

Place de l'antibiothérapie dans les infections ORL de l'enfant



Dr Aurélie GARRAFFO

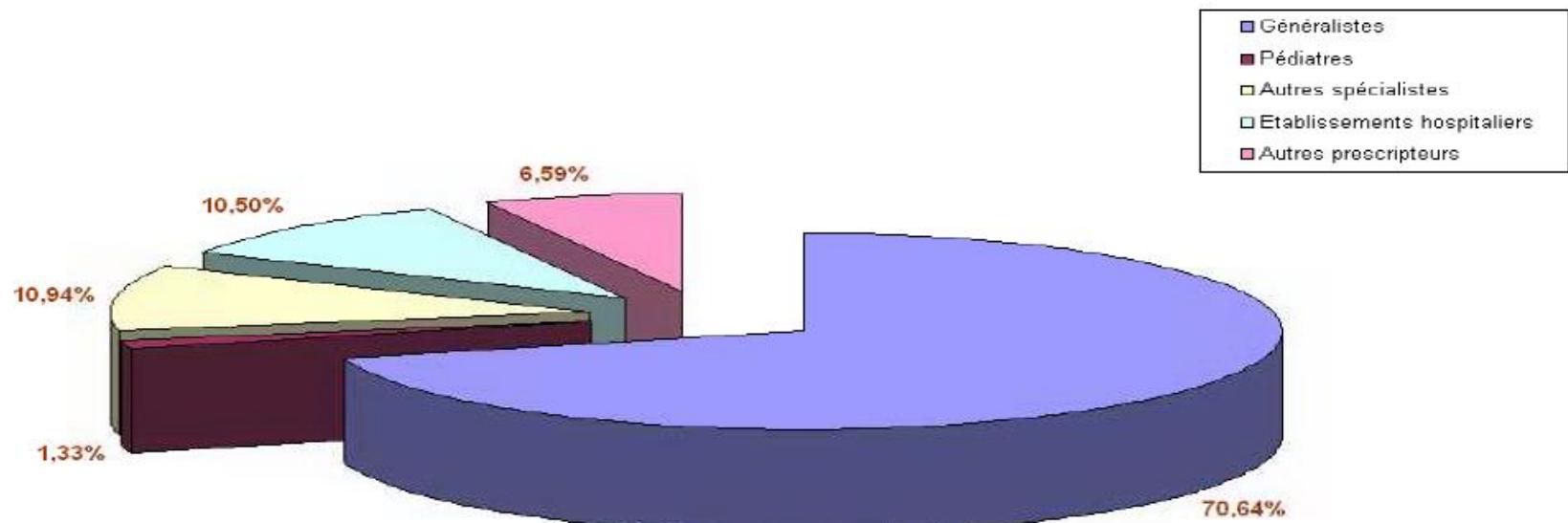
Pédiatre infectiologue

Hôpital R. Debré – Institut Pasteur

Infections ORL enfant

- 1^{er} motif de consultation en soins primaires pédiatriques
- Diagnostic parfois par excès
→ Difficultés examen otoscopique..
- Fortes pourvoyeuses de prescriptions ATB

Répartition des prescriptions ATB en ville par prescripteurs



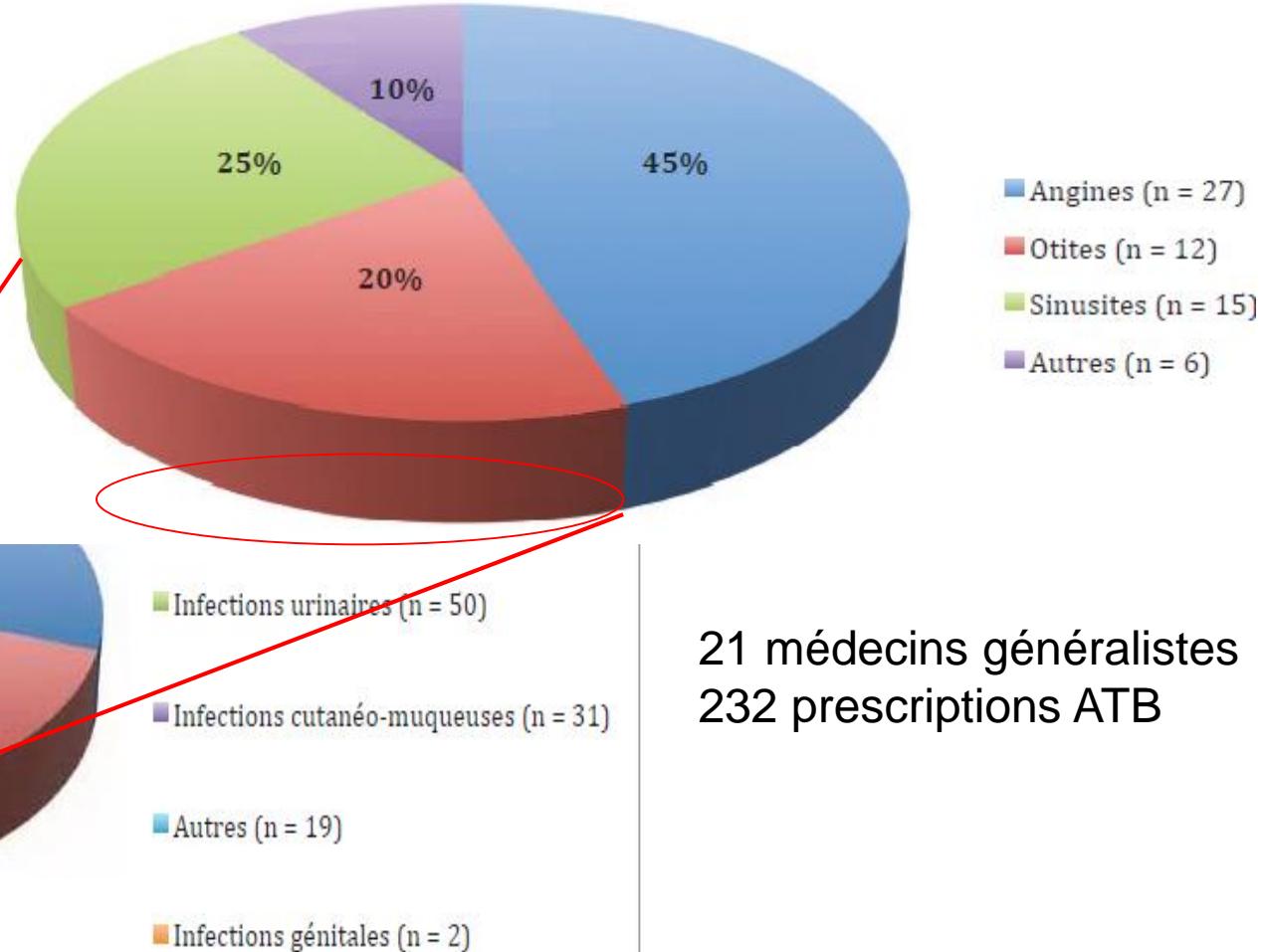
Source: Cnamts & ANSM

70,6% des prescriptions d'antibiotiques en ville ont été réalisées par un médecin généraliste.

ANSM 2012

Proportion des prescriptions ATB pour infections ORL

Figure 21 - Répartition par motif de prescr



21 médecins généralistes
232 prescriptions ATB

Proportion des prescriptions ATB pour infections ORL

21 médecins généralistes

232 prescriptions ATB

- 26% d' infections ORL
- 33% presc inappropriées (indic ou molécule ou durée)
- 23% presc ATB pr angine sans TDR
- 15% co-prescription anti-inflammatoires



RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

**ANTIBIOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE
EN PRATIQUE COURANTE
DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES
DE L'ADULTE ET L'ENFANT**

RECOMMANDATIONS



Organe officiel de la
Société française de pédiatrie
et de l'Association des
Pédiatres de langue française

Archives de Pédiatrie

Juin 2016 - Vol. 23 - Hors-série 3 - p. S1-S55

Guide de prescription d'antibiotique en pédiatrie

Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique (GPIP)

Coordination : Robert Cohen

Mise à jour
2016

Antibiothérapie des infections
otorhinolaryngologiques

Antimicrobial treatment of ENT infections

R. Cohen^{a,b,c,d}, H. Haas^{d,e}, M. Lorrot^{d,f}, S. Biscardi^{a,d,g}, O. Romain^{c,d,h},
F. Vie Le Sage^{d,i}, V. Hentgen^{d,j}, E. Grimpel^{d,k,l}



La prescription d' antibiotique **DOIT ETRE PROSCRITE** (au regard des conséquences individuelles et collectives qu' elle entraîne) dans les situations suivantes :

- **Rhinopharyngite**, même en cas de sécrétions nasales d' aspect purulent ou mucopurulent
- **Angine à TDR négatif ou en l' absence d' utilisation de TDR**
- **Otite congestive** de l' enfant
- **Otite séromuqueuse** de l' enfant

Critères de choix actuels des molécules antibiotiques

Réduire au maximum la consommation de céphalosporines **cefpodoxime= Orelox®**

- Favorise l'émergence des BLSE
- Beaucoup moins actif sur les pneumocoques de sensibilité intermédiaire

Le retour de l'amoxicilline

- Ne favorise pas l'émergence des BLSE
- Très active sur les pneumocoques intermédiaires
- Réduction des souches productrices de bêta-lactamases

Gaspard, 11 mois

- consultation le 15/11 pour fièvre (38.7° C)
 - réveils nocturnes répétitifs la nuit précédente
 - selles semi liquides
-
- Aucun antécédent
 - Vaccinations à jour



Prescrivez vous des antibiotiques ?



OMA
congestive

✗ Pas d'antibiotique

OMA
purulente

Otite
céromiqueuse

✗ Pas d'antibiotique

Enfant \geq 2 ans avec symptômes
peu intenses
Adulte avec symptômes peu intenses
Abstention antibiotique

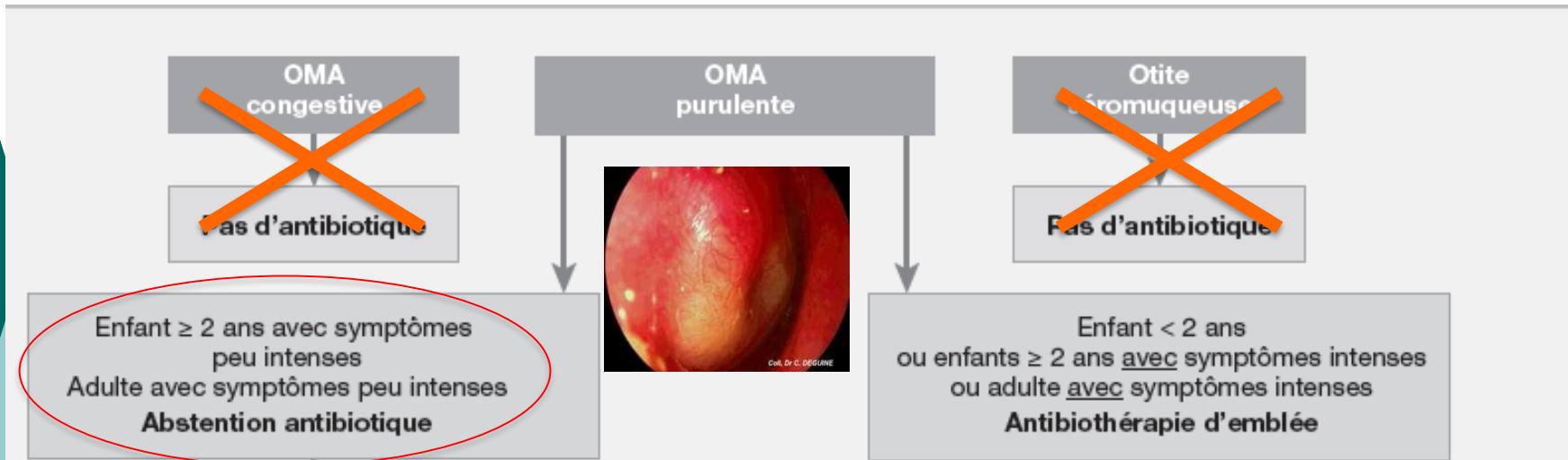
Enfant $<$ 2 ans
ou enfants \geq 2 ans avec symptômes intenses
ou adulte avec symptômes intenses
Antibiothérapie d'emblée

Recommandations de bonnes pratiques, nov 2011

Antibiothérapie dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant

3 jours après, vous recevez Mila, la grande sœur de Gaspard, 3 ans 1/2, qui présente le même tableau que son petit frère.

➤ Prescrivez vous des antibiotiques ?



- 50 à 70% des otites guérissent spontanément
 - Amélioration à H24 = 61% [IC95% 50-72]
 - Part importante des OMA virales ++
- Mais taux guérison variable selon le type de bactérie :
 - *S pneumoniae* = 16%
 - *H influenzae* = 48%

Treatment of Acute Otitis Media in Children
under 2 Years of Age

Alejandro Hoberman, M.D., Jack L. Paradise, M.D., Howard L. Rockette, Ph.D., Nader Shahri, M.D., M.P.H.,

ORIGINAL ARTICLE

A Placebo-Controlled Trial of Antimicrobial
Treatment for Acute Otitis Media

Paula A. Tähtinen, M.D., Miia K. Laine, M.D., Pentti Huovinen, M.D., Ph.D.

Treatment	Placebo	Amox-clav 90mg/6.4mg bid	Placebo	Amox-clav 40mg/5.7mg bid
Duration				
Age (months)				
Range				
Mean				
N of patients				
Failures				
		P = 0.001		P = 0.001

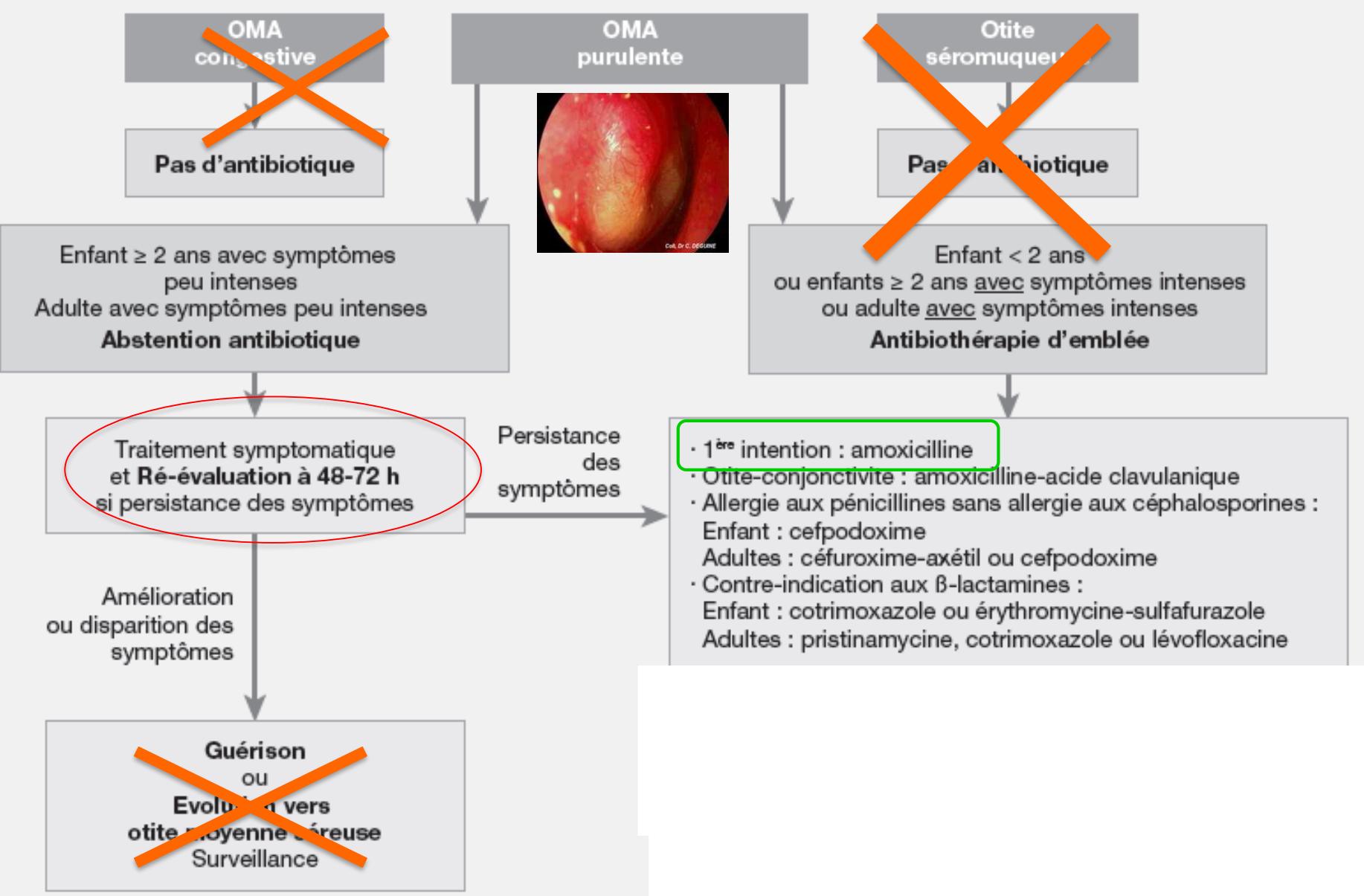
- Même des otites purulentes dûment diagnostiquées :
→ **>50 % guérison spontanée**
- Si les critères diagnostiques sont moins rigoureux (otite congestive...) : le % guérison spontanée > 80-90%



**En cas de doute diagnostique ou d'otite « modérée »
une abstention antibiotique peut être recommandée**

Mila revient 2 jours après car elle continue à avoir de la fièvre et sa maman vous dit qu'elle ne dort pas à cause de la douleur

→ Modifiez vous votre prise en charge ?



Rationnel antibiotiques OMA

- Cible : *S.pneumoniae* et *H.influenzae* (30%) (+/-*M.catarrhalis*)
- Pas d'orientation :
 - **Amoxicilline PO** (80 mg/kg/j) en 2 ou 3 prises/24h (max3g/j)
 - Allergie vraie aux pénicillines :
 - Cefpodoxime-proxétil (Orelox®) / Cefuroxime-axétil (Zinnat®)
 - Ceftriaxone : réservée aux échecs ou voie orale impossible → dose unique 50 mg/kg/j
- Syndrome otite-conjonctivite (80% HI)
 - **Amoxicilline-acide clavulanique** ou cefpodoxime-proxétil
- Durée du traitement :

< 2 ans : **8 jours** ; > 2 ans : **5 jours**

Quel est le risque de traiter une OMA à *Haemophilus* par amoxicilline ?

- Rapide calcul :
 - *Haemophilus influenzae* = 30%
 - Béta-lactamase (2014) = 12%, soit 4% des OMA
 - 50% de guérison spontanée des OMA à HI (vs. 16% avec SP), soit au total : **2 % risque échec**
- Par contre, en cas de syndrome otite – conjonctivite → HI = 80%
 - Même calcul = 5%

La maman vous rappelle quelques jours après, car Mila va mieux mais après 7 jours d'Amoxicilline, Gaspard reste fébrile et très asthénique.

Est-ce un échec de votre traitement ?

OMA : Prise en charge des échecs

Définition de l' échec thérapeutique :

= Signes fonctionnels ou généraux associés à des signes otoscopiques d' OMA purulente :

Persistants **au-delà de 48-72h heures** de traitement,
ou

réapparaissant voire s' aggravant **dans les 4 jours après la fin du traitement**



Si amoxicilline en traitement initial:



→ **amoxicilline-ac.clav**
→ ou **cefpodoxime**

En cas de 2ème échec:

1. avis ORL ++

- juger de l' opportunité d' une paracentèse avec examen bactériologique
- permet dans 2/3 des cas d' isoler la bactérie en cause et d' évaluer sa sensibilité aux antibiotiques

2. Traitement probabiliste en attente du résultat des examens bactériologiques :

- **Amox-ac.clav (80 mkj) + amoxicilline (70 mkj)**

Ou

- monothérapie par **ceftriaxone** (50 mg/kg/jour) pour 3 jours (Accord professionnel).

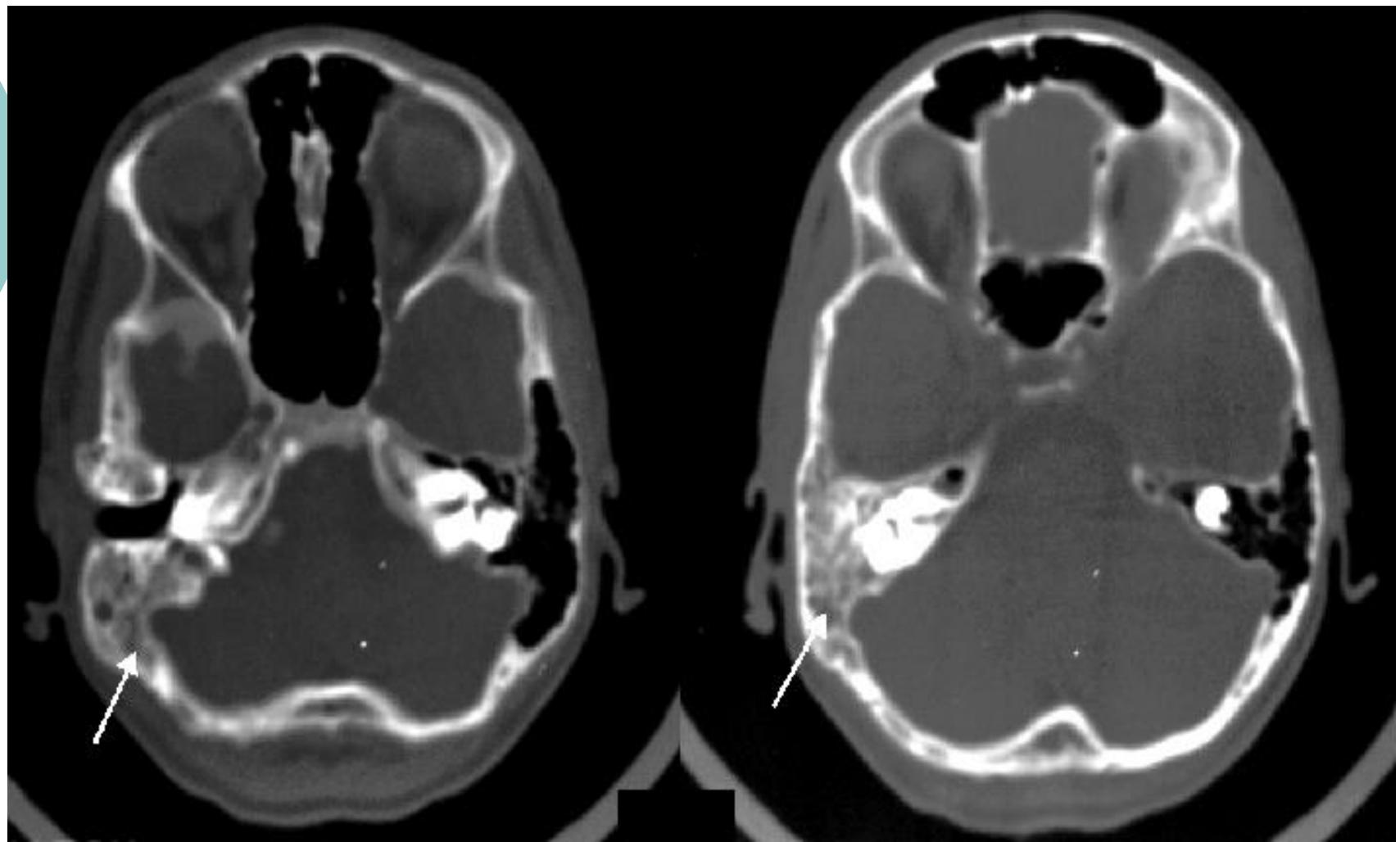
Echec OMA : remarques

- la persistance de l' épanchement rétro-tympanique (ERT) n'est en aucun cas un critère de persistance de l' OMA.
→ Se baser sur signes cliniques ++
- Après épisode OMA, il persiste un ERT
 - dans 41% des cas à 1 mois
 - dans 26% des cas à 3 mois

Vous demandez à la maman de revenir vous voir à la consultation



Quel diagnostic suspectez vous ?



Mastoidite aigue

- Principale complications
OMA, enfant < 2 ans
- Diagnostic clinique :
 - Rougeur rétro auriculaire
 - Décollement du pavillon auriculaire
 - Comblement du sillon rétroauriculaire
- Contact avec le nerf facial, le mur postérieur du CAE, veine jugulaire, carotide interne, fosses osseuses, sinus sigmoïde (thrombose)..



PEC mastoïdites = hospitalisation

Cibles : **S.pneumoniae, Strepto** (+/- *Fusobacterium*)

- Ttt initial : **Amoxicilline IV** (100-150 mg/kg/j)
- Alternatives : C3G IV
- Formes sévères à haut risque anaérobie (d'emblée sévère, évolution défavorable ss ttt, forme chronique) :
 - Amox IV + métronidazole
 - ou C3G + métronidazole ou clindamycine
- Durée : 14-21 jours

Otite séro muqueuse

- Epanchement liquidien rétro-tympanique, non inflammatoire sans/peu de perte des reliefs ossiculaires (tympan opaque)
- Indolore
- Pas de signe infectieux ou généraux marqués
- 1ère cause de retard de langage et surdité chez enfants++

Epidémiologie :

- 90% enfants font 1 épisode OSM entre 3 mois – 6 ans
- OSM persistante > 12 semaines
(17% à 3 ans, 15% à 5 ans, 6% à 6 ans, 2,5% à 8 ans)



Otite séro muqueuse : traitement

- 95% des OSM se résolvent spontanément.
- **Principes de traitement :**
 - DRP++, apprentissage du mouchage, éviter phénomène de succion
 - +/- Nasonex 1 pulvérisation/jr à partir de 3ans.
 - Modification environnement (tabagisme parental> irritation cils)
 - Cure courte de Célestène 10 gouttes/kg ou Solupred 1mg/kg pdt 5 jours si persiste → permet de diminuer à court terme l'OSM ds 60% cas
 - **Aucun intérêt des antibiotiques, mucofluididants**
- **SURVEILLANCE ++:**
 - Retard de langage chez le jeune enfant
 - Porte d'entrée vers l'OMC
- **Adresser à l'ORL si persiste ou récidive**
 - bilan audio +/- pose ATT
 - pister le passage à la forme chronique

Vous revoyez Gaspard à l'âge de 6 ans, pour de la fièvre depuis 72h, avec une rhinite purulente. La maman vous dit qu'il a mal à l'œil, « comme une conjonctivite »



Quel diagnostic évoquez vous ?

Vous avez pensé à une infection virale avec rhinite et début de conjonctivite. Vous lui avez prescrit un traitement symptomatique (sérum physiologique et paracétamol)

48h après la maman vous le ramène car ça ne va pas mieux du tout !!!



Ethmoïdite

- Seule affection sinusienne propre à l'enfant (autres sinus se développent + tard..)
- gravité de son évolution spontanée et des complications
- Affection du jeune enfant (< 5 ans)
- Dans un contexte de rhinopharyngite purulente
- Etat général très altéré
- Fièvre très élevée, à 39-40° C

Diagnostic et traitement urgent!

Imagerie ethmoidite



Scanner ++
(recherche complications)



Echo transorbitaire

Classification de Chandler

Classification	Localisation	Clinique
Stade 1	Cellulite préseptale (pas exophthalmie, mobilité Nle)	Œdème palpébral isolé
Stade 2	Cellulite orbitaire	Chémosis, exophthalmie
Stade 3	Abcès sous périosté	BAV, diminution des mouvements oculaires
Stade 4	Abcès orbitaire	BAV importante, cécité, atteinte oculaire
Stade 5	Thrombose du sinus caverneux	Controlatérale, syndrome méningé

Cellulite préseptale vs orbitale

	Préseptale	Orbitale
Age	Moy: 21 mois 80% < 10 ans	Moy: 12 ans
Exophtalmie	Absente	Présente
Mobilité oculaire	Normale	Douloureuse et limitée
Acuité visuelle	Normale (fonction de l'ouverture palpébrale)	Réduite dans les formes sévères
Vision des couleurs	Normale	Réduite dans les formes sévères
Anomalie papillaire	Normale	Présente dans les formes sévères

Complications

- **Kéратite infectieuse de contiguïté** : risque de fonte purulente de l'œil : urgence ophtalmologique.
- **Névrite Optique rétro-bulbaire** : Risque de cécité par atteinte nerveuse (atrophie optique séquellaire).
- **Décollements de rétine** : probable mécanisme inflammatoire et exsudatif.
- **Thrombophlébite du sinus caverneux** : exophthalmie bilatérale avec anesthésie cornéenne, syndrome méningé, mydriase
- **Méningite, méningo-encéphalite, abcès sous-dural, abcès cérébral.**

Examen clinique quotidien pour les pister !!!

Documentation bactério

- Pauvre et décevante
- Problème de la technique des prélèvements: écouvillon endonasal ? Nasopharyngé ?
 - ↳ aucune valeur car fosses nasales et cavum ne sont pas des milieux stériles
- Ponction d'abcès sous périosté ou orbitaire?
 - ↳ Mais prélèvement possible seulement si abcès volumineux
- Germes les plus souvent retrouvés par ponction:
H. Influenzae (diminution du sérotype b depuis vaccination), *Streptococcus pneumoniae* et *S. aureus*

Traitement ethmoidite

- **Stade 1 : voie orale** à discuter sauf < 1 an :
 - **Amox + ac. clav : 80 à 100 mg/kg/j**
 - si allergie : Cefpodoxime
 - Durée : 10 jours (*pas de consensus*)

Seule forme accessible ttt ambu

- **Stades 2-5 : HOSPITALISATION** pour ttt IV précoce:

Amoxicilline + ac.clavulanique: 150 mg/kg d'amoxicilline

- si allergie pénicilline ou atteinte méningée +++ : C3G bonnes doses + antianaérobie : métronidazole ou clindamycine
- Si *S.aureus* : Oxacilline ou Vancomycine si SARM

Durée : IV jusqu'à l'apyrexie puis voie orale 2 à **3 semaines**

Sinusites aiguës de l'enfant

- Localisation ethmoïdale chez le jeune enfant
- Localisation maxillaire:
 - Bénigne, enfant > 4 ans
- Localisation Frontale
 - Plus rare et + sévère
 - Céphalées ++
 - Enfant > 8-10 ans



- Excès de diagnostic = surconsommation ATB
- Absence de diagnostic = risque de chronicité
- **Sinusites récidivantes ou chroniques : attention !**
 - Polypose nasosinusienne
 - Maladies muco-ciliaires : Kartagener, mucoviscidose

Traitements sinusites de l'enfant

SINUSITE MAXILLAIRE AIGUE de l'enfant

L'amoxicilline, à la dose de 80-90 mg/kg/j en 2 à 3 prises quotidiennes, est à privilégier en première intention. En effet, elle est la molécule orale la plus active sur les pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline et est active sur plus de 80% des *H. influenzae*.

Si le temps entre les 3 prises quotidiennes ne peut être équidistant (environ 8 h), il est préférable d'administrer le produit en 2 prises.

La durée du traitement est classiquement de 8 à 10 jours (Accord professionnel).

Les autres antibiotiques ont un rapport bénéfice-risque moins favorable ; ils exposent à une efficacité moindre (cefpodoxime, érythromycine-sulfafurazole, cotrimoxazole) et/ou à plus d'effets indésirables (amoxicilline-acide clavulanique, cefpodoxime, érythromycine-sulfafurazole, cotrimoxazole, pristinamycine).

Ils peuvent être cependant proposés dans les situations suivantes :

1/ association amoxicilline-acide clavulanique :

- en cas d'échec de traitement d'une sinusite aigüe maxillaire par amoxicilline,
- en cas de sinusite aigüe maxillaire d'origine dentaire,
- en cas de sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale.

2/ cefpodoxime, en cas d'allergie vraie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines (situation la plus fréquente);

3/ cotrimoxazole, en cas de contre-indication aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines) ;

Pierre, 14 ans

- Revient de colonies de vacances
- Fièvre à 39.5° C,
- Dysphagie, douleurs abdo, vomissement

- A l ' examen:



S'agit-il d' une angine bactérienne ?

Angine



- La majorité des angines est d'origine bactérienne (0-90%)
- Le streptocoque β-hémolytique est le plus souvent impliqué (GA) :
 - 1er agent bactérien

mais

Aucun signe clinique ne permet d'affirmer son origine streptococcique +++
TDR +++ chez enfant > 3 ans

Chez l'enfant, devant une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée, aucun signe ou score clinique n'ayant de valeur prédictive positive et/ou négative suffisante pour affirmer l'origine streptococcique de l'angine (en dehors d'une scarlatine typique), seule la pratique de tests de confirmation microbiologique permet au praticien de sélectionner les patients atteints d'angine à SGA (Grade A).

Justifications du traitement antibiotique des angines aiguës streptococciques

- Les angines à SGA évoluent le plus souvent favorablement en 3-4 jours même en l'absence de traitement ATB.
- Complications potentiellement graves
 - RAA, GNA : devenues très rares
 - complications septiques loco-régionales : en ↗ ?
- L'efficacité du traitement antibiotique des angines à SGA est démontrée sur les critères suivants :
 - accélération de la disparition des symptômes,
 - **éradication et ↓ de la dissémination du SGA à l'entourage,**
 - prévention du RAA, démontrée pour la pénicilline G injectable.

Traitement des angines streptococciques

- Taux de résistance SGA à Amoxicilline = 0 % !!!
Donc
- traitement recommandé : **Amoxicilline 50 mg/kg/j**
- En cas d'allergie vraie :
 - aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines
 - C2G ou C3G orales : cefpodoxime
 - à l'ensemble des bêtalactamines :
 - Macrolides (AMM) : azithromycine, clarithro ou josamycine

Souches de SGA isolées d'angines chez l'enfant en France

	2000 n=1500 %	2003 n=322 %	2006 n=1031 %
R Erythro	6,2	22,4	12,4
R Josa	2,8	15,8	9,4
R Clinda	2,8	15,8	9,4
R Telithro		15,2	8

Bingen, AAC 2000
Mariani, Press Med 2004
Bingen, AAC 2004

Quelques spécificités à ne pas râter !

- angines vésiculeuses:
 - Herpès virus (« herpangine »)
 - Coxsackie virus
- angines pseudomembraneuses :
 - Diphtérie,
 - EBV : mononucléose infectieuse
- angines ulcéro-nécrotiques:
 - Angine de Vincent (fusobacterium)
 - Champignons
 - actinomycoses
 - Hémopathies



Le TDR de Pierre était +, vous l'avez mis sous Amox 50 mg/kg/j.

Il revient vous voir 4 jours après car il reste très fébrile malgré le ttt, qu'il a d'ailleurs eu beaucoup de mal à prendre entre les vomissements et la douleur intense à la gorge. Il se plaint désormais d'un torticolis qui l'empêche de dormir.

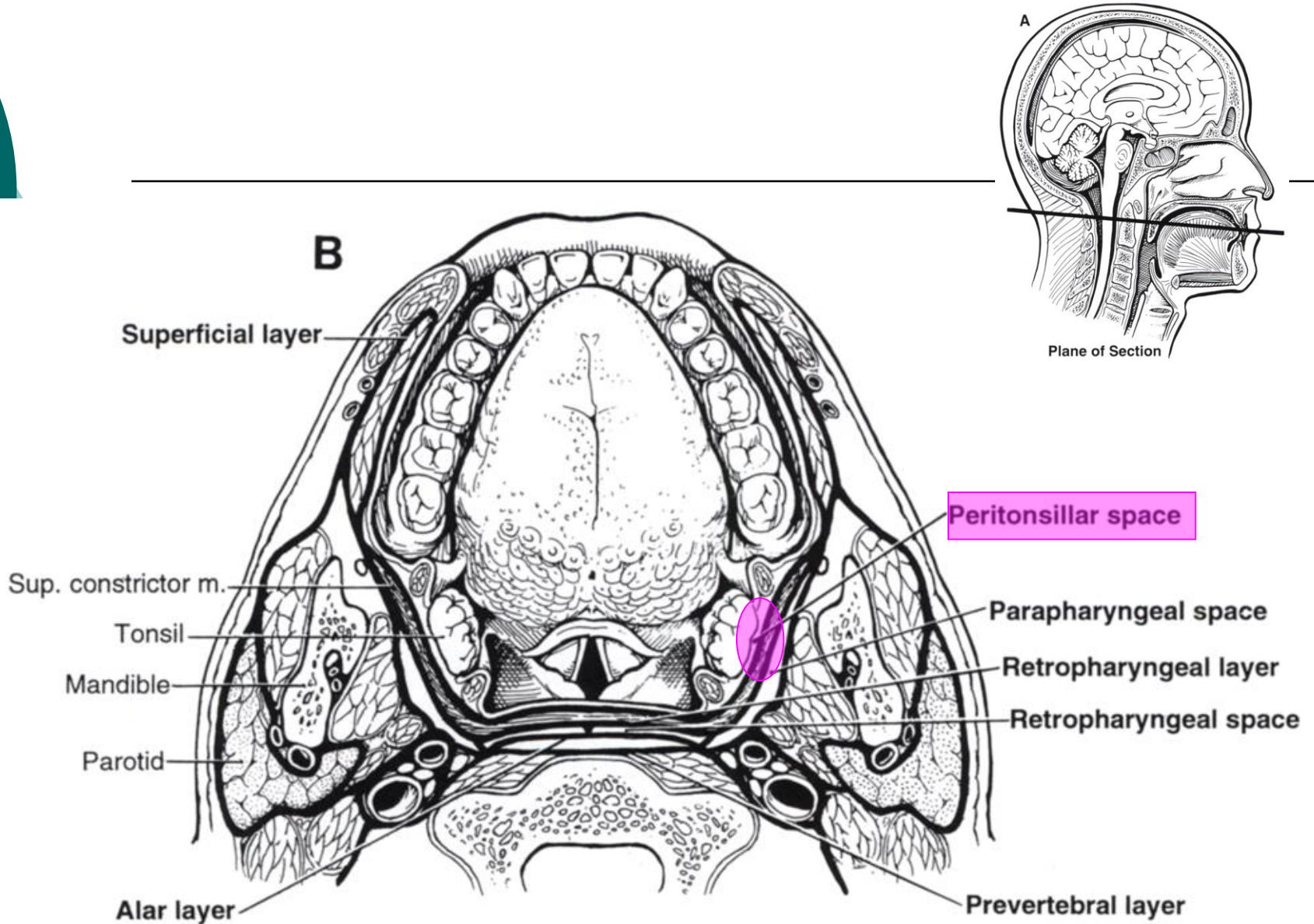
Quelle complications redoutez vous ?

Abcès périamygdaliens

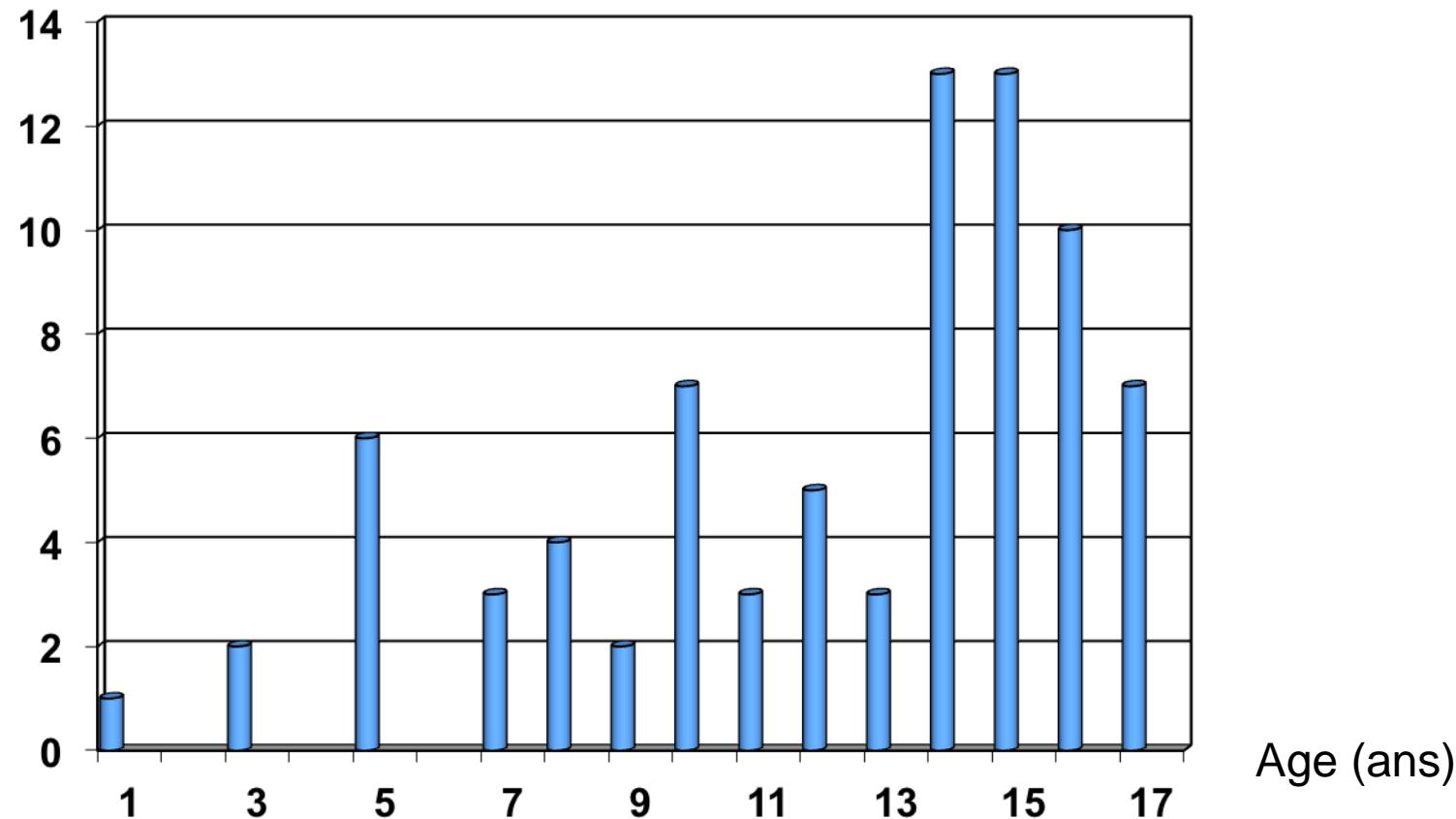
- Collection de pus au niveau de l'espace entre les amygdales et le muscle constricteur supérieur du pharynx
- Risque d'extension au niveau des autres espaces profonds et d'obstruction des VAS, surtout chez l'enfant



Péritonsillar abscess in children: a 10-year review of diagnosis and management.
Schra S et al. International Journal of pediatric ORL. 2001



Péritonsillar abscess in children: a 10-year review of diagnosis and management. Scott Schraff, Johnathan D. McGinn, Craig S Derkay. International Journal of pediatric ORL. 2001



Abcès périamygdaliens

○ Signes fonctionnels

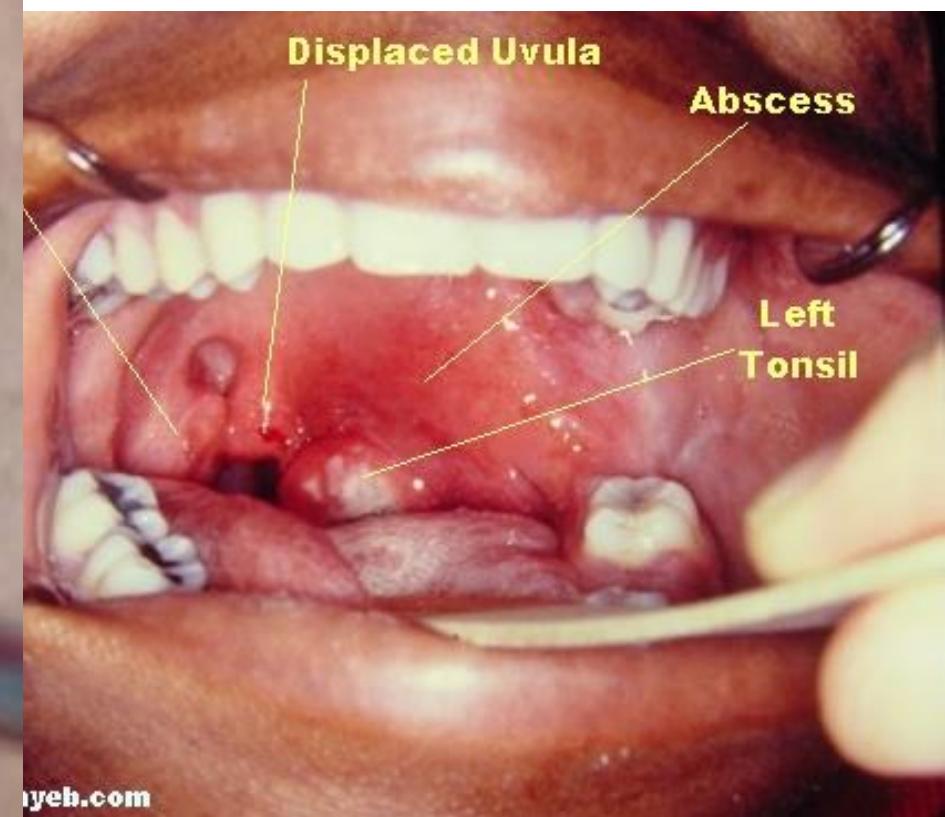
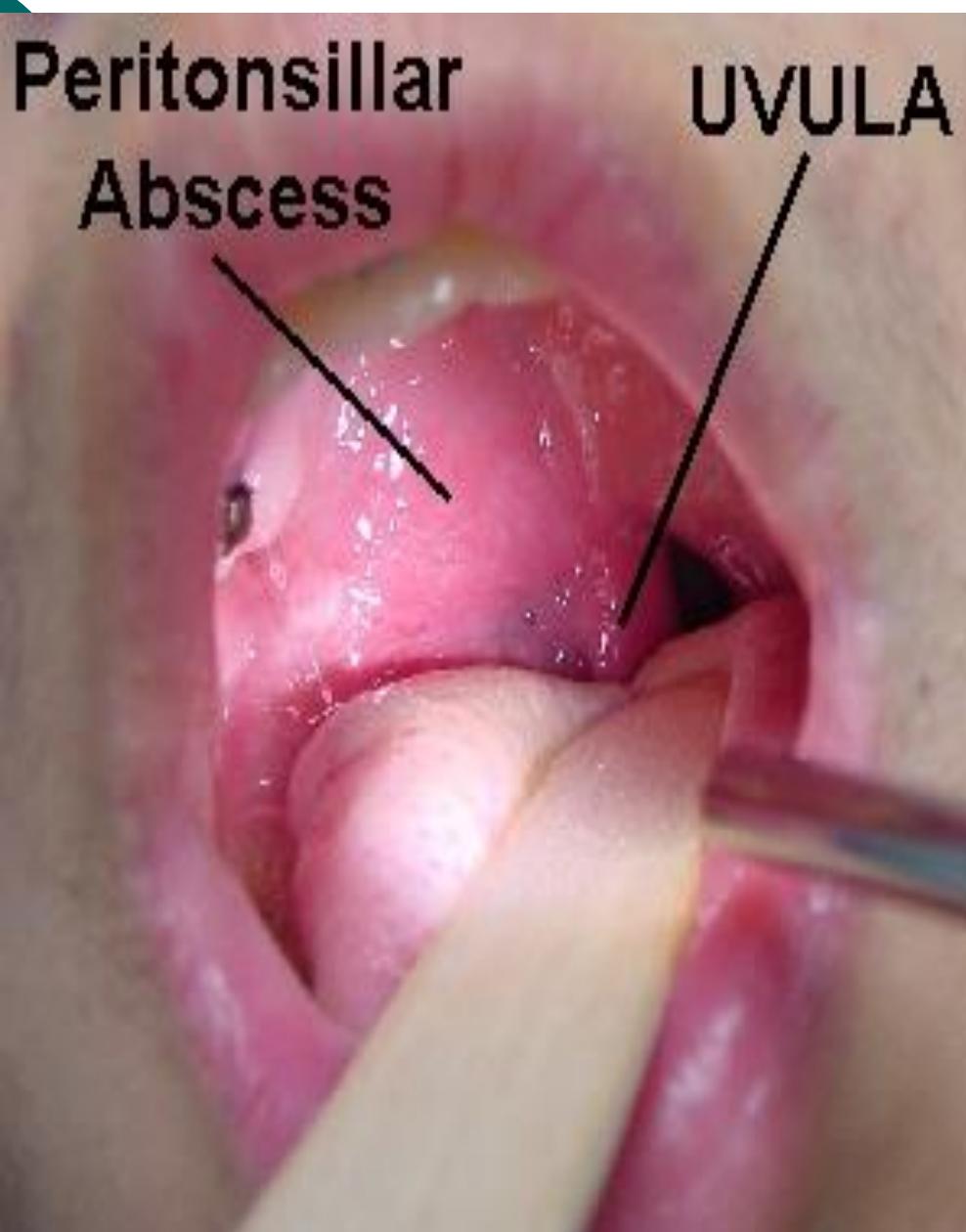
- Odynophagie avec **douleur unilatérale**
- **Trismus (63%)**
- Fièvre modérée
- Malaise, frissons
- Dysphagie
- Difficulté à l'ouverture buccale, ptyalisme, voie étouffée
- Parfois dyspnée, déshydratation

○ Examen :

- Palais mou inflammatoire gonflé
- dévié du côté sain
- fluctuant à la palpation,
- luette **déviée** de la ligne médiane,
- amygdale déplacée,
- haleine fétide
- ADP cervicale douloureuse du même côté

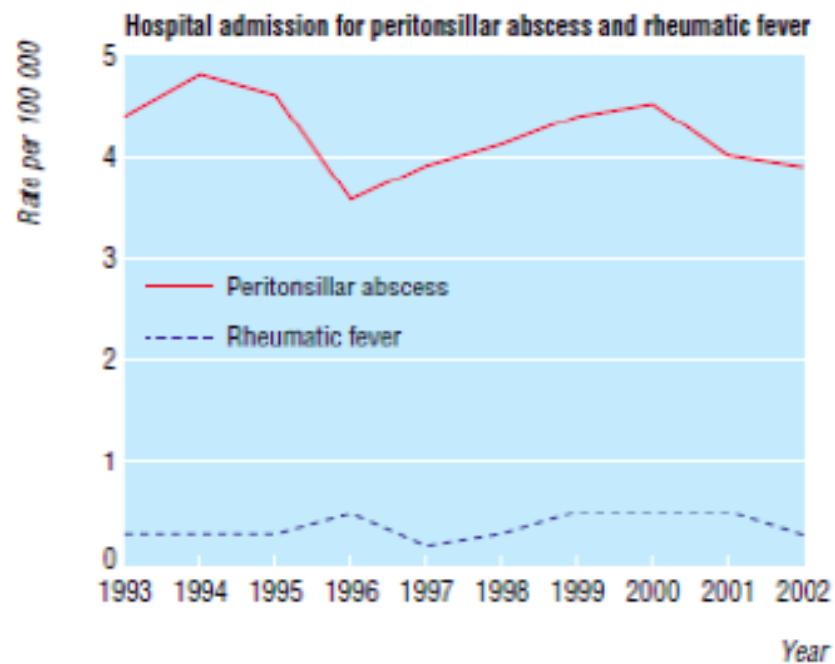
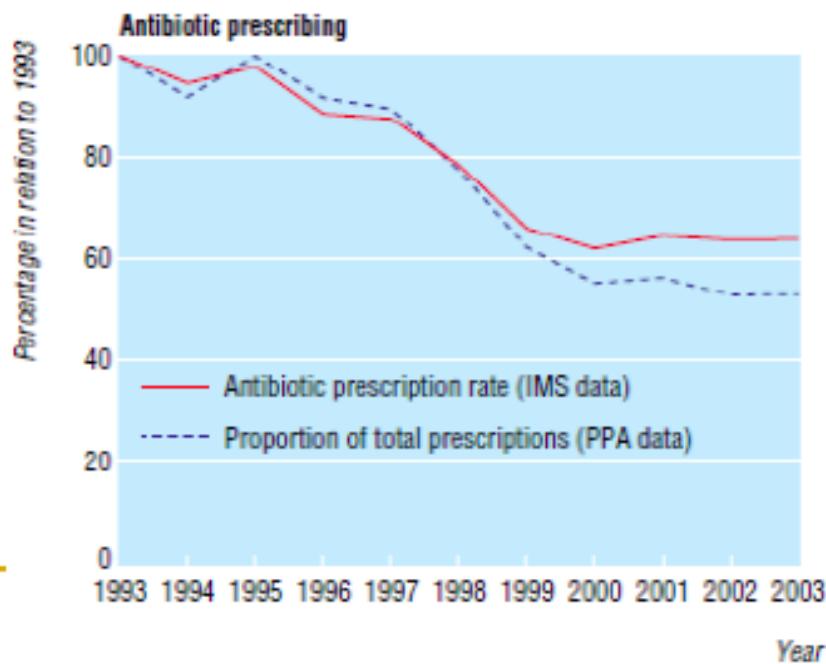
Peritonsillar
Abscess

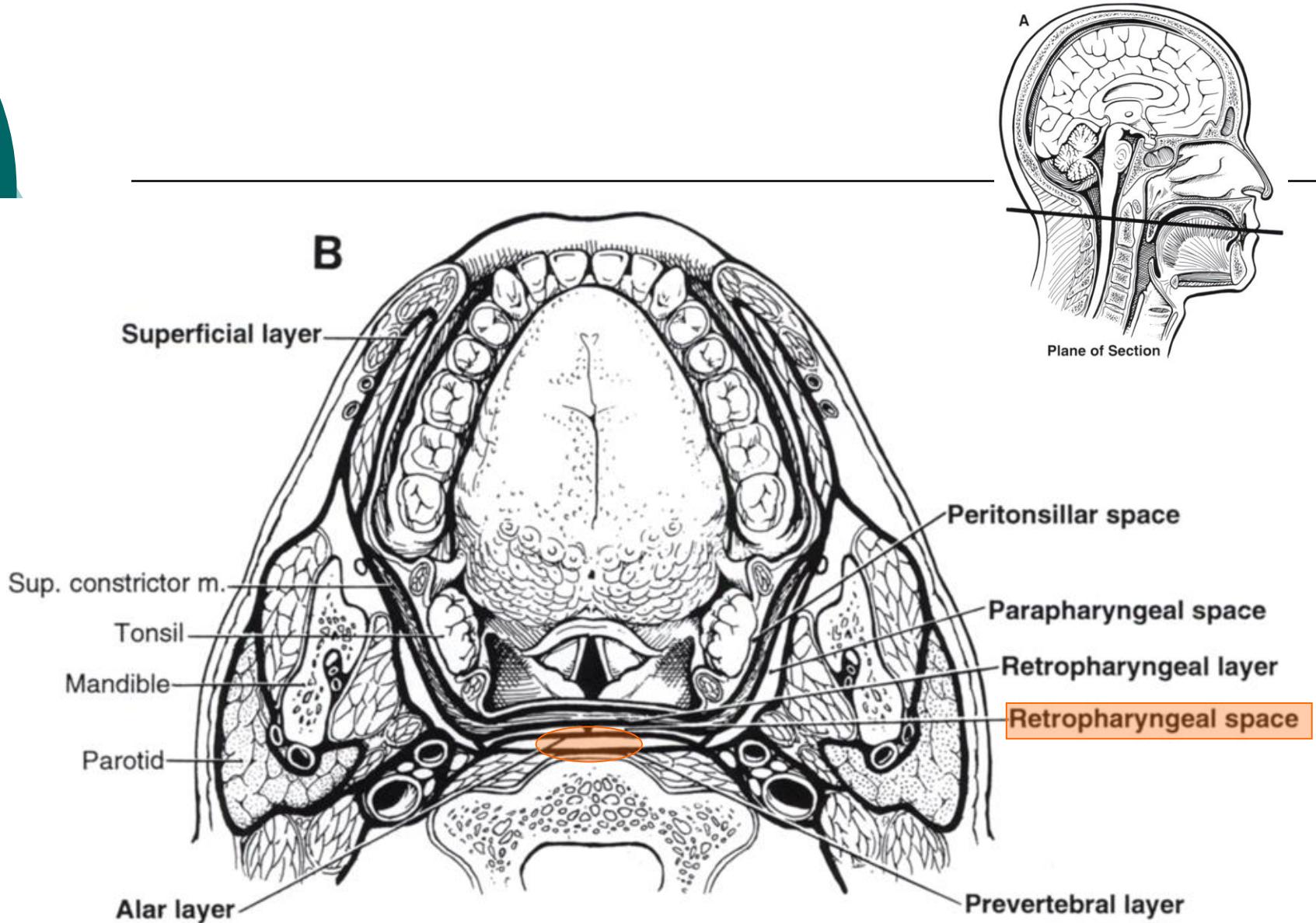
UVULA



Incidence en augmentation.. mais ce n'est pas à cause de la baisse antibiothérapie

Pas d' augmentation en Grande Bretagne suite à la diminution de la prescription des ATB (Sharland M BMJ 2005) (environ 4 à 5/100 000 enfants)





Abcès rétropharyngés

- Clinique:
 - Début insidieux après infection modérée
 - **Fièvre**
 - Pas de trismus
 - **Torticolis** par raideur musculaire (douleurs cervicales intenses)
 - Dysphagie, odynophagie, ptyalisme
 - Stridor par obstruction
 - Dyspnée et tachypnée
 - Adénopathie homolatérale sensible
- Examen : Gonflement de la ligne médiane ou unilatérale du pharynx postérieur

Abcès rétropharyngés

- Imagerie:

1. Radiographie conventionnelle (cou de profil)

masse convexe avec air du pharynx post rétroflexion du rachis cervical

2. Scanner :

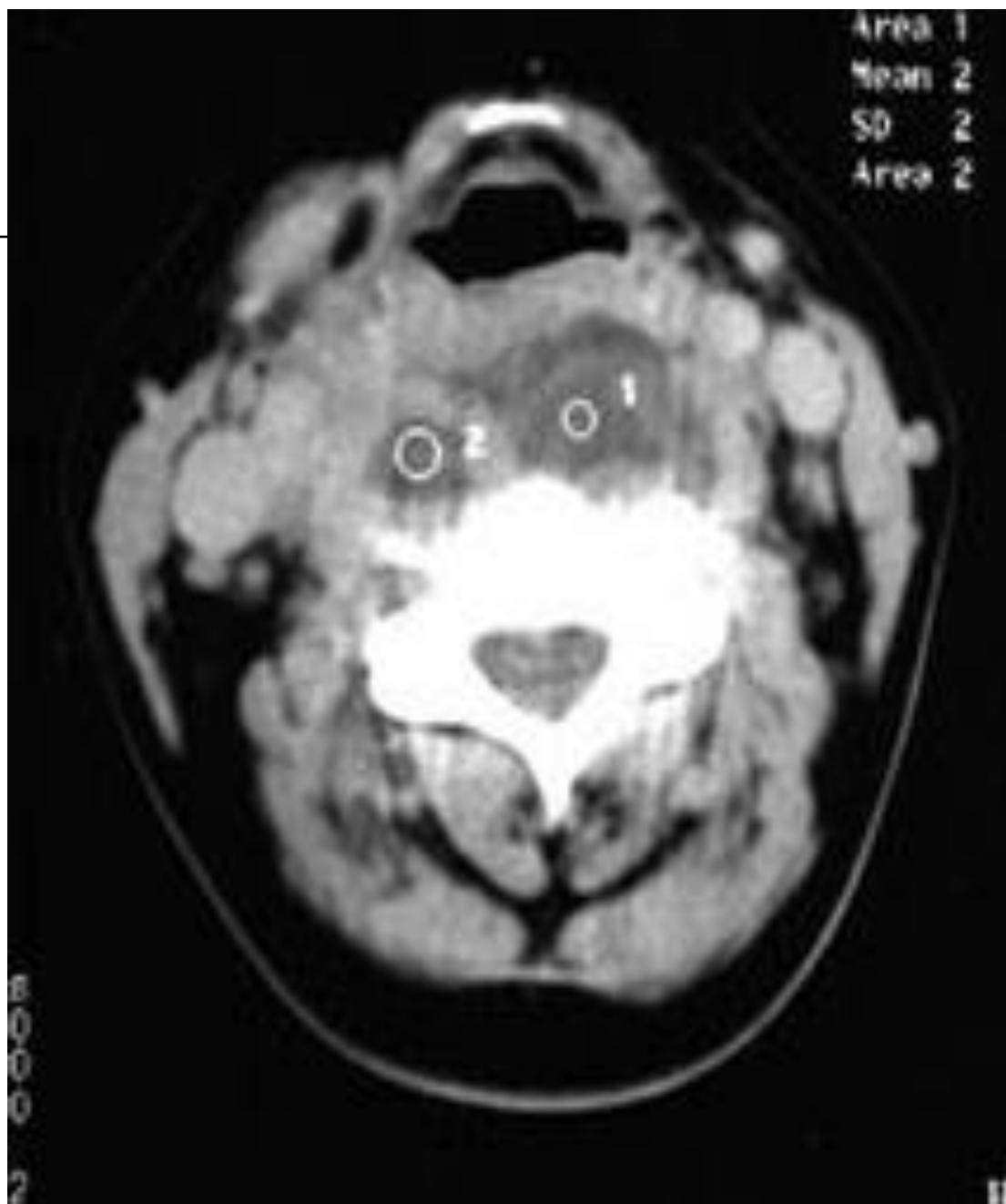
- différence cellulite et abcès

VPP = 83%, sensibilité = 90%

- détermination de l' extension

- recherche de certaines complications
(thromboses veineuses)





Abcès RP : Complications

- Rupture de l'abcès dans l'espace pré vertébral pouvant descendre derrière le diaphragme jusqu'au psoas
- Rupture en avant dans le pharynx: inhalation de pus
- Vasculaires (thromboses veineuses, rupture) ou nerveuses

Vous êtes appelé au domicile de Julia, 3 ans, à 2h du matin, car elle n'arrête pas de tousser et la maman à l'impression qu'elle a du mal à respirer. Elle vous dit que ça a démarré brutalement alors qu'elle dormait.

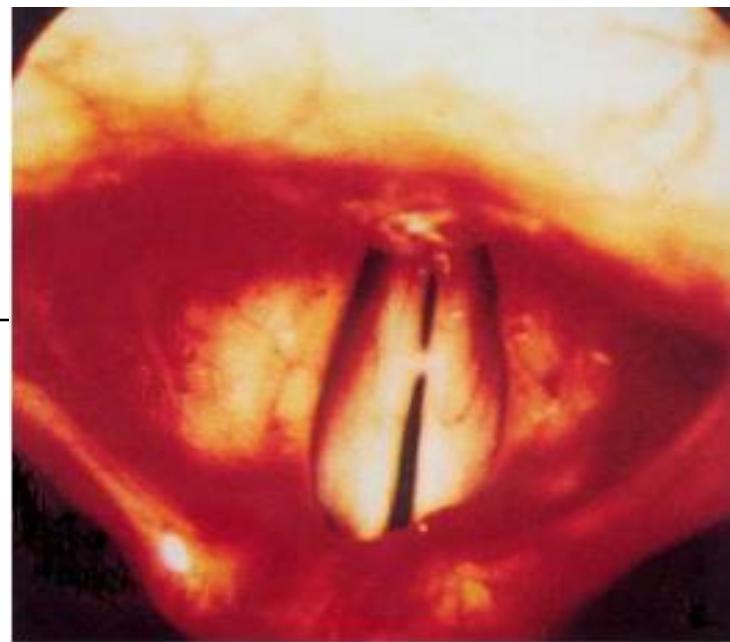
Examen clinique à l'arrivée :

- $T^\circ = 38.9^\circ C$, FC 103/min, FR 23/min
- sat 95% AA
- Dyspnée inspiratoire
- tirage sus-sternal

Quel diagnostic évoquez vous?

Laryngite aigue sous glottique

- Début nocturne
- Toux rauque
- Voix cassée ou aphone
- bradypnée INSPIRATOIRE
- Fièvre, état général conservé
- Adresser aux urgences si facteurs de gravité
 - signes de lutte marqués
 - Épuisement, pauses respi
 - Hypoxie, hypercapnie
 - Mauvaise réponse aux corticoides



SAMU !

Traitements laryngite

- Origine virale → **pas d'ATB**
- PEC ambulatoire formes modérées
 - **CORTICOIDES Oraux** : 5 jours
 - Celestène 15 gouttes/kg/j
 - Solupred 1-2 mg/kg/j
- Si PEC hospitalière :
 - Corticoides IV 2 à 4 mg/kg/j
 - Aérosols d'adrénaline +/- cortico
 - Intubation si épuisement
- Mesures associées :
 - ½ assis, humidification et réchauffement de la pièce

Laryngite : Quelques pièges

- Si NRS < 6 mois : rarissime
→ évoquer :
 - Laryngomalacie
 - Angiome sous glottique
 - Malformation congénitale
- Corps étranger haut situé → anamnèse, apyrétique
- Diagnostic différentiel grave = EPIGLOTITTE
 - Voix étouffée, enfant penché en avant, hypersialorrhée
 - Mais en pratique..a presque disparu grâce vaccination Haemophilus b !

Adresser à l'ORL
++

Théo, 11 mois

- Amené à votre cabinet car il est grognon avec 38° 5 et son papa vous dit qu'il a l'impression qu'il a mal à l'oreille gauche parce qu'il se frotte avec sa main.

Quel diagnostic évoquez vous en voyant Théo ?

→ Parotidite



Quel(s) pathogène(s) pouvez-vous évoquez ? (1)

1. Oreillons

- Principal pathogène avant vaccination
- Incubation moyenne : 3 semaines
- Fièvre, otalgie, parfois dysphagie
- Tuméfaction uni ou bilat mais asymétrique
- Douleur à palpation glande parotidienne
- Rougeur à l'ostium du conduit parotidien
- Evolution locale généralement favorable,
- risque = complications (méningite, orchite..)

Parotidite ourlienne

- Diagnostic clinique
- Pour confirmation :
 - Sérologie :
 - IgM + qq jours après début signes
 - ↑ taux IgG à 15 jours d'intervalle.
 - PCR salive
- Immunité « à vie » donc si nouvel épisode → chercher une autre cause !

Quel(s) pathogène(s) pouvez-vous évoquez ? (2)

2. **Pyogènes**

- surinfection stase salivaire d'origine lithiasique
- Tuméfaction parotidienne fébrile
- **pus** à l'ostium (spontané ou après massage glandulaire)

CAT :

- Faire écho ou TDM à la recherche lithiasique
+/-sialographie
- ATB per os : amox-ac.clavulanique

3. **Autres virus** : coxsackie, VIH...

Vous revoyez Théo à 12 ans

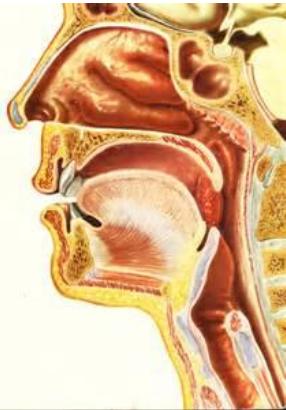


La maman vous explique qu'il a présenté de nombreux épisodes de parotidite ces dernières années. Elle vous en a voulu parce que vous lui aviez dit que « les oreillons, c'était qu'une seule fois! »

Que faut-il évoquer ?

Parotidite récidivante juvénile

- Début classiquement vers 2-3 ans
- ↓ ou disparaît à l'adolescence
- Étiologie inconnue
- Uni ou bilat
- Explorations : alithasique
 - Scialendoscipe : aspect avasculaire jaunâtre du conduit
- Traitement :
 - Antibiothérapie lors poussée
 - Dilatation canalaire sous pression conduit



RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

**ANTIBIOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE
EN PRATIQUE COURANTE
DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES
DE L'ADULTE ET L'ENFANT**

RECOMMANDATIONS

SPILF – GPIP

Novembre 2011

Fiche Mémo

Rhinopharyngite aiguë et angine aiguë de l'enfant

Novembre 2016

→ Pas d'antibiotique chez un enfant :

- ayant une rhinopharyngite aiguë ;
- de moins de 3 ans ayant une angine aiguë ;
- de 3 ans et plus ayant une angine aiguë avec un test diagnostic rapide (TDR) négatif.

→ Chez un enfant de 3 ans et plus ayant une angine aiguë avec un TDR positif :

- amoxicilline, 50 mg/kg/j, pendant 6 jours.
 - En cas d'allergie aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines, le traitement recommandé est la cefpodoxime proxétil : 8 mg/kg/j, pendant 5 jours.
 - En cas de contre-indication aux bétalactamines, les antibiotiques suivants peuvent être utilisés :
 - azithromycine, 20 mg/kg/j, pendant 3 jours ;
 - clarithromycine, 15 mg/kg/j, pendant 5 jours ;
 - josamycine, 50 mg/kg/j, pendant 5 jours.