

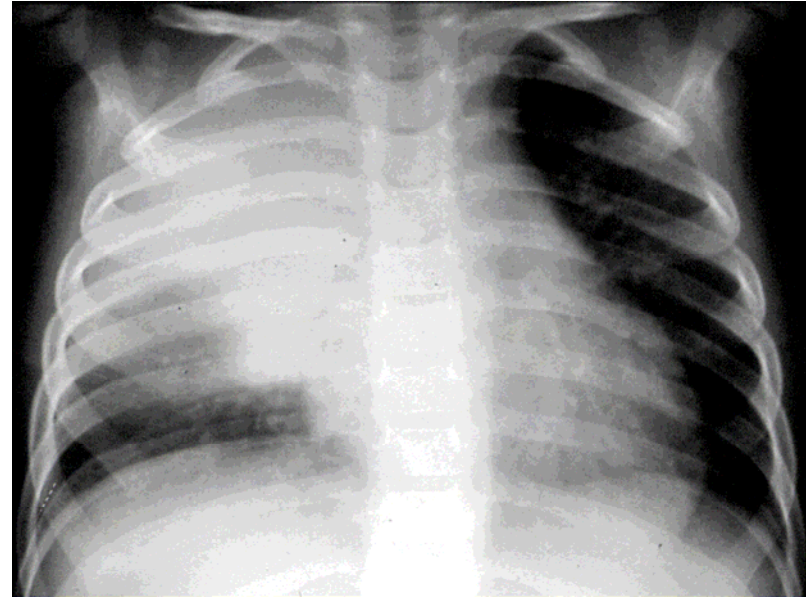
# Stratégie antibiotique dans les pneumopathies communautaires de l'enfant

M. Viprey  
Pédiatrie A  
CHU Reims

# Pneumopathie

# Diagnostic

- Fièvre
- Signes de lutte
- Tachypnée
- Douleur abdominale !!
- Foyer auscultatoire



- Radio de thorax :
  - Debout de face en inspiration
  - Cliché en expiration si suspicion de CE
  - Pas de profil

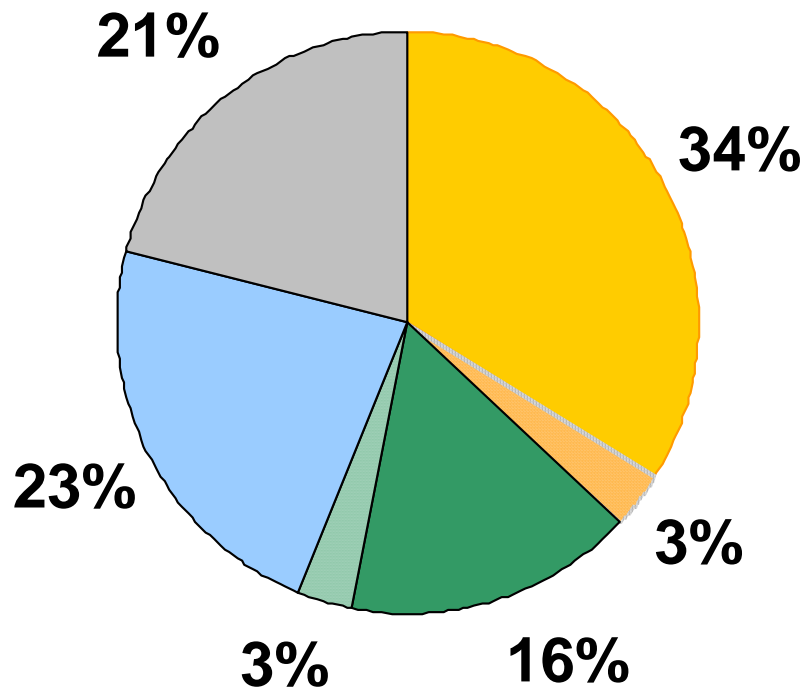
# Attention !

## Signes cliniques peu spécifiques

### Co-infections fréquentes

| Germe                      | Virus                                    | Bactérie  |   |
|----------------------------|--|---|---|
|                            |  | <i>M. pneumoniae</i>                                | <i>S. pneumoniae</i>                        |
| Epidémio                   | Epidémique                               | Epidémique  | Sporadique                                  |
| Age                        | Tout âge                                 | > 3 ans   | Tout âge                                    |
| Fièvre                     | Progressive                              | Progressive   | Brutale                                     |
| Signes respiratoires       | Rhinite<br>Pharyngite<br>Toux            | Toux paroxystique<br>Ronchi, sibilants<br>Hypoxémie | Toux sèche<br>Foyer auscultatoire           |
| Signes extra-respiratoires | Éruption cutanée<br>Diarrhée<br>Myalgies | Asthénie<br>Eruption cutanée<br>Arthralgies         | AEG<br>Douleurs abdo<br>Méningisme<br>Otite |
| Tolérance                  | Bonne                                    | Bonne   | Mauvaise                                    |
| Radio                      | Sd alvéolo-interstitiel                  | Sd alvéolo-interstitiel                             | Foyer systématisé                           |

# Bactériologie



- Bactérienne
- Polybactérienne
- Virale
- Virale (multiple)
- Virale + Bactérienne
- Inconnu

# Traitement

- Symptomatique :
  - Antipyrétiques
  - Réhydratation / Fractionnement de l'alimentation
  - Kinésithérapie respiratoire
  - Hospitalisation si :
    - < 6 mois
    - atteinte > 1 lobe
    - hypoxie
    - AEG
    - vomissements (traitement oral impossible)
- Antibiothérapie

# Antibiothérapie :

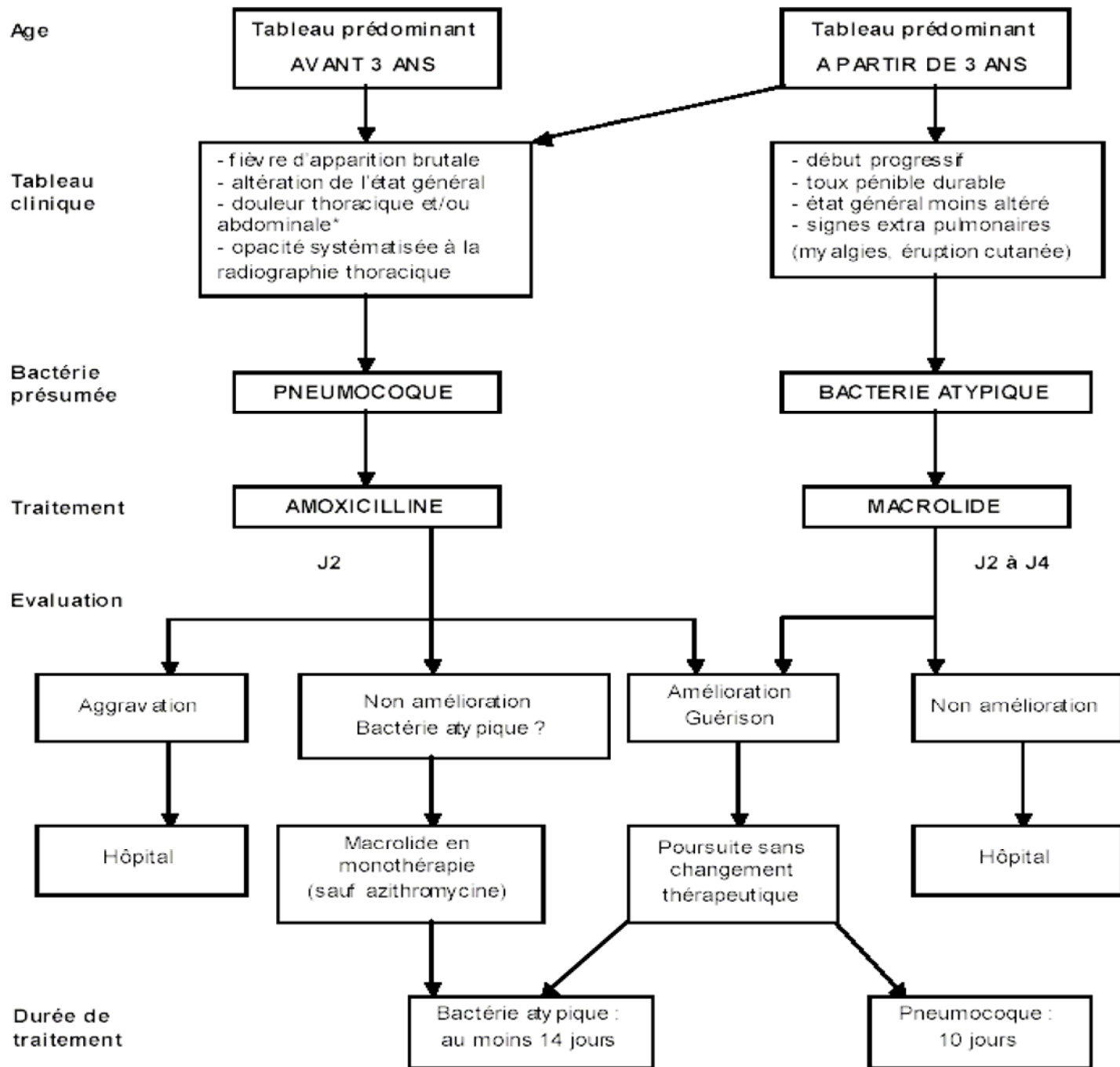
## Pneumopathie sans signe de gravité

- Avant 3 ans :
  - Amoxicilline 80-100 mg/kg/j : 10 j
  - Amoxicilline + Ac. clav. 80 mg/kg/j : 10 j si:
    - < 1 an
    - OMA associée
    - Mal vacciné pour H. influenzae
- Après 3 ans
  - Amoxicilline 80-100 mg/kg/j : 10 j (orientation Pneumocoque)
  - Macrolide : 14 j (orientation mycoplasme)

# Antibiothérapie :

## Pneumopathie avec signe de gravité

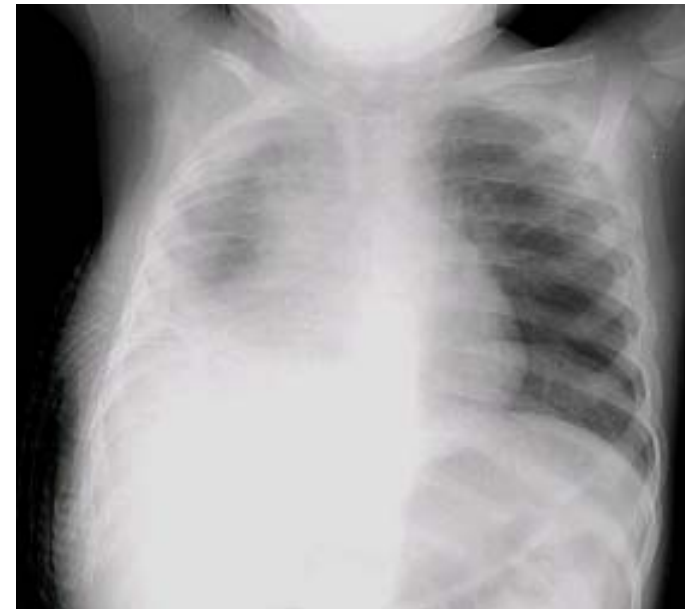
- Avant 6 mois:
  - C3G IV + aminoside +/- oxacilline
- 6 mois - 3 ans:
  - Amoxicilline 100 mg/kg/j + macrolide
  - Ou C3G + macrolide
- Après 3 ans
  - Amoxicilline 100 mg/kg/j +/- Ac clav + Macrolide
- Adapter au résultat bactériologique
- Réévaluation systématique 48-72h



# Pleuropneumopathie

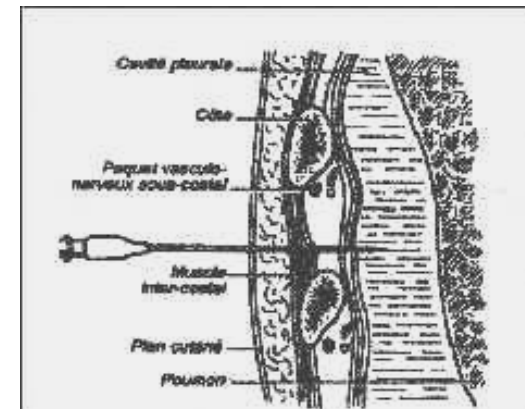
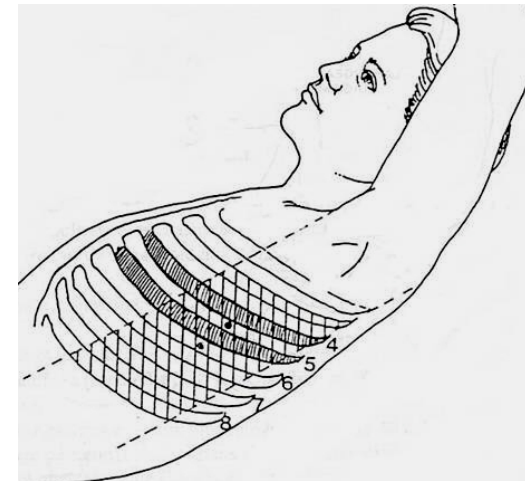
# Diagnostic

- Idem pneumopathie + :
  - Douleur thoracique (Attitude antalgique)
  - Matité thoracique
  - Abolition du murmure vésiculaire
- Radiographie pulmonaire
  - Ligne de Damoiseau
  - Déviation médiastinale ?



# CAT

- Echographie pleurale
  - Épaisseur de l'épanchement
  - Cloisons ?
- Ponction pleurale :
  - Documentation bactériologique ++
  - Evacuation
  - Décubitus dorsal, en pleine matité
  - 4è-5è espace intercostal
  - Ligne axillaire moyenne
  - En urgence si mauvaise tolérance



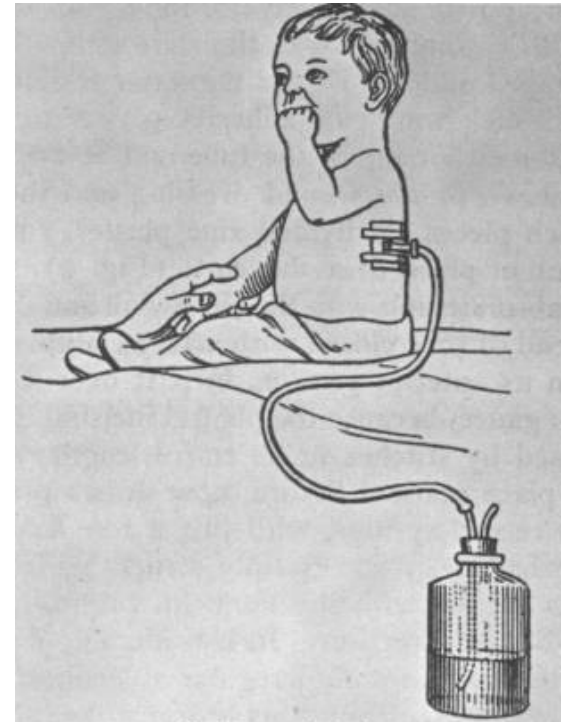
# Antibiothérapie

- IV : 7-15 j
  - Association bactéricide contre Pneumocoque +++, Staphylocoque et streptocoque A (Hi) :
  - **C3G + Glycopeptide** (Claforan 100-150 mg/kg/j + Vancomycine 40-60 mg/kg/j)
  - Ou C3G ou Amoxiclav + Rifampicine
  - **À adapter à l'antibiogramme**
- Relais per os : 3 à 5 semaines

- **Antalgiques ++**
- **Kiné Respi** (après la phase algique)
- Corticothérapie : Pas d'efficacité prouvée

# Drainage pleural

- Indications
  - Non systématique
  - Mauvaise tolérance clinique  
DR, O<sub>2</sub>, polypnée
  - Déviation médiastinale
- Technique :
  - Au bloc, sous AG
  - DD, 4<sup>e</sup>-5<sup>e</sup> espace
  - Puis mise en aspiration à – 18 cm H<sub>2</sub>O



# En conclusion...

- Pneumopathie :
  - Radiographie pulmonaire devant toute dyspnée / toux fébrile
  - ATB selon le contexte
  - Réévaluation clinique à 48 h-72 h
- Pleuro-pneumopathie:
  - Ponction pleurale
  - ATB IV double, adaptée
- Radiographie pulmonaire de contrôle à 1 mois