

## DOSSIER N°: 215

### ENONCE

Une petite fille âgée de 18 mois, est née au terme d'une grossesse normale (poids de naissance 3,500 kg ; taille de naissance 50 cm ; périmètre crânien de naissance 35 cm). Le père âgé de 28 ans est asthmatique. La mère âgée de 23 ans présente un eczéma de contact au Nickel. L'enfant est gardée en crèche depuis l'âge de 6 mois. Elle a présenté de nombreux épisodes de rhinopharyngites et d'otites jusqu'à l'âge de 1 an ayant conduit à différents traitements antibiotiques. Elle a été hospitalisée 24 heures à l'âge de 6 mois pour un épisode de bronchiolite. Elle n'a pas d'autres antécédents notables. Les vaccinations suivantes ont été pratiquées: - BCG à la naissance - vaccin pentavalent à 2, 3 et 4 mois (Pentacoq®) - vaccin contre l'hépatite B aux âges de 6 et 7 mois - vaccin contre Rougeole Oreillons et Rubéole effectué à l'âge de 1 an. Le vaccin antipneumococcique (Prévenar®) n'a pas été effectué. A l'âge de 18 mois, la mère est informée lorsqu'elle vient reprendre sa fille le soir à la crèche qu'elle est apparue plus fatiguée qu'à l'habitude et grognon. Sa température est à 38,9°C. Elle a un écoulement nasal clair et touse par intermittence. Il est également signalé à la mère qu'il existe une épidémie de gastro-entérites au sein de la crèche. L'enfant est alors conduite en consultation vers le médecin traitant de la famille. Celui-ci trouve à l'auscultation pulmonaire, quelques ronchus. Il n'y a pas de polypnée. L'examen ORL montre des tympan normaux et des amygdales hypertrophiées et érythémateuses. Le poids est de 11 kg et la taille de 80 cm. Le médecin porte un diagnostic d'angine et prescrit de la josamycine (Josacine®) et un traitement antipyrétique.

---

### QUESTION n°: 1

Cette prescription antibiotique est-elle justifiée ? Argumentez votre réponse.

### REPONSES n°: 1

- Antibiothérapie non recommandée car la majorité des angines est virale à cet âge. - Par ailleurs, si un antibiotique devait être prescrit dans ce contexte, l'amoxicilline doit être préférée aux macrolides en l'absence d'allergie connue aux bêta lactamines compte tenu de la résistance acquise du streptocoque aux macrolides. La pratique d'un test de diagnostic rapide d'une infection à streptocoque ne figure pas à cet âge dans les recommandations actuelles (avril 2005).

---

### QUESTION n°: 2

Quelle est la justification de la prescription antipyrétique ? En préciser les modalités avec les posologies en mg/kg/jour et le nombre de prises

### REPONSES n°: 2

Justification : - confort de l'enfant (réponse principale) ; prévention des convulsions (réponse accessoire) [réf : AFSSAPS déc 2004] - Paracétamol 60 mg/kg/jour en 4 prises par voie orale ou rectale - Mesures physiques : découvrir l'enfant et supplément hydrique. - L'association systématique d'un anti-inflammatoire non stéroïdien en première intention n'est pas justifiée (ibuprofène, aspirine).

---

### QUESTION n°: 3

Les parents conduisent à nouveau l'enfant à la crèche le lendemain. Le soir, il est suggéré à la famille de consulter à nouveau le médecin traitant devant la persistance de la fièvre (38,5°C), l'apparition de sécrétions nasales verdâtres et d'un vomissement au moment d'un accès de toux. L'état général de l'enfant est conservé. Ce tableau clinique justifie-t-il une nouvelle consultation médicale ? Argumentez votre réponse.

### REPONSES n°: 3

Non. La consultation n'est pas justifiée pour plusieurs raisons : - La seule persistance de la fièvre au bout de 24 heures ne justifie pas une nouvelle consultation que son origine soit virale ou bactérienne sous traitement. - L'aspect mucopurulent des sécrétions nasales n'est pas synonyme d'infection bactérienne et ne justifie pas l'indication d'une consultation anticipée. - La survenue d'un vomissement isolé au cours d'un accès de toux est banal et ne justifie pas une consultation si les vomissements ne se répètent pas.

---

### QUESTION n°: 4

L'enfant est reconduit 24 heures plus tard auprès du médecin traitant. Il constate la persistance de l'hypertrophie amygdalienne et des ronchus, et il précise l'absence de râles sibilants à l'auscultation thoracique. En revanche il constate l'apparition d'un tympan gauche congestif et d'un tympan droit congestif, bombé et opaque. Selon les propos du médecin, le contexte allergique familial et le risque d'induire des résistances microbiennes par des modifications antibiotiques trop rapides doivent conduire au maintien de l'antibiothérapie par macrolides. Estimez-vous cette attitude légitime ? Argumentez votre réponse

### REPONSES n°: 4

Cette attitude n'est pas adaptée. - Si le diagnostic d'otite moyenne aiguë est authentifié sur les données de la description de l'examen otoscopique, il convient de recourir à une antibiothérapie appropriée type amoxicilline + acide clavulanique (Augmentin®) ; cefpodoxime proxétel (Orelox®) ou céfuroxime axétil (Zinnat®). - Le risque de survenue d'une otite moyenne aiguë était de plus effectivement possible, compte tenu des niveaux de résistance élevés des pneumocoques aux macrolides et de l'inactivité de ceux-ci vis-à-vis de l'*Haemophilus influenzae*.

---

**QUESTION n°: 5**

Le lendemain, (soit 3 jours après le début de la fièvre) la mère consulte aux urgences hospitalières car la fièvre persiste à 39°C. L'enfant est devenue geignarde et algique à la mobilisation. Les examens complémentaires demandés en urgence montrent : - NFS : GB 20 10<sup>9</sup>/l ; 50 % de PNN ; 45 % de lymphocytes ; 5 % de monocytes - CRP 100 mg/l, Procalcitonine : 5 µg/l [Normale < 0,5 µg/l]. - Radiographie de thorax de face : majoration des opacités périfonchovasculaires, sans foyer de condensation ; - bandelette urinaire : absence de leucocytes, nitrites négatif - examen du LCR : 80 éléments/mm<sup>3</sup> ; 80 % de PNN ; 20 % de Lymphocytes ; 0,30 g/l d'albumine : glycorachie 2 mmol/l (glycémie 5 mmol/l) ; nombreux cocci Gram positif à l'examen direct. Quel est votre diagnostic à ce stade et quel traitement antibiotique proposez vous (sans les posologies) ? Une antibioprophylaxie de l'entourage est elle justifiée ? Si oui, laquelle ?

**REPONSES n°: 5**

- Méningite purulente à pneumocoque. - Cefotaxime + vancomycine - Association nécessaire en raison de la fréquence des pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline (30 %) jusqu'à obtention de la sensibilité de la souche. - Antibioprophylaxie de l'entourage non justifiée pour le pneumocoque.

---

**QUESTION n°: 6**

Quels seront les éléments essentiels de suivi au cours des 3 premiers jours, en dehors de toute complication ? Justifiez chacune de vos réponses.

**REPONSES n°: 6**

Réponses minimum requises : - Température (contrôle de l'infection) - Examens neurologiques répétés (recherche de complications neurologiques) - Examen du LCR de contrôle à 36-48 h (en raison du pneumocoque)

---

**QUESTION n°: 7**

Quinze jours plus tard, l'enfant étant guérie la mère demande quelles vaccinations vous recommandez au cours des 6 mois à venir. Quelle est votre réponse ?

**REPONSES n°: 7**

- Vaccin antipneumococcique conjugué (Prévenar®) (rattrapage : 2 doses à 2 mois d'intervalle minimum) - DT Coq (acellulaire) Polio Haemophilus (1er rappel) - Hépatite B (5 à 12 mois après la 2<sup>e</sup> injection).

ITEM N° 77 : Angines et pharyngites de l'enfant et de l'adulte

ITEM N° 76 : vaccinations : bases immunologiques, indications, efficacité, complications

ITEM N° 96 : Méningites infectieuses et méningo-encéphalites chez l'enfant et chez l'adulte

ITEM N° 203 : Fièvre aiguë chez l'enfant et chez l'adulte –identifier les critères de gravité d'un syndrome infectieux

ITEM N° 173 : Prescription et surveillance des anti-infectieux