

Quels antibiotiques utiliser chez l'enfant allergique ?

(aux β lactamines)

Gaëlle LE MANAC'H

Service de pneumo-allergologie pédiatrique

Hôpital des Enfants

16 novembre 2006

9e journée toulousaine de pneumo-
allergologie pédiatrique

Plan


- ☛ Généralités
- ☛ Pneumopathies
- ☛ Infections ORL
- ☛ Infections cutanées
- ☛ Conclusion



Généralités

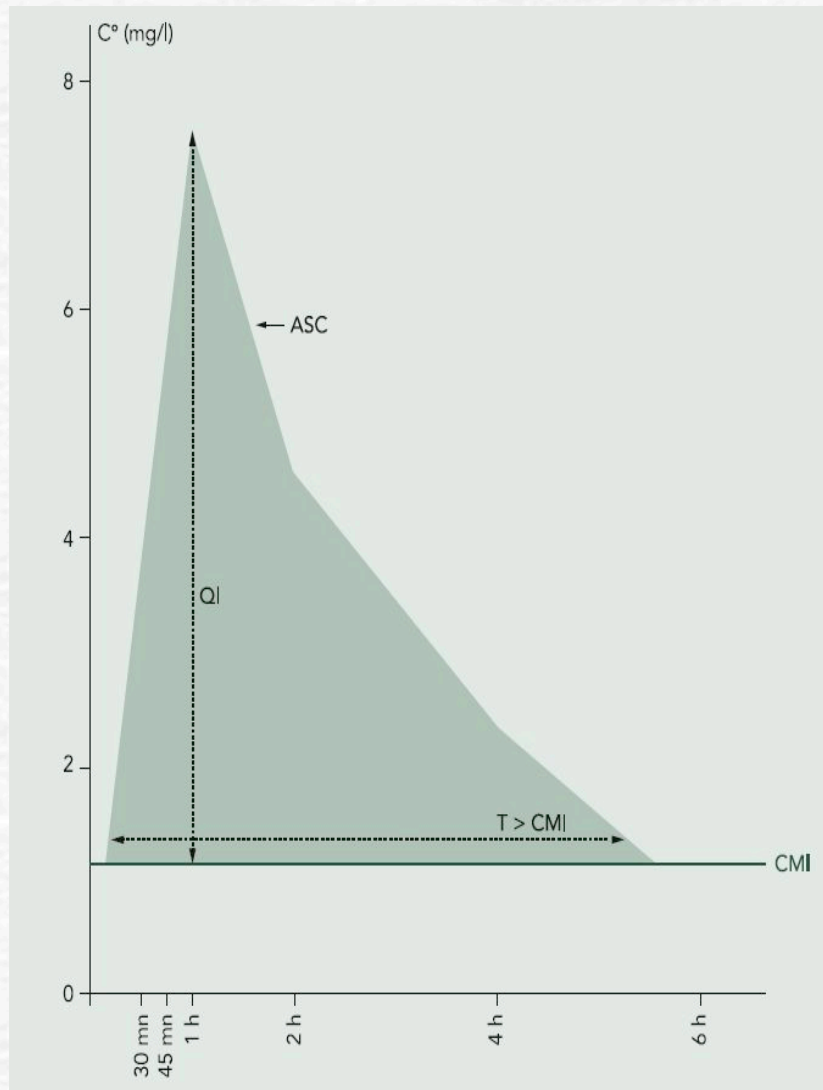
16 novembre 2006

9e journée toulousaine de pneumo-
allergologie pédiatrique



Le choix antibiotique

- ☛ Sensibilité/résistance du germe supposé
- ☛ Pharmacocinétique/pharmacodynamie
- ☛ Topographie de l'infection
- ☛ Terrain : âge, allergie ATB, pathologie associée



β lactamines : $T > CMI > 40-50\%$

Macrolides : $T > CMI > 40-50\%$
 $ASC > CMI > 25$

Aminosides : $QI > 8-10$

Variation des CMI selon le germe

Concentration de l'ATB variable selon les tissus, et selon la voie d'administration (ex : oxacilline po/IV)

Allergies croisées pénicillines/céphalosporines

☛ Fréquence variable selon études : 1% à 30%.

Concerne ++ les C1G (chaîne latérale 7 du noyau β lactame commune)

☛ Anaphylaxie aux céphalosporines rare

☛ **Daulat et al (Dallas)**¹ : 606 patients aux ATCD de réaction allergique aux pénicillines, traités par céphalo : 1 récurrence réaction allergique **0,17%** (*mais réactions graves exclues*)


☛ Apter et al (Philadelphia, Am J Med 2006) ¹ :

- Étude rétrospective 1987-2001, 534 810 adultes ou enfants traités par pénicilline puis céphalosporine (> 60 j intervalle)
- 3920 : allergie pénicilline
 - Allergie céphalosporine : 43 (dont 1 = anaphylaxie ds les 2 cas)
 - Aucune réaction : 3877
- 530 890 non allergiques pénicilline
 - Allergie céphalosporine : 581
 - Aucune réaction : 530 309

☛ 1,1% des patients allergiques aux pénicillines vont développer une allergie aux céphalosporines

Atanaskovic-Markovic (Belgrade, 2005)

- Etude rétrospective 1993-2001, 1170 enfants suspects d'allergie immédiate aux β lactamines, explorés 6 mois à 10 ans + tard
- 31,5% des patients allergiques à une pénicilline ont une allergie croisée avec au moins une céphalosporine (1ère ou 2e générat°)
- 84,2% des patients allergiques aux céphalosporines ont une allergie croisée avec les pénicillines
- Parmi les patients allergiques aux céphalosporines, aucun ne réagit à *toutes* les céphalosporines testées


- 
- En pratique : en ambulatoire, avant bilan allergologique :
 - En cas de réaction allergique typique aux pénicillines, il est déconseillé d'utiliser les céphalosporines
 - En cas d'infection sévère, hospitalisée, possibilité d'utiliser des C3G, sous surveillance médicale



Pneumopathies

16 novembre 2006

9e journée toulousaine de pneumo-
allergologie pédiatrique



Epidémiologie

Microbiologie différente selon l'âge

● Avant 5 ans :

- Virus 20-40%
- Pneumocoque
- Mycoplasme ou chlamydia pneumoniae

● Après 5 ans :

- Mycoplasme pneumoniae
- Pneumocoque
- Chlamydia pneumoniae
- Virus

● (*Haemophilus influenzae*)

Le pneumocoque

- **PSDP** : 48% en 2003 (contre 0,5% en 1984)
 - Concerne certaines β lactamines (amox, céfotaxime, ceftriaxone, imipénème, céfépime..) : **efficacité clinique conservée**
- **Résistance acquise pour certaines souches**
 - **Fonction du sérotype ++** (donc f° âge, localisat°, statut vaccinal)
 - Avant 30 mois : 70% souches PénI ou R, 80% des sérotypes sont vaccinaux
 - Après 30 mois : 50% souches PénI ou R (20% > 5 ans), 50% sérotypes vaccinaux
 - Concerne les pénI M, les céphalosporines orales, ceftazidime
 - Macrolides : 50% (++ si < 3 ans)
 - Cotrimoxazole : 40%


- ☞ Céphalosporines orales : mauvaise diffusion au sein du parenchyme pulmonaire, et risque de résistance ⇒ **Prescription non justifiée**
- ☞ Suspicion de pneumocoque : macrolide non justifié (risque de résistance ↗)
- ☞ ATB de choix : AMOXICILLINE 100 mg/kg/j 10j
- ⇒ Alternatives en cas d'allergie aux pénicillines :
 - Pristinamycine si > 6 ans : 50 mg/kg/j (galénique)
 - Ceftriaxone injectable si < 6 ans : 50 mg/kg/j
 - Telithromycine (KETECC®) si > 12 ans : 800 mg/j



Infections ORL

16 novembre 2006

9e journée toulousaine de pneumo-
allergologie pédiatrique



Otitites moyennes aigües

- ☞ Bactériologie modifiée depuis la généralisation du Prevenar® →
Emergence d'H. Influenzae et M. catarrhalis, proportion - imp de PRP
 - ☞ Trt probabiliste :
 - Amox/clavulanate 80 mg/kg/j
 - Cefpodoxime 8 mg/kg/j
 - Cefuroxime 30 mg/kg/j
 - ☞ Allergie pénicilline
 - Isolée → céphalosporines orales
 - Croisée avec céphalo → Pristinamycine, (Pédiazole®), ceftriaxone.
 - ☞ H. Influenzae : 2 mécanismes de résistance
 - β lactamase + 1/3
 - ↓ affinité des PLP
- ⇒ Stratégie en cas d'échec : C3G
plutôt qu'↑ poso Amoxicilline
(ceftriaxone, voire cefpodoxime)**

Angines à Streptocoque A

enfants > 3 ans

- ☞ Impose la réalisation préalable d'un TDR
- ☞ 100% sensibilité aux pénicillines et céphalo (sauf péni M)
- ☞ 25 à 30% de résistance aux macrolides ¹
- ☞ 1ère intention : Amoxicilline 50 mg/kg/j en 2 prises 6 jours
- ☞ Alternatives :

- Allergie aux péni : pristinamycine (8j) ou macrolides

- Azithromycine : 3 jours
- Clarithromycine : 5 jours
- Josacine : 5 jours

C2G (4j) ou C3G (5j) orales si bilan allergologique le permet

! Penser au prlvt pour ATBgramme

- Signes de gravité (syndrome toxinique) :

Clindamycine (si sensible macrolides) +


- Péni V ou Amoxicilline en 1ère intention
- Rifampicine ou pristinamycine si allergie



Infections cutanées à staphylocoque ou streptocoque A

16 novembre 2006

9e journée toulousaine de pneumo-
allergologie pédiatrique



☛ Staphylococcus aureus :

- Résistant Pénicilline G (et donc amoxicilline seule déconseillée), faible efficacité des C3G orales.
- Emergence de quelques souches résistantes à la méticilline
- 10 à 20% de souches résistantes aux macrolides

☛ Impétigo sévère, eczéma surinfecté étendu, en 1ère intention si absence de gravité :

- Amoxicilline-Ac clavulanique
- C1G (Céfapéros®)
- Pénicilline M
- **Macrolide ou pristinamycine si allergie aux pénicillines**

☞ Infections sévères : érysipèle, cellulite

- Hospitalisation nécessaire pour traitement IV
- **Erysipèle** : streptococcique++. Traitement de référence Pénicilline G
 - Alternative : Amoxicilline per os ou IV
 - Atypique (immunodéprimé, plaie chronique) cibler aussi le staphylocoque : amoxicilline-Ac clavulanique
 - Si allergie pénicillines : Pristinamycine ou Macrolides
- **Cellulites** : staphylocoque aureus, pneumocoque, streptocoque
 - Céfotaxime + Fosfomycine
 - Amoxicilline-Ac clavulanique +/- Aminosides (synergie)
 - Allergie aux Bactamies dont C3G : Vancomycine



Conclusion

16 novembre 2006

9e journée toulousaine de pneumo-
allergologie pédiatrique

