

Les infections des voies respiratoires les plus fréquentes (rhinopharyngite, angine non-streptococcique, bronchite aiguë, bronchiolite) sont généralement d'origine virale et ne justifient donc pas d'antibiothérapie.

La France, qui consomme jusqu'à 5 fois plus d'antibiotiques que certains pays d'Europe de l'Ouest, est un des pays du monde le plus touché par la résistance bactérienne. La rareté des échecs apparents de l'antibiothérapie conforte à tort les malades, leur famille et les médecins dans l'idée que l'antibiotique « marche » et est indispensable.

En 2005, l'Afssaps a actualisé ses recommandations à la lumière des nouvelles données sur les résistances bactériennes. Vous trouverez le texte intégral de ces Recommandations de Bonne Pratique accompagnées de leurs argumentaires référencés, sur le site internet de l'Afssaps ([www.afssaps.sante.fr](http://www.afssaps.sante.fr)) à la rubrique RBP.

## **RHINOPHARYNGITE AIGUË**

D'origine virale, la rhinopharyngite guérit habituellement spontanément en 7 à 10 jours et ne relève que d'un traitement symptomatique.

La purulence de l'écoulement nasal et/ou la fièvre sont généralement sans relation avec une infection bactérienne.

**L'antibiothérapie n'est pas recommandée** chez l'adulte comme chez l'enfant, sauf en cas de complications supposées bactériennes (otite moyenne aiguë, sinusite) : elle n'accélère pas la guérison et ne prévient pas la survenue de complications.

## **ANGINE AIGUË**

L'angine aiguë est d'origine virale dans 50 à 90% des cas. Elle est rarement streptococcique chez l'enfant avant 3 ans et chez l'adulte.

Il est recommandé de ne traiter par antibiotique que les angines documentées à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SGA), en raison du risque de complications (notamment, rhumatisme articulaire aigu). Ceci implique de pratiquer un TDR (Test de Diagnostique Rapide du SGA) devant toute angine érythémateuse ou érythémato-pultacée chez les enfants de plus de 3 ans et les adultes ayant un score de Mac Isaac  $\geq 2$ <sup>1</sup>.

La mise en route du traitement antibiotique jusqu'au 9<sup>ème</sup> jour après le début des signes n'altère pas l'efficacité de l'antibiothérapie sur la prévention du RAA.

**En cas de TDR positif, l'antibiothérapie est recommandée :**

- *traitement recommandé* : amoxicilline (6 jours) ;
- *notamment en cas d'allergie aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines* : céfuroxime-axétil (4 jours), cefpodoxime-proxétil (5 jours), céfotiam-héxétil (5 jours) ;
- *si contre-indication aux bêta-lactamines* : macrolides ou télichromycine, après mise en culture d'un prélèvement bactériologique : azithromycine (3 jours), clarithromycine (5 jours), josamycine (5 jours), télichromycine à partir de 12 ans (5 jours) ; pristnamycine à partir de 6 ans (au moins 8 jours).

<sup>1</sup> **SCORE DE MAC ISAAC** : Fièvre > 38°C = 1 ; Absence de toux = 1, Adénopathies cervicales antérieures = 1, Atteinte amygdalienne (↑ volume ou exsudat) = 1, Age : 15 à 44 ans = 0,  $\geq 45$  ans = -1

Ne sont pas ou plus recommandés : pénicilline V, céphalosporines de 1<sup>ère</sup> génération (C1G), ampicilline, amoxicilline-acide clavulanique, céfixime, certains macrolides (dirithromycine, érythromycine, midécamycine, roxithromycine, spiramycine).

• **En cas de TDR négatif, aucune antibiothérapie n'est recommandée**, sauf en présence de facteurs de risque listés dans les recommandations (cf site Afssaps).

## OTITE MOYENNE AIGUË

La surinfection bactérienne est impliquée dans 60 à 70% des cas, cependant la guérison spontanée survient dans environ 80%. Le risque de complications infectieuses graves (bactériémie, méningite, mastoïdite) est plus important avant l'âge de 2 ans.

Otite purulente (otalgie, hypoacousie, fièvre, inflammation tympanique avec épanchement rétro-tympanique extériorisé ou non).

û **Après 2 ans : l'antibiothérapie n'est pas systématiquement recommandée**, sauf en cas de symptomatologie bruyante (fièvre élevée, otalgie intense). Le choix de l'abstention doit s'accompagner d'une réévaluation de l'enfant à 48-72 heures sous traitement symptomatique.

û **Avant 2 ans : l'antibiothérapie est recommandée d'emblée :**

- *en première intention* : amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/j d'amoxicilline), céfuroxime-axétil, cefpodoxime-proxétil,

- *si allergie aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines* : cefpodoxime-proxétil, céfuroxime-axétil,

- *si contre-indication aux bêta-lactamines* : érythromycine-sulfafurazole (enfant de moins de 6 ans), pristinamycine (enfant de plus de 6 ans).

Le recours à la ceftriaxone en IM doit rester très exceptionnel et se conformer au libellé d'AMM.

La durée de l'antibiothérapie est généralement de 8 à 10 jours avant 2 ans et de 5 jours après cet âge.

Otite congestive (congestion, avec reliefs normaux sans bombement, observée au début d'une rhinopharyngite)

**L'antibiothérapie n'est pas recommandée.** L'enfant doit être revu si les symptômes persistent au delà du 3<sup>ème</sup> jour.

Otite séroumuqueuse (épanchement rétrotympanique sans inflammation ni otalgie, ni signes généraux)

**L'antibiothérapie n'est pas recommandée**, sauf en cas de persistance des symptômes au delà de 3 mois, après avis spécialisé.

Tympans mal ou non vus

**L'antibiothérapie ne doit pas être prescrite à l'aveugle.**

û *Avant 2 ans* : la visualisation des tympans est nécessaire et le recours à l'ORL doit être envisagé,

û *Après 2 ans* : en l'absence d'otalgie, le diagnostic d'OMA purulente est très improbable.

## SINUSITE MAXILLAIRE AIGUË

Chez l'adulte

**L'antibiothérapie n'est pas recommandée** en cas de symptômes rhinologiques diffus, bilatéraux, d'intensité modérée, dominés par une congestion avec rhinorrhée séreuse ou puriforme banale, survenant dans un contexte épidémique.

**L'antibiothérapie est recommandée en cas de :**

- symptomatologie typique, notamment : unilatéralité des signes, douleurs infra-orbitaire, rhinorrhée....,
- échec d'un traitement symptomatique initial ou complications,
- association à une infection dentaire homolatérale supérieure,
- (sinusite frontale, ethmoïdale, sphénoïdale).

- *en première intention* : amoxicilline-acide clavulanique (7 à 10 jours), céfuroxime-axétil (5 jours), cefpodoxime-proxétil (5 jours), céfotiam-hexétil (5 jours) ;  
notamment en cas de contre-indication aux bêta-lactamines :  
pristinamycine (4 jours), télichromycine (5 jours).

Les fluoroquinolones actives sur le pneumocoque (lévofloxacine, moxifloxacine) sont réservées aux situations susceptibles de complications graves (sinusites frontales, sphénoïdales, ethmoïdales, pansinusite) ou en cas d'échec d'une 1<sup>ère</sup> antibiothérapie, après documentation bactériologique et/ou radiologique.

Chez l'enfant (à partir de 3 ans)

***L'antibiothérapie est recommandée :***

- dans les formes aiguës sévères (fièvre > 39°C, céphalées, rhinorrhée purulente et parfois œdème péri-orbitaire) ;
- dans les formes prolongées (durée des symptômes de la rhinopharyngée et de la toux ≥ 10 jours sans tendance à l'amélioration) en présence de facteurs de risque tels que : asthme, cardiopathie, drépanocytose homozygote.

- *en première intention* : amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/j d'amoxicilline), cefpodoxime-proxétil (8 mg/kg/j) ;

- *si contre-indication aux bêta-lactamines* : pristinamycine (50 mg/kg/j) à partir de 6 ans.

La durée du traitement est classiquement de 7 à 10 jours.

Ne sont pas ou plus recommandés : pénicillines A, macrolides, C1G<sup>2</sup>, cotrimoxazole.

## BRONCHIOLITE

Chez l'enfant sans facteur de risque (et âgé de plus de 3 mois) :

- la bronchiolite est d'origine virale ;
- la gravité de l'atteinte est liée à la détresse respiratoire et non au risque infectieux.

***L'antibiothérapie est inutile en première intention.***

## BRONCHITE AIGUË

Les bronchites sont avant tout d'origine virale.

Chez l'enfant sans facteur de risque (et âgé de plus de 3 mois)

***L'antibiothérapie n'est pas recommandée en 1<sup>ère</sup> intention*** : elle n'accélère pas la guérison et ne prévient pas les complications.

Chez l'adulte sain

L'apparition d'une expectoration purulente est sans relation avec une surinfection bactérienne.

***L'antibiothérapie n'est pas recommandée*** : elle n'accélère pas la guérison et ne prévient pas les complications.

## EXACERBATION DE BRONCHITE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO)

Elle est d'origine non infectieuse une fois sur 2. En cas d'origine infectieuse, elle est d'origine virale une fois sur 2.

En cas d'exacerbation de bronchite chronique stade 0 (VEMS/CV ≥ 70%) :

- ü ***L'antibiothérapie n'est pas recommandée en 1<sup>ère</sup> intention.***

En cas d'exacerbation de bronchite chronique obstructive stades I, II ou III (VEMS/CV < 70%) :

- ü ***L'antibiothérapie est recommandée en cas de franche purulence verdâtre des crachats.***

---

<sup>2</sup> C1G : céphalosporines de 1<sup>ère</sup> génération

Stades I et II sans facteur de risque<sup>3</sup>

- en 1<sup>ère</sup> intention : amoxicilline (3 g/j), macrolide, pristinamycine (4 jours), télichromycine (5 jours).

Stade III ou facteurs de risques associés (exacerbations fréquentes (≥ 4 par an), corticothérapie systémique au long cours, comorbidités, antécédents de pneumonie)

- amoxicilline-acide clavulanique (3 g/j d'amoxicilline) ;
- céfuroxime-axétil, cefpodoxime-proxétil, céfotiam-hexétil, ceftriaxone par voie parentérale (5 jours) ;
- fluoroquinolone anti-pneumococcique : lévofloxacine, moxifloxacine (5 jours).

Hors durée précisée, la durée du traitement est classiquement de 7 à 10 jours.

## PNEUMONIE COMMUNAUTAIRE<sup>4</sup>

**L'antibiothérapie sans délai est toujours recommandée.**

Une réévaluation clinique à 48-72 heures est indispensable.

Chez l'adulte sans facteur de risque de mortalité ni signe de gravité

L'antibiothérapie, généralement administrée en ambulatoire pendant 7 à 14 jours repose sur :

- en cas de suspicion d'infection à pneumocoque (> 40 ans et/ou comorbidité) : amoxicilline (3 g/j),
- en cas de suspicion d'infection à bactéries « atypiques » (contexte épidémique, < 40 ans, début progressif) : macrolides ;
- en cas de doute sur l'étiologie entre une pneumonie à pneumocoque et à bactéries « atypiques » :
  - soit une antibiothérapie active sur le pneumocoque : amoxicilline (3 g/j)
  - soit une antibiothérapie active sur le pneumocoque et les bactéries « atypiques » : pristinamycine, télichromycine.

Les autres classes antibiotiques ainsi que la bithérapie d'emblée n'ont pas de justification.

Chez l'enfant sans facteur de risque

û Avant 3 ans, le pneumocoque est le 1<sup>er</sup> agent responsable de pneumonie :

- en 1<sup>ère</sup> intention : amoxicilline (80-100 mg/kg/j) ;
- si allergie à la pénicilline sans contre-indication aux céphalosporines : C3G par voie injectable (IM/IV) ;
- si contre-indication aux bêta-lactamines : hospitalisation

û Après 3 ans, le pneumocoque et les bactéries atypiques prédominent :

- en cas de suspicion de pneumocoque : amoxicilline (80-100 mg/kg/j) pendant 10 jours ;
- en cas de suspicion de bactérie atypique : macrolide pendant 14 jours.

<sup>3</sup> Classification de la BPCO en stades de sévérité et équivalence clinique approximative

Stade de sévérité d'après les EFR	Correspondance clinique approximative en l'absence d'évaluation par l'EFR
<b>Stade 0 : VEMS/CV ≥ 70%</b> (ancienne dénomination bronchite chronique simple) Toux et expectoration chroniques présentes par définition	
	Pas de dyspnée d'effort
<b>Stade I II III : VEMS/CV &lt; 70%</b> Toux, expectorations chroniques (non constant)	
<b>Stade I : BPCO peu sévère</b> VEMS ≥ 80%	Pas de dyspnée d'effort
<b>Stade II : BPCO moyennement sévère</b> VEMS entre 30 et 80%.	Dyspnée d'effort
<b>Stade III : BPCO sévère</b> VEMS < 30% ou VEMS < 50% en présence d'insuffisance respiratoire chronique (PaO <sub>2</sub> < 60 mmHg = 8 kpa)	Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos

<sup>4</sup> acquise en milieu extra-hospitalier ou survenant dans les 48 premières heures d'un séjour hospitalier.