

# Microbiologie médicale et infectiologie pédiatriques

Les quatre examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

par

L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada

Dernière mise à jour : juillet 2020



## 1 Ne prescrivez pas systématiquement des antibiotiques autres que l'amoxicilline pour traiter les enfants chez qui l'on soupçonne une pneumonie extrahospitalière (soins ambulatoires).

Les enfants d'âge préscolaire atteints d'une pneumonie extrahospitalière (PE) n'ont souvent pas besoin d'antibiotiques, étant donné que la plupart des cas sont d'origine virale. Si l'on soupçonne une PE d'origine bactérienne, il faut prescrire de l'amoxicilline aux patients en soins ambulatoires, et de l'ampicilline ou de la pénicilline G aux patients hospitalisés. Ces médicaments ont un spectre suffisant pour lutter efficacement contre les pathogènes bactériens couramment à l'origine des PE sans qu'il soit inutilement large. Les céphalosporines de troisième génération ne devraient être prescrites qu'aux enfants non immunisés ou atteints d'une grave infection, ou lorsqu'on observe un taux de résistance à la pénicilline élevé parmi des isolats de pneumocoques invasives. D'autres médicaments peuvent être indiqués dans les cas où l'on soupçonne une pneumonie staphylococcique, des pathogènes atypiques ou l'influenza.

## 2 N'utilisez pas de poche collectrice pour recueillir des cultures d'urine afin de diagnostiquer une infection urinaire.

Les cultures bactériennes faites à partir d'échantillons provenant d'une poche collectrice d'urine sont plus susceptibles de donner un faux positif chez les jeunes enfants chez qui l'on soupçonne une infection urinaire, en raison d'une contamination par la flore périnéale. Il ne faut donc pas utiliser de cultures d'urine provenant d'une poche collectrice pour poser un diagnostic d'infection urinaire, car cela pourrait entraîner un surtraitement. Bien qu'une culture négative provenant d'une poche collectrice permette d'exclure un diagnostic d'infection urinaire, une culture positive doit être confirmée par une autre méthode plus spécifique, ce qui entraîne d'importants délais. Les échantillons d'urine obtenus par cathétérisme ou par aspiration sus-pubienne améliorent la spécificité des cultures. Ce sont donc les techniques à privilégier pour recueillir l'urine des enfants qui ne sont pas encore entraînés à la toilette. Chez les enfants qui le sont, la technique standard consiste à effectuer des prélèvements stériles. Cette méthode non effractive est parfois utilisée auprès des nourrissons, mais est toutefois associée à un taux de contamination relativement élevé.

## 3 Ne procédez pas d'emblée à un prélèvement ou à une analyse pour dépister le Clostridium difficile chez les nourrissons de moins d'un an atteints de diarrhée.

Les nourrissons sont souvent des porteurs asymptomatiques de *C. difficile* (entre 14 et 63 %), mais il est rare que la maladie clinique soit signalée avant l'âge de 12 à 24 mois. Les nourrissons ne disposeraient pas des mécanismes cellulaires nécessaires pour internaliser les toxines de *C. difficile*. Lors de l'examen d'un nourrisson atteint de diarrhée, il faut envisager d'autres diagnostics, et ce, même si un résultat positif est obtenu au test de dépistage du *C. difficile*. On devrait faire passer ce test seulement aux nourrissons immunodéprimés ou atteints d'un trouble intestinal sous-jacent (p. ex. maladie de Hirschsprung, maladie intestinale inflammatoire) après l'élimination des autres étiologies. Il est donc prudent d'éviter de procéder systématiquement au dépistage chez les nourrissons de moins de 12 mois et, chez les enfants entre un et trois ans, de commencer par envisager d'autres causes possibles de la diarrhée, en particulier de nature virale.

## 4 Ne traitez pas systématiquement l'ostéomyélite hématogène aiguë sans complication au moyen d'un traitement intraveineux prolongé.

Dans le cadre de grandes études de cohorte rétrospectives menées auprès d'enfants atteints d'une ostéomyélite hématogène aiguë sans complication, aucune différence n'a été observée entre le taux d'échec associé à un traitement intraveineux prolongé et celui associé à un traitement intraveineux suivi d'une transition rapide vers un traitement oral. Les définitions de traitement « prolongé » étaient variées, passant de sept jours ou plus dans le cas d'une cohorte à la durée complète du traitement chez une autre (soit entre trois et six semaines). Notons que le taux de complications associées aux cathéters centraux insérés par voie périphérique signalé dans les groupes de traitement prolongé était de 3 à 15 %. Un traitement intraveineux prolongé devrait être envisagé en présence de complications (ostéolyse importante; pathogène rare ou résistant; patient immunodéficient; sepsie ou choc infectieux; thrombose veineuse; foyer métastatique ou formation d'un abcès important). En ce qui concerne la transition vers un traitement oral, il faut obtenir une bonne réaction clinique et tenir compte des conditions suivantes : absence de fièvre depuis 48 à 72 heures; normalisation des marqueurs d'inflammation ou diminution de 50 % de la protéine C réactive; absence de complications et de foyers métastatiques; et culture sanguine négative si la culture initiale était positive.

---

## Comment la liste a été établie

Cette liste de recommandations en matière de microbiologie médicale et d'infectiologie a été élaborée par un groupe de travail représentant le comité de pédiatrie de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI Canada), en collaboration avec les responsables de Choisir avec soin au sein de l'AMMI Canada. Le groupe de travail a communiqué par voie électronique avec tous les membres de l'AMMI Canada pour leur demander des suggestions et des recommandations potentielles. Les 10 premières recommandations ont été choisies par les membres du groupe de travail lors de diverses téléconférences. Celles-ci ont ensuite été transmises à tous les membres de l'AMMI Canada afin de recueillir leurs commentaires, qui ont ensuite été intégrés par le groupe de travail. Durant une réunion de consensus en personne (qui s'est déroulée le samedi 6 mai 2017 à Toronto, dans le cadre de l'assemblée annuelle de l'AMMI Canada et de l'Association canadienne de microbiologie clinique et des maladies infectieuses), tous les participants ont été invités à discuter et à se prononcer sur les cinq meilleures recommandations. Les cinq recommandations sélectionnées ont finalement été transmises à l'ensemble des membres pour une dernière ronde de rétroaction et de modifications. La liste a ensuite été soumise à Choisir avec soin en décembre 2017. Une fois révisée par tous les organismes participants, une liste comprenant quatre recommandations a été publiée en février 2018.

---

## Sources

- 1** Bradley, J. S. et coll. The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. Octobre 2011; vol. 53, n° 7 : p. e25-76. PMID : 21880587. [PMID : 21880587](#).  
Le Saux, N. et coll. Uncomplicated pneumonia in healthy Canadian children and youth: Practice points for management. *Paediatr Child Health*. Novembre-décembre 2015; vol. 20, n° 8 : p. 441-450. [PMID : 26744558](#).  
Jain, S. et coll. Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among U.S. children. *N Engl J Med*. 26 février 2015; vol. 372, n° 9 : p. 835-845. [PMID : 25714161](#).
- 2** Subcommittee on Urinary Tract Infection, Steering Committee on Quality Improvement and Management et coll. Urinary Tract Infection: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of the Initial UTI in Febrile Infants and Children 2 to 24 Months. *Pediatrics*. Août 2011; p. 595-610. [PMID : 21873693](#).  
Robinson, J. L. et coll. Urinary tract infections in infants and children: Diagnosis and management. *Paediatrics & Child Health*. 2014; vol. 19, n° 6 : p. 315-319. [PMCID : PMC4173959](#).  
Labrosse, M. et coll. Evaluation of a New Strategy for Clean-Catch Urine in Infants. *Pediatrics*. Août 2016; p. e20160573. [PMID : 27542848](#).  
Tosif, S. et coll. Contamination rates of different urine collection methods for the diagnosis of urinary tract infections in young children: An observational cohort study. *J Paediatr Child Health*. Août 2012; vol. 48, n° 8 : p. 659-664. [PMID : 22537082](#).
- 3** Schutze, G. et coll. Clostridium difficile infection in infants and children. *Pediatrics*. Janvier 2013; vol. 131, n° 1 : p. 196-200. [PMID : 23277317](#).  
Allen, U. et coll. Clostridium difficile in paediatric populations. *Paediatr Child Health*. Janvier 2014; vol. 19, n° 1 : p. 43-54. [PMID : 24627655](#).
- 4** Peltola, H. et coll. Simplified treatment of acute staphylococcal osteomyelitis of childhood. The Finnish Study Group. *Pediatrics*. Juin 1997; vol. 99, n° 6 : p. 846-850. [PMID : 9190554](#).  
Le Saux, N. et coll. Shorter courses of parenteral antibiotic therapy do not appear to influence response rates for children with acute hematogenous osteomyelitis: a systematic review. *BMC Infectious Diseases*. 2002; vol. 2 : p. 16. [PMCID : PMC128824](#).  
Ruebner, R. et coll. Complications of central venous catheters used for the treatment of acute hematogenous osteomyelitis. *Pediatrics*. Avril 2006; vol. 117, n° 4 : p. 1210-1215. [PMID : 16585317](#).  
Zaoutis, T. et coll. Prolonged intravenous therapy versus early transition to oral antimicrobial therapy for acute osteomyelitis in children. *Pediatrics*. Février 2009; vol. 123, n° 2 : p. 636-642. [PMID : 19171632](#).  
Keren, R. et coll. Comparative effectiveness of intravenous vs oral antibiotics for postdischarge treatment of acute osteomyelitis in children. *JAMA Pediatr*. Février 2015; vol. 169, n° 2 : p. 120-128. [PMID : 25506733](#).  
Saavedra-Lozano, J. et coll. Bone and Joint Infections. *Pediatr Infect Dis J*. Août 2017; vol. 36, n° 8 : p. 788-799. [PMID : 28708801](#).  
Krogstad, P. [Hematogenous osteomyelitis in children: Management](#). UpToDate. m-à-j le 20 septembre 2017.

---

## À propos de L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada

L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. L'AMMI Canada est l'association nationale qui représente les médecins, les microbiologistes cliniques et les chercheurs spécialisés dans les domaines de la microbiologie médicale et des maladies infectieuses. Grâce à la promotion du diagnostic, la prévention et le traitement des maladies infectieuses humaines et au moyen de la recherche, la formation, la pratique clinique et la sensibilisation, l'AMMI Canada s'emploie à protéger et à informer le public et également à améliorer les perspectives de carrières de ses membres par le développement professionnel et les initiatives de sensibilisation.



---

## Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements.

🌐 [choisiravecsoin.org](http://choisiravecsoin.org) | ✉ [info@choisiravecsoin.org](mailto:info@choisiravecsoin.org) | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📺 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)