

Cycle Actualisation des Recommandations AMMPPU J.Birgé 24 janvier 2012

INFECTIONS RESPIRATOIRES
HAUTES
LES RECOMMANDATIONS DE
NOV. 2011 (+/- ANTIBIOVILLE)

Mes liens d'intérêts

2

Spécialiste en médecine générale en activité

Membre des commissions de bonnes pratiques et de parcours de soins et maladies chroniques de la HAS

Vice président d'Antibiolor

Je déclare n'avoir aucun lien, direct ou indirect, avec des entreprises ou établissements produisant ou exploitant des produits de santé non plus qu'avec des organismes de conseil intervenant sur ces produits*

** Mention obligatoire selon l'article L4113-13 du Code de la Santé Publique (inséré par la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, art. 26 du Journal Officiel du 5 mars 2002)*

Les recos de l'« AFSSAPS » de novembre 2011...et Kafka

3

- Attendues depuis longtemps
- Le refus de l'AFSSAPS de les endosser (conflits d'intérêt)
- La (sage) décision de la SPILF de les publier..avec l'accord de l'AFSSAPS
- Un calendrier malheureux pour Antibioville+++



Infos de sécurité

Activités

Dossiers thématiques

Publications

Services

Partenariats

→ L'AFSSAPS

Produits de santé

Accueil > Infos de sécurité > Points d'inform... > L'Afssaps ne publie pas les recommandations de son groupe de travail sur les infections respiratoires - Point d'information

Infos de sécurité



- > Messages d'alertes
- > Interdictions de publicité
- > Recommandations
- > Lettres aux professionnels de santé
- > Ruptures de stock et arrêts de commercialisation des médicaments
- > Retraits de lots et de produits
- > Autres mesures de sécurité
- > Information produit / Information traitement
- > **Points d'information**

- > Décisions de police sanitaire
- > Communiqués / Points presse

> Répertoire des spécialités pharmaceutiques

← précédent

L'Afssaps ne publie pas les recommandations de son groupe de travail sur les infections respiratoires - Point d'information

08/12/2011



A la suite de la décision du Directeur général de l'Afssaps de ne pas publier au nom de l'Agence des recommandations concernant les infections respiratoires hautes, certains experts du groupe de travail anti-infectieux qui les avait élaborées, ont présenté leur démission.

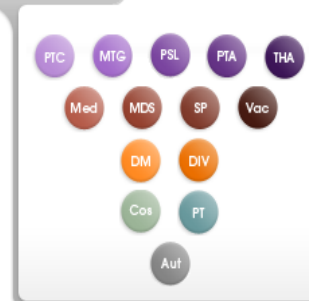
Ces recommandations correspondent sans conteste à un besoin de santé publique, de meilleure prise en charge des affections hivernales pour lutter contre l'excès d'utilisation d'antibiotiques et des prescriptions inappropriées.

L'Afssaps ne peut cependant en aucun cas les porter dans la mesure où plusieurs experts ayant participé à leur conception ont des liens d'intérêts avec des firmes pharmaceutiques concernées.

Cela ne remet pas en cause le recours à l'expertise externe, qui doit être interrogée et mobilisée sur les questions de bénéfice et de risque des produits de santé dont les médicaments.

Mais ce recours doit intervenir dans un cadre de transparence et d'indépendance totales, garant des décisions prises par l'Afssaps. Aucun doute ne doit être permis et aucun contentieux ne doit pouvoir survenir remettant en question des recommandations de sécurité sanitaire portées par l'Agence.

Lire



..... ont décidé de porter à la connaissance des professionnels de santé - les recommandations de bonnes pratiques relative à « L'ANTIBIOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE EN PRATIQUE COURANTE DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT ».

.
Ces recommandations ont été élaborées par un groupe d'experts mandatés par l'AFSSAPS - elles ont suivi le circuit habituel - et le travail a duré plus d'un an. Mais, alors qu'elles étaient finalisées, le directeur de l'AFSSAPS a indiqué son refus de les voir publier avec le label AFSSAPS, au motif que certains experts avaient des liens d'intérêt avec des firmes pharmaceutiques et ce, bien que ces recommandations n'apparaissent jamais en faveur de l'utilisation de molécules récentes non génériques ...

Le directeur de l'AFSSAPS a reconnu – après que les membres du Groupe de Travail sur les Anti-infectieux (GTA) aient démissionné en bloc en réponse à sa décision- que ces recommandations « correspondent sans conteste à un besoin de santé publique de la prise en charge des infections hivernales » et a approuvé le fait que « ces recommandations soient rendues publiques au nom des sociétés savantes

Ce refus de publication laisse augurer d'un délai long avant que de nouvelles recommandations – rédigées selon de nouvelles règles – mais qui seront au final très probablement identiques – ne voient le jour.

Toutes ces raisons nous poussent à les rendre publiques sans délai

.
Pour que les lecteurs puissent prendre connaissance de cette recommandations en toute connaissance de cause, les potentiels conflits d'intérêts déclarés par les experts qui ont participé à sa rédaction sont accessible sur le site de IAFSSAPS

Pr Christian RABAUD
Président de la SPILF

Pr Brigitte CHABROL
Président de la SFP

Dr Robert COHEN
Président du GPIIP

La reco

6

- Un groupe de travail limité (11 dont 1 MG)

- Un groupe de lecture limité (25 dont 5 MG)

L'évolution des résistances

7

- Diminution des résistances
 - ▣ Les pneumocoques résistant aux bêtalactamines,
 - ▣ *Haemophilus influenzae* producteurs de bêtalactamases,
 - ▣ *Streptocoques du groupe A* résistant aux macrolides

- **Le problème d'E.Coli BLSE (producteurs de bêtalactamases à spectre étendu)**
 - ▣ dont la résistance est attribuée à la surconsommation d'antibiotiques prescrits pour traiter des infections respiratoires hautes et basses
 - ▣ **et notamment les céphalosporines**

Epargner les céphalosporines+++ (et les quinolones JB!)


8

- la prescription de céphalosporines est un facteur reconnu favorisant l'émergence d'entérobactéries productrices de BLSE.
- **L'épargne de ces molécules est donc primordiale du fait de leur impact sur l'écosystème.**
- Les céphalosporines doivent donc être désormais réservées aux situations où elles sont réellement indispensables.

DONC : on passe des C3G à l'amox++

9

 les céphalosporines ont beaucoup perdu de leur intérêt.

 pneumocoque de sensibilité intermédiaire à la pénicilline, **l'amoxicilline conserve une très bonne activité**, ce qui n'est pas le cas des céphalosporines orales, y compris le cefpodoxime et le céfuroxime.

La RP : complications

11

- OMA
 - ▣ de survenue précoce : 3^{ème} ou 4^{ème} jour
 - ▣ 6 mois à 4 ans le plus souvent

- SINUSITE AIGUE
 - ▣ Ethmoidite rare et grave (précoce)
 - ▣ Maxillaire purulente plus torpide...
 - Tardive
 - > 3 ans

Angines aiguës : peu de changement

12

- Seule l'angine érythémateuse ou érythémato-pultacée à streptocoque A (Test de Diagnostic Rapide positif) est justifiable de prescription d'antibiotique**.
- Fièvre et douleur pharyngée : traitement symptomatique (paracétamol). Éviter les AINS et corticoïdes.

Le TDR

13

LE TDR : UN OUTIL SIMPLE, RAPIDE À UTILISER ET PERFORMANT

- Aucun signe ou score clinique n'a de valeur prédictive positive et/ou négative suffisante pour affirmer l'origine streptococcique de l'angine (en dehors d'une scarlatine typique)
- Spécificité (voisine de celle des cultures) : 95% ; 5% de faux positifs (les porteurs sains)
- Sensibilité supérieure à 90% (10 % de faux négatifs)
- Résultats en 5 mn maximum (augmentation de la durée de la consultation de moins de 3 mn)

LE TDR : CHEZ QUI ?

■ Inutile

- Avant 3 ans (angines virales et pas de RAA à cet âge)
- Si scarlatine typique

■ Score clinique de Mac Isaac

• Critères Points

Température > 38° = 1 Absence de toux = 1 Adénopathie(s) cervicale(s) douloureuse(s) = 1

Augmentation de volume ou exsudat amygdalien = 1

Age : 3 à 14 ans = 1 ; 15 à 44 ans = 0 ; ≥ 45 ans = -1

• Résultats

-1, 0 ou 1 : angine streptococcique peu probable, pas de test de dépistage rapide nécessaire, pas d'indication d'antibiothérapie ;

2 ou plus : faire un TDR

TDR positif => traitement antibiotique

TDR négatif et absence de facteurs de risque de rhumatisme articulaire aigu[§] : pas d'antibiotique

TDR négatif et facteurs de risque de rhumatisme articulaire aigu* : antibiotique

[§] Facteurs de risque de survenue de RAA :

Un TDR négatif et une angine qui traîne....(antibioville)

14

- MNI NFS + Sérologie EBV
- Angine de Vincent Prélèvement bactériologique (association fusospirillaire)
- Phlegmon Rechercher un trismus et une voussure de la loge amygdalienne unilatérale
=> avis ORL en urgence
- Hémopathie NFS

L'antibiothérapie dans l'angine

15

- **En première intention :
amoxicilline 6 jours en 2 prises
par jour**
 - ▣ **50 mg/kg et par jour chez l'enfant**
 - ▣ **2 g/jour chez l'adulte**

Allergie sévère à la pénicilline

16

- Macrolides mais taux actuel de résistance des SGA, en France, aux macrolides en baisse (10 %)
- Le Prélèvement bactériologique préalable (avec culture et antibiogramme) n'est plus nécessaire (seul changement / reco 2005)

Angine : à retenir

17

- **> 60 %** des angines sont d'origine **virale..=> TDR++**
- **Angine à SGA exceptionnelle < 3ans et rare > 45 ans**
- Angine à SGA :
 - ▣ **Amox en première intention 6 jours**
 - ▣ macrolide en deuxième intention ..
- Pas d'urgence à traiter

OMA (> 3 mois, immunocompétent)

18

- Diagnostic : à différencier de
 - ▣ Otite congestive
 - ▣ Otite séromuqueuse

- Orientation étiologique (intérêt limité JB)
 - ▣ *Hæmophilus influenzae* : syndrome otite-conjonctivite (peu fébriles et peu douloureuses)
 - ▣ *pneumocoque* : > 38.5°C et douleurs++

- Seule l'OMA purulente (fièvre + otalgie + épanchement rétro-tympanique extériorisé ou non) est justifiable de prescription d'antibiotique.
- L'antibiothérapie est systématique chez l'enfant de moins de 2 ans ; elle n'est pas recommandée chez l'enfant de plus de 2 ans lorsqu'elle est peu symptomatique.

Et quand on ne voit pas les tympans ?

20

- On essaie de voir !! (le porte coton...JB)
- > 2 ans : pas d'antibio
- < 2 ans : recours à l'ORL (non pertinent : JB)
- L'avenir : l'oto-endoscope ? (mais 1500€ !)

L'antibiothérapie de l'OMA : DU NOUVEAU+++

21

- **AMOX 80 à 90 mg/kg/j (2 ou 3 prises équadistantes)**
- **< 2 ans (6 mois aux Pays Bas) : 8 à 10 jours (grade A)**
- **> 2 ans : 5 jours (AP)**
- **Ni AINS ni corticoïdes**

OMA et ibuprofène (argumentaire)

22

- Les AINS ne sont pas recommandés en dehors de l'ibuprofène.
- Une des rares études évaluant l'efficacité de l'ibuprofène versus le paracétamol concluait à une équivalence entre les deux traitements
- **Les effets indésirables de l'ibuprofène chez l'enfant sont plus fréquents que ceux du paracétamol.**

Quelques situations particulières

23

- Syndrome otite conjonctivite : amox/ac.clavulanique

- Allergie VRAIE aux péni (rare)
 - ▣ Cefpodoxime
 - ▣ Et allergie aux céphalosporines (rarissime !) :
érythromycine-sulfafurazole ou cotrimoxazole

- Ceftriaxone : exceptionnellement

OMA échec tt : 1. Si l'amoxicilline a été le traitement initial,

24

- Traitement recommandé (AP) :
 - échec en cours de traitement : association amoxicilline-acide clavulanique ou cefpodoxime ;
 - échec à la fin du traitement : association amoxicilline-acide clavulanique.

- En cas de 2^{ème} échec :
 - avis ORL : paracentèse ?
 - traitement probabiliste en attente du résultat des examens bactériologiques
 - : association amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/jour d'amoxicilline) + amoxicilline (70 mg/kg/jour) ou
 - monothérapie par ceftriaxone (50 mg/kg/jour) pour 3 jours (Accord professionnel).

OMA échec tt : 2. Si un traitement autre que l'amoxicilline a été prescrit en premier

25

avis ORL : paracentèse avec examen bactériologique ?

OMA de l'adulte

26

- Id enfant > 2 ans
- AMOX poso ???
- 5 jours (Accord professionnel).

Otite : à retenir

27

- OMA : définition otoscopique ++
- Age :
 - < 2 ans : amox 8 jours
 - > 2 ans : 0 ou amox 5 jours
- Amoxicilline 80 à 90 mg/kg/j en 2 prises
- Pas d'urgence à traiter
- Pas de tt local sauf otite externe

Sinusites aiguës : diagnostic (antibioville)

28

<i>Localisation</i>	<i>Symptomatologie évoluant depuis au moins 72 heures</i>
Maxillaire "la plus fréquente"	Douleur infra orbitaire unilatérale, majorée par l'anteflexion et irradiant aux arcades dentaires, mouchage purulent, avec ou sans fièvre, présence de pus dans l'oropharynx ; parfois pulsatile et maximum en fin d'après-midi et la nuit. L'existence d'antécédent de sinusite est un argument supplémentaire. À différencier du rhume banal, de la rhinopharyngite (d'origine virale) ou de la sinusalgie simple. La présence de pus sous le méat moyen à l'examen rhinoscopique réalisé grâce à un otoscope est en faveur d'une origine bactérienne.
Frontale	Céphalées sus-orbitaires, souvent bien localisées, pulsatiles, augmentant lors des mouvements de la tête en déclive, mouchage purulent et fièvre.
Ethmoïdale	Comblement de l'angle interne de l'œil, oedème palpébral, céphalée rétro-orbitaire.
Sphénoïdale	Céphalée rétro-orbitaire permanente, irradiant au vertex, pouvant simuler une douleur d'hypertension intracrânienne. Ecoulement purulent sur la paroi pharyngée postérieure vu à l'abaisse-langue.

Sinusite maxillaire : indications de l'antibiothérapie

29

- lorsque le diagnostic de sinusite aiguë maxillaire purulente est posé++
- en cas d'échec d'un traitement symptomatique initial ou en cas de complications (AP)
- en cas de sinusite maxillaire unilatérale associée à une infection dentaire homolatérale de l'arc dentaire supérieur (AP).

Sinusite maxillaire : Quelle antibiothérapie **(NOUVEAU)**

30

- **Amox :**
 - **2 à 3 g/jour**
 - **2 à 3 prises quotidiennes**
(Grade A).

- **7 à 10 jours (Grade C).**

Sinusites : situations particulières

31

- **association amoxicilline-acide clavulanique :**
 - échec de traitement d'une sinusite aiguë maxillaire par amoxicilline,
 - sinusite aiguë maxillaire d'origine dentaire,
 - sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale.

- **C2 et C3G orale :**
 - allergie à la pénicilline sans allergie aux céphalosporines (situation la plus fréquente) : céfotiam (*taketiam*®) ou cefpodoxime ou céfuroximeaxétil (*zinnat*®).
 - 5 jours.

- **pristinamycine ou télithromycine :**
 - contre-indication aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines).
 - Durée de traitement proposée est de 4 jours pour la pristinamycine et 5 jours pour la télithromycine.
 - La télithromycine : risque élevé de survenue d'effets indésirables graves.

Et les quinolones antipneumococques : lévofloxacin (tavanic[®]) et moxifloxacin (izilox[®])

32

- réservées aux situations cliniques les plus sévères et susceptibles de complications graves
 - ▣ les sinusites frontales, sphénoïdales, ethmoïdales,
 - ▣ Pansinusites
 - ▣ ou en cas d'échec d'une première antibiothérapie dans les sinusites maxillaires.

- **moxifloxacin :**
 - ▣ risque plus élevé de survenue d'effets indésirables graves
 - ▣ réservée au traitement des sinusites radiologiquement et/ou bactériologiquement **documentées**
 - ▣ **lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé (jamais ??)**

Sinusites : tts associés

33

- Antalgiques en association avec des vasoconstricteurs locaux (durée maximale : 5 jours)
- Les **corticoïdes par voie orale en cure** courte (durée maximale : 7 jours) dans les **sinusites aiguës hyperalgiques.**

Sinusites de l'enfant

34

- Anatomie :
 - ▣ sinusite maxillaire > 3 ans
 - ▣ sinusite frontale > de 10 ans.
 - ▣ sinusites sphénoïdales dès 3-5 ans.

- Antibiothérapie dans les formes graves : **amox**
encore
 - ▣ 80 à 90 mg/kg/j
 - ▣ 2 à 3 prises équidistantes
 - ▣ 8 à 10 jours

Sinusites : à retenir

35

- Un diagnostic clinique, à ne pas galvauder
- Promouvoir la rhinoscopie (antibioville)
- Sinusalgie n'est pas synonyme de sinusite
- Sinusite maxillaire sans rhinite : dent ?
- Amoxicilline en 1^{ère} intention
- Sinusite frontale = AB

Le bonus : osler !

36

- Du nouveau
- Une reco européenne de 2009 et AFSSAPS aout 2011 (?)
- Adoptée par la SPILF et par Antibioville

Prévention de l'endocardite (nouvelle fiche antibioville 2012)

37

INDICATIONS DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE

Gestes dentaires à risque

- Manipulations de la gencive
- ou de la région périapicale de la dent
- ou en cas de perforation de la muqueuse buccale

Cardiopathie à risque

- Porteur de prothèse valvulaire ou de matériel prothétique pour réparation valvulaire
- Antécédent d'endocardite
- Patient porteur de cardiopathie congénitale :
 - cardiopathie congénitale cyanogène non opérée,
 - cardiopathie congénitale opérée avec matériel prothétique,
 - cardiopathie congénitale opérée avec défaut résiduel.

Endocardite : les **NON** indications +++

38

Gestes dentaires	Cardiopathie
<ul style="list-style-type: none">- Injections pour anesthésie locale dans du tissu non infecté- Ablation de sutures- Radiographie des dents- Placement ou ajustement d'appareils dentaires, d'appareils d'orthodontie amovibles- Perte d'une dent ou lésion d'une lèvre ou de la muqueuse buccale	<ul style="list-style-type: none">- Toute autre forme de cardiopathie valvulaire ou congénitale- Pace-maker
Gestes non dentaires	
<ul style="list-style-type: none">- sur l'appareil respiratoire : endoscopie bronchique, bronchoscopie, laryngoscopie, intubation par voie nasale ou trachéale- sur l'appareil digestif ou urinaire : endoscopie œsogastrique, coloscopie, cystoscopie, ou échographie cardiaque par voie transœsophagienne- sur la peau et les tissus sous-cutanés, quel que soit le type de procédure.	

et, en cas de difficultés

39

- Antibioville (ou antibioclic.com) et, si vous n'y trouvez pas la réponse..
- N'hésitez pas et **appelez antibiotel**
- **03 83 76 44 89**
- De 8h30 à 19h30

MERCI

40

jbirge@glam-sante.org

(et maintenant : un audit ??)