

TEST MEDQUAL n°5

Réponses

Mise en situation n°1 :

Nous vous proposons un récapitulatif des différentes situations cliniques abordées dans les précédents tests. Pour chaque situation, il vous est demandé la durée habituelle de l'antibiothérapie, si celle-ci est indiquée.

Quelle est la durée habituelle de l'antibiothérapie dans les tableaux suivants (en jours) ?

Otite moyenne aiguë purulente chez un nourrisson de 18 mois : 10 jours

En France, il est recommandé d'instaurer d'emblée une antibiothérapie dans l'OMA purulente de l'enfant de moins de 2 ans (d'autres pays ont une stratégie différente, comme les Pays-Bas où l'antibiothérapie n'est recommandée qu'en dessous de 6 mois, avec une réévaluation systématique à 48h).

Le traitement de première intention est l'amoxicilline pour une durée de 10 jours (un traitement plus court expose à un risque plus important de récurrence).

Sinusite aiguë maxillaire chez un adulte avec critères cliniques de surinfection : 5 jours

La surinfection bactérienne d'une sinusite reste rare, estimée à 1% des sinusites. Pourtant, plus de 85% des sinusites sont traitées par antibiotique.

À noter qu'en cas de doute sur la nature bactérienne de la sinusite, et en l'absence de signes de complications, mieux vaut s'abstenir de prescrire une antibiothérapie et patienter quelques jours. Les sinusalgies s'estompent fréquemment au bout de 48-72h.

Dans le cas de la sinusite maxillaire (la plus fréquente) si une antibiothérapie est indiquée, on optera pour **l'amoxicilline pour une durée de 5 jours** (7 jours étant classiquement admis jusqu'à présent).

Pneumonie aiguë chez un enfant de 6 ans sans signe de gravité : 5 jours

La durée de traitement de la pneumonie de l'enfant est de **5 jours**, rejoignant les recommandations de l'adulte avec une tendance au raccourcissement des durées de traitement.

Il peut paraître surprenant que la durée de traitement d'une infection sévère comme la pneumonie soit la même (voire plus courte), qu'une otite.

En réalité, la durée du traitement n'est pas fonction de la gravité de la maladie, mais du risque de récurrence précoce après traitement, de la sensibilité du germe à l'antibiothérapie et de la pénétration de l'antibiotique dans le site infecté.

Pour les otites, le risque de récurrence est élevé, du fait du dysfonctionnement des trompes d'Eustache chez l'enfant et de l'importance du biofilm dans la physiopathologie. Les conditions locales sont plus favorables dans le cas de la pneumonie, rendant le pneumocoque plus "accessible" à l'antibiothérapie qui peut donc être efficace même sur une durée plus courte.

Érysipèle chez une patiente diabétique de 62 ans : 7 jours

L'érysipèle est dû dans l'immense majorité des cas aux streptocoques bêta hémolytiques (groupes A, C et G). Le traitement de choix est donc l'amoxicilline, toujours active sur les streptocoques ciblés. La durée de traitement est de **7 jours** dans les formes communautaires traitées en ambulatoire.

La posologie doit être de **50mg/kg/j**, soit **1,5g x3/j** chez un adulte de **90kgs**.

Attention, les signes inflammatoires peuvent mettre 2 à 3 semaines avant de régresser, sans être pour autant synonyme d'une mauvaise évolution. Il ne faut pas allonger la durée de l'antibiothérapie si le reste du tableau évolue favorablement !

Cystite aiguë à risque de complication chez une patiente de 75 ans traitée par furadantine : 7 jours

Une infection urinaire est dite "à risque de complication" quand elle survient sur un terrain où le risque de survenue d'une complication est plus important et où la fréquence des bactéries multi-résistantes est plus élevée.

Dans ce cas, il est recommandé de différer l'antibiothérapie et d'instaurer d'emblée la molécule au meilleur rapport efficacité / impact écologique après réception de l'antibiogramme.

La durée de traitement est de **7 jours pour la plupart des antibiotiques** (exceptions : 5 jours pour le cotrimoxazole, J1-J3-J5 pour la fosfomycine).

Exacerbation de BCPO chez un patient de 55 ans ayant des crachats non purulents et habituellement dyspnéique à l'effort : pas d'antibiothérapie

La place de l'antibiothérapie dans l'exacerbation de BPCO est fonction :

- du stade de la BPCO, estimé au mieux par le VEMS, à défaut par son équivalence clinique qu'est la dyspnée à l'état de base (hors exacerbation).
- de la purulence des crachats lors de l'exacerbation, meilleur critère clinique corrélé à l'origine bactérienne de l'exacerbation.

Les recommandations de pneumologie et d'infectiologie divergent sur certains points mais on peut globalement retenir que :

- un patient présentant une exacerbation de BPCO sans majoration de la purulence des crachats ne relève pas d'une antibiothérapie. À nuancer en cas de BPCO très sévère (VEMS <30% ou dyspnée de repos habituellement, oxygénothérapie longue durée, insuffisance coronarienne associée, plus de 2 exacerbations par an) où le recours à l'antibiothérapie doit être plus « facile ».
- un patient ayant une BPCO peu sévère (VEMS >80% ou absence de dyspnée habituellement) ne relève pas d'une antibiothérapie en première intention même en cas de crachats purulents.

Si une antibiothérapie est indiquée, la durée est de **5 jours**. On optera pour l'**amoxicilline** en cas de BPCO modérée ou sévère, et pour l'**amoxicilline-acide clavulanique** si BPCO très sévère.

Pneumopathie d'inhalation chez un résident d'EHPAD ayant des troubles cognitifs : 5 à 7 jours

Le traitement d'une pneumopathie d'inhalation doit cibler, en plus du pneumocoque, les entérobactéries et, même si leur implication semble en réalité assez discutée, les anaérobies.

L'antibiothérapie de choix est donc l'amoxicilline-acide clavulanique, à privilégier à la traditionnelle antibiothérapie C3G+métronidazole, beaucoup plus délétère sur le plan écologique et sans bénéfice probant. La durée de traitement est identique à celle des pneumonies "classiques" : **7 jours**, voire **5 si évolution rapidement favorable**.

La kinésithérapie respiratoire ne doit pas être négligée pour diminuer l'inoculum bactérien.

Cervicite à *Chlamydia trachomatis* chez une patiente de 22 ans : 7 jours

Le traitement de première intention de la cervicite à *Chlamydia trachomatis* est actuellement la **doxycycline 100mg x2/j pendant 7 jours**, en raison des résistances croissantes aux macrolides, notamment chez un autre germe pourvoyeur d'IST : *Mycoplasma genitalium*.

Ceci explique le positionnement de l'azithromycine dose unique en seconde intention.

Pour rappel, le dépistage du portage asymptomatique de *Chlamydia trachomatis* est recommandé chez toutes les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans.

Otite moyenne aiguë purulente chez un enfant de 9 ans en bon état général et apyrétique : pas d'antibiothérapie

Après l'âge de 2 ans, l'antibiothérapie n'est pas systématique dans l'OMA. Un traitement symptomatique est la règle, les douleurs s'estompant spontanément dans les 3 jours dans 80% des cas.

L'antibiothérapie se justifie d'emblée en cas de symptomatologie bruyante (fièvre, douleurs, altération de l'état général), et à 48-72h en cas d'évolution médiocre.

Si elle est indiquée, l'antibiothérapie de première intention est l'**amoxicilline pour une durée de 5 jours**.

Bronchite aiguë chez un patient fumeur de 40 ans : pas d'antibiothérapie

La bronchite aiguë est dans l'immense majorité des cas virale (et même si la co-infection virus-bactérie est possible, l'intérêt de l'antibiothérapie est tout à fait négligeable).

Le tabagisme ne doit pas inciter à introduire une antibiothérapie, sauf si l'on suspecte une BPCO très sévère.

La bronchite aiguë est une situation où la non-prescription antibiotique peut être difficile, les symptômes du patient étant bien souvent invalidants et prolongés.

- L'information est primordiale : origine virale, inutilité des antibiotiques sur les virus, évolution prévisible et durée des symptômes (éviter une re-consultation qui exposerait à un risque de prescription d'antibiotiques), revenir sur des expériences passées similaires, notamment si un antibiotique avait été prescrit (et donc jugé efficace par le patient puisqu'il avait guéri !)
- La prescription d'un bronchodilatateur de courte ou de longue durée d'action peut améliorer la toux et la gêne respiratoire (ce que recherche le patient, au-delà d'un antibiotique, c'est une solution pour être soulagé. Ne pas conclure trop vite qu'il souhaite absolument un antibiotique)
- Si malgré tous les efforts un antibiotique est tout de même prescrit, il faut éviter que s'installe

dans l'esprit du patient l'automatisme "bronchite = antibiotique". Opter pour l'amoxicilline sur la durée la plus courte possible (après tout, certaines pneumonies sont à présent traitées 3 jours. On ne va donc pas traiter 1 semaine une bronchite virale...)

Pneumonie aiguë chez un patient de 50 ans hypertendu : 5 à 7 jours

Même si de nombreuses pneumonies sont d'origine virale, la dangerosité des pneumonies à pneumocoque impose une antibiothérapie systématique : **amoxicilline** en 1ère intention.

Les durées d'antibiothérapie ont évolué. La **durée maximale** pour un patient traité en ambulatoire est de **7 jours**, des études ont démontré que chez les patients évoluant rapidement favorablement (jugé sur l'apyrexie et l'absence des signes de gravité habituels), il était **possible de traiter 5, voire 3 jours !**

Pyélonéphrite aiguë chez une patiente de 36 ans sans antécédent traitée par fluoroquinolones puis amoxicilline : 10 jours au total

La pyélonéphrite aiguë justifie la mise en route d'une antibiothérapie probabiliste, souvent par fluoroquinolones ou C3G.

Après réception de l'antibiogramme, il est recommandé de réduire le spectre de l'antibiothérapie quand cela est possible, et donc de ne pas laisser sous fluoroquinolones une patiente dont l'antibiogramme retrouverait un germe sensible à l'amoxicilline par exemple.

La durée totale de traitement est de **10 jours** dans le cas d'une pyélonéphrite aiguë simple (7 jours si l'ensemble du traitement est fait avec une fluoroquinolone ou une C3G injectable), cette durée comprenant la durée de l'antibiothérapie probabiliste si celle-ci était active sur le germe retrouvé.

Dans cet exemple, la patiente recevra 2 ou 3 jours de fluoroquinolone, puis 7 à 8 jours d'amoxicilline.

Retrouvez les recommandations actualisées concernant les durées d'antibiothérapies dans le mémo antibio en cliquant sur le lien suivant :

http://www.medqual.fr/images/slideshow/ATBR_Memo_JUILLET2021.pdf

Mise en situation n°2 :

Nous vous proposons cette fois de vous projeter dans différentes situations où un ECBU a été réalisé et de discuter l'introduction ou non d'une antibiothérapie en fonction du contexte.

Devant un ECBU positif à *E. coli*, instaurez-vous une antibiothérapie dans les circonstances suivantes ?

Patiente de 75 ans ayant des urines troubles sans autre symptôme : NON

Des urines troubles ou malodorantes chez un(e) patient(e) sans antécédent de vessie neurologique n'est pas un critère d'infection urinaire. Il s'agit en premier lieu d'un signe de déshydratation, un ECBU positif dans ce cas étant à considérer comme une colonisation.

Patiente de 66 ans asymptomatique devant être opérée dans 1 semaine d'une prothèse de hanche : NON

Une colonisation urinaire ne doit pas être traitée → 2 exceptions à la règle : chez la femme enceinte et en pré opératoire d'une chirurgie urologique.

Dans toutes les autres situations pré opératoires, un ECBU positif ne doit pas entraîner de prescription d'antibiotique : traiter ne diminue pas le risque d'infection per opératoire..

Syndrome confusionnel chez un résident d'EHPAD avec examen clinique sans particularité : ça dépend

Il s'agit d'une situation complexe :

- La colonisation urinaire est très fréquente en EHPAD, concernant jusqu'à 50% des femmes et 40% des hommes.
- La confusion est souvent multi factorielle et il peut être tentant de l'attribuer à une infection urinaire, notamment en l'absence d'autre étiologie retrouvée.

Dans cette situation, et en l'absence de signes cliniques orientant vers une cause précise, il est pertinent de prescrire une biologie de débrouillage et de s'assurer qu'aucun traitement ne peut expliquer la symptomatologie.

En l'absence de signe de gravité, il est préférable de ne pas introduire d'antibiothérapie et de réévaluer la situation à 48h. Si le résident reste confus et qu'aucune étiologie n'a été retrouvée, il paraît légitime d'incriminer une infection urinaire et de traiter comme tel.

Suivi systématique chez un patient de 55 ans greffé rénal il y a 1 an, asymptomatique : NON

La présence d'une bactériurie est logiquement source d'inquiétude chez un patient greffé rénal.

Mais il a été bien démontré que, chez les patients greffés depuis plus de 2 mois, le dépistage et le traitement systématique des colonisations urinaires n'améliorait ni le risque de survenue d'une infection urinaire ni le risque de rejet du greffon.

À l'inverse, le risque d'émergence de résistances est majoré en cas de traitements répétés.

Abstention thérapeutique donc, même chez le patient greffé.

Lombalgies droites et fébricule chez une patiente de 53 ans : OUI

Même en l'absence de signes fonctionnels urinaires, des lombalgies unilatérales aiguës fébriles doivent faire évoquer une pyélonéphrite aiguë. Une antibiothérapie doit être instaurée, dans l'idéal probabiliste puis adaptée à l'antibiogramme.

Résidente d'EHPAD sondée ayant des urines plus troubles que d'habitude : NON

Des urines foncées et/ou malodorantes ou des dépôts dans la sonde chez une patiente sondée ne sont en aucun cas synonymes d'infection urinaire : il faut hydrater la patiente et en profiter pour réévaluer l'indication de la sonde vésicale.

ECBU de contrôle après un traitement d'une semaine par furadantine chez une patiente de 75 ans asymptomatique : NON

La stérilisation de l'ECBU peut être retardée par rapport aux signes cliniques, ne remettant pas pour autant en cause le traitement si l'évolution clinique est favorable.

Pour cette raison, le contrôle de l'EBCU en fin de traitement n'est jamais recommandé, SAUF chez la femme enceinte ou si l'évolution clinique n'est pas favorable.

Chez cette patiente de 75 ans, si les signes fonctionnels urinaires ont régressé, l'abstention thérapeutique est la règle.

Fièvre isolée bien tolérée chez une résidente d'EHPAD de 80 ans : ça dépend

Comme pour le tableau syndrome confusionnel + ECBU positif, il s'agit d'une situation complexe. Il est impératif d'examiner la résidente pour éliminer un autre foyer infectieux (respiratoire ++), et chercher une cause non infectieuse (goutte, phlébite...), et réaliser une biologie de débrouillage.

Toujours en raison de la fréquente colonisation urinaire parmi les résidents d'EHPAD, une fièvre isolée avec présence d'une bactériurie ne serait due à une infection urinaire que dans 10% des cas.

En l'absence de signes de gravité, il n'y a aucune urgence à instaurer une antibiothérapie. Mieux vaut se laisser quelques jours de recul et avoir un diagnostic.

Le diagnostic d'infection urinaire pourra être retenu après avoir éliminé les autres diagnostics.

Patient de 35 ans réalisant des auto sondages dans un contexte de vessie neurologique sur SEP, avec urines plus troubles et malodorantes que d'habitude : OUI

Un patient présentant une vessie neurologique est **la seule situation** où la modification de l'aspect des urines a une valeur prédictive d'infection urinaire. Il faut donc traiter comme tel.

Patiente de 64 ans présentant une incontinence urinaire récente : OUI

Chez la femme ménopausée, la symptomatologie des cystites peut différer de celle de la femme pré ménopausée. Notamment, la fréquence des signes fonctionnels urinaires (brûlures mictionnelles, pollakiurie, dysurie) est moindre, mais on trouve plus fréquemment la notion d'incontinence urinaire nouvelle ou d'aggravation récente.

Patiente de 26 ans à 5 mois de grossesse asymptomatique, l'ECBU ayant été réalisé devant une BU positive : OUI

La grossesse est une des rares situations où la colonisation urinaire doit être traitée. En effet, dans ce contexte, la colonisation expose à un risque accru de pyélonéphrite.

Le seuil de bactériurie retenu est alors de **10.5 UFC/mL**.

Pour rappel, la BU est recommandée dans le suivi de grossesse à partir du 4ème mois, avec réalisation d'un ECBU en cas de leucocytes et/ou nitrites positifs. Si une colonisation urinaire ou une infection urinaire a été mise en évidence au cours de la grossesse, il faut réaliser un ECBU 8 à 10 jours après la fin du traitement, puis un ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement.

Cas clinique

Vous voyez en consultation Clément, 5 ans, pour une odynophagie évoluant depuis 48h. Il est fébrile à 38°C, est en bon état général. L'examen retrouve une angine érythémateuse. Vous réalisez un TDR qui s'avère positif.

Vous retenez donc le diagnostic d'angine à streptocoque et instaurez un traitement par amoxicilline pendant 6 jours.

Quelles sont les propositions exactes concernant l'antibiothérapie dans les angines à streptocoque ?

Bonnes réponses :

- Elle devrait logiquement concerner moins de 40% des enfants de plus de 3 ans
- Les alternatives à l'amoxicilline sélectionnent plus volontiers des résistances bactériennes

Commentaires :

- Chez l'enfant, les angines sont dues au streptocoque beta-hémolytique du groupe A (SBHA) dans 25 à 40% des cas. Dans au moins 60% des cas, l'antibiothérapie n'est donc pas indiquée. Même si d'autres streptocoques peuvent être en cause, seul le SBHA est responsable des complications locales et générales et justifie une antibiothérapie.
- L'intérêt de l'antibiothérapie est modeste dans l'évolution : une angine à SBHA non traitée par antibiotique guérira de toute manière, et on estime qu'une angine traitée par amoxicilline guérit en moyenne 6h plus vite qu'une angine sans antibiotique !
- L'antibiothérapie a un impact sur la contagiosité : après une seule dose d'amoxicilline, 90% des SBHA pharyngés sont éradiqués.
- Concernant la prévention des complications :
 - ▶ Complications locales (abcès, phlegmon) : l'intérêt de l'antibiothérapie est très modeste : il faudrait traiter par antibiotique plus de 4 000 patients présentant une angine pour éviter 1 seul phlegmon. Sachant que ces complications peuvent survenir sous antibiotique.
 - ▶ Rhumatisme articulaire aigu (RAA) : devenu exceptionnel, il est prévenu même en cas d'introduction tardive de l'antibiothérapie (jusqu'à J9).
 - ▶ Le rôle de l'antibiothérapie dans la prévention de la glomérulonéphrite aiguë (GNA) est incertain. Le risque de GNA ne semble pas différent que l'angine soit traitée ou non par antibiotique.
 - ▶ De manière générale, le rôle de l'antibiothérapie dans la prévention des complications dans les infections ORL est donc très modeste !
- Les alternatives à l'amoxicilline, C2G ou macrolides, ont un impact écologique plus important avec un risque accru de sélection de germes résistants.

En complément, vous pouvez lire la lettre d'actualité "Infections ORL : l'antibiothérapie prévient-elle les complications ?" en cliquant sur le lien suivant :

http://medqual.fr/images/PRO_2018/FORMATIONS/OUTILS/LA191-SEPT2020.pdf

Vous revoyez Clément 2 jours plus tard pour une éruption cutanée apparue le matin au réveil. Il s'agit d'un rash maculo papuleux.

À l'examen, Clément va très bien. Il est apyrétique, n'a pas de signes de gravité. Son père vous dit qu'il a lui-même un antécédent d'allergie à la pénicilline, "pas étonnant donc que Clément ait fait la même réaction. D'autant plus que Clément doit avoir des allergies au pollen vu comment il éternue chaque printemps !"

Quelles sont les affirmations exactes concernant les allergies aux antibiotiques ?

Bonnes réponses :

- Être étiqueté "allergique à la pénicilline" expose à une morbi-mortalité accrue

Commentaires :

- L'atopie et les antécédents familiaux d'allergie médicamenteuse ne sont pas des facteurs de risque de présenter soi-même une réaction allergique à un médicament.
- 10% des patients se disent allergiques à la pénicilline. Parmi eux, seuls 10% le seraient réellement.
- Être étiqueté, à tort ou non, allergique à la pénicilline n'est pas sans conséquence :
 - ▶ risque de moindre efficacité des antibiotiques de seconde ligne (c'est notamment vrai dans le cas des bactériémies à staphylocoque doré où la pénicilline M reste le traitement le plus efficace, toutes les alternatives exposant à une perte de chance)
 - ▶ effets secondaires plus fréquents avec les alternatives antibiotiques utilisées
 - ▶ impact écologique souvent plus important : utilisation des céphalosporines, des fluoroquinolones...
 - ▶ Ainsi, il est très important de s'assurer de l'impossibilité réelle d'utiliser la pénicilline !
- Les réactions allergiques sont classées de I à IV. Le type I correspond aux manifestations dites immédiates, IgE médiées. Ces manifestations surviennent très précocement, classiquement **dans l'heure** suivant la prise du médicament.

Que faites-vous concernant Clément ?

Bonnes réponses :

- Vous notez dans le dossier de Clément les symptômes précis et leur chronologie
- Vous stoppez l'amoxicilline et instaurez un traitement par C2G
- Vous orientez Clément vers une consultation d'allergologie
- Vous envisagez de réaliser un test de provocation orale au cabinet à distance de l'épisode infectieux

Commentaires :

- Dans cette situation, il est préjudiciable d'étiqueter Clément "allergique à la pénicilline" sans plus de précision. Le risque est qu'il conserve cette étiquette de nombreuses années et qu'il soit un jour privé d'un traitement par pénicilline, "dans le doute".
- La description exacte des manifestations cliniques, du type de molécule prise et de la chronologie entre symptômes et prise médicamenteuse est par contre primordiale. Penser à prendre des photos.
- Dans l'immense majorité des cas, une éruption cutanée survenant plus d'une heure après la prise d'un antibiotique chez l'enfant est due soit à l'infection en elle-même, soit à une hypersensibilité non allergique, ne contre-indiquant pas la prise ultérieure de la molécule.

- Dans le doute, on stoppera l'amoxicilline. Devant la réaction peu sévère, et si un traitement antibiotique est toujours indiqué, on pourra opter sans risque pour une C2G (7-10% d'allergies croisées avec les pénicillines en cas d'allergie vraie à ces dernières).
- Il faudra bien entendu explorer cet épisode. La solution la plus courante est d'adresser rapidement chez un allergologue.
- Une alternative consiste à réaliser un test de réintroduction au cabinet. Cette option est possible uniquement chez l'enfant de **moins de 10 ans** si :
 - ▶ la réaction est survenue **plus d'une heure après la prise** d'antibiotique
 - ▶ l'enfant n'a **pas** présenté de **signes de gravité**.
- Elle consiste à donner une dose-poids à l'enfant et à le surveiller pendant 1 heure.
 - ▶ En cas de survenue d'une éruption, orienter l'enfant vers une consultation d'allergologie.

Pour en savoir plus, retrouvez la lettre d'actualité « Désétiqueter l'allergie aux Bêta-lactamines ! » en cliquant sur le lien suivant :

http://medqual.fr/images/PRO_2018/LA/LA-193-JUIN-2021.pdf

Retrouvez également un document d'information pour vos patients :

http://medqual.fr/images/slideshow/2021-Fiche-patient-Allergie-penicilline_1.pdf