

Choix des antibiotiques en pédiatrie ambulatoire

Khaled Menif

Service de réanimation pédiatrique polyvalente
Hôpital d'enfants de Tunis

Introduction(1)

- L'augmentation de la résistance des bactéries aux antibiotiques est inquiétante, et s'explique entre autres par l'usage irrationnel des antibiotiques
- Intérêt d'un usage plus rationnel des antibiotiques dans le but de lutter contre la résistance croissante des bactéries et la nécessité de recourir à des antibiotiques de plus en plus coûteux.

Introduction (2)

- L'indication de prescription d'un antibiotique la plus fréquente en pédiatrie ambulatoire est une infection des voies respiratoires au sens large
- La majorité de ces infections sont d'origine virale et elles sont aussi, qu'elles soient virales ou non, à évolution généralement spontanément favorable
- La rareté des échecs apparents de l'antibiothérapie conforte à tort les malades, leur famille et les médecins dans l'idée que l'antibiotique « marche » et est indispensable.

Rhinopharyngite (1)

- Problème de santé publique en raison de la fréquence:
 - consultations médicales:
 - première cause de consultation en pédiatrie
 - première pathologie infectieuse de l'enfant
 - prescriptions:
 - première cause de prescription ATB chez l'enfant
 - jours d'absentéisme scolaire
 - coûts induits
- Atteinte inflammatoire du pharynx ou des fosses nasales
- Clinique: rhinorrhée, éternuements-obstruction nasale, fièvre, toux

Rhinopharyngite(2)

- Etiologie: virale +++
- Guérison spontanée 7 à 10 jours
- Ne relève que d'un traitement symptomatique.
- La purulence de l'écoulement nasal et/ou la fièvre sont généralement sans relation avec une infection bactérienne.
- **Antibiothérapie :**
 - aucune indication
 - **Sauf en cas de complications supposées bactériennes /otite moyenne aiguë, sinusite**
 - **N'accélère pas la guérison et ne prévient pas la survenue de complications.**

Rhinopharyngite (3)

- signes suggérant la survenue d'une complication supposée bactérienne:
 - fièvre persistante au-delà de 3 jours, ou d'apparition postérieure après ce délai,
 - persistance, sans tendance à l'amélioration des autres symptômes (toux, rhinorrhée, obstruction nasale) au-delà de 10 jours,
 - changement de comportement de l'enfant : irritabilité, réveils nocturnes
 - otalgie, otorrhée,
 - conjonctivite purulente, un œdème palpébral,
 - troubles digestifs (anorexie, vomissements, diarrhée),
 - une gêne respiratoire

Angine aiguë (1)

- Pathologie fréquente
- Cause majeure de prescription d'antibiotiques
- Agent causal
 - virus: 60 à 90% des cas
 - streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGA): **25-40%**
 - rarement streptococcique chez l'enfant avant 3 ans
 - RAA et atteinte cardiaque:
 - gravité potentielle de l'infection à SGA
 - Leur prévention passe par un traitement antibiotique adapté après identification précise des angines streptococciques.
- Intérêt du Test de Diagnostique Rapide du SGA devant toute angine érythémateuse ou érythémato-pultacée chez les enfants de plus de 3 ans

Angine aigue(2)

- L'angine à SGA peut être en effet érythémateuse, érythémato-pultacée voire unilatérale érosive
- La symptomatologie suivante suggère une origine virale :
 - l'absence de fièvre,
 - l'existence d'une toux, d'un enrrouement, d'un coryza, d'une conjonctivite, d'une diarrhée,
 - la présence de vésicules et d'une stomatite.
 - ***Ces situations ne justifient pas une antibiothérapie***

Angine aigue(3)

- Le traitement recommandé est l'amoxicilline sur une durée de 6 jours
- Allergie aux pénicillines sans CI aux CG : C2G ou C3G per os :
 - céfuroxime(**ZINNAT**[®]): 4 jours
 - Cefpodoxime (**ORELOX**[®]) : 5 jours
- CI aux bêta-lactamines (pénicillines, CG) : macrolides
 - azithromycine (**ZITHROMAX**[®]): 3 jours,
 - clarithromycine (**CLARID**[®]) : 5 jours,
 - Ne sont pas ou plus recommandés : pénicilline V, amoxicilline-acide clavulanique, certains macrolides (érythromycine, spiramycine).

Otite moyenne aiguë (1)

- **Otite purulente:**
 - otalgie,
 - hypoacousie, fièvre,
 - inflammation tympanique avec épanchement rétro-tympanique extériorisé ou non
- **Principales bactéries:**
 - *Streptococcus pneumoniae*,
 - *Hæmophilus influenzae*, B
 - *Branhamella catarrhalis*

Otite moyenne aiguë(2)

- **Indication des ATB**

- > 2 ans :
 - ATB non systématiques
 - Exception si symptomatologie bruyante (fièvre élevée, otalgie intense).
 - Si abstention réévaluer l'enfant 48-72 heures sous traitement symptomatique.
- < 2 ans :
 - l'antibiothérapie est recommandée d'emblée pendant 8-10 j
 - 1ère intention : amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/j d'amoxicilline)
 - si allergie aux pénicillines sans CI aux CG : cefpodoxime, céfuroxime,
 - Si CI aux β -lactamines : érythromycine ou pristinaamycine .
 - Le recours à la ceftriaxone en IM doit rester très exceptionnel

Otite moyenne aigue(3)

- **Otite congestive :**
 - congestion, avec reliefs normaux sans bombement, observée au début d'une rhinopharyngite
 - L'antibiothérapie n'est pas recommandée. L'enfant doit être revu si les symptômes persistent au delà du 3^{ème} jour.
- **Otite séromuqueuse :**
 - épanchement rétrotympanique sans inflammation ni otalgie, ni signes généraux
 - L'antibiothérapie n'est pas recommandée, sauf en cas de persistance des symptômes au delà de 3 mois, après avis spécialisé.
- **Tympan mal ou non vus :**
 - L'antibiothérapie ne doit pas être prescrite à l'aveugle.
 - Avant 2 ans : la visualisation des tympan est nécessaire et le recours à l'ORL doit être envisagé,
 - Après 2 ans : en l'absence d'otalgie, le diagnostic d'OMA purulente est très improbable.

Sinusites aiguës

- Les sinusites sont :
 - ethmoïdales surtout entre 6 mois et 5 ans,
 - maxillaires à partir de l'âge de 3 ans,
 - frontales surtout à partir de 10 ans.
- Ces recommandations concernent les sinusites maxillaires et frontales non compliquées de l'enfant, les autres localisations justifient d'une hospitalisation avec un traitement spécifique.

Sinusite maxillaire aiguë

- **L'antibiothérapie est recommandée :**
 - Formes aiguës sévères:
 - fièvre > 39°C,
 - céphalées,
 - rhinorrhée purulente et
 - parfois œdème périorbitaire
 - Formes prolongées :
 - durée des symptômes de la rhinopharyngite et de la toux ≥ 10 jours sans tendance à l'amélioration
 - en présence de facteurs de risque tels que : asthme, cardiopathie, drépanocytose homozygote.
- 1^{ère} intention : amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/j d'amoxicilline), cefpodoxime (8 mg/kg/j) ;
- CI aux β -lactamines : pristinamycine (50 mg/kg/j) à partir de 6 ans.
- Durée du traitement : 7 à 10 jours.
- Ne sont pas ou plus recommandés : pénicillines A, macrolides, C1G2, cotrimoxazole.

Infections des voies respiratoires basses de l'enfant

- Diagnostic repose sur une triade symptomatique:
 - fièvre,
 - toux
 - difficultés respiratoires d'intensité variable
- On distingue:
 - bronchiolites aiguës,
 - bronchites (et/ou trachéo-bronchites),
 - les pneumonies
- Les bronchiolites et bronchites sont très fréquentes (90% des IRB), et sont avant tout d'origine virale

Bronchiolite

- Faible risque d'infection bactérienne invasive : antibiothérapie initiale inutile
- La gravité de l'atteinte est liée à la détresse respiratoire et non au risque infectieux.
- Une antibiothérapie sera discutée au cas par cas si :
 - fièvre élevée ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$) persistante au-delà de 3 jours d'évolution,
 - otite moyenne aiguë purulente associée (mais pas la simple otite congestive),
 - pneumonie et/ou atélectasie confirmée(s) par la radiographie de thorax.

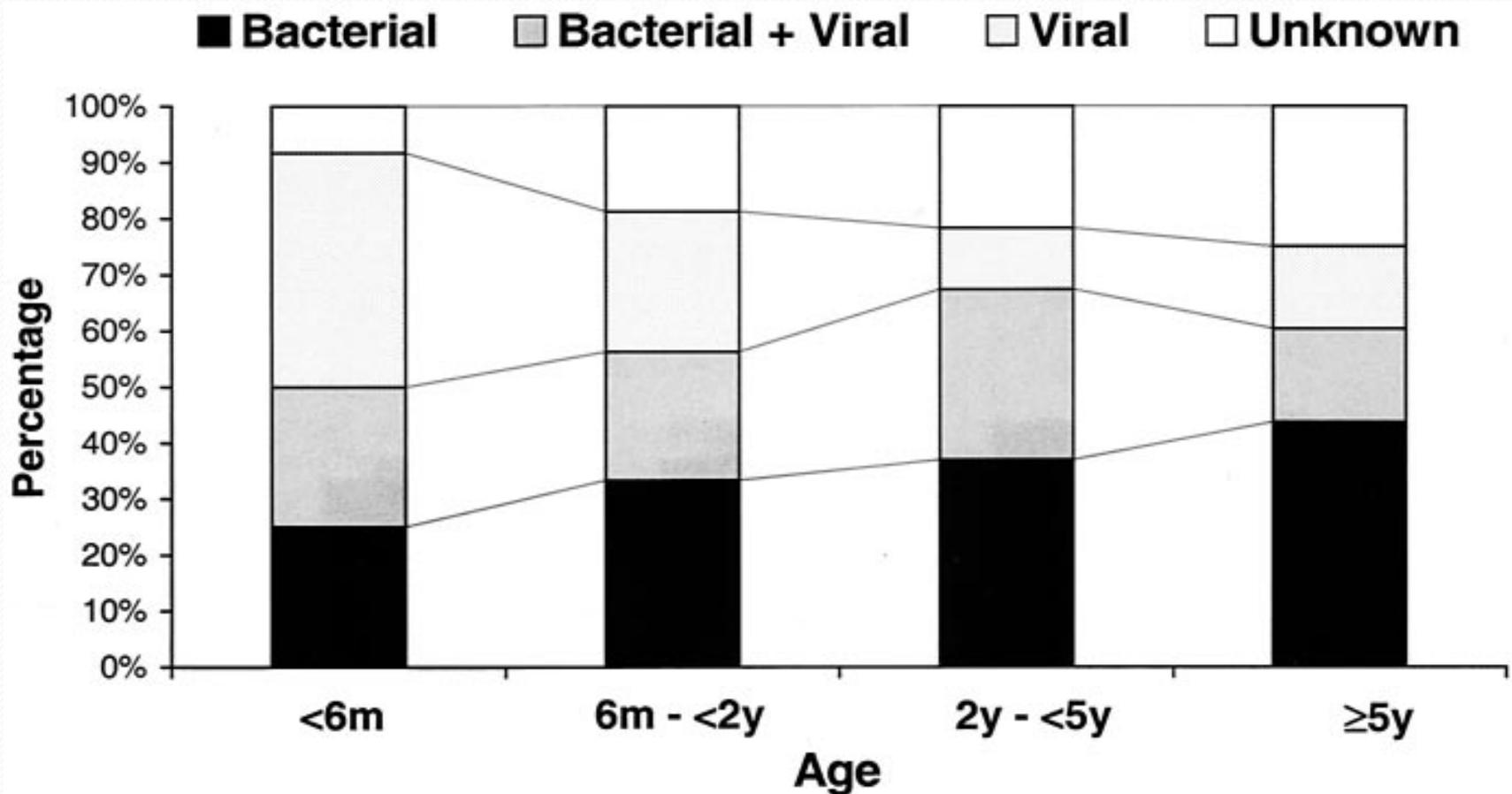
Bronchite aiguë

- Les bronchites sont avant tout d'origine virale.
- Chez l'enfant sans facteur de risque (et âgé de plus de 3 mois)
- **L'antibiothérapie n'est pas recommandée en 1ère intention : elle n'accélère pas la guérison et ne prévient pas les complications.**

Pneumonies aiguës communautaires

- Quel que soit l'âge, le risque infectieux le plus important est lié à *Streptococcus pneumoniae*.
- Néanmoins, l'âge de l'enfant est un facteur prépondérant dans la responsabilité de tel ou tel agent infectieux.

Age est un bon indicateur de l'agent en cause



Pneumonies aiguës communautaires < 3 ans

- Le pneumocoque est le premier agent bactérien responsable de pneumonie mais également *Haemophilus influenzae de type b* en raison de l'absence de vaccination contre ce germe
 - 1^{ère} intention: association amoxicilline-acide clavulanique per os dosée à 80 mg/kg/j d'amoxicilline en 3 prises par jour
 - En cas d'allergie bénigne à la pénicilline sans contre-indication aux céphalosporines, les C3G (IM/IV) sont recommandées .
 - En cas de CI bêta-lactamines, l'hospitalisation est souhaitable pour mettre en place une antibiothérapie parentérale adaptée.

Pneumonies aiguës communautaires

> 3 ans

- **Le pneumocoque et les bactéries atypiques (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) prédominent.**
- Le choix antibiotique initial s'appuie sur le tableau clinique et radiologique
 - En faveur d'une infection à pneumocoque:
 - Amoxicilline per os
 - Posologie : 80-100 mg/kg/j, en trois prises par jour,
 - En faveur d'une bactérie atypique: un macrolide est recommandé en première intention
 - En cas d'allergie avec contre-indication aux bêta-lactamines : la pristinamycine peut être utilisée, à partir de l'âge de 6 ans, dans une forme sans gravité, chez l'enfant sans troubles digestifs (absence de vomissements) ; tous les autres cas doivent être hospitalisés

Conclusion

- Guide national des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire
- Épidémiologie en Tunisie n'est pas forcément la même qu'en occident
- Prescrire un traitement antibiotique n'est pas nécessairement bénéfique pour le malade
- Guérison spontanée pour la plupart des infections virales ou bactériennes suivies en ambulatoire
- Un traitement antibiotique comporte le risque de favoriser l'émergence de souches microbiennes résistantes, qu'elles soient commensales ou pathogènes.