

# « Take Home » messages

1<sup>er</sup> avril 2019

DESC Pathologie infectieuse et tropicale  
Thématique 22 « infections et pédiatrie »

# Infections urinaires & ostéoarticulaires

1. Urines sur milieu de jet ou sondage urinaire < 3 ans
2. Traitement d'emblée per os possible dans les pyélonéphrites si > 3 mois et pas de facteur de gravité ou d'uropathie ni de risque BLSE
3. Os en croissance = vascularisation +++ meilleure diffusion osseuse chez l'enfant
4. Pathogènes: *S. aureus*, SGA (SGB chez le NN) et *K. kingae* (<4 ans)

# Infections néonatales

1. *E. coli* et *Streptocoque agalactiae* (SGB)
2. **Surveillance clinique** du nouveau-né -> 48h
3. **Amoxicilline + Aminosides** en cas de suspicion d'infection néonatale précoce non grave
4. **Infections nosocomiales** chez le prématuré:
  - Souvent lié au KTC, risque de localisations secondaires: discuter du retrait (**même pour SCN**)
5. **PK-PD très différent** : modalités d'administration différentes pour les beta lactamines, dosages++

# Infections respiratoires

## 1. Attention aux diagnostics différentiels

**bronchiolite** : myocardite virale, cardiopathie congénitale

## 2. Coqueluche chez le nourrisson:

1. pas forcément toux quinteuse typique

2. Risque non rare de décès : apnées prolongée, coqueluche maligne

3. Surveillance+++ pour détecter les signes de gravité

## 3. Penser aux mesures autour d'un cas de coqueluche

# Adénopathies & biomarqueurs

1. Chez un enfant 1- 5 ans en TBEG avec adénopathie unique d'évolution subaigüe inflammatoire: **penser à mycobactérie atypique**
2. Intérêt de discuter de l'exérèse d'emblée avec anapath et microbiologie si clinique « typique »
3. Adénopathie et fièvre chez l'enfant : Kawasaki
4. Les études cas – témoins sont un bon design pour identifier un nouveau biomarqueur (pas le valider, car surévaluation des performances)
5. Savoir évaluer le niveau de preuve d'un biomarqueur
6. « Biomarqueurs sans clinique n'est que ruine de la pédiatrie »

# Pneumocoque & déficits immunitaire héréditaire

## 1. **Changement du spectre des infections pneumococciques après introduction vaccin 13-valent**

- Moins de pleuropneumopathie, moins d'OMA
- Augmentation des infections à sérotype non vaccinal chez des patients avec pathologie pulmonaire sous jacente ou co-infections virales
- Attention aux méningites à pneumocoque sérotype 24F (non vaccinal)!
- Baisse incidence et résistance aux ATB... mais a surveiller

## 2. **Infections récurrentes / sévères / atypiques : toujours évoquer un possible déficit immunitaire sous-jacent**

## 3. **Penser à rechercher d'autres facteurs favorisant les infections itératives/sévères**

1. Facteurs anatomique (brèche OM...)
2. DI acquis : VIH, IS...

# Enfant Migrant et enfant voyageur

1. Fièvre au retour du voyage, ne pas oublier les infections cosmopolites de l'enfant!
2. Les parasitoses sont la pathologie infectieuse la plus fréquente chez l'enfant migrant / adopté

## **3. Le bilan initial d'un enfant migrant**

1. Clinique
2. Sérologies hép (A) B C HIV syphilis
3. Ac antitétanique
4. NFS ferritine (plombémie, Electrophorese Hb)
5. Dépistage « guthrie » / TSH en fonction de l'âge
6. Parasitologie selles (et séro anguillulose et bilharziose si zone endémie)
7. IDR ± Rx thorax