

P. MOZZICONACCI

**MALADIES
INFECTIEUSES
DE
L'ENFANT**

ACQUISITIONS RÉCENTES

FLAMMARION MÉDECINE

P. MOZZICONACCI

Professeur
à la Faculté Necker - Enfants Malades

MALADIES INFECTIEUSES DE L'ENFANT

Acquisitions récentes

FLAMMARION MÉDECINE - SCIENCES

20, rue de Vaugirard, Paris-6^e

1971

Ont collaboré à cet ouvrage :

- C. ATTAL, Professeur agrégé.
P. BÉGUÉ, Chef de Clinique assistant des Hôpitaux.
F. BRICOUT, Professeur agrégé.
R. CARAVANO, Directeur de Recherche à l'I.N.S.E.R.M.
M. CLOUP, Chef de Clinique assistant des Hôpitaux.
J. COUVREUR, Médecin assistant des Hôpitaux.
J. FIDELLE, Médecin directeur du Centre de Cardiologie infantile, Le Château-des-Côtes.
J. GERBEAUX, Professeur.
F. HERZOG, Chef du Laboratoire de Séroprophylaxie et du Service d'Immuno-thérapie du Centre national de Transfusion sanguine (Hôpital des Enfants Malades).
J. B. JOLY, Chef de Clinique assistant des Hôpitaux.
G. LASFARGUES, Professeur agrégé.
Y. LE BOUAR, Chef de Clinique assistant des Hôpitaux.
F. M. LEVY, Directeur des Laboratoires du Centre international de l'Enfance.
R. MANDE, Professeur.
C. ROY, Chef de Clinique assistant des Hôpitaux.
J. SAINT-MARTIN, Chef de Clinique assistant des Hôpitaux.
J. M. SAUDUBRAY, Chef de Clinique assistant des Hôpitaux.

Droits de traduction, de reproduction et d'adaptation
réservés pour tous pays.

© 1971 text and illustration by FLAMMARION.
Printed in France.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
<i>Staphylococcie pleuro-pulmonaire</i> par J. Saint-Martin	9
<i>Traitement des méningites purulentes de l'enfant</i> par Y. Le Bouar et P. Mozziconacci	25
<i>Traitement de l'infection urinaire</i> par G. Lasfargues, P. Bégué et C. Roy.....	65
<i>Le choix d'un antibiotique</i> par J. M. Saudubray et P. Mozziconacci	89
<i>Les syndromes post-streptococciques</i> par J. Fidelle et P. Mozziconacci	137
<i>Séméiologie de l'atteinte cardiaque post-streptococcique</i> par J. Fidelle	159
<i>Biologie de l'infection streptococcique</i> par R. Caravano et P. Mozziconacci.....	185
<i>La toxoplasmose</i> par J. Couvreur	195
<i>Les acquisitions récentes dans la tuberculose primaire de l'enfant</i> par J. Gerbeaux..	219
<i>Rôle des virus dans la pathologie respiratoire du nourrisson</i> par F. Bricout	235
<i>Aspects cliniques et thérapeutiques des broncho-alvéolites graves chez le nourrisson</i> par M. Cloup et J. B. Joly	253
<i>Rougeole, rubéole, fièvres éruptives d'origine virale</i> par C. Attal	279
<i>Données récentes sur les vaccinations antibactériennes de l'enfance</i> par F. M. Lévy.	321
<i>Les vaccinations contre les maladies virales</i> par R. Mande	345
<i>Emploi des gammaglobulines en pédiatrie</i> par F. Herzog	387
Index	401

1706247

MALADIES
INFECTIEUSES
DE L'ENFANT

Acquisitions récentes

CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

Pédiatrie (Collection médico-chirurgicale) par R. DEBRÉ et M. LELONG.

Abrégé de Pédiatrie préventive et sociale par M. MANCIAUX.

Journées parisiennes de Pédiatrie 1971.

P. MOZZICONACCI

Professeur
à la Faculté Necker - Enfants Malades

MALADIES INFECTIEUSES DE L'ENFANT

Acquisitions récentes

FLAMMARION MÉDECINE - SCIENCES

20, rue de Vaugirard, Paris-6^e

1971

Ont collaboré à cet ouvrage :

- C. ATTAL, Professeur agrégé.
P. BÉGUÉ, Chef de Clinique assistant des Hôpitaux.
F. BRICOUT, Professeur agrégé.
R. CARAVANO, Directeur de Recherche à l'I.N.S.E.R.M.
M. CLOUP, Chef de Clinique assistant des Hôpitaux.
J. COUVREUR, Médecin assistant des Hôpitaux.
J. FIDELLE, Médecin directeur du Centre de Cardiologie infantile, Le Château-des-Côtes.
J. GERBEAUX, Professeur.
F. HERZOG, Chef du Laboratoire de Séroprophylaxie et du Service d'Immunothérapie du Centre national de Transfusion sanguine (Hôpital des Enfants Malades).
J. B. JOLY, Chef de Clinique assistant des Hôpitaux.
G. LASFARGUES, Professeur agrégé.
Y. LE BOUAR, Chef de Clinique assistant des Hôpitaux.
F. M. LEVY, Directeur des Laboratoires du Centre international de l'Enfance.
R. MANDE, Professeur.
C. ROY, Chef de Clinique assistant des Hôpitaux.
J. SAINT-MARTIN, Chef de Clinique assistant des Hôpitaux.
J. M. SAUDUBRAY, Chef de Clinique assistant des Hôpitaux.

Droits de traduction, de reproduction et d'adaptation
réservés pour tous pays.

© 1971 text and illustration by FLAMMARION.

Printed in France.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
<i>Staphylococcie pleuro-pulmonaire</i> par J. Saint-Martin	9
<i>Traitement des méningites purulentes de l'enfant</i> par Y. Le Bouar et P. Mozziconacci	25
<i>Traitement de l'infection urinaire</i> par G. Lasfargues, P. Bégué et C. Roy.....	65
<i>Le choix d'un antibiotique</i> par J. M. Saudubray et P. Mozziconacci	89
<i>Les syndromes post-streptococciques</i> par J. Fidelle et P. Mozziconacci	137
<i>Séméiologie de l'atteinte cardiaque post-streptococcique</i> par J. Fidelle	159
<i>Biologie de l'infection streptococcique</i> par R. Caravano et P. Mozziconacci.....	185
<i>La toxoplasmose</i> par J. Couvreur	195
<i>Les acquisitions récentes dans la tuberculose primaire de l'enfant</i> par J. Gerbeaux..	219
<i>Rôle des virus dans la pathologie respiratoire du nourrisson</i> par F. Bricout	235
<i>Aspects cliniques et thérapeutiques des broncho-alvéolites graves chez le nourrisson</i> par M. Cloup et J. B. Joly	253
<i>Rougeole, rubéole, fièvres éruptives d'origine virale</i> par C. Attal	279
<i>Données récentes sur les vaccinations antibactériennes de l'enfance</i> par F. M. Lévy.	321
<i>Les vaccinations contre les maladies virales</i> par R. Mande	345
<i>Emploi des gammaglobulines en pédiatrie</i> par F. Herzog	387
Index	401

INTRODUCTION

L'avènement des antibiotiques a simplifié le traitement de la plupart des infections courantes. Mais dès qu'une infection prend un caractère de gravité ou que sa localisation la rend difficile à atteindre, le maniement des antibiotiques devient difficile. Leur usage rationnel ne peut plus, dès lors, se contenter d'approximations : il doit obéir à des règles fondées sur des données objectives et mesurables. De plus, l'antibiothérapie ne résout pas toutes les situations, et n'est parfois efficace qu'associée à une réanimation étroitement codifiée. Enfin, l'essor de la virologie a ouvert de nouveaux chapitres de pathologie infectieuse, sans que malheureusement les progrès de la thérapeutique antivirale aient suivi l'extension de nos connaissances. Aussi, dans ce domaine, la prévention a-t-elle pris le pas sur les traitements, multipliant les vaccinations et plaçant l'effort préventif au niveau des mesures de santé publique.

On excusera l'apparent désordre des chapitres qui suivent, et la diversité des thèmes qui y sont abordés : ils n'ont d'autre but que d'exposer des acquisitions récentes, et de faire le point sur un certain nombre de questions d'actualité.

STAPHYLOCOCCIE PLEURO-PULMONAIRE

J. Saint-Martin

Le traitement des staphylococcies pleuro-pulmonaires a fait d'immenses progrès au cours des vingt dernières années. Si une surveillance clinique attentive et un drainage pleural correct, effectué en temps opportun, peuvent mettre à l'abri des accidents mécaniques, la maladie reste préoccupante par la résistance progressive du staphylocoque à tout nouvel antibiotique si remarquablement efficace soit-il à l'origine, et par ses formes foudroyantes devant lesquelles on est encore bien désarmé.

TABLEAU CLINIQUE

Rare chez le grand enfant où elle est en principe de bon pronostic, la staphylococcie pleuro-pulmonaire est essentiellement une maladie du *nourrisson*.

Son *début*, classiquement brutal, en fait, succède presque toujours à une infection des voies aériennes supérieures ou se présente comme une pneumopathie sans caractère particulier. Ainsi il est exceptionnel que la maladie débute chez un enfant la veille en parfaite santé. Par contre chez ce nourrisson fébrile, « enrhumé » depuis quelques jours, survient à un moment donné une aggravation brutale en quelques heures, tournant dans la maladie qui va motiver l'appel au pédiatre et l'hospitalisation.

Un ensemble de *signes évocateurs* permet rapidement le diagnostic. La fièvre est élevée ou modérée, voire absente. Les troubles digestifs, diarrhée, surtout vomissements, ne sont pas rares mais ne doivent pas égarer. Dès l'inspection, on note

la dyspnée, plus ou moins sévère mais quasi constante, avec battements des ailes du nez et tirage sous-costal. Le teint est à la fois gris et pâle. Sauf complication mécanique, la cyanose est modérée ou absente. L'abdomen est météorisé. La *percussion* en position assise, et que l'on oublie trop souvent de pratiquer, montre très souvent la matité d'une base. Du même côté, le murmure vésiculaire est ou diminué ou aboli. Le cœur est rapide; on vérifie qu'il bat en bonne place et on s'assure par la palpation des pouls et la prise de la pression artérielle de la qualité de l'hémodynamique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est d'emblée évoqué, d'autant qu'on retrouve par l'interrogatoire la notion d'une porte d'entrée : furoncle, folliculite, dermite du siège, otite; d'un foyer staphylococcique dans l'entourage (abcès du sein de la mère, panaris, etc.) ou que l'enfant vit dans une collectivité (crèche, pouponnière, etc.).

Des *examens complémentaires*, tous demandés en urgence, vont permettre de confirmer ou de soupçonner le diagnostic, ce qui est suffisant pour la mise en route immédiate du traitement.

La radiographie thoracique peut montrer tous les types de foyer pulmonaire, uni ou bilatéraux, homogènes ou non, discrets ou systématisés, intéressant tout un lobe mais bien rarement des bulles à ce stade. On s'attache surtout à la recherche d'une ligne bordante en position couchée ou d'un comblement du cul-de-sac pleural costo-diaphragmatique en position assise.

La numération formule sanguine montre habituellement une hyperleucocytose avec polynucléose, mais l'hémogramme peut être normal. La leucopénie, a fortiori la thrombopénie sont l'apanage des formes graves. L'anémie est assez fréquente.

Chaque fois que la radiographie a mis en évidence un épanchement liquidien, la ponction pleurale est indispensable pour isoler le germe et surtout en tester la sensibilité aux antibiotiques. Elle est pratiquée avec une aiguille de bon calibre, en arrière, sous la pointe de l'omoplate, sur le malade assis, au septième espace intercostal, sur la ligne axillaire antérieure sur le malade couché. La porte d'entrée et tous les orifices naturels doivent également être prélevés; de même on pratique systématiquement une hémoculture. Il est exceptionnel que l'un au moins de ces prélèvements ne permette pas d'isoler le staphylocoque. L'examen direct du pus pleural est très souvent positif : les staphylocoques sont des cocci gram positif, isolés ou groupés en amas ou en courtes chaînettes. Ils poussent dans les milieux usuels sous forme de colonies lisses de 1 à 4 mm de diamètre. Le caractère pigmenté est habituel mais contingent. La fermentation du mannitol, la fabrication d'une coagulase, d'une hémolysine et d'une catalase permettent l'identification. L'intérêt de la culture est surtout de permettre l'étude du comportement du germe vis-à-vis des antibiotiques. Il faut demander non seulement l'antibiogramme (méthode des disques par exemple) qui apprécie le pouvoir bactériostatique des antibiotiques, mais surtout

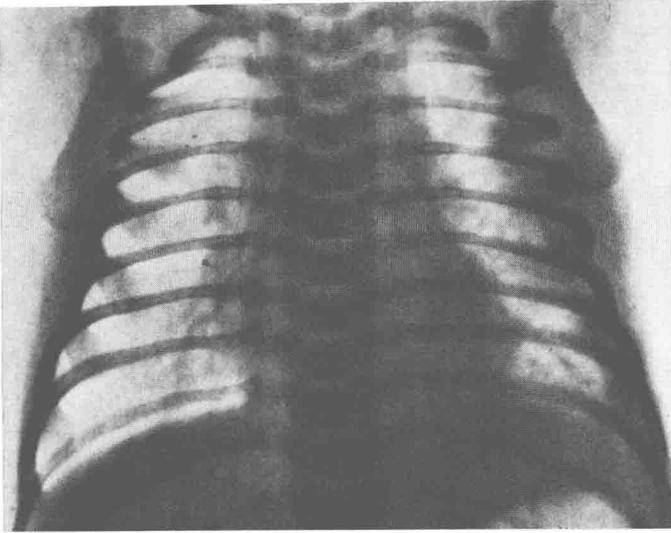


FIG. 1. — Staphylococcie pleuro-pulmonaire chez un nourrisson de 1 mois.
Ligne bordante pleurale gauche. Evolution favorable.

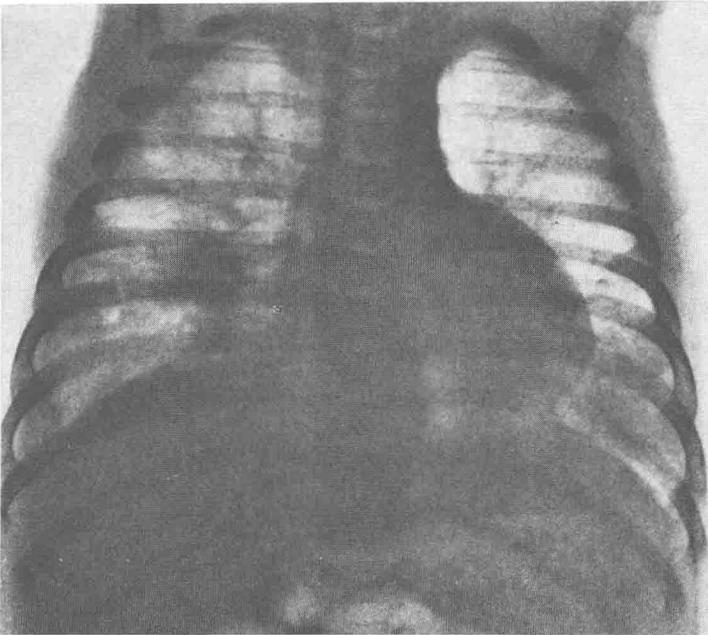


FIG. 2. — Forme bilatérale d'emblée et d'évolution létale
chez un nourrisson de 4 mois.

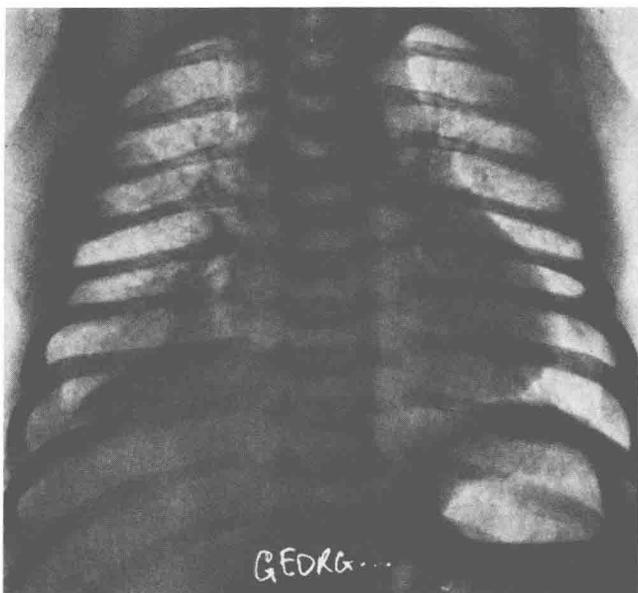


FIG. 3. — Staphylococcie d'évolution suraiguë chez un nouveau-né de 15 jours, sans participation pleurale; révélation par une apnée.

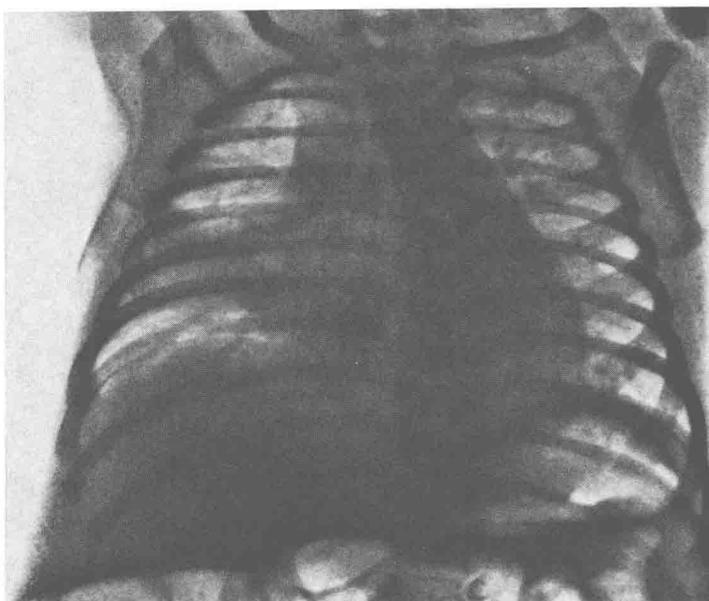


FIG. 4. — Forme létale chez un nourrisson de 1 mois et demi.
Diagnostic initial : « foyer du lobe moyen »,
et traitement par des antibiotiques non spécifiques.

s'enquérir du *pouvoir bactéricide* de chaque antibiotique et des associations d'antibiotiques utilisés 2 par 2. Sont considérés comme bactéricides les antibiotiques ou leurs associations laissant après 24 heures un nombre de survivants inférieur à 0,01 p. 100. Un examen bactériologique du pus pleural à la 48^e heure fournit de précieuses indications sur l'efficacité du traitement.

Quelle que soit la richesse du tableau clinique, le traitement antibiotique est mis en œuvre dès l'admission du nourrisson, aussitôt que les prélèvements bactériologiques ont été effectués.

Des éléments *pronostiques* (tableau I) peuvent être tirés de l'examen initial. Aucun n'est formellement péjoratif, mais on doit craindre une évolution compliquée, d'autant qu'il s'agit d'un nourrisson très jeune, prématuré, ou de petit poids, que les signes généraux, adynamie, tendance au collapsus, sont plus marqués, que les signes pulmonaires sont bilatéraux, que l'évolution est émaillée d'apnées, qu'il existe enfin une granulopénie et une thrombopénie.

TABLEAU I. — FORMES LÉTALES OBSERVÉES
A L'UNITÉ DE SOINS INTENSIFS DE L'HÔPITAL SAINT-VINCENT-DE-PAUL
AU COURS DES ANNÉES 1966 ET 1967

Nombre d'observations	Age ≤ 1 mois	Poids de naissance ≤ 2 500 g.	Signes généraux sévères	Formes bilatérales	Apnées	Leucopénie < 7 000	Thrombopénie < 80 000
12	7	4	12	9	8	8	3

ÉVOLUTION

La surveillance d'un nourrisson atteint de staphylococcie pleuro-pulmonaire doit être continue. L'utilisation d'un cardio-moniteur peut rendre de grands services parce que toute accélération ou tout ralentissement soudains du rythme cardiaque sont immédiatement signalés et font intervenir à temps. Un ionogramme, une calcémie, une glycémie, un dosage des gaz du sang sont des examens routiniers de principe au début d'une infection sévère du nourrisson. La radiographie pulmonaire est répétée quotidiennement et même plusieurs fois par jour au début si nécessaire.

Plusieurs éventualités sont possibles :

il arrive que tout rentre dans l'ordre en quelques jours; le foyer pulmonaire disparaît, les prélèvements bactériologiques sont et restent négatifs; le problème de savoir s'il s'agissait vraiment d'une staphylococcie pleuro-pulmonaire débutante est sans intérêt pratique; après un traitement antistaphylococcique de 15 jours, les antibiotiques sont arrêtés sous surveillance clinique et radiologique;