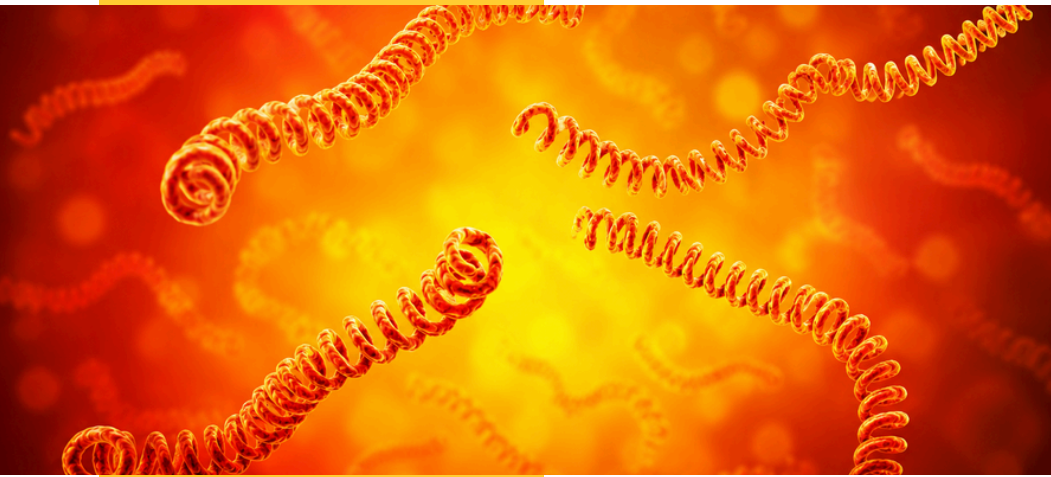




Dans ce numéro :

Vignette clinique

La saison des congrès
ESCMID 2026
ESPID 2026
JNI 2026
IIC 2026

Sites et applications utiles

Agenda
Annonces
Bonus classification

VIGNETTE CLINIQUE

- **Patient :** Jeune homme de 17 ans, hospitalisé pour une rhabdomyolyse aiguë + IRA
- **Antécédents :** 0
- **Mode de vie / Expositions :**
 - Baignade récente en rivière avec plaie au pied.
 - Étudiant en CAP agricole, contacts réguliers avec des bovins.
 - Pas de morsure animale, pas de voyage récent.
- **Clinique :**
 - J1 : Fièvre et myalgies (nuque, mollets).
 - J6 : Persistance des symptômes motivant une nouvelle consultation puis une hospitalisation. Aucun autre signe clinique.
- **Biologie :**
 - J1 : Na 129 mmol/L, CPK 1 233 UI/L, CRP 150 mg/L, PCT 2,16 µg/L, pas d'anémie ni de thrombopénie.
 - J7 : CPK 10 000 UI/L, CRP 199 mg/L, ASAT 16 N, ALAT 2N, LDH 607 UI/L, créatinine 184 µmol/L, Hb 12 g/dL.
 - J12 : CPK normalisées, ASAT 4 N, ALAT 3 N, créatinine 64 µmol/L, Hb 11,6 g/dL.
- **Imagerie :** Échographie abdominale et rénale sans anomalie.
- **Traitement :** Hyperhydratation intraveineuse, pas d'antibiothérapie.
- **Évolution :** Favorable, avec apyrexie à J10. Hospitalisation de 6 jours.



Quelle infection était suspectée ?

Il s'agissait d'une **leptospirose** non compliquée. Dans les formes simples, l'antibiothérapie n'a pas démontré de bénéfice clinique et n'est donc pas systématique. L'évolution est le plus souvent spontanément favorable, sans acquisition d'une immunité durable. En cas d'indication d'un traitement antibiotique, l'amoxicilline ou le céfotaxime sont les molécules de référence (résistance anecdotique à l'amoxicilline). Le diagnostic se fait par PCR sanguine avant J7, sinon par sérologie. La déclaration obligatoire permet la mise en œuvre d'une enquête épidémiologique afin d'identifier d'éventuelles zones de circulation du germe. La vaccination est réservée à des indications professionnelles ou à risque spécifiques.

Quelques focus sur les sujets les plus marquants de l'ESCMID selon les pédiatres

Congrès européen d'infectiologie avec une place importante de l'infectiologie pédiatrique cette année: des sessions étiquetées « pediatrics » et des sessions transversales intégrant les spécificités de l'enfant.

Détail de la session « Year in Paediatric Infectious Diseases » (Ulrich von Both et Dana Danino) = synthèse des publications majeures en infectiologie pédiatrique de l'année.

- Une surveillance nationale allemande met en évidence la place non négligeable des ***Streptococcus viridans* et des bactéries anaérobies de la flore orale** dans les **épanchements pleuraux et empyèmes pulmonaires pédiatriques**. Ces bactéries représentaient 115 des 1 242 infections microbiologiquement documentées (9,3 %). Elles étaient retrouvées chez des enfants plus âgés, plus souvent porteurs de comorbidités, avec un délai plus long entre le début des symptômes et l'admission hospitalière. [Lien vers l'étude](#)
- Une étude génétique menée chez 229 patients présentant une **infection invasive à méningocoque** met en évidence des **anomalies des voies du complément et de la coagulation** dans les formes sévères, soulignant l'importance des facteurs de susceptibilité de l'hôte. [Lien vers l'étude](#)
- Une **recrudescence des infections invasives pédiatriques à *Streptococcus pyogenes*** a été observée dans 15 pays européens après la levée des mesures non pharmaceutiques liées à la pandémie de COVID-19. L'incidence des pneumonies invasives était notamment corrélée à la circulation du VRS et de la grippe, tandis que les infections cutanées et des tissus mous étaient associées à la circulation du virus varicelle-zona. [Lien vers l'étude](#)
- Dans un centre pédiatrique à Los Angeles, la mise en place de **mesures restrictives de bon usage des hémocultures** a été associée à une diminution de leur réalisation de 24,1 % aux urgences et de 45,8 % dans les unités d'hospitalisation, sans diminution du taux de positivité ni augmentation de la mortalité liée au choc septique, des réhospitalisations ou de la durée de séjour. [Lien vers l'étude](#)
- Un essai multicentrique belge montre qu'une stratégie associant un **algorithme clinique**, un **dosage ciblé de la CRP** et des **conseils de surveillance** précis aux familles réduit les **prescriptions d'antibiotiques** lors de la consultation initiale de 22 % à 16 %, sans augmentation des complications, des hospitalisations ou des nouvelles consultations, suggérant que cette diminution est sûre. [Lien vers l'étude](#)
- Chez des enfants traités en **induction pour une leucémie aiguë** et présentant une **neutropénie fébrile à haut risque**, cliniquement stables, apyrétiques depuis au moins 72 heures et sans infection documentée, l'arrêt précoce de l'antibiothérapie probabiliste apparaît sûre. [Lien vers l'étude](#)
- Dans une vaste cohorte suisse de 348 885 adultes opérés, le recours à une **antibioprophylaxie non bêta-lactamine** était associé à un risque plus élevé d'**infection du site opératoire** que l'utilisation d'une bêta-lactamine (OR ajusté 1,78). [Lien vers l'étude](#)
- Les étiquettes d'**allergie aux pénicillines** doivent être systématiquement réévaluées, car une grande proportion ne correspond pas à une allergie confirmée. Risque de recours à des antibiotiques souvent à plus large spectre. [Lien vers l'étude](#)
- Les **données en vie réelle** confirment l'efficacité des **anticorps monoclonaux anti-VRS**, avec une réduction des hospitalisations pouvant atteindre 86 % lors de la première saison et 55 % la saison suivante. Par ailleurs, premiers signaux en faveur d'un possible effet protecteur respiratoire à long terme, avec environ 27 % de diminution des consultations pour sifflements ou asthme, nécessitant toutefois une confirmation pour démontrer un effet préventif à long terme. [Lien vers l'étude](#)
- Les premières comparaisons directes suggèrent un plus faible **risque d'hospitalisation** avec l'**immunisation passive** qu'avec la **vaccination maternelle**. La vaccination maternelle conserve néanmoins un intérêt majeur en assurant une protection dès la naissance et en améliorant l'accès à la prévention dans certains contextes. Les deux approches sont désormais considérées comme complémentaires et devront être intégrées dans les futures stratégies de prévention. [Lien vers l'étude](#)
- L'essai ESCUDDO confirme qu'une **dose unique de vaccin HPV** offre une efficacité ≥ 97 % contre les **infections cervicales persistantes à HPV16/18**, ouvrant la voie à une simplification des programmes vaccinaux. [Lien vers l'étude](#)

Le commentaire du participant :

→ Complément idéal à l'ESPID de part son approche transversale permettant de confronter les problématiques pédiatriques aux avancées en microbiologie, en résistance bactérienne, en santé publique, en innovation diagnostique... et en s'inspirant de l'adulte pour pouvoir extrapoler certaines données/recommandations !





LA SAISON DES CONGRÈS...

ESPID 2026 – Ce que l'on retient du congrès à Bologne

L'ESPID, le rendez-vous incontournable des maladies infectieuses pédiatriques en Europe, réunit chaque année experts et chercheurs autour des dernières avancées scientifiques, de sessions interactives et de cas cliniques !



📍 Les recommandations ESPID : (bientôt en ligne sur le site)

• Infections invasives à Streptocoque A :

- Antibiothérapie : beta-lactamine à large spectre + CLINDAMYCINE si symptômes toxiques (ou LINEZOLIDE si atteinte neuro-méningée ou résistance à la CLINDAMYCINE)
- Arrêt de la CLINDAMYCINE à 48-72h d'évolution ou de post-opératoire si patient stable
- Antibioprophylaxie des contacts proches : AMOXICILLINE ou CEFALEXINE pendant 10 jours, si nouveau-né, varicelle < 7 jours, immunodépression, âge ≥ 65 ans, femme enceinte ≥ 37 SA ou post-partum < 28 j

• Prophylaxie infectieuse dans l'asplénie et l'hyposplénie :

- Antibioprophylaxie : Amoxicilline 20 mg/kg/j ou azithromycine 5 mg/kg/j si allergie
 - Pendant ≥ 1 an post-splénectomie ou jusqu'à 5 ans
 - Toute la vie après une greffe de cellules souches ou une infection invasive à pneumocoque
 - A chaque morsure animale ou pique d'insecte
- Vaccination pneumocoque : rattrapage systématique après 2 ans
- Vaccination méningocoque : rappel tous les 5 ans pour le ACYW et tous les 3 ans pour le B

• CMV congénital :

- Screening neonatal systématique par PCR salivaire
- ETF si PCR positive ± IRM cérébrale si manifestations cliniques ou anomalies à l'ETF
- VALGANCICLOVIR pendant 6 mois (débuté dans les 4 semaines après la naissance) pour les formes hépatiques ou médullaires sévères ou persistantes
- VALGANCICLOVIR pendant 6 semaines ou 6 mois (à débiter dans les 13 semaines après la naissance) pour les surdités isolées

🔥 Autres Nouveautés :

- Antibiothérapie du **sepsis neonatal** (recos NICE 2026) : considerer switch IV → PO par Amoxicilline à partir de 36h, pendant 7 jours, si hémoculture stérile + stabilité clinique + CRP basse + tolérance du traitement oral
- Letemovir en prophylaxie primaire du CMV : bonne tolérance, diminution réactivations asymptomatiques, 2% de maladie à CMV, apparition de "blips" (PCR positive transitoirement sans traduction clinique)
- Bithérapie pour le **VIH** (étude D3/PENTA 21) : dose fixe DTG/3TC (dolutegravir/lamivudine) possible chez le plus de 12 ans
- **Immunisation VRS** :
 - Nirsevimab : risque d'échappement aux mutations (VRS B ++)
 - Vaccin maternel : protection plus courte, ne prévient pas la transmission, peu affecté par les mutations
- Antibiothérapie du **Stenotrophomonas** (recos IDSA 2024) :
 - 1ère intention ≥ 2 antibiotiques parmi CEFIDEROCOL ++, MINOCYCLINE (forte posologie), COTRIMOXAZOLE ou LEVFLORACINE (mais augmentation de résistances)
 - 2ème intention association CEFTAZIDIME-AVIBACTAM et AZTREONAM



La suite?

L'ESPID 2027 à Berlin
puis **2028 à Lyon !**

Quelques focus sur les sujets les plus marquants des Journées Nationales d'Infectiologie

INFECTIONS EMERGENTES EN FRANCE

-  Le paludisme autochtone en France hexagonale est en augmentation depuis 2021. L'origine des cas est majoritairement aéroportuaire (moustiques dans des bagages / colis venant de zone d'endémie), mais aussi des personnes porteuses de paludisme chronique: intérêt du dépistage de portage de *Plasmodium spp.* chez les personnes originaires de zones d'endémie. DO et envoi des souches au CNR!
-  Augmentation des arboviroses en France hexagonale: par exemple en 2025, 830 cas de Chikungunya autochtone et 1100 cas importés !
-  Les cas de tularémie sont en augmentation (200 cas en 2024 vs 20-40 cas/an avant 2017) et sont retrouvés surtout en Bretagne. Formes pulmonaires et ulcéroganglionnaires majoritaires, à avoir en tête!
-  Retour sur les 18 cas autochtones d'infection à West Nile virus dépistés en 2025 en Ile-de-France, dont 5 formes neuroinvasives. Y penser devant une méningo-encéphalite aseptique...

INFECTIONS DE L'IMMUNODÉPRIMÉ

-  45 vascularites fongiques : 31 à *Aspergillus*, 9 mucormycoses et 5 co-infections.
33 ischémiques et 22 hémorragiques (chevauchements phénotypiques). Rarement un traitement spécifique a été instauré et un pronostic défavorable était associé à la corticothérapie. Mortalité 70% à 6 semaines.
-  120 patients avec des bactériémies récidivantes à *Campylobacter* = 378 épisodes.
62% hypogammaglobulinémie, 51% hémopathie, 26% de déficit immunitaire primitif.
C. fetus 41% (avec localisation secondaires fréquente) - *C. jejuni* 36% - *C. Coli* 22%.
Immunodépression profonde = + de récurrence ; - de *C. fetus* ; - présentation sévère
-  10 cas de maladie de Lyme disséminée sous anti-CD20 (9) ou CAR-T cells (1).
6 rhombencéphalites, 1 radiculonévrite, 2 asthénies majeures et 1 arthrite.
2 séquelles neurologiques après traitement bien conduit (8 doxy, 1 C3G et 1 amox)



Format du congrès : enchainement de conférences de 30 min dans une même salle, par des orateurs internationaux : cas cliniques, débats, mises au point, actualités, quizz...

Thème majeur : **Réchauffement climatique et pathologies infectieuses pédiatriques**

- Progression des moustiques vers le nord (notamment *Aedes*)
- Augmentation très rapide de l'incidence de la dengue
- Augmentation des maladies vectorielles à tiques (notamment en Suisse)
- Catastrophes climatiques avec augmentation des pathologies liées à l'hygiène et à l'eau
- Augmentation des Mycobactéries non tuberculeuses

VRS : actualités sur les stratégies d'immunisation en 2026

Evolution des stratégies de prévention anti-VRS

Ces dernières années, la prise en charge de la bronchiolite a été révolutionnée par l'implémentation de stratégies d'immunisation des nourrissons durant leur première année d'exposition au VRS. Il existe actuellement 4 produits :

- le **palivizumab**, anticorps monoclonal historiquement utilisé pour les nourrissons à haut risque, qui ne doit probablement plus être utilisé au vu des nouvelles stratégies ;
- le **nirsévimab**, anticorps monoclonal de longue durée d'action, recommandé en France ;
- le **vaccin RSVpreF**, immunisation passive par vaccination maternelle pendant la grossesse recommandé en France ;
- le **clesrovimab**, un nouvel anticorps monoclonal de longue durée d'action ayant obtenu l'**AMM européenne en avril 2026** et est désormais **disponible en France** dans le cadre de la campagne d'immunisation 2026-2027.

Est-ce que les produits sont aussi efficaces ?

Il n'existe pas d'essais cliniques randomisés comparant ces produits entre eux, mais les données disponibles peuvent aider :

- **Nirsevimab et vaccin RSVpreF** : en France, selon les conditions actuelles d'utilisation, le nirsevimab semble être plus efficace que le vaccin RSVpreF pour prévenir les bronchiolites à VRS hospitalisées (OR 0.78 [95% IC, 0.70-0.86]). Cette différence varie en **fonction du délai entre l'administration du vaccin et de la naissance** et n'est plus significative au delà de 8 semaines (*d'après Z. Valtuille et al., The Lancet, 2026*). [lien ici](#)
- **Clesrovimab** : l'étude de phase III CLEVER retrouvait une efficacité de 84.2% (95% IC, 66.6-92.6; $p < 0.001$) pour la prévention des hospitalisations pour bronchiolites à VRS comparé au placebo chez les nourrissons en bonne santé durant leur 1^{ère} saison épidémique de VRS (*d'après JZ. Heather et al., NEJM, 2025*). [lien ici](#)

Pour aller un peu plus loin ..

- **Nirsévimab et infections à pneumocoque** : selon une étude de cohorte française sur 527 000 enfants, l'immunisation par nirsévimab durant la 1^{ère} saison épidémique était associée à une réduction de 36% (OR 0.64, 95% IC, 0.48-0.85) d'hospitalisation pour infection invasive à pneumocoque (*d'après I. Fafi et al., The Lancet ID, 2026*). [lien ici](#)
- **Premiers résultats sur la saison 2025-2026** : l'étude française VIGIL évaluant l'efficacité du nirsevimab en ambulatoire retrouvait une **diminution de l'efficacité sur les bronchiolites à VRS pour la saison 2025-2026** comparée à 2024-2025, respectivement de 66.6% (IC 95% 50.3- 77.5) et 85.7% (IC 95%, 70.9-90.3; $p = 0.003$) (*d'après R. Cohen, ESPID 2026*). Cette variation pourrait s'expliquer par une modification des clades de VRS circulant selon les saisons.

Et pour la saison 2026-2027 ?

- Nirsevimab ou Vaccin RSVpreF (Abrysvo) : les deux stratégies semblent très efficaces pour prévenir les formes sévères de bronchiolites à VRS. Toutefois, si le choix des parents est la vaccination, il convient de l'administrer **le plus tôt possible dès 32 SA**.
- Actuellement, il n'y a pas d'argument suggérant une efficacité différente du clesrovimab par rapport au nirsevimab.
- Poursuite nécessaire de la surveillance épidémiologique et génotypique

Le nécessaire de survie en infectiologie pédiatrique

Sites et applications utiles



Site et application avec les recommandations de la SPLIF [ici](#)



[Lien](#) pour tout connaître de la répartition des CMI de chaque bactérie à chaque antibiotique



[InfoVac-France](#) : La plateforme d'information sur les vaccinations, validée par le GPII



Adaptation des posologies des antibiotiques selon le poids et taille du patient : [lien ici](#)



Recommandations sanitaires pour les voyageurs régulièrement mis à jour [lien ici](#)



ESPID recommandations : [lien ici](#)

BUG.CONTROL

Application smartphone par le centre d'appui pour la prévention des infections liées au soins (CPIas) pour la gestion des BMR et BHR



Toute l'actualité sur l'antibiothérapie et la vaccination : [ici](#)



AGENDA



- **Journée JIP n°2** : 28/11/2026 à Paris
→ [lien d'inscription ici](#)
- **RICAI** : 14 - 15 décembre 2026 à Paris
- **ESCMID** : 9 - 13 avril 2027 à Stockholm
- **ESPID** : 31 mai - 4 juin 2027 à Berlin
- **SFP** : 16 au 18 juin 2027 à Marseille



PETITES ANNONCES



- **Adhésion au GPIP [ici](#)**
- **Adhésion GPTrop [ici](#)**



BONUS ENTEROBACTÉRIES



Les entérobactéries sont classées selon leurs mécanismes de résistance (pénicillinasés, céphalosporinasés inductibles ou non, etc.).

La connaissance de ces mécanismes de résistance est primordiale pour une juste prescription des antibiotiques, en particulier en situation probabiliste.

Hippolyte a créé ce tableau récapitulatif pour vous aider à y voir plus clair. N'hésitez pas à y jeter un coup d'œil et à l'imprimer afin d'avoir un mémo toujours à portée de main !



Lien [ici](#)

Merci au comité de rédaction :

Mathieu Barbier, Hippolyte De Swardt,
Alexandra Falke, Apolline Furgier, Aurelien
Mammès, Ines Mouquet, Elias Zaoui

Ainsi qu'au comité de relecture :

Lindsay Osei, Zein Assad

Un retour / des suggestions pour les prochaines éditions ?

→ [lien ici](#)

Intègre le groupe des Jeunes Infectio
Pédiatres sur Whats-App ! →

