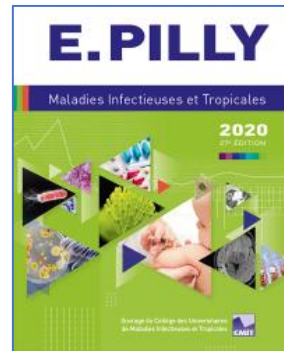


ANTIBIOTHÉRAPIE DES ENFANTS EN VILLE



Infections OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES
Infections RESPIRATOIRES BASSES
Infections URINAIRES
Infections DIGESTIVES
Infections CUTANÉES
ANTIBIOPROPHYLAXIE MÉDICALE



Adapté à partir du:

Guide de prescription d'antibiotiques 2023 du Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (GPIP) de la Société Française de Pédiatrie ([lien version française](#) & [lien version anglaise](#))
coordonné par le Pr Robert Cohen, [Journal de pédiatrie et de puériculture Juin 2024](#) ([lien](#))

E-PILLY Maladies Infectieuses et Tropicales, Edition AlinéaPlus, 27^{ème} Edition, 2020.

Les Référentiels des collèges. Pédiatrie, Edition Elsevier Masson, 9^{ème} Edition, 2024.

INFECTIONS D'ORIGINE VIRALE

Bronchiolite (inclus à VRS)
Bronchite aiguë

PAS D'ANTIBIOTHERAPIE

DIAGNOSTIC DE PNEUMONIE CHEZ ENFANT:

1/ Fièvre et toux :

- +/- signes auscultatoires (crépitations)
- +/- difficultés respiratoires (signes de lutte, tachypnée)

2/ ET foyer radiologique (RP ou échographie thoracique)

3/ +/- CRP

BRONCHITE BACTERIENNE PERSISTANTE:

Surtout âge < 5 ans

- **Toux chronique grasse et/ou productive continue (durée > à 4 semaines) sans tendance à l'amélioration.**
- **Absence de signes fonctionnels ou cliniques évocateurs d'une autre cause.**
- **Toux se résolvant après 2 à 4 semaines d'une antibiothérapie orale appropriée.**

RP indispensable +/- Avis pneumopédiatre

Amox-ac.clav 80 mg/kg/j en 3 prises – 14 j

Si allergie :

Cotrimoxazole 30 mg/kg/j en 2 prises (max 1,6 g/j) – 14 j

PNEUMOPATHIE COMMUNAUTAIRE

S. pneumoniae

Amoxicilline 80 à 100 mg/kg/j en 2 prises (max 3 g/j) – 5 j

Si allergie (Avis infectiologique pédiatrique recommandé) :

Ceftriaxone 50 mg/kg/j en 1 inj (IV/IM) – 5 j

ou > 6 ans:

Clindamycine 30-40 mg/kg/j en 3 prises (max 450mg/dose) – 5 j

REEVALUATION à 48H:

- Critère efficacité = apyrexie ≤ 48 heures
- Si pas d'apyrexie à 48 heures, rechercher:
 - COMPLICATIONS (épanchement, abcès, empyème): radio thorax
 - Discuter virus et infection à GERMES ATYPIQUES

PNEUMOPATHIE COMMUNAUTAIRE ATYPIQUE

Mycoplasma pneumoniae (si âge > 3 ans)

À ÉVOQUER DEVANT:

- Installation progressive
- Bon état général
- Absence élévation CRP
- Absence épanchement pleural
- Échec Amoxicilline

Clarithromycine 15 mg/kg/j en 2 prises (max 500 mg/dose) – 5 j

ou **Azithromycine** 20 mg/kg/j en 1 prise – 3 j

REEVALUATION à 3-4 j:

Critères efficacité = apyrexie, diminution de la toux

PNEUMOPATHIE DE DÉGLUTITION OU INHALATION

Terrain neurologique

Amox-ac.clav 80 mg/kg/j PO ou 100 mg/kg/j IV en 3 prises - 7 j

Si allergie : **Hospitalisation**

COQUELUCHE (*)

- A démarrer le plus tôt possible dans les 3 premières semaines
- Réduit portage et contagiosité MAIS pas d'effet sur l'évolution de la maladie

Clarithromycine 15 mg/kg/j en 2 prises – 7 j

ou **Azithromycine** 20 mg/kg/j en 1 prise – 3 j

Si allergie/Cl:

Cotrimoxazole 6 mg/kg/j TMP en 2 prises – 14 j

Si rupture de stock:

> 25kg: **Erythromycine** 40 mg/kg/j en 2-3 prises (max 1g3/j) – 14 j

Éviction scolaire

- Tant que le diagnostic n'aura pas été infirmé ;
- Si le diagnostic est confirmé :
 - 3-5 j de traitement adapté (3 J si azithromycine) ;
 - jusqu'à 3 semaines en absence de traitement antibiotique

(*) [Choix et durées d'antibiothérapies : coqueluche chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte: Recommandations de bonne pratique 5/8/2024 HAS/SPILGPPIP](#)

INFECTIONS RESPIRATOIRES GRAVES

- Toute **pleuro**-pneumopathie
- Pneumonie **avec terrain et/ou signes de gravité:**
- Age < 6 mois
- Terrain médical sous-jacent
- Difficultés socio-économiques
- Fièvre mal tolérée/sepsis
- Hypoxie / cyanose péri-buccale
- Détresse respiratoire majeure (battement des ailes du nez..)
- Déshydratation

URGENCES THERAPEUTIQUES => HOSPITALISATION

INFECTIONS D'ORIGINE VIRALE

- Otite séreuse
- Otite congestive
- Rhinopharyngite
- Angine TDR SGA (Streptocoque Groupe A) négatif
- Laryngite
- Parotidite

PAS D'ANTIBIOTHERAPIE

ANGINE TDR SGA +

Amoxicilline 50 mg/kg/j en 2 prises (max 2 g/j) – 6 j

Si allergie:

Cefpodoxime 8 mg/kg/j en 2 prises (max 400 mg/j) – 5 j

ou **Clarithromycine** 30 mg/kg/j en 2 prises (max 500 mg/j) – 5 j

SINUSITE MAXILLAIRE OU FRONTALE

Traitement si : frontales / maxillaires aiguës sévères (T > 39°, céphalée, rhinorrhée purulente > 3-4j) / maxillaires aiguës non sévères avec facteurs de risque (asthme, cardiopathie, drépanocytose) ou prolongées >10j (sans amélioration ou aggravation secondaire)

Amoxicilline 80 à 100 mg/kg/j en 2 prises (max 3 g/j) – 10 j

Si allergie:

Cefpodoxime 8 mg/kg/j en 2 prises (max 400 mg/j) – 10 j

ABCÈS DENTAIRE

NON COMPLIQUÉ

Amoxicilline 50 mg/kg/j en 2-3 prises (max 3 g/j) – 6 jours

Si allergie:

Clarithromycine 15 mg/kg/j en 2 prises (max 1g/j) - 6 jours

COMPLIQUÉ (cellulite)

Amox-ac. clav 80 mg/kg/j en 3 prises (max 4 g/j) – 8 à 10 jours

Si allergie:

Clarithromycine 15 mg/kg/j en 2 prises (max 1g/j)

+ **Métronidazole** 30 mg/kg/j en 2-3 prises (max 1,5g/j) – 8 à 10 j

OTITE MOYENNE AIGUE PURULENTE (OMAP)

< 2 ANS: Traitement d'emblée

Amoxicilline 80 à 100 mg/kg/j en 2 prises (max 3 g/j) – 10 j

Si allergie:

Cefpodoxime 8 mg/kg/j en 2 prises (max 400 mg/j) – 10 j

Si syndrome otite-conjonctivite (H. influenzae : \ des R par Pase):

Amoxicilline 80 à 100 mg/kg/j en 2 prises (max 3 g/j) – 10 j

ou **Amox-ac. clav** 80 mg/kg/j en 2 prises (max 3 g/j) – 10 j

Si allergie:

Cefpodoxime 8 mg/kg/j en 2 prises (max 400 mg/j) – 10 j

> 2 ANS

- Bien tolérée: pas d'antibiothérapie et surveillance 48H

Traiter si persistance symptômes > 48H, mêmes schémas - 5 j

- Formes sévères (fièvre élevée / otalgie intense) :

Traitement d'emblée, mêmes schémas - 5 j

- Formes compliquées (perforées ou récidivantes) :

Traitement d'emblée, mêmes schémas – 10 j

Si otorrhée : Faire TDR SGA sur pus

• **TDR SGA+**

Amoxicilline 50 mg/kg/j en 2 prises (max 2 g/j) – 6 j

• **TDR SGA –**

Amoxicilline 80-100 mg/kg/j en 2 prises (max 3 g/j) – 10 j

ou **Amox-ac. clav** 80 mg/kg/j en 2 prises (max 3 g/j) – 10 j

OMAP – ÉCHEC PREMIER TRAITEMENT

- **Persistance/réapparition symptômes pendant ou < 72H après fin traitement avec anomalies otoscopiques d'OMAP**

Si 1er traitement avec amoxicilline :

Amox-ac. clav 80 mg/kg/j en 2 prises (max 3 g/j) – 10 j

ou **Cefpodoxime** 8 mg/kg/j en 2 prises (max 400 mg/j) – 10 j

Si 1er traitement avec Cefpodoxime :

Amoxicilline 150 mg/kg/j en 3 prises – 10 j

Si 1er traitement avec Amox-ac. Clav : Ceftriaxone 50 mg/kg en 1 inj (IV/IM) – 3 j (si possible après paracentèse)

PAROTIDITE AIGUE D'ALLURE BACTÉRIENNE

- **Pus canal Sténon / aspect abcédé / CRP élevée**
- **Si nouveau-né = infection grave = Hospitalisation**

Amox-ac. clav 80 mg/kg/j PO ou 100-150 mg/kg IV en 3 prises (max 4 g/j) – 10 j

Si allergie:

Cotrimoxazole 30 mg/kg/j SMX en 2 prises (max 1600 mg/j) – 10 j

ADENITE CERVICALE D'ALLURE BACTÉRIENNE

TDR SGA +

Amoxicilline 50 mg/kg/j en 2 prises (max 2 g/j) – 10 j

TDR SGA –

Amox-ac. clav 80 mg/kg/j en 2 prises (max 2 à 3 g/j) – 10 j

Si allergie fortement suspectée pénicilline et céphalosporine (TDR+ ou TDR-):

Clarithromycine 15 mg/kg/j en 2 prises (max 500 mg/j) - 10 j

AMYGDALITE ET PHARYNGITE RÉCIDIVANTE SGA+

Cefalexine 50 mg/kg/j en 2 prises (max 2g/j) – 10 j

ou **Amox-ac. clav** 50 mg/kg/j en 2 prises (max 2 g/j) – 10 j

ou **Azithromycine** 20 mg/kg/j en 1 prise – 3 j

Si récurrences multiples : Avis infectiologique pédiatrique

ETHMOÏDITE MINEURE (Stade 1 Chandler)

Amox-ac. clav 50 mg/kg/j en 2 prises (max 2 g/j) – 10 j

INFECTIONS ORL GRAVES

- Mastoïdite (aigue simple, aiguë traînante, compliquée)
- Epiglottite
- Abcès retro et péri pharyngé
- Adénite suppurée grave
- Ethmoïdite sévère (Stade 2 et + de Chandler)
- Laryngo-trachéo-bronchite bactérienne (dyspnée + stridor)
- Parotidite aiguë bactérienne du nouveau-né

URGENCE THERAPEUTIQUE => HOSPITALISATION

CHEZ NOURRISSON / ENFANT FÉBRILE :

Calcul risque IU: <https://uticalc.pitt.edu/>

FAIRE DEPISTAGE BU 1^{ère} intention (à partir de l'âge de 1 mois)

- ⇒ BU négative (leuco- nitrites-): valeur prédictive négative > 90%, ne pas faire d'ECBU
- ⇒ BU positive (leuco+ ou nitrites+) : infection probable, donc faire ECBU pour confirmation et antibiogramme

ECBU d'emblée uniquement si:

- Enfants à risque (nouveau-nés / neutropénie septique / uropathie sous-jacente)

NB: risque contamination ≠ selon type de prélèvement:

- poche de recueil = 50-60%
- prélèvement au jet = 25%
- sondage urinaire = 10%

INFECTION URINAIRE NON FÉBRILE (cystite)

- **ECBU systématique**
- **Traitement probabiliste avant résultat antibiogramme :**

Amox-ac.clav 80 mg/kg/j en 2 prises (max 3g/j) - 5 j

Si allergie :

Cotrimoxazole 30 mg/kg/j de SMX x2/j (max 1,6g/j) – 5 j

ou **Cefixime** 8 mg/kg/j x2/j (max 400 mg/j) – 5 j

Si jeune fille pubère: **Fosfomycine** 3 g en prise unique

- **Evolution FAVORABLE sous Amox-ac.clav:**
Poursuivre 5j de traitement (sans tenir compte de l'antibiogramme)

- **Evolution DÉFAVORABLE sous Amox-ac.clav:**

Modifier ATB en fonction antibiogramme et sensibilité:

Cotrimoxazole ou **Cefixime** (doses cf. supra)

INFECTION URINAIRE FÉBRILE (pyélonéphrite probable)

SANS CRITÈRE DE GRAVITÉ ET BAS RISQUE DE CICATRICE RÉNALE

(âge > 3 mois / absence d'uropathie sus-jacente / absence sepsis / PCT basse / bonne compliance / absence vomissements / possibilité de reconsulter)

- **TRAITEMENT PROBABILISTE (avant antibiogramme) :**

Ceftriaxone 50 mg/kg/j en 1 inj IV/IM (max 2 g/j)

ou **Amikacine*** 20- 30 mg/kg/j en 1 inj IVL de 30 minutes (max 1 g/j)

ou **Céfixime** 8 mg/kg/j x2/j PO (max 400 mg/j)

Attention: si cocci Gram+ au direct:

Amoxicilline 100 mg/kg/j IVL toutes les 8H (max 3g/j)

+ **Gentamicine** 5 mg/kg/j en 1 inj IVL de 30 minutes (max 320 mg/j)

Si allergie : **Avis infectiologue pédiatre**

- **RELAIS PO après obtention apyrexie et de l'antibiogramme :**

⇒ en fonction antibiogramme, en ordre de préférence:

Cotrimoxazole (> 1 mois) : 30 mg/kg/j SMX en 2 prises

Si Cotrimoxazole-R : **Cefixime** 8 mg/kg/j en 2 prises

⇒ si Entérocoque ou Proteus : **Amoxicilline** 80 à 100mg/kg/j en 2 prise (max 3 g/j)

Si BLSE cotrimoxazole-R : **Avis infectiologue pédiatrique**

- **DURÉE TOTALE (IV+PO) = 10 jours**

PROSTATITE/ URETRITE

⇒ Se référer aux recommandations adultes:

<https://antibiocliv.com/>

- **Infection urinaire due à :**

- *Pseudomonas sp.*
- Bactéries hautement résistantes dont :
 - BLSE résistante au cotrimoxazole
 - Entérobactérie productrice de carbapénèmase
 - Entérocoque résistant aux glycopeptide

- **Infection urinaire compliquée (abcès, lithiases..)**

AVIS INFECTIOLOGUE

INFECTION URINAIRE FÉBRILE (pyélonéphrite probable) AVEC CRITÈRES DE GRAVITÉ

- Enfant < 3 mois
- Suspicion sepsis
- Uropathie connue sévère

URGENCE THERAPEUTIQUE => HOSPITALISATION

- **Diarrhées virales (rotavirus, norovirus):** les plus fréquentes > 90 % des cas, liquidiennes .
- **Diarrhées bactériennes:** plus rares, glairo-sanglantes

PAS D'ANTIBIOTHERAPIE SI :

- **Salmonella sp.** chez patient sans facteur de risque
- **Campylobacter jejuni** chez patient peu ou pas symptomatique
- **Clostridium difficile < 3 ans:** portage digestif fréquent (toxine sans valeur diagnostique chez < 3 ans)

INDICATIONS de la COPROCULTURE

- Diarrhée glairo-sanglante et syndrome dysentérique
- Maladies chroniques sous-jacentes (immunodépression / maladies oncologiques, MICI, etc.)
- État septique
- Retour de voyage tropical ou subtropical
- Entourage d'une shigellose confirmée

INFECTIONS BACTERIENNES

Clostridium difficile (toxine A et/ou B +)

- **Arrêter** l'ATB ayant favorisé infection à *C. difficile* (si possible)
- **Avis infectiologique pédiatrique**

Campylobacter jejuni

Traiter si symptomatique lors des résultats de la culture

Azithromycine 20 mg/kg/j (max 500 mg/j) - 3 j

Salmonella sp

Traiter uniquement si :

- facteur de risque de localisations septiques secondaires (âge < 3 mois, drépanocytose ou immunodépression)
- bactériémie
- fièvre prolongée
- diarrhée persistante
- fièvre typhoïde (*S. typhi* et *paratyphi*) => **Hospitalisation**

Ceftriaxone 50 mg/kg/j IVL (max 2 g/j) – 3 à 5 j

Si allergie : **Azithromycine** 20 mg/kg/j - 3 j

Shigella sp

Traiter toujours, même si pas de diarrhée

Azithromycine 20 mg/kg/j (max 500 mg/j) - 3 j

Alternative si septique ou diarrhée sévère :

Ceftriaxone 50 mg/kg/j IVL (max 2 g/j) – 3 j

Yersinia sp

Cotrimoxazole 30 mg/kg/j SMX en 2 prises – 5 j

ou **Ceftriaxone** 50 mg/kg/j IV – 5 j

Si allergie:

Doxycycline (> 8 ans) 4 mg/kg/j en 2 prises (max 200 mg/j) – 5 j

Helicobacter pylori

Amoxicilline + Clarithromycine ou **Métronidazole + IPP** – 14 J

Si allergie :

Clarithromycine + Métronidazole + IPP – 14 J

ou **Pylera®** (> 12 ans) + IPP – 14 J

- Vérifier éradication (test respiratoire) 2 à 6 semaines et quelques mois après traitement

INFECTIONS PARASITAIRES

Entamoeba histolytica

- Tableau dysentérique
- Coproculture systématique pour éliminer cause bactérienne

Metronidazole 30-40 mg/kg/j en 2-3 prises (max 1,5 g/j) – 7 à 10 j puis amoebicide de contact au décours (prescription hospitalière)
=> **Avis infectiologique pédiatrique**

Giardia intestinalis

Metronidazole 30-40 mg/kg/j en 2-3 prises – 5 j

Renouvellement éventuel du traitement à J10 – 15 conseillé

Diantamoeba / Blastocystis / Cyclospora

Pas de traitement

Cryptosporidium

Pas de traitement, évolution favorable
Immunodéprimés => **Avis infectiologique**

Oxyure

Flubendazole 100mg en prise unique, à renouveler 15-20 j après
Brossage et taille courte des ongles

INFECTIONS DIGESTIVES GRAVES

- Appendicite aiguë
- Péritonite
- Abscesses et plastrons appendiculaires
- Cholécystite
- Angiocholite
- Abscesses hépatiques
- Fièvre typhoïde

URGENCE THERAPEUTIQUE => HOSPITALISATION

INFECTIONS BACTÉRIENNES SUPERFICIELLES

- Lavage au savon et rinçage = élimination bactéries +++
- Examen clinique essentiel pour indication à drainage / recherche signes toxiques

PAS D'ANTIBIOTHERAPIE

IMPÉTIGO

- Infection superficielle croûteuse ou bulleuse de l'ÉPIDERME
- Pas de fièvre
- Lésions souvent multiples
- Erythème ne dépassant pas la lésion de plus de 2-3 cm

DERMO HYPODERMITES SIMPLES

- Fièvre, érythème +/- étendu, sensible au toucher, peu induré

ABCÈS

- Lésion bien limitée, initialement dure et douloureuse, évoluant vers fluctuation, fistulisation souvent spontanée (avis chirurgical à discuter)

IMPÉTIGO

LOCALISÉ : surface cutanée <2% et <5 sites lésionnels

Soins d'hygiène quotidiens (eau et savon)

+ ATB locale **Mupirocine** 3 fois/j – 7 j

ÉTENDU OU PROFOND : > 5 sites ou extensif ou immunodéprimé

Soins d'hygiène quotidiens (eau et savon) + vaseline sur les croûtes

+ **Amox-ac. clav** 80 mg/kg/j en 2 ou 3 prises (max 3 g/j) – 7 j

Si allergie :

Clindamycine 30 mg/kg/j en 3 prises (max 1800 mg/j) – 7 j

ou **Cotrimoxazole** 30 mg/kg/j STX en 2 prises (max 1600 mg/j) – 7 j

Eviction scolaire 72H si lésions non couvertes

ÉPIDERMOLYSE AIGUË STAPHYLOCOCCIQUE

AVEC décollements localisés (< 20%) **ET** signes généraux absents ou modérés

Amox-ac. clav 80 mg/kg/j en 2 ou 3 prises (max 3 g/j) – 10 j

Si allergie :

Cotrimoxazole 30 mg/kg/j STX en 2 prises (max 1,6g/j) – 7 j

PANARIS

Pas d'ATB / Pansements humides / incision drainage si nécessaire

PANARIS péri-unguéal sans lésion de l'ongle (= TOURNIOLE)

⇒ Forme la plus fréquente chez l'enfant

Pansements humides + **TDR SGA sur pus**

TDR SGA+

- Incision et drainage le plus souvent inutiles
- Pansements humides + **Amoxicilline** 50mg/kg/j en 2 prises (max 3 g/j) – 7 j

Si allergie : **Clindamycine** 30 mg/kg/j en 3 prises (max 1,8 g/j) – 7 j

TDR SGA-

Pas d'ATB / Pansements humides / incision drainage si nécessaire

FURONCLE

SIMPLE

Pas d'antibiotique, soins locaux / pansements humides / incision drainage si nécessaire

À RISQUE

> 5 cm / dermohypodermite associée / âge < 1 an / symptômes systémiques / localisation sur la face / comorbidité / drainage difficile ou échec

=> Discuter hospitalisation pour traitement IV

Soins locaux / pansements humides / incision drainage si nécessaire **et Amox-ac. clav** 80 mg/kg/j en 2 ou 3 prises (max 3 g/j) – 7 j

Si allergie :

< 6 ans: **Cotrimoxazole** 30 mg/kg/j STX en 2 prises (max 1,6g/j) – 7 j

> 6 ans: **Clindamycine** 30 mg/kg/j en 3 prises (max 1,8 g/j) – 7 j

Furoncles récidivants : Avis infectiologue pour décontamination

FOLLICULITE

Pas d'ATB

DERMO HYPODERMITE sans signes toxiques ni nécrose

Amox-ac. clav 80 mg/kg/j en 2 ou 3 prises (max 3 g/j) – 7 j

Si allergie

- < 6 ans: **Cotrimoxazole** 30 mg/kg/j SMX en 2 prises (max 1,6g/j) – 7 j

- > 6 ans: **Clindamycine** 30 mg/kg/j en 3 prises (max 1,8 g/j) – 7 j

Si facteurs de risque : Hospitalisation

(AEG, âge < 1 an, immunodéprimé, lésion étendue ou évolution rapide, échec ATB PO, localisation secondaire (ex arthrite), mauvaise compliance)

ANITE

TDR SGA anal systématique, traiter uniquement si TDR SGA+

Amox-ac. clav 80 mg/kg/j en 2 ou 3 prises (max 3 g/j) – 10 j

Si allergie :

Cefpodoxime 8 mg/kg/j en 2 prises (max 400 mg/j) – 10 j

MORSURES

CHIEN, CHAT

- **Traitement uniquement si facteurs de risque**
morsure de chat, localisation face / proximité d'un tendon, d'une articulation ou parties génitales, morsure profonde, morsure délabrante, immunodéprimé, asplénique.
- **Prophylaxie tétanos / rage selon contexte (avis centre antirabique)**

Amox-ac. clav 80 mg/kg/j en 2 ou 3 prises (max 3 g/j) – 3 à 7 j

Si allergie :

Doxycycline (>8 ans) : 4 mg/kg/j en 2 prises (max 200 mg/j) – 3 à 7 j

HUMAINES

- **Prophylaxie VHB selon contexte**

Amox-ac. clav 80 mg/kg/j en 2 ou 3 prises (max 3 g/j) – 5j

Si allergie :

Doxycycline (> 8 ans) 4 mg/kg/j en 2 prises (max 200 mg/j) – 5 j

VIPERE

- **Lésion potentiellement nécrotique**
- **Traiter si envenimation (*) / discuter Viperfav®**

Amox-ac. clav 80 mg/kg/j en 2 ou 3 prises (max 3 g/j) – 7 j

Arrêt du traitement si pas de signes d'envenimation

() Signes immédiats ou retardés: locaux (œdème, douleur site morsure) et/ou systémiques (nausées, vomissements, diarrhées, hypotension, trouble de la coagulation) +/- complications (paralysie, hémorragies, insuffisance rénale)*

PIQÛRE DE TIQUE

Antibioprophylaxie NON RECOMMANDÉE

quelque soit l'âge ou le terrain médical sous jacent

Sérologie Lyme NON RECOMMANDÉE dans ce contexte

- Retirer la tique le plus rapidement possible avec un tire-tique.
- Surveiller l'apparition d'un érythème migrant.

ERYTHÈME MIGRANT

Apparition au point de piqûre de tique, dans les 4 semaines qui suivent, d'une rougeur d'extension progressivement centrifuge

Sérologie Lyme NON RECOMMANDÉE

Traitement ANTIBIOTIQUE SYSTÉMATIQUE :

< 8 ans : **Amoxicilline** 50 mg/kg/j en 2 ou 3 prises (max 3 g/j) – 14 j

> 8 ans : **Amoxicilline** 50 mg/kg/j en 2 ou 3 prises (max 3 g/j) – 14 j
ou **Doxycycline** 4 mg/kg/j en 2 prises (max 200 mg/j) - 14 j

Si allergie :

Azithromycine 20 mg/kg/j en 1 prise (max 500 mg/j) – 5 j

ou **Doxycycline** 4 mg/kg/j en 2 prises (max 200 mg/j) - 14 j

INFECTIONS CUTANES GRAVES

DERMO HYPODERMITES NÉCROSANTES

- Erythème très induré, très douloureux spontanément et à la pression, avec induration qui dépasse la taille de l'érythème
- EXTENSION PROFONDE avec altération vascularisation, signes généraux (fièvre, asthénie)

DERMOHYPODERMITE AVEC SIGNES TOXINIQUES

- Erythrodermie généralisée scarlatiniforme
- et/ou instabilité hémodynamique pouvant aller jusqu'au choc avec défaillance multi viscérale

ÉPIDERMOLYSE AIGUË STAPHYLOCOCCIQUE

AVEC décollement étendu (>20%) et/ou signes généraux

HOSPITALISATION EN URGENCE

ANTIBIOPROPHYLAXIE MÉDICALE

- Traitement de courte durée indiqué dans situations bien définies
- Antibiotrophylaxie chirurgicale (hospitalière et ambulatoire) = se référer aux recommandations selon acte chirurgical (*)

(*) H.Haas, M. Caseris et al: Antibiotrophylaxie chirurgicale et médicale courte de l'enfant. Journal de pédiatrie et de puériculture 37 (2024) 217-231

Prévention du risque d'ENDOCARDITE

Uniquement pour situations à HAUT RISQUE

- Prothèse valvulaire ou matériel prothétique de réparation valvulaire
- ATCD endocardite infectieuse
- Cardiopathie congénitale cyanogène:
 - non corrigée (incluant shunts palliatifs)
 - corrigée avec matériel prothétique dans les 6 mois après correction
 - corrigée avec défaut résiduel, sur ou autour du site réparé par patch ou matériel prothétique
- Transplantation cardiaque développant une valvulopathie cardiaque

ET soins gencive / région péri-apicale des dents ou présence d'une brèche muqueuse buccale :

Amoxicilline 50 mg/kg PO ou IV (max 2 g/j) 30 à 60 minutes avant la procédure (et jusqu'à 2H plus tard)

Si allergie/CI:

Clindamycine 20 mg/kg 1H avant l'intervention

NB: L'antibiotrophylaxie n'est pas recommandée dans les procédures invasives gastro-intestinales ou génito-urinaires !

SUJET CONTACT D'UNE INFECTION INVASIVE À MENINGOCOQUE

(méningite, septicémie, purpura fulminans)

Voir tableau 1

Rifampicine 20 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser 600 mg/j dès l'âge de 1 mois) – 2 j

+ **Vaccination** si sérotype A/C/W ou Y et seulement si cas groupés pour sérotype B

Si allergie ou rupture de stock ou CI:

Ceftriaxone 50 mg/kg en dose unique

ou **Ciprofloxacine** 20 mg/kg (max 500 mg) en dose unique

SUJET CONTACT D'UNE INFECTION INVASIVE À HAEMOPHILUS INFLUENZAE B

(méningite, septicémie, épiglottite...)

À proposer aux enfants contact < 5 ans, non ou incomplètement vaccinés

Rifampicine 20 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser 600 mg/j dès l'âge de 1 mois) - 4 j

+ **Vaccination (DTCaPHib)** 1 dose entre 1 et 5 ans

SUJET CONTACT D'UNE INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUE A

Uniquement pour sujet contact à risque:

- Varicelle évolutive
- Lésions cutanées étendues, dont brûlures
- Toxicomanie IV
- Pathologie évolutive (diabète, cancer, hémopathie, VIH, insuffisance cardiaque)
- Corticothérapie PO (prednisone > 5mg/kg/j > 5j ou > 0,5 mg/kg/j > 30 j)

Cefpodoxime-proxétel 8 mg/kg/j en 2 prises – 8 j
ou **Cefuroxime axétil** 30 mg/kg/j en 2 prises – 8 j

Si allergie/CI:

Azithromycine 20 mg/kg/j en 1 prise – 3 j

ou **Clindamycine** 20 mg/kg/j en 3 prises – 14 j

SUJET CONTACT D'UNE COQUELUCHE

- Situation de contact à risque de transmission
- Cas index contagieux depuis moins de 21 jours
- **Sujets à risque de forme grave**

Haut risque

- ensemble des nourrissons âgés de moins de 6 mois, quelles que soient les vaccinations effectuées pendant la grossesse ou en post-natal
- nourrissons âgés de 6 à 11 mois révolus n'ayant pas reçu deux doses de vaccin anticoquelucheux ou dont la 2ème dose date de moins de 2 semaines

A risque = vacciné > 5 ans et :

- pathologie respiratoire chronique
- obésité
- déficit immunitaire
- âgées de plus de 80 ans
- femmes enceintes au 3ème trimestre de grossesse

Clarithromycine 15 mg/kg/j en 2 prises – 7 j
ou **Azithromycine** 20 mg/kg/j en 1 prise – 3 j

Si allergie ou CI:

Cotrimoxazole 6 mg/kg/j TMP en 2 prises – 14 j

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1386>

TABLEAU 1 : INDICATION DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE AUTOUR D'UN CAS D'INFECTION INVASIVE À MÉNINGOCOQUE

Antibioprophylaxie RECOMMANDÉE

ENTOURAGE PROCHE

- **Milieu familial:** personnes vivant ou gardées sous le même toit
- **Garde à domicile:** personnes vivant ou gardées sous le même toit
- **Milieu extra-familial:** flirts / amis intimes

COLLECTIVITÉ D'ENFANTS

- **Structures de garde** (ex. crèche, halte-garderie): enfants et personnels de la même section
- **Centres loisirs / activités périscolaires:** amis intimes / enfants ayant fait la sieste dans la même chambre
- **Centres ou champs de vacances:** amis intimes / enfants ayant fait la sieste dans la même chambre

MILIEU SCOLAIRE ET AUTRES STRUCTURES APPARENTÉES

- **École maternelle:** amis intimes / tous les enfants et personnels de la classe
- **École élémentaire / Collège / Lycée / Internat:** amis intimes / voisins de classe / personnes ayant dormi dans la même chambre
- **Université:** amis intimes

SITUATIONS IMPLIQUANT DES CONTACTS POTENTIELLEMENT CONTAMINANTS

- **Prise en charge médicale d'un malade:** personnes ayant réalisé un bouche à bouche, intubation ou aspiration endotrachéale SANS masque de protection AVANT le début des ATB du malade et jusqu'à la première prise ATB efficace sur le portage
- **Sports:** partenaire du malade uniquement si sport avec contacts physiques prolongés en face à face: JUDO, RUGBY, LUTTE
- **Soirée dansante / boîte de nuit :** personnes ayant eu contacts intimes avec le malade (en dehors du flirt ou des amis intimes déjà identifiés)
- **Voyage (avion, bus, train) :** personnes ayant pris en charge le malade pendant le voyage / personnes identifiés comme exposées aux sécrétions du malade
- **Milieu professionnel / Institutions :** personnes partageant la même chambre
- **Milieu carcéral:** amis intimes / personnes partageant la même cellule

Antibioprophylaxie NON RECOMMANDÉE

ENTOURAGE PROCHE

- **Milieu familial:** personnes ayant participé à une réunion familiale
- **Milieu extra-familial:** personnes ayant participé à une soirée ou à un repas entre amis

COLLECTIVITÉ D'ENFANTS

- **Structures de garde** (ex. crèche, halte-garderie): enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités
- **Centres loisirs / activités périscolaires:** voisins de réfectoire / enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités
- **Centres ou champs de vacances:** voisins de réfectoire / enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités

MILIEU SCOLAIRE ET AUTRES STRUCTURES APPARENTÉES

- **École maternelle:** enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités / voisins du bus scolaire / voisins de réfectoire
- **École élémentaire / Collège / Lycée / Internat:** enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités / voisins du bus scolaire / voisins de réfectoire
- **Université:** cf « Situations impliquantes des contacts potentiellement contaminants »

SITUATIONS IMPLIQUANT DES CONTACTS POTENTIELLEMENT CONTAMINANTS

- **Prise en charge médicale d'un malade:** autres personnels ayant pris en charge le malade
- **Sports:** autres personnes présentes à l'entraînement
- **Soirée dansante / boîte de nuit:** autres personnes ayant participé à la soirée
- **Milieu professionnel / Institutions:** personnes travaillant dans les mêmes locaux / toutes autres personnes de l'institution
- **Milieu carcéral:** personnes ayant des activités partagées