

Usage adéquat des antibiotiques en cas d'infections aiguës dans le domaine de l'oto-rhino-laryngologie et des voies respiratoires inférieures

Le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments (CEM) a émis un commentaire sur le rapport du jury concernant la réunion de consensus « L'usage adéquat des antibiotiques en cas d'infections aiguës dans le domaine de l'oto-rhino-laryngologie et des voies respiratoires inférieures dans la pratique ambulatoire » du 17 octobre 2000. Voici ce commentaire.

Introduction

Le lecteur attentif ne manquera pas de relever d'importantes divergences entre les conclusions de la conférence de consensus et les recommandations de bonne pratique portant sur le mal de gorge aigu et l'otite moyenne aiguë. Ces divergences sont clairement signalées dans le texte. Elles proviennent notamment du fait que les 2 démarches ne sont pas les mêmes. La conférence de consensus a volontairement tenu compte de la pratique actuelle en Belgique en la matière.

De plus, pour certains points (voir notamment "Quels patients traiter ?"), il n'a pas été possible de trancher entre une attitude basée sur l'EBM (*EBM based levels I et II*) et une autre basée sur l'autorité des experts (*authority-based EBM, level III*). Les recommandations sont basées sur l'EBM, commentées par des experts et discutées dans 5 GLEM.

Ces différences sont surtout importantes en ce qui concerne le mal de gorge aigu, mais elles concernent aussi l'otite moyenne aiguë. Le problème, c'est que la recommandation sur le mal de gorge aigu a déjà été envoyée aux 2.000 médecins membres de la WVVH et qu'elle a été placée dans une version légèrement adaptée sur le site web de l'INAMI.

Comme on peut craindre une réaction d'incompréhension de la part des professionnels concernés, la cellule d'information de l'accréditation a réuni un groupe d'experts comprenant entre autres des représentants du jury de la conférence de consensus et des auteurs de recommandations.

Ceux-ci ont expliqué les différences suivantes.

Critères de Centor

Critères de Centor : « La présence de ces 4 critères ne donne qu'une chance sur 2 de trouver une affection à GBASH chez l'adulte. »

Accord dans les 2 textes, mais la recommandation ne tient pas compte de ces critères au moment de la prise de décision. Ces critères étaient utilisés dans la première version du standard du NHG, mais ont été abandonnés par la suite. Même si les 4 critères de Centor sont présents, il n'y a que 50% des cultures qui seront positives pour le GBASH, dont 1/3 (15 % du total) chez des porteurs sains (faux positifs). Ce qui veut dire que parmi les 100 patients chez qui on relève les 4 critères de Centor, seuls 30 souffrent réellement d'une angine à streptocoques. De plus, parmi les 50 % de porteurs non diagnostiqués grâce aux critères de Centor, certains sont réellement atteints (faux négatifs) et ne seront pas traités.

Réalisation d'examens complémentaires

La réalisation d'examens complémentaires pose de réels problèmes de faisabilité. La culture du frottis de gorge ne différencie pas les porteurs sains des malades, les porteurs sains recevront un traitement superflu. Si on attend le résultat du frottis, l'effet positif (c'est-à-d. 8 heures) des antibiotiques sur l'évolution clinique sera perdu. La sensibilité du streptest pratiqué en routine en médecine générale est de 70 %. Un seul test a une sensibilité suffisante (90 %), mais il faut attendre 10 minutes pour le lire, ce qui n'est pas faisable en médecine générale (étude de SWATCH).

Les coûts attendus sont : le coût du streptest (à charge du patient), le coût des cultures et celui du traitement superflu pour les patients porteurs sains (à charge de la collectivité). En outre, traiter les porteurs sains accroît le risque d'augmenter les résistances.

Quels patients traiter ?

Le jury de la conférence n'a pas tranché entre 2 attitudes : faut-il traiter

- les patients atteints de pharyngo-amygdalite aiguë (streptest ou frottis)
- ou les patients à risque ?

Notons que la notion de « patients à risque » est ambiguë car elle peut désigner tant les patients à risque de généralisation de l'infection que les patients à risque pour les complications classiques, à savoir le rhumatisme articulaire aigu, la glomérulonéphrite aiguë et l'abcès péri-amygdalien.

Les partisans du traitement basent leur raisonnement non pas sur l'EBM (voir les 2 premières constatations citées), mais sur leur opinion en tant qu'experts (*authority-based*) et sur une attitude défensive : éviter de se voir reprocher de ne pas avoir traité par antibiotiques une pharyngo-amygdalite streptococcique. Cette attitude prévaut aux États-Unis.

Durée optimale du traitement

La durée optimale de traitement est de 7 jours (niveau II (1)).

Prise de pénicilline

Le fait de donner la pénicilline en 2 prises plutôt qu'en 4 prises quotidiennes (niveau III d'évidence) ne recueille pas l'unanimité du jury. La recommandation de bonne pratique souligne que même si cette attitude nécessite une grande discipline, il est nécessaire d'en rester à 4 prises étant donné la faible demi-vie du principe actif.

La pénicilline est la meilleure option

En cas d'allergie à la pénicilline, il est bien évidemment indispensable de recourir à une autre molécule : c'est ce qu'on appelle le « 2e choix ». Dans ce cas, on administre de l'érythromycine, les autres (néo)-macrolides restant une alternative valable.

Quoique 3 groupes aient prouvé qu'ils pouvaient influencer l'évolution clinique d'une infection streptococcique aiguë (à savoir : les pénicillines, les pénicillines à large spectre et les céphalosporines), la pénicilline reste le meilleur choix car l'amoxicilline et les céphalosporines ont un spectre trop large (risque d'augmentation des résistances), entraînent plus d'effets secondaires et sont plus chères. En outre, l'éruption qui accompagne parfois la prise d'amoxicilline risque de rendre le diagnostic différentiel avec une mononucléose infectieuse difficile. Il ne s'agit donc pas d'une vraie alternative mais bien d'un bon choix moins judicieux.

Contradiction

Frottis de gorge et streptest : voir "Réalisation d'examens complémentaires".

Il y a une contradiction entre les énoncés suivants :

- les antibiotiques n'ont qu'un effet limité sur l'évolution clinique (niveau Ib)
- l'absence de traitement par AB n'augmente pas le risque de complications (niveau Ib)

et le fait de proposer un streptest et/ou un frottis de gorge.

Cette contradiction peut se comprendre si l'on considère que l'ancienne vision en matière de prévention du rhumatisme articulaire aigu n'a pas encore complètement disparu. Beaucoup de médecins ont entendu dans l'enseignement universitaire un autre point de vue : il n'est pas aisé de modifier cette attitude acquise et largement répandue chez les patients.

De même, le traitement par AB en vue d'éradiquer le GABSH n'a pas fait ses preuves : même les auteurs américains en étaient déjà convaincus dans les années 80 ((2) , (3) , (4)); les porteurs de germe ne sont pas un risque de complications ou de contagion.

Otite moyenne aiguë (OMA) : commentaires sur les conclusions du jury de consensus

1. Guérison clinique et guérison bactériologique

L'évolution naturelle d'une OMA est la guérison clinique dans au moins 85 % des cas. Si l'on recherche la guérison bactériologique (= disparition des germes de l'oreille moyenne), l'évolution diffère selon le germe, le pneumocoque disparaissant plus difficilement spontanément. Il est certain que l'on observe fréquemment une guérison clinique sans disparition des germes de l'oreille moyenne.

2. Symptômes

Si l'otalgie et la température élevée sont souvent présentes en cas d'OMA, l'absence d'un de ces signes ne permet pas d'exclure une OMA. Selon certaines études, la fièvre est absente dans plus de 50 % des cas d'OMA.

3. Otoscopie

Si l'otoscopie pneumatique peut contribuer à confirmer un diagnostic d'OMA en montrant une réduction ou une absence de mobilité du tympan, sa réalisation semble difficile en pratique courante. L'observation d'un tympan opaque, et/ou bombant, et/ou écarlate (hémorragique), et/ou perforé est d'une sensibilité suffisante pour confirmer le diagnostic d'OMA en présence de signes et symptômes cliniques.

4. Prévention des complications par antibiothérapie

Les nombreuses études et les méta-analyses n'ont pas pu démontrer l'efficacité d'une antibiothérapie sur les complications (hypoacousie, méningites, mastoïdites et autres). Ces complications sont rares. Les études réalisées à ce jour ne permettent pas de tirer une conclusion formelle. Des études rétrospectives ont démontré d'une part qu'une antibiothérapie (même avec un antibiotique à très large spectre) n'était en aucun cas une garantie de ne pas voir de complication dans une OMA, et, d'autre part, que cette antibiothérapie pouvait masquer les premiers signes de complication grave et retarder ainsi la prise en charge correcte. L'augmentation de la résistance des germes est un autre argument dont il faut tenir compte dans la décision d'instaurer une antibiothérapie. Une nouvelle étude à ce sujet vient de paraître (D. Van Zuylen, A. Schilden,

E. Van Balen. «National differences in incidence of acute mastoiditis : relationship to prescribing patterns of antibiotics for acute otitis media ? Ped. Infect. Dis. J. 2001,20,2 : 140-143.»).

5. Prescription différée Il est préférable de reprendre la formulation de la recommandation : «La prescription différée d'un antibiotique, assortie de recommandations très claires, est un outil utile, permettant de mieux gérer l'angoisse des parents et du praticien et pouvant éventuellement permettre de ne pas multiplier les prestations médicales.»

Références

- (1) Zwart S. , Sachs A., Ruijs., et al. Penicillin for acute sore throat : randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. BMJ 200 ; 320 : 150-4.
- (2) Gastranaduy A.S., Kaplan E. L., Huwe B.B., et al. Failure of penicillin to eradicate group A streptococci during an outbreak of pharyngitis. Lancet 1980 ; ii : 498-501.
- (3) Gerber M. A., Randolph M.F., De Meo H. M., Kaplan E. L. . Failure of once-daily penicillin V. therapy for streptococcal pharyngitis. Am J Dis Child 1989 ; 143 : 153-5.
- (4) Mc Cracken G. H. Diagnosis and management of children with streptococcal pharyngitis. Ped infect Dis J 1986 ; 5 : 754-9.

Contacts

Consensus

Téléphone: +32(0)2 739 77 34

Fax: +32(0)2 739 72 91

E-mail: consensus@inami.fgov.be