

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie" en minuscules et sans accents.

Présentation de cas en pédiatrie à Genève le mardi 17 juin 2014

Cas d'infectiologie pédiatrique

Oratrices: Dre K Posfay-Barbe, N. Wagner

Cas de **sinusites** particulier:

- Un enfant de 9 ans, en bonne santé habituelle, avait reçu un ballon sur face. Puis il a présenté une obstruction nasale traitée par cefpodixime. Le 28 décembre il a présenté des convulsions et fièvre. Une IRM sans injection avait montré des lésions post-traumatiques et comblement des sinus, il devient irritable, nerveux et est transféré aux HUG. On note un Glasgow à 14, une CRP à 200. Une nouvelle IRM est pratiquée, objectivant un abcès cérébral. Le drainage révèle un streptocoque anginosus (anciennement milleri). L'évolution est favorable sous ATB avec parésie résiduelle.
- Un enfant de 15 ans présente une convulsion fébrile inaugurale. Il avait de la fièvre depuis 4 jours, traitée par co amoxicilline. La CRP était élevée à 196, la ponction lombaire pratiquée en raison d'une raideur de nuque objectivait une leucocytose à 640. Un traitement de ceftriaxone et acyclovir a été introduit. L'évolution a tout d'abord été favorable, avant une péjoration secondaire. L'IRM pratiquée alors a objectivé une sinusite, un empyème et une thrombose d'un sinus veineux. Les germes retrouvés par aspiration du sinus sont streptocoque anginosus, streptocoque constellatus et fusobacter.
- Un adolescent consulte pour céphalées frontales et congestion nasale. Un traitement de co amoxicilline a été introduit. A l'arrêt du traitement, il présente un œdème palpébral, une tuméfaction frontale. L'IRM montre un comblement des sinus, une érosion de l'os frontal avec extension de l'inflammation aux tissus mous. Le prélèvement est positif pour du streptocoque anginosus.

Les streptocoques sont divisés en:

- Beta hémolytique (forte hémolyse): groupe A, B C
- Alpha hémolytique (hémolyse partielle): streptocoque non groupable, dont par exemple le pneumocoque ou le S anginosus
- Gamma (pas d'hémolyse) streptocoque du groupe D (enterocoque), strepto bovis

Le streptocoque anginosus, anciennement milleri, est responsable notamment d'infection dentaire, sinusite, abcès cérébraux, pulmonaire ou hépatique, endocardite. Il est souvent associé au fusobacter. Il est généralement sensible, mais des résistances sont possibles.

Sinusite: des recommandations ont été émises par l'AAP en 2013, en 2012 par IDSA. Les sinus ethmoïdaux sont présents à la naissance, les sinus maxillaires également, mais l'espace est virtuel. Une sinusite maxillaire est déjà possible entre 3 et 6 ans. La pathogénèse implique la perméabilité des voies nasales ainsi que le fonctionnement de l'appareil ciliaire, la qualité des sécrétions

L'enfant fait 5 à 6 IVRS par année, seulement 1/6 à 1/10 se surinfecte.

Dans une IVRS normale, la fièvre dure environ 48 heures, les sécrétions changent, d'abord claires, puis épaisses, et enfin de nouveau claires, avec résolution en environ 10 jours, parfois plus.

Les critères cliniques pour introduire un traitement antibiotique sont:

- 1) Un écoulement nasal de plus de 10 jours, avec toux diurne
- 2) Après une amélioration, rechute d'état fébrile et obstruction nasale
- 3) Un état fébrile élevé, à plus que 39°, une baisse de l'état général

L'imagerie n'est pas utile, sauf lors de tuméfaction palpébrale avec proptose, anomalie de l'oculomotricité ou suspicion de complication intracrânienne, ou lors de non réponse à un traitement.

Lors de la situation 1) un antibiotique est à envisager mais on peut se permettre quelques jours d'observation.

Lors de situation 2) ou 3), il faut commencer l'antibiotique.

Quel antibiotique? Les germes fréquents sont pneumocoques, H Influenza et M Catarrhalis. Un traitement d'amoxicilline ou co-amoxicilline est recommandé, et la ceftriaxone lors de maladie sévère.

En Suisse, 30% des pneumocoques sont résistants à l'amoxicilline, 20 % des H influenza et 100% des M Catarrhalis.

Des doses plus élevées sont souvent nécessaires. La durée de traitement est de 7 à 10 jours, un contrôle est recommandé 72 heures après le début du traitement.

Traitement adjuvant: la cortisone topique est controversée, le sérum physiologique et décongestionnant nasal ne sont pas recommandés.

Abcès cérébraux: il n'existe pas de guidelines de traitement.

Les germes retrouvés dépendent s'il s'agit d'un abcès (Strepto anginosus, staph, ...) ou un empyème (germes de sinusites).

L'étiologie est soit par voie hématogène (cardiopathie, thrombophlébite), soit par continuité (infection ORL, traumatisme crânien, infection dentaire).

Dans le PIDJ de février 2013 était parue une étude rétrospective. Les cas sont classés par maladie sous jacente (par ex cardiopathie) ou infection concomitante (par ex sinusite)

Un germe a été retrouvé dans 86% des cas, germes multiples dans 25% des cas. Sur 121 patients, il y a eu 6 décès (notamment des patients immuno compromis).

70 à 80% des infections étaient couvertes par une association ceftriaxone - metronidazole, 90% par le meropenem.

La durée de traitement recommandée était de 6 semaines, dont 7 à 14 jours intraveineux.

Donc les sinusites sont fréquentes, mais des complications sévères sont possibles.

La deuxième partie du colloque est présentée par la Drsse Posfay Barbe.

Lors d'un contrôle, un frottis pharyngé est pratiqué chez une fille, car sa sœur est traitée pour une angine à Streptocoque. Le test revient positif et un antibiotique commencé. 8 jours plus tard, elle présente une fièvre, un rash cutané et une pointe de rate. La sérologie revient positive pour l'EBV.

Le virus **EBV** a été découvert en 1964 par Epstein et Yvonne Barr. Il avait été retrouvé dans des lymphomes.

Dans les pays en voie de développement, 90% de la population est séropositive vers 8 ans. Dans les pays développés, l'acquisition est plus tardive, surtout entre 15 et 24 ans.

Les signes typiques de la mononucléose sont présents dans 50% des cas.

Lors d'acquisition tardive, les signes de la maladie sont plus sévères.

Il existe 2 sortes d'EBV,

- l'EBV 1, donnant des formes plus symptomatiques
- l'EBV 2 moins sévère.

La contamination se fait par voie oro pharyngée, transfusion.

Le virus reste dans les amygdales et une sécrétion tardive est possible, avec recirculation.

Il peut aussi y avoir une phase latente dans les lymphocytes B, plus rare et pouvant être à l'origine de lymphome.

Chez les cosmonautes en mission, il a été observé une augmentation de copies virales dans la salive, suggérant un effet du stress sur la sécrétion.

Chez le jeune enfant, l'infection est souvent asymptomatique et peut occasionner otite, douleur abdominale, angine, mononucléose.

Le monotest n'est pas fiable

Les signes cliniques sont adénopathies, angine, pétéchies du palais, la fièvre peut manquer. Les signes associés sont splénomégalies, hépatomégalies, rash cutané, tuméfaction des paupières.

Les complications peuvent être neurologiques (méningite, myélite, syndrome de Guillain Barré, ...), hématologique (purpura,...) orchite ou autre.

Les décès et rechutes sont très rares

D'autre complication possible grave est la rupture de rate (soit après manipulation répétée, soit après trauma ou spontanée) ou l'infarctissement de la rate.

Mononucléose et ampicilline: en 1967, Patel, Pullen et Brown ont publiés des séries de rash cutané lors de mononucléose et prise d'ampicilline, avec environ 60% de cas. Il y avait aussi des rashes cutanés sans prise de médicament. Des rashes cutanés sont également décrits avec la prise d'autres antibiotiques et associés à d'autres virus (comme CMV).

Une étude israélienne plus récente observait une prévalence de rash sous antibiotique de 29,5%, et de 20% sans traitement, ce qui semble relativiser le problème.

L'étude genevoise de Caubet collectant 88 cas rash sous ampicilline, collectait 6 cas de mononucléose. Seulement 1/3 des enfants récidivait l'éruption cutanée après réintroduction d'antibiotique, sans complication sévère. Un test de réintroduction est possible.

Des complications à long terme de la mononucléose sont discutées: sclérodermie ? Lupus ? Arthrite ?

Le syndrome de fatigue chronique n'est probablement pas relevant.

Il peut exister des infections chroniques à EBV, avec virémie sanguine persistante, mais cela est rare. Le pronostic est mauvais, les complications importantes avec atteinte multi-organique. Il n'y a pas de traitement.

Un diagnostic différentiel existe avec infection à CMV, HIV (primo infection), HHV, réaction médicamenteuse (phénytoïne par exemple), lymphome.

Des recommandations ont récemment été publiées dans le forum médical suisse (2014, Karrer) quant à la distinction entre CMV, EBV et HIV. Les lymphocytes atypiques sont retrouvés avec d'autres maladies et ne sont pas typiques de l'EBV. Karrer propose un algorithme de prise en charge. Il faut se rappeler que le premier test positif est l'IgMVCA, puis l'IgGVCA. L'IgGEBNA est tardif, et signe en général une infection ancienne en l'absence de positivité des précédents tests.

Pour la mononucléose, le traitement est symptomatique, il n'y a pas de traitement spécifique. Il faut éviter le sport lors de splénomégalie. L'infection congénitale est rare.

La mononucléose est donc souvent de présentation assez typique

Des complications hématologiques sont possibles

Il existe un diagnostic différentiel avec CMV et HIV

Le rash cutané sous antibiotique est possible, mais également sans antibiotique.

Des complications oncologiques (lymphomes) sont possibles.

Compte rendu du Dr V. Liberek
Transmis par le laboratoire MGD

vliberek@bluewin.ch
colloque@labomgd.ch