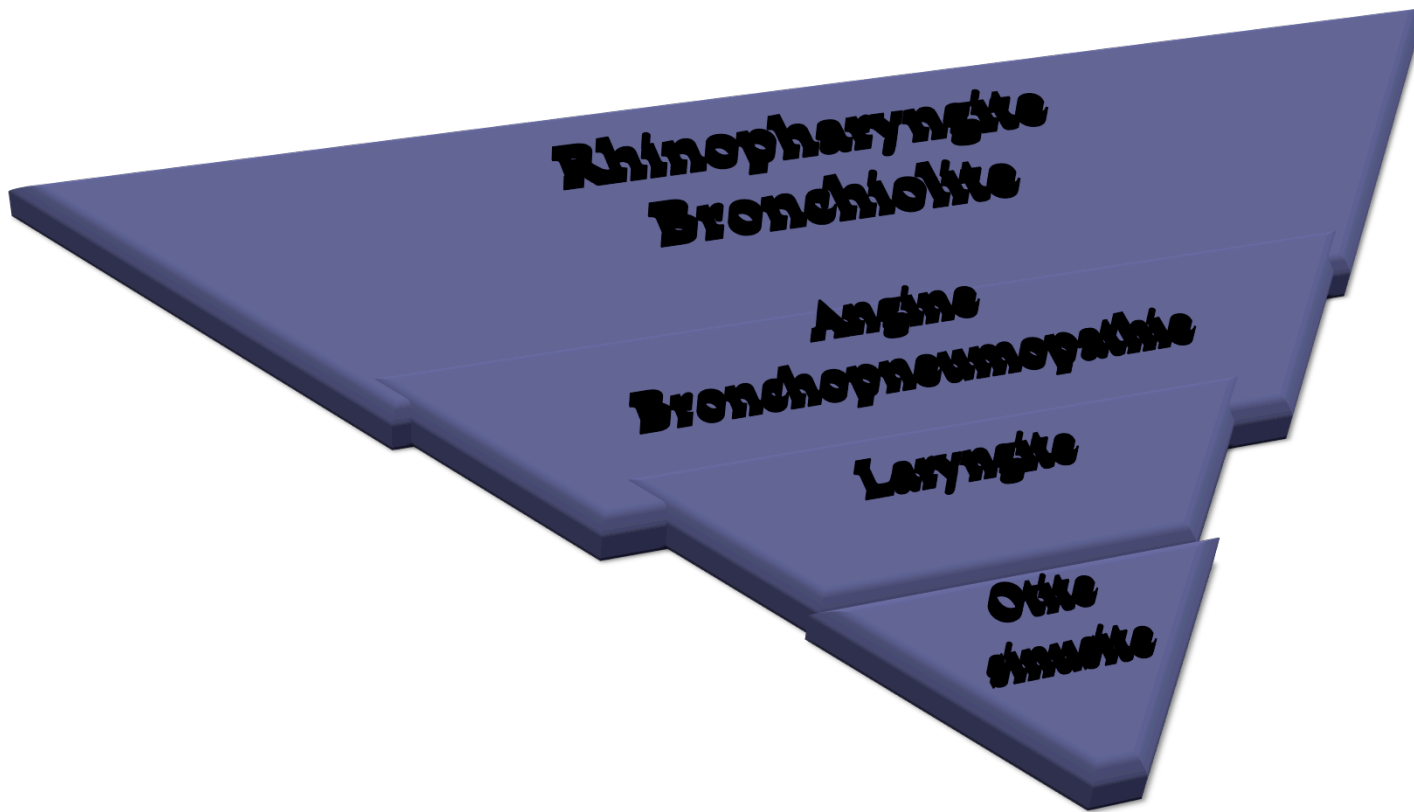


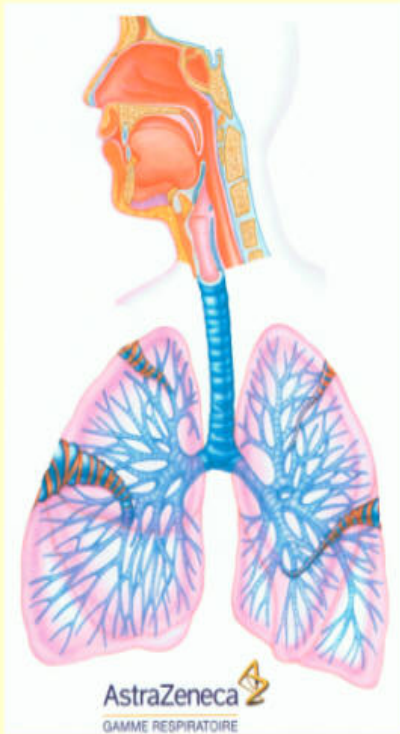
Pathologie hivernale chez l'enfant

Journée de formation continue
Mohammedia 16/02/12
Pr Benjelloun Dakhama BS
Rabat

Affections respiratoires



LES VOIES AÉRIENNES



- Les voies aériennes supérieures :

 - du nez jusqu'au haut de la trachée.

- Les voies aériennes inférieures :

 - de la trachée jusqu'aux alvéoles.

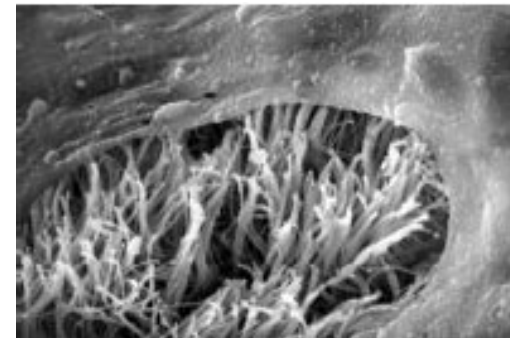
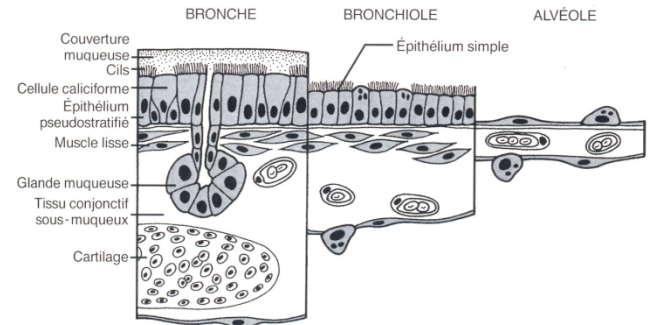
2

Mécanisme de défense des voies aériennes

Appareil mucociliaire : cils vibratiles+mucus→clairance

Revêtement épithélial : barrière de défense

Flore bactérienne saprophyte : non pathogène



RHINOPHARYNGITE



rhinopharyngites itératives = processus physiologiques de maturation immunitaire

RHINOPHARYNGITE

- Diagnostic Clinique:

Fièvre

Rhinorrhée (obstruction)

Pharyngite

Toux irritative

Signes digestifs: diagnostic!!

Si conjonctivite= rechercher otite (HI)

RHINOPHARYNGITE

- **Antibiothérapie?**
- **NON.....**
- **SAUF SI.....**
- Critères:
- **Virus +++**
- **Surinfection?**
- **Temperature >39 >72h**
- **otalgie /otite**
- **Toux grasse+++**
- **odynophagie**
- **Quel antibiothérapie?**

CONSENSUS RHINOPHARYNGITE

- virale
- Possibilité de surinfection (sinus) +++ (*céphalées*)

 bilan si évolution atypique

DRP 4 à 6 fois /j

TTT vasoconstricteur nasal pour courte durée? >12ans

TTT symptomatique

RHINOPHARYNGITES A REPETITION

- Allaitement artificiel
- Tabagisme passif
- Collectivités
- Végétations adénoïdiennes
- Pollution atmosphérique
- Usage des tétines
- Carence en vitamines
- Allergie
- Reflux gastro-oesophagien

ANGINE



Difficulté diagnostique

ANGINE

- orientation Clinique:

Amygdales:

- erythémateuses: virus
- Erythématopultacée: virus ou bactérie
- Vesiculeuse:herpangine : coxsackie
- Pseudomembraneuse: MNI ; dyphtérie
- Ulcero-nécrotique: Leucémie

ANGINE

- **traiter ?; pourquoi ?**
- **systematique ?Ciblé ?**
- **Quel antibiothérapie?**

ANGINE

Rapport épidémiologique MS en 2000

1 300 000 angines traitées par an

RAA : 6000-7000 nouveaux cas

6-7cas /1300 versus 1/100 000 Pays
développés

10% des hospitalisations des services
de médecine ?

50% des services de cardiologie ?

RAA



ANGINE

- **Antibiothérapie ?; pourquoi ?**
- **systematique ?Ciblee ?**
- **Quel antibiothérapie?**

- 50 à 90 % des angines sont d'origine virale.
- 25 à 40 % des angines de l'enfant et 10 à 25 % des angines de l'adulte sont d'origine streptococcique.

ANGINE stréptococcique?

- Critères M.Isaac
- Fièvre 1point
- Angine EP 1point
- ADP douloureuse 1point
- Absence de toux 1point
- +1Pt si <15ans ; - 1Pt si >45ans
- Critères PCIME
- Temperature >38°5
- ou odynophagie
+(2)
- Amygdales érythémateuses
- Amygdales érythémato-pultacées
- ADP sous maxillaires douloureuses

Epidémiologie de l'angine aiguë streptococcique de l'enfant : étude pratiquée aux urgences de l'hôpital Trousseau sur 12 mois*

E. GRIMPREL**, I. ANJAK**, H. VU-THIEN***, D. MOISSENET***,
B. QUINET** et P. BÉGUÉ**

RESUME Une enquête épidémiologique réalisée aux urgences de l'hôpital Trousseau a permis d'analyser 186 cas d'angine aiguë sur une période de un an dont 172 ont bénéficié d'un prélèvement de gorge. Un streptocoque a pu être identifié dans 57 cas (33 %) et il s'agissait dans 46 cas d'un streptocoque β -hémolytique du groupe A. Deux pics d'angine streptococcique ont été enregistrés, en mai et en octobre avec des taux d'isolement respectifs de 56,2 % et 77,8 %. Pendant les autres mois de l'année les taux d'isolement sont restés en deçà de 30 %. Aucun critère clinique n'a pu être reconnu comme prédictif de la nature streptococcique de l'angine, ce qui justifie le traitement systématique de toute angine chez l'enfant en l'absence de prélèvement de gorge. Le traitement de 10 jours par la pénicilline orale reste la référence pour l'angine aiguë de l'enfant.

Mots-clés : Angine aiguë - Streptocoque du groupe A β -Hémolytique - Epidémiologie - Résistance.



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Archives de pédiatrie 14 (2007) 1057-1061

Archives de
pédiatrie

<http://france.elsevier.com/direct/ARCPED/>

Mémoire original

Angine streptococcique aux urgences pédiatriques : performances et impact d'un test de diagnostic rapide Streptococcal pharyngitis in pediatric emergency unit: value and impact of rapid antigen detection test

N. Buchbinder^a, A. Benzdira^a, A. Belgaïd^a, D. Dufour^a, J.-C. Paon^a, A. Morel^b, P. Le Roux^{a,*}

^a Service des urgences pédiatriques, hôpital Flaubert, groupe hospitalier, 55 bis, rue Gustave-Flaubert, 76600 Le Havre, France
^b Service de microbiologie, hôpital Monod, 55 bis, rue Gustave-Flaubert, 76600 Le Havre, France

Reçu le 16 octobre 2006 ; accepté le 19 juin 2007
Disponible sur internet le 24 juillet 2007



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Médecine
maladies i

Médecine et maladies infectieuses 40 (2010) 226-231

Article original

Les angines aiguës de l'enfant dans la région de Sfax (Tunisie) épidémiologie et intérêt du test de diagnostic rapide

Childhood pharyngitis in Sfax (Tunisia): Epidemiology and utility of a rapid streptococcal

S. Mezghani Maalej^a, M. Rekik^a, M. Boudaouara^b, N. Jardak^b, S. Turki^b, R. Aro
S. Chouchane^b, F. Marrekchi^b, M. Kassis^c, A. Hammami^{a,*}

^a Laboratoire de microbiologie, CHU Habib Bourguiba, rue El Ferdous, 3029 Sfax, Tunisie
^b Polyclinique CNSS, 3000 Sfax, Tunisie

^c Service de médecine communautaire et d'épidémiologie, CHU Hédi Chaker, 3029 Sfax, Tunisie

Reçu le 1^{er} août 2009 ; accepté le 28 octobre 2009
Disponible sur Internet le 11 décembre 2009

Résumé

Objectifs. – Étudier l'épidémiologie des angines aiguës de l'enfant et évaluer l'intérêt du test de diagnostic rapide.
Patients et méthodes. – Étude prospective réalisée à la polyclinique de la Caisse nationale de sécurité sociale de Sfax du 1^{er} juin 2007 au 31 mai 2008. Pour chaque enfant consultant pour angine aiguë, une fiche de renseignements cliniques était remplie, un test de diagnostic rapide a été réalisé par le médecin examinateur, puis un prélèvement de gorge servant pour l'examen bactériologique classique a été pratiqué.
Résultats. – Cinq cent quatre enfants ayant une angine aiguë ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen a été de cinq ans huit mois. La culture bactérienne du prélèvement de gorge a été positive à streptocoque du groupe A dans 166 cas (32,9 %). Les fréquences d'isolement du streptocoque du groupe A les plus élevées ont été observées dans la tranche d'âge de cinq à huit ans. L'analyse des signes cliniques observés n'a pas montré de différence significative entre le groupe d'angines streptococciques et celui d'angines non streptococciques. Le test de diagnostic rapide a montré une sensibilité de 93,2 % et une spécificité de 95,3 % par rapport à la méthode de référence qui est la culture bactérienne.
Conclusion. – L'origine bactérienne des angines aiguës de l'enfant dans la région de Sfax ne représente que le tiers des angines, majoritairement dominée par le streptocoque du groupe A. Le test de diagnostic rapide, par sa sensibilité, sa spécificité et sa rapidité, offre un très bon moyen de diagnostic et d'orientation thérapeutique.
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Angine ; Streptocoque du groupe A ; Test de diagnostic rapide

Abstract

Résumé

L'Afssaps recommande le recours systématique au test de diagnostic rapide du streptocoque A afin de mieux cibler la prescription d'antibiotique.

Objectif. – Nous avons voulu évaluer ce test au sein d'un service d'urgences pédiatriques polyvalentes.

Méthodes. – Nous avons comparé, pour chaque angine diagnostiquée, le résultat du test à celui de la culture et avons inclus 216 patients (âge moyen : 4,8 ± 3,6 ans) de janvier à décembre 2004.

Résultats. – Nous avons identifié 57 angines bactériennes (26 %). Les enfants ayant une angine bactérienne étaient âgés de 7 ± 3 ans versus 4 ± 3 ans pour les enfants dont la culture est restée négative ($p > 0,05$). La sensibilité du test était de 77 % (IC 95 % : 65-86) et sa spécificité de 82 % (IC 95 % : 75-87). La VPP était de 60 % (IC 95 % : 49-71) et la VPN de 91 % (IC 95 % : 85-95). Les valeurs prédictives du test étaient influencées par l'âge de l'enfant. L'utilisation du test a permis d'éviter 70 % de prescriptions d'antibiothérapies « inutiles », plus particulièrement dans 93 % des angines non streptococciques. Les prescripteurs ont suivi le résultat du TDR dans 93 % des cas.

Conclusion. – L'utilisation du test a un impact fort sur la prescription d'antibiotiques. Elle permet de débiter précocement un traitement ciblé. Le test manque de sensibilité, notamment chez les grands enfants. Son interprétation doit être critique et prendre en compte la présentation et l'âge de l'enfant.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The French Health Agency (Afssaps) recommends the resort to the streptococcal rapid test strip for a better targeting of antibiotics prescription.

- 50 à 90 % des angines sont d'origine virale.
- 25 à 40 % des angines de l'enfant et 10 à 25 % des angines de l'adulte sont d'origine streptococcique.
- Ce n'est que devant une angine érythémateuse ou érythématopultacée, qu'il est recommandé de pratiquer un TDR à la recherche du streptocoque α -hémolytique du groupe A (SGA).

ANGINE

- **traiter ?; pourquoi ?**
- **systematique ?Ciblé ?**
- **Quel antibiothérapie?**

- 50 à 90 % des angines sont d'origine virale.
- 25 à 40 % des angines de l'enfant et 10 à 25 % des angines de l'adulte sont d'origine streptococcique.
- Ce n'est que devant une angine érythémateuse ou érythématopultacée, qu'il est recommandé de pratiquer un TDR à la recherche du streptocoque α -hémolytique du groupe A (SGA).
- En présence d'une angine à SGA, il est recommandé de prescrire une bêta-lactamine en première intention ou un macrolide en deuxième intention en cas d'impossibilité de prescrire une bêta-lactamine.
- Les traitements antibiotiques courts sont à privilégier.

ANGINE CONSENSUS

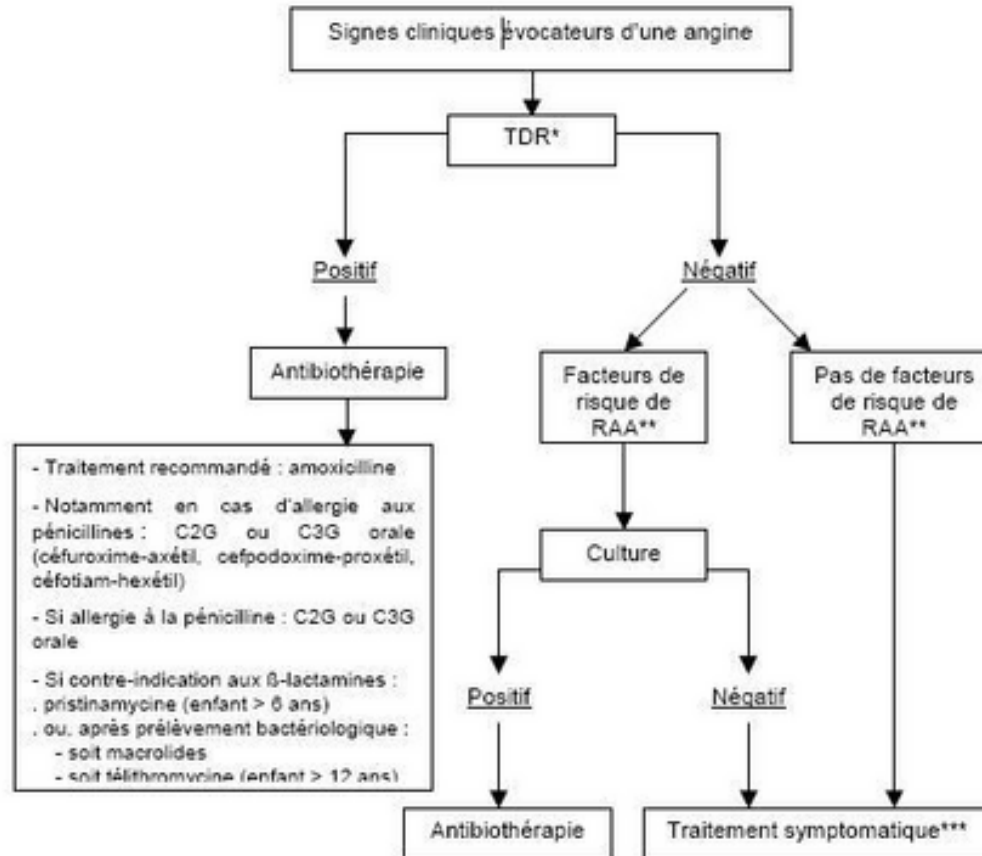
- Angine érythémateuse ou erythémato-pultacée

Strepto-test rapide

positif
inexistant

- Traitement empirique:
 - par oracilline 10 jours
 - ou amoxicilline 6 jours
 - +TTT symptomatique
- Strepto-test négatif: TTT symptomatique
- Angine pseudomembraneuse:
- Prelevement local +MNItest: TTT diphtérie?
- Amygdalectomie : >6/an ou obstruction

PRISE EN CHARGE DE L'ANGINE



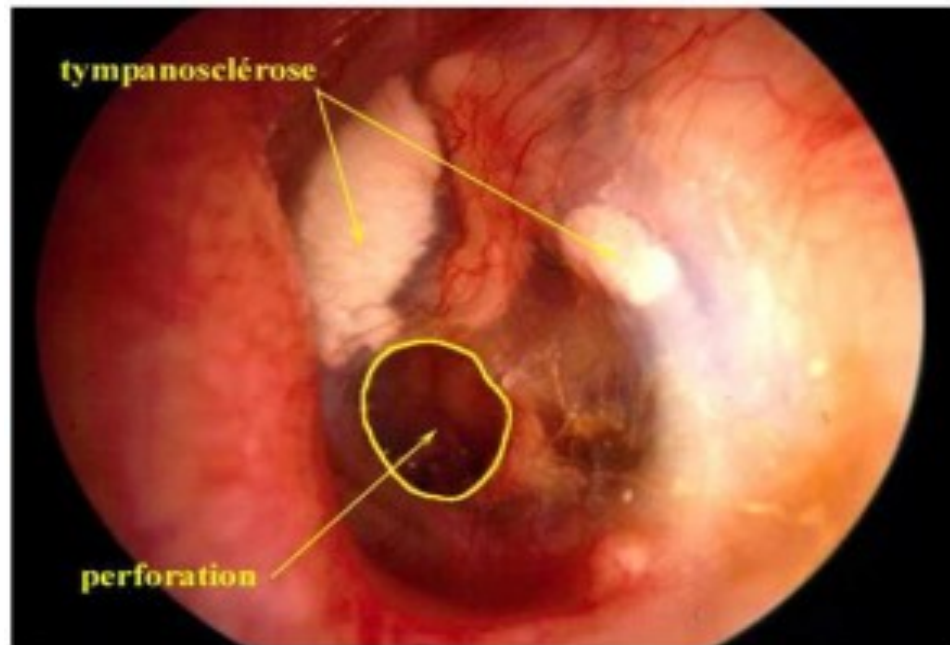
* Réalisation du TDR systématique chez l'enfant et si score de Mac Isaac ≥ 2 chez l'adulte

** Facteurs de risque de RAA :

- antécédent personnel de RAA ;
- âge compris entre 5 et 25 ans associé à la notion de séjours en régions d'endémie de RAA (Afrique, DOM-TOM) ou éventuellement à certains facteurs environnementaux (conditions sociales, sanitaires et économiques, promiscuité, collectivité fermée) ou à des antécédents d'épisodes multiples d'angine à SGA.

*** Antalgique et/ou antipyrétique.

OTITE MOYENNE AIGUE



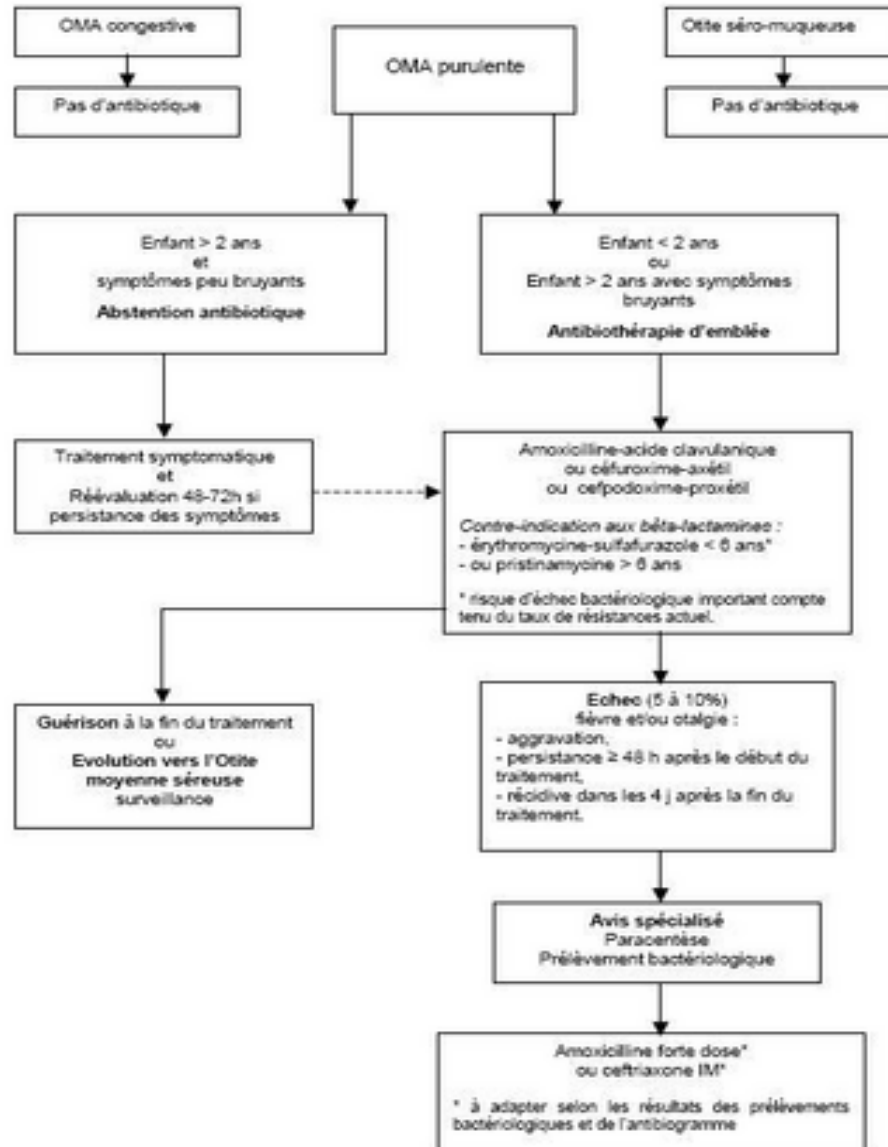
OTITE MOYENNE AIGUE

- Diagnostic Clinique
 - Ootalgie
 - Cris incessant/insomnie
 - *Signes digestifs*
- **Antibiothérapie?**
- **Quel antibiothérapie?**
- Critères
- **Otoscopie:**
 - tympan érythémateux avec effacement du relief des osselets
 - Disparition du triangle lumineux
 - Tympan bombant
 - Tympan perforé: otorrhée

OMA CONSENSUS

- Virus
- Bactéries:HI,PNO,BC
- Pas de bilan sauf
 - si immunodéprimé,
 - Persistance
- Amoxicilline protégée/orelox
- Hospitalisation +CG3 si complication
- Antalgique,
- antipyrétique
- Paracentèse +++
- Contrôle de l'aspect de l'oreille à la fin du traitement

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DE L'OTITE MOYENNE AIGUE CHEZ L'ENFANT



SINUSITE



SINUSITE

- 6mois-5ans :ethmoidite
- >3ans :sinusite maxillaire
- >10 ans: sinusite frontale et sphénoïdale
- **Rhinosinusite**
- Céphalées : enfant
- Fièvre>39
- Œdème péri-orbitaire
- Écoulement nasal purulent homolatéral
- Douleur jugale
- Scanner/blondeau-scanner

SINUSITE

- **antibiothérapie?**

- Critères:
- Trois germes les plus fréquents:
- PNO, HI, BC, +/-SA
- Complications
- Facteurs de risque
- Terrain
- Chronicité

SINUSITE

- **Quel antibiothérapie?**

- Amoxicilline protégée
- Cefpodoxime
- Pristinamycine si allergie
- Pas de TTT local AB

- Pas de corticoïde ou AINS
- DRP
- Antalgiques/antipyrétique

LARYNGITE AIGUE



LARYNGITE AIGUE

- Diagnostic clinique
 - Début brutal nocturne
 - Dyspnée inspiratoire
 - Cornage
 - toux ,voix rauques
 - +/- fièvre
- Critères:
- Virus+++
- **Antibiothérapie?**
- **Quel antibiothérapie?**

CONSENSUS

LARYNGITE AIGUE

- Absence de signes de gravité: TTT ambulatoire corticoïdes
- Signes de gravités : hospitalisation
- modérés : Aérosol corticoïdes +adrénaline
- sévères : intubation / réanimation

BRONCHIOLITE



BRONCHIOLITE

- Diagnostic clinique
- Dyspnée sifflante chez le nourrisson.
- **Attention :myocardite virale**
- **Antibiothérapie?**
- **Quel antibiothérapie?**
- Critères
- Fièvre >39 >48h
- Détresse majeure
- Foyer Rx
- CRP /calcitonine

BAV CONSENSUS

- Si critères d'hospitalisation
- Proclive
- DRP
- Hydratation/nutrition
- Chambre aérée
- BD non indiqués
- Corticoïdes non efficaces
- **Antitussifs, mucolytiques, mucorégulateurs : aucune efficacité**
- Antibiothérapie si
 - terrain débilité
 - signes infectieux cliniques, biologiques, radiologiques
- Kinésithérapie respiratoire : efficacité potentielle

PNEUMOPATHIE

Bruyant
fébrile
douloureux
dyspnéique
foyer de
crépitant

Brutal fièvre
+++
Polypnée
Signes
digestifs

Progressifs
Toux +++
+/- fièvre
Signes extra
pulmonaires

Tableaux
variables

PNEUMOPATHIE

- **Antibiothérapie?**
- Critères
 - PNO
 - SPP
 - MP/CP/L
 - Gravité
 - Fièvre +++
 - Signes en foyer
 - Rx: foyer alvéolaire
 - Syndrome interstitiel
 - biologie
- **Quel antibiothérapie?**

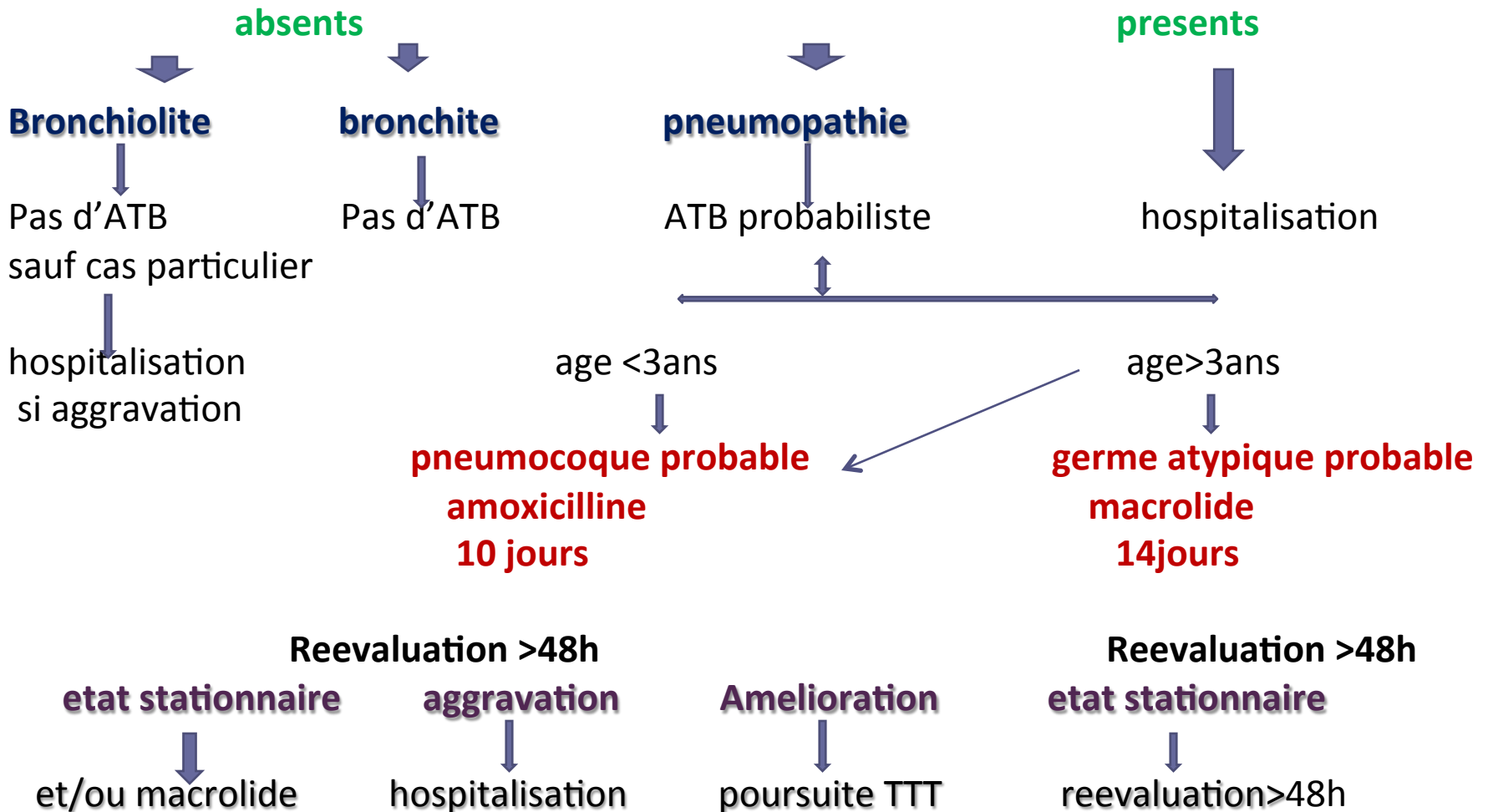
BPP CONSENSUS

- Tableau bénin: rhinite , bonne tolérance ,ronchus +/- crépitants diffus :virus+++ :TTT symptomatique
- Hospitalisation si besoin en O₂TT

- Tableau pneumonie: amoxicilline forte doses
- Tableau Germes atypiques : macrolides/cyclines(>8ans)
- **Entre 4-10ans association amoxicilline +macrolide**
- Rx de contrôle 3 semaines après le début du traitement

Infections respiratoires basses de l'enfant

Recherche de signes de gravité



CHALLENGE

- Vaccinations antiHI / PNO
- Nouveaux antibiotiques
- Nouveaux consensus.
- Nouveaux tests diagnostiques
- Nouvelles performances de l'imagerie