T. Mouraux – endocrinopédiatrie, diabétologie pédiatrique

Drs M. Deprez; S. Gérard; M. Mathot – Neuropédiatrie

Drs C. Canseliet; C. Giourgas – Pédopsychiatrie