

Dans ce document sont compilées les questions posées lors des formations FANTASIOO.

Elles sont triées par thème.

SOMMAIRE

ORL

1. OMA avec otorrhée

1. [Recommandations](#)
2. [Rationnel de l'antibiothérapie dans les OMA avec otorrhée](#)
3. [Utilisation du streptatest sur le pus d'otorrhée](#)

2. Angines

1. [Impact du TDR sur les prescriptions d'antibiotiques](#)
2. [Prévalence des phlegmons amygdaliens](#)
3. [Impact du score de McIsaac sur la prescription d'antibiotiques](#)
4. [Les angines virales peuvent-elles se compliquer de phlegmon ?](#)
5. [Adénites à SGA](#)

Gynéco-obstétrique

2. Colonisation à streptocoque B

1. [Faut-il dépister le SGB chez les femmes ayant des antécédents de portage de SGB ?](#)

Pulmonaire

3. Pneumonie

1. [Mortalité des PAC à pneumocoque](#)
2. [Dans quel délai faire la radiographie thoracique ?](#)
3. [Quand considérer un foyer de crépitants comme une pneumonie \(vs diagnostics différentiels\) ?](#)
4. [Crachats de couleur orange](#)

SOMMAIRE

URINAIRE

1. Pyélonéphrite

1. [Survenue d'une pyélonéphrite au décours d'une cystite](#)

2. Prévention des infections urinaires

1. [D-Mannose et cystites récidivantes](#)
2. [Antibioprophylaxie de l'infection urinaire chez l'enfant avec une malformation des voies urinaires](#)

Vaccination

1. VRS

1. [Délai entre Abrysvo et dTPCa](#)

2. Méningocoque

1. [Co-administration](#)

3. Règles d'administration

1. [Vaccination pendant un épisode fébrile](#)
2. [Vaccination pendant une antibiothérapie](#)
3. [Impact de la corticothérapie sur la vaccination](#)

Divers

1. Probiotiques

1. [Efficacité et sécurité](#)

2. Epidémiologie

1. [Impact de la durée d'antibiothérapie sur l'antibiorésistance](#)

1. ORL



1. OMA avec otorrhée

Recommandations nationales :

OMA avec otorrhée ou otites récidivantes (= récurrence des symptômes plus de 4 jours après l'arrêt de l'antibiothérapie), quel que soit l'âge : **amoxicilline 80 mg/kg/j en 2 prises par jour**, sans dépasser 3 g par jour, pendant **10 jours**.



Source : HAS • Choix et durées d'antibiothérapies : otite moyenne aiguë purulente de l'enfant – juillet 2021 - dernière mise à jour mai 2025

Rationnel de l'antibiothérapie systématique en cas d'OMA compliquée d'otorrhée :

- Les recommandations nationales et internationales considèrent l'otorrhée comme un symptôme bruyant ou un signe de gravité d'une OMA, corrélé à un risque accru de bilatéralisation et de récurrence, justifiant une antibiothérapie systématique per os, quel que soit l'âge de l'enfant et quel que soit le caractère symptomatique (fièvre ou douleur).



Source : Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. Rovers, Maroeska M et al. The Lancet, Volume 368, Issue 9545, 1429 – 1435.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69606-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69606-2/abstract)

- Aucun essai clinique randomisé ni méta-analyse n'a évalué l'effet de l'antibiothérapie per os ou topique chez les enfants ayant une otorrhée asymptomatique suite à une OMA perforée. Les recommandations actuelles de traiter systématiquement par antibiotique les enfants présentant une otorrhée isolée sur OMA ne sont pas justifiées par un essai clinique randomisé.



Source : Siméon Blanquart, Frédéric Zorzi, Sylvie Deplace, Marc Chanellière, Rémy Boussageon. Antibiothérapie systématique orale ou auriculaire dans l'otorrhée isolée suivant une otite moyenne aiguë chez l'enfant. Revue systématique des méta-analyses d'essais cliniques randomisés. Médecine. 2022;18(8):377-381. doi:10.1684/med.2022.813

1. ORL



1. OMA avec otorrhée (suite)

- Pas d'étude à ce jour permettant de dire si les antibiotiques locaux sont une alternative appropriée aux antibiotiques oraux chez les enfants souffrant d'OMA avec otorrhée.



Source : Hay AD, Moore MV, Taylor J, Turner N, Noble S, Cabral C, et al. Immediate oral versus immediate topical versus delayed oral antibiotics for children with acute otitis media with discharge: the REST three-arm non-inferiority electronic platform-supported RCT. *Health Technol Assess* 2021;25(67). <https://doi.org/10.3310/hta25670>

Utilisation du streptatest sur le pus d'otorrhée :

Après 3 ans, le SGA (streptocoque du groupe A) est la première espèce bactérienne retrouvée dans les otorrhées récidivantes. Les CMI très basses de l'amoxicilline pour le SGA permettent d'administrer des doses plus faibles que pour *H. influenzae*. La réalisation d'un TDR du SGA permet de guider au mieux le traitement. La sensibilité et la spécificité de ces tests dans cette situation avoisinent 100 %. De plus, le SGA est rarement associé à d'autres bactéries dans les otites.

→ Traitement si TDR positif sur pus d'otorrhée : amoxicilline 50mg/kg/j en 2 prises par jour, sans dépasser 2 g par jour, pendant **6 jours**.



Source : Cohen R, Madhi F, Thollot F, et al. Antimicrobial treatment of ENT infections. *Infect Dis Now*. 2023;53(8S):104785 <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2024.02.004>

Résumé et proposition du CRATb



- Devant un premier épisode d'OMA avec otorrhée chez un patient de plus de 2 ans et asymptomatique par ailleurs : pas d'attitude consensuelle. L'abstention thérapeutique est possible et mérite d'être tentée.
- Chez un patient avec OMA récidivantes, antibiothérapie systématique en cas d'OMA avec otorrhée, même pauci symptomatique. Utiliser le TDR pour guider l'antibiothérapie.

1. ORL



1. OMA avec otorrhée (suite)

Résumé et proposition du CRATb



- L'utilisation d'antibiotiques en goutte auriculaire est recommandée dans les OMA avec otorrhée sur aérateurs trans tympaniques, en l'absence de fièvre. Dans ce cas, l'antibiothérapie per os n'est pas nécessaire.

2. Angines

Impact du TDR sur la prescription d'antibiotiques :

Réduction de moitié des antibiothérapies inappropriées chez les médecins généralistes qui utilisent le TDR comparé à ceux qui ne l'utilisent pas. Réduction de 20% des antibiothérapie dans les angines (64.1% vs 43.8%).

Risque paradoxal de majorer le nombre de prescriptions d'antibiotiques en cas d'arrêt du TDR, sauf en cas de recommandation ferme de ne traiter aucune angine par antibiotiques, comme c'est le cas en Belgique.



Sources :

- Monique Dodd et al. *Clinical Impact of a Rapid Streptococcal Antigen Test on Antibiotic Use in Adult Patients. Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 2018, <https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2018.03.018>
- Recommandations belges : <https://www.cbip.be/fr/chapters/10?frag=8000051>

Prévalence des phlegmons amygdaliens

Les complications locales représentent 0,3% de l'évolution naturelle des pharyngites et angines. Le phlegmon amygdalien reste la complication des pharyngites la plus fréquente (90% des complications d'angine).

Pour rappel, l'antibiothérapie a un rôle très modeste dans la survenue ou non de ces complications.



Source : Recommandation pour la pratique Clinique : complications locorégionales des pharyngites. SFORL. 2008

1. ORL



2. Angines (suite)

Les angines virales peuvent-elles se compliquer de phlegmon ?

Pas d'étude clinique sur le sujet. Le phlegmon est une complication rare dans les angines bactériennes, et donc vraisemblablement encore plus rare dans les angines virales.

Impact du score de Mclsaac sur la prescription d'antibiotiques

Il existe beaucoup de porteurs asymptomatiques. Si on fait le TDR à toutes les angines, on traitera aussi les angines virales chez les porteurs sains. Le score de Mclsaac permet diminuer le nombre de TDR et donc d'antibiothérapie.



Source : Atchchuthan Kanagasabai et al. Systematic review and meta-analysis of the accuracy of Mclsaac and Centor score in patients presenting to secondary care with pharyngitis, *Clinical Microbiology and Infection*, 2024, <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2023.12.025>.

Adénites à SGA

En cas d'adénite cervicale, un TDR positif oriente fortement sur une adénite à SGA, même si l'on ne pourra pas éliminer formellement une adénite à staphylocoque doré chez un porteur sain du SGA. Par argument de fréquence et pour limiter l'antibiorésistance, on préfère traiter par amoxicilline seule en première intention.

2. GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE



1. Colonisation à streptocoque B

Faut-il dépister le SGB chez les femmes ayant des antécédents de portage de SGB ?

Le dépistage systématique du SGB est inutile chez les femmes ayant un antécédent d'infection materno-fœtale à SGB ou ayant présenté au cours de la grossesse une bactériurie à SGB, car chez elles, l'antibioprophylaxie per-partum sera systématique.

En effet, la majorité des femmes recevant des antibiotiques pour traiter une colonisation à SGB sont recolonisées trois semaines après la fin du traitement.



Sources :

- Gardner SE, Yow MD, Leeds LJ, Thompson PK, Mason EO Jr, Clark DJ. Failure of penicillin to eradicate group B streptococcal colonization in the pregnant woman. A couple study. *Am J Obstet Gynecol.* 1979 Dec 15;135(8):1062-5. doi: 10.1016/0002-9378(79)90737-3. PMID: 391044.
- Infections urinaires au cours de la grossesse, recommandations de bonnes pratiques, SPILF, décembre 2015.

3. PULMONAIRE



1. Pneumonie

Mortalité des PAC à pneumocoque

Jusqu'à 30% à un an de l'infection. Mais la plupart des études sont réalisées chez des patients hospitalisés. En ambulatoire en Europe, la mortalité de la pneumonie à pneumocoque est autour de 1%.



Sources :

- Ferreira-Coimbra J. et al. *Burden of Community-Acquired Pneumonia and Unmet Clinical Needs*. Adv Ther 2020. <https://doi.org/10.1007/s12325-020-01248-7>
- Said MA et al. *Estimating the burden of pneumococcal pneumonia among adults: a systematic review and meta-analysis of diagnostic techniques*. PLoS One. 2013. doi: 10.1371/journal.pone.0060273

Dans quel délai faire la radiographie thoracique ?

Dans les 3 premiers jours. La notion de « retard radiologique » n'a pas de fondement scientifique solide. L'absence de foyer visualisé à la radio est plus liée à un manque de sensibilité de la radio qu'à un véritable retard radiologique. La normalité de la radio doit faire reconsidérer le diagnostic, mais une clinique très évocatrice de pneumonie avec une radio normale doit faire discuter la réalisation d'un scanner.



Source : recommandations SPILF 2025

Quand considérer un foyer de crépitants comme une pneumonie (vs diagnostics différentiels) ?

Si foyer récent (importance des auscultations préalables++), associé avec de la fièvre ou une altération brutale de l'état général, et unilatéral ;

Et en l'absence d'argument pour insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire ou maladie respiratoire chronique.

3. PULMONAIRE



1. Pneumonie (suite)

Crachats de couleur orange

Non pathognomonique d'un germe en particulier. Historiquement lié aux pneumonies à pneumocoque, mais peut se retrouver dans d'autre situation. Couleur orange « rouille » liée à la dégradation de globules rouges qui ont extravasé dans les alvéoles suite à une inflammation alvéolaire importante.



Sources :

- Sattar SBA, Nguyen AD, Sharma S. Bacterial Pneumonia. [Updated 2024 Feb 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513321/>
- Corey R. Hemoptysis. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3rd edition. Boston: Butterworths; 1990. Chapter 39. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK360/>

4. URINAIRE



1. Pyélonéphrite

Survenue d'une pyélonéphrite au décours d'une cystite

1% des cystites se compliquent de pyélonéphrite, et 78% des cystites compliquées de pyélonéphrite n'ont pas été traitées par antibiotique au stade de cystite.

A noter que la majorité des pyélonéphrites sont inaugurales et ne sont pas précédées de cystites. Le développement d'une cystite ou d'une pyélonéphrite dépend des facteurs de virulence de la bactérie causale : certaines souches sont plus enclines à provoquer des pyélonéphrites, d'autres des cystites.



Source : Jansåker F, Li X, Vik I, Frimodt-Møller N, Knudsen JD, Sundquist K. The Risk of Pyelonephritis Following Uncomplicated Cystitis: A Nationwide Primary Healthcare Study. *Antibiotics*. 2022; 11(12):1695. <https://doi.org/10.3390/antibiotics11121695>

2. Prévention des infections urinaires

D-Mannose et cystites récidivantes

Nombreuses études sur petits effectifs qui montrent un effet protecteur du D-mannose dans les cystites récidivantes. Intérêt majeur dans le contexte de l'antibiorésistance. Malgré des résultats prometteurs, manque de preuve sur études puissantes pour l'instant.



Source : Lenger SM, Bradley MS, Thomas DA, Bertolet MH, Lowder JL, Sutcliffe S. D-mannose vs other agents for recurrent urinary tract infection prevention in adult women: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Aug;223(2):265.e1-265.e13. doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.048.

Antibioprophylaxie de l'infection urinaire chez l'enfant avec une malformation des voies urinaires

Intérêt modéré de l'antibioprophylaxie de l'infection urinaire chez les enfants présentant un reflux vésico-urétéral. Impact à relativiser dans le contexte d'antibiorésistance de plus en plus important. Actuellement, les recommandations laissent le choix au médecin de la prescrire ou non.

4. URINAIRE



2. Prévention des infections urinaires (suite)

Cette situation nécessite dans tous les cas un avis spécialisé.



Source : Robinson JL, Finlay JC, Lang ME, Bortolussi R; Société canadienne de pédiatrie, comité de la pédiatrie communautaire, comité des maladies infectieuses et d'immunisation. La prophylaxie antibiotique pour les enfants ayant des infections urinaires récurrentes. *Paediatr Child Health*. 2015 Jan-Feb;20(1):48-51. French. PMID: PMC4333756.

5. VACCINATION



1. VRS

Délai entre Abrysvo et dTPca

Un intervalle minimum de 2 semaines est recommandé entre l'administration d'Abrysvo et l'administration du vaccin dTPca. Il n'y a eu aucun problème de sécurité lorsqu'Abrysvo a été administré en même temps que le dTca à des femmes non enceintes en bonne santé. Cependant, **les réponses immunitaires aux composants de la coqueluche ont été plus faibles lors de la co- administration par rapport à l'administration séparée et n'ont pas atteint le critère de non-infériorité.**



Source : HAS – avis sur les médicaments – Abrysvo – juillet 2024

2. Méningocoque

Co-administration

L'administration concomitante des vaccins contre le méningocoque B et contre les méningocoques ACWY n'a pas d'influence sur leur efficacité.



Source : Macias Parra M, Gentile A, Vazquez Narvaez JA, Capdevila A, Minguez A, Carrascal M, Willemsen A, Bhusal C, Toneatto D. Immunogenicity and safety of the 4CMenB and MenACWY-CRM meningococcal vaccines administered concomitantly in infants: A phase 3b, randomized controlled trial. *Vaccine*. 2018 Nov 29;36(50):7609-7617. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.10.096.

3. Règles d'administration

Vaccination pendant un épisode fébrile

Pas de différence d'efficacité ni de tolérance retrouvée.



Source : Essalim S, Tachet C, Demingo S, Bruel S, Gagneux-Brunon A, Botelho-Nevers E. Vaccination during febrile illness, what do we know? A systematic-narrative hybrid review of the literature and international recommendations. *Vaccine*. 2024 Dec 2;42(26):126473. doi: 10.1016/j.vaccine.2024.126473. Epub 2024 Oct 24. PMID: 39454291.

5. VACCINATION



3. Règles d'administration (suite)

Vaccination pendant une antibiothérapie

Non contre-indiqué. Probable diminution de l'efficacité vaccinale via la perturbation du microbiote par les antibiotiques, en particulier chez les nourrissons. N'annule pas l'efficacité vaccinale : la vaccination ne doit pas être retardée pour autant.



Source : Essalim S, Tachet C, Demingo S, Bruel S, Gagneux-Brunon A, Botelho-Nevers E. Vaccination during febrile illness, what do we know? A systematic-narrative hybrid review of the literature and international recommendations. *Vaccine*. 2024 Dec 2;42(26):126473. doi: 10.1016/j.vaccine.2024.126473. Epub 2024 Oct 24. PMID: 39454291.

Impact de la corticothérapie sur la vaccination

La corticothérapie forte dose (> 20mg/j) diminue l'efficacité de la vaccination. La balance bénéfice-risque reste en faveur de la vaccination par vaccins inactivés, mais il est recommandé de prévenir le patient d'une moindre efficacité.



Sources :

- Xia Wang, Cyra Patel, Michelle L Giles, Penelope Burns, Kristine Macartney, Benjamin Teh, Phoebe C Williams, Glucocorticoid Dosing and Implications for Vaccination: Evolution of Global Definitions, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 80, Issue 5, 15 May 2025, Pages 998–1004, <https://doi.org/10.1093/cid/ciae613>
- Pileggi, G.C.S., Cruz, V.A., Medeiros-Ribeiro, A.C.d. et al. Brazilian Society of Rheumatology – 2025 recommendations on vaccination in immune-mediated rheumatic diseases. *Adv Rheumatol* 66, 14 (2026). <https://doi.org/10.1186/s42358-026-00520-8>

5. DIVERS



1. Probiotiques

- Efficacité sur le risque de diarrhée post antibiotiques d'après plusieurs études, réalisées sur certains probiotiques. Cette efficacité ne peut être extrapolée à tous les probiotiques.
- Bonne tolérance en générale mais quelques rares cas de bactériémie et de fongémie chez des personnes immunodéprimées.
- Risque d'antibiorésistance transmise par les probiotiques ? Pour l'instant peu d'études de grande ampleur se sont penchées sur ce sujet.
- En 2021, la SPILF ne recommandait pas l'utilisation de probiotiques dans les infections à *C. difficile* pour cause d'études contradictoires et risque de retard de reconstitution de microbiote.
- Les pré-biotiques sont retrouvés dans l'alimentation. Très peu d'études scientifiques à ce jour concernant leur impact en cas d'antibiothérapie.



Sources :

- Lemale J. Les probiotiques au cours d'une antibiothérapie sont-ils utiles ? *Réalités pédiatriques*, septembre 2018
- Info antibio n°94, Infections à *Clostridioides difficile*, SPILF Novembre 2021
- Imperial Ivan C. V. J. , Ibana Joyce A. Addressing the Antibiotic Resistance Problem with Probiotics: Reducing the Risk of Its Double-Edged Sword Effect. *Frontiers in Microbiology*. Volume 7 – 2016.

<https://www.frontiersin.org/journals/microbiology/articles/10.3389/fmicb.2016.01983>

2. Epidémiologie

Impact de la durée d'antibiothérapie sur l'antibiorésistance

7% de plus de risque de développer un portage de bactérie résistante par jour d'antibiothérapie en plus. Meta-analyse qui manque de données à ce jour, donc chiffre absolu à considérer avec précaution.



Source : Mo Y et al. Implications of reducing antibiotic treatment duration for antimicrobial resistance in hospital settings: A modelling study and meta-analysis. *PLoS Med*. 2023 doi: 10.1371/journal.pmed.1004013