

TEST MEDQUAL n°2

Réponses

Cas n°1

SELON VOUS, les parents de Romain attendent-ils une antibiothérapie en arrivant à votre consultation ?

Ressenti personnel : pas de bonne réponse

Commentaires : l'attente de l'antibiothérapie

La pression du patient est un élément important entrant dans la décision de prescrire ou non un antibiotique. Cette pression peut être réelle (le patient demande explicitement un antibiotique), ou ressentie par le médecin qui interprète les propos du patient, parfois à tort, comme une demande d'antibiotique.

Plusieurs études ont montré que **les médecins surestimaient cette attente d'un antibiotique de la part des patients**, lié à un décalage entre l'attente réelle du patient et l'attente du patient d'après le médecin.

Le risque de cette interprétation est d'entraîner une prescription antibiotique non souhaitée par le patient, mais que celui-ci va accepter, pensant que ce dernier est nécessaire, tandis que le médecin le savait inutile ! Cette prescription va par ailleurs renforcer le patient dans la conviction que les symptômes l'ayant amené à consulter nécessitent un antibiotique, entraînant un cercle vicieux d'où il sera de plus en plus compliqué de sortir.

Même si les connaissances et les consciences évoluent, certaines idées reçues persistent. Ainsi dans une thèse de 2012, 8% des patients interrogés attribuaient aux antibiotiques une capacité antipyrétique, une proportion atteignant 25% chez les patients ayant un faible niveau d'étude. 1/3 des patients jugeait l'antibiothérapie utile devant une fièvre de plus de 3 jours.

D'où l'importance de faire expliciter par le patient ses attentes exactes. Sa demande est-elle réellement un antibiotique ? Si c'est le cas, pour quelle raison ? Souhaite-t-il faire chuter la fièvre ? Souhaite-t-il être remis sur pied plus rapidement ?

Instaurez-vous une antibiothérapie ?

Là encore, pas de bonne ou de mauvaise réponse

Commentaires :

On rappellera qu'après 2 ans, la plupart des OMA guérissent spontanément. Les recommandations sont donc de ne traiter qu'en cas de mauvaise tolérance des symptômes.

Dans la situation de Romain, il est difficile d'adopter une attitude consensuelle :

- objectivement, aucun des éléments de l'observation ne justifie l'introduction d'une antibiothérapie (prématurité, départ en vacances...)
- on ne prend vraisemblablement pas de risque à patienter 24 ou 48h de plus. En effet, les complications (mastoiïdite, abcès intra crânien) sont exceptionnelles après 2 ans, et souvent révélatrices de l'otite.
- il est possible que Romain n'ait plus de fièvre ni de douleurs dans 24h : après 2 ans, près de 90% des enfants n'ont plus de douleurs après 48h
- l'impossibilité de réévaluer Romain complique évidemment ce raisonnement rationnel.

En définitive, il s'agit surtout de bien informer et de trouver un compromis pour Romain (et ses parents !). L'antibiothérapie différée peut être intéressante dans ce cas, pour peu que les parents en saisissent bien les enjeux et les règles.

De manière générale, quelle est l'antibiothérapie recommandée dans l'OMA de l'enfant de plus de 2 ans ? Pour quelle durée ?

Bonne réponse : amoxicilline 80-90mg/kg/j

Commentaires :

L'amoxicilline est l'antibiothérapie de 1^{ère} intention dans les OMA de l'enfant et de l'adulte.

En effet :

- les 2 germes principalement responsables des OMA sont le pneumocoque (25 à 40%) et *Haemophilus influenzae* (30 à 40%)
- environ 1/3 des souches de pneumocoque présente une diminution de sensibilité à la pénicilline (par modification de la cible). L'utilisation de posologies élevées d'amoxicilline (par rapport à l'angine à streptocoque par exemple) permet d'obtenir une bactéricidie satisfaisante.
- 15 à 20% des souches d'*Haemophilus* sont résistantes à l'amoxicilline par production d'une pénicillinase, ne justifiant par le recours systématique à l'amoxicilline-acide

clavulanique sauf en cas de syndrome otite-conjonctivite, plus évocateur d'une infection à *Haemophilus*.

Tout comme la molécule, la durée de l'antibiothérapie est bien codifiée.

Chez l'enfant de plus de 2 ans et l'adulte, lorsque l'antibiothérapie est indiquée, la durée de traitement est de 5 jours.

En dessous de 2 ans, la durée recommandée est de 8 à 10 jours. En effet, des études ont montré qu'avant 2 ans, traiter moins longtemps exposait à un risque accru de récives. Dans les cas simples (otite non récidivante et non perforée), il paraît légitime d'utiliser la borne basse de cette recommandation, de 8 jours donc.

Six mois se sont écoulés. Nouvelle OMA sur ATT. Quelle antibiothérapie instaurez-vous ?

Bonne réponse : ofloxacine goutte auriculaire, 1 dose matin et soir

Commentaires :

La survenue d'une OMA sur ATT permet le traitement par antibiotiques locaux, **l'oreille moyenne étant accessible grâce aux ATT.**

L'ofloxacine auriculaire est donc suffisante dans cette situation (en dehors des tableaux très bruyants où l'antibiothérapie par voie orale peut rester indiquée).

L'obstruction simple de l'ATT peut être traitée par de l'eau oxygénée.

Pour rappel :

- l'OMA récidivante est définie par la survenue d'au moins 3 épisodes d'OMA en 6 mois ou 4 OMA par an.
- la répétition des épisodes d'OMA est due à la présence d'un biofilm, c'est-à-dire l'attachement de bactéries entre elles, le tout-venant recouvrant la muqueuse de l'oreille moyenne et constituant un réservoir microbien particulièrement résistant aux antibiotiques.
- facteurs favorisants :
 - tabagisme passif
 - pollution
 - collectivité
 - anémie ferriprive
 - allergies
 - RGO

- anomalie ORL : hypertrophie adénoïdienne et otite séro-muqueuse (une OSM complique 10 à 20% des OMA. La persistance de liquide dans l'oreille moyenne est un facteur de risque important de récurrence d'OMA)
- déficit immunitaire

Lien : article sur l'OMA de l'enfant en 2020, rédigé par différents experts pédiatres-infectiologues : https://www.activ-france.com/docs/Article_OMA_12_2019.pdf

Cas n°2

Pensez-vous que Roger ait une pneumonie ?

Pas de mauvaise réponse

Commentaires :

La pneumonie est le premier diagnostic à écarter devant un tableau de toux fébrile. Même si les études récentes montrent une forte proportion de pneumonies virales et de co-infections virus-bactéries, l'antibiothérapie reste pour le moment la règle devant une pneumonie.

Dans notre cas, il est peu probable que Roger présente une pneumonie.

Les critères en défaveur dans cette observation sont :

- absence de foyer auscultatoire
- absence de désaturation
- absence de polypnée
- absence de tachycardie

Même si ce diagnostic ne peut être exclu à 100%, il n'est pas le plus plausible. Si un doute persiste, il pourra être envisagé une biologie et une radiographie de thorax.

Pensez-vous que Roger ait une exacerbation de BPCO ?

Pas de mauvaise réponse

Commentaires :

Le diagnostic d'exacerbation de BPCO est tout à fait possible.

Malheureusement, nous ne disposons pas d'EFR qu'il faudra programmer pour affirmer le diagnostic de BPCO et en apprécier la sévérité (sévérité qui conditionne la conduite à tenir vis à vis de l'antibiothérapie en cas d'exacerbation).

En l'absence d'EFR, quelques informations recueillies à l'interrogatoire peuvent orienter vers le diagnostic de BPCO :

- le tabac bien sûr
- les antécédents de tableaux aigus similaires, type bronchite aiguë
- l'existence de symptômes respiratoires chroniques : toux, crachats, dyspnée d'effort ou de repos

Pensez-vous que Roger ait une bronchite aiguë ?

Pas de mauvaise réponse

Commentaires :

Le diagnostic de bronchite aiguë est également possible.

En l'absence d'EFR et de diagnostic de BPCO, impossible de différencier exacerbation de BPCO et bronchite aiguë.

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse d'une exacerbation de BPCO ou d'une "simple bronchite", et en attendant les EFR, l'important dans l'immédiat est de soulager le patient et de savoir si une antibiothérapie est indiquée ou non.

Admettons que Roger ait une exacerbation de BPCO. Présente-t-il des critères d'antibiothérapie ?

Bonne réponse : non

En cas d'exacerbation de BPCO, l'introduction d'une antibiothérapie est fonction :

- de la **sévérité de base de la BPCO** (La sévérité de base est évaluée EN DEHORS de l'exacerbation, dans l'idéal par le **VEMS**, sinon grâce à la correspondance clinique du VEMS – cf Antibioclic). Une exacerbation de BPCO chez un patient ayant un VEMS de base > 80% ne justifie jamais une antibiothérapie d'emblée.
- de la **purulence franche des crachats**, corrélée à la prolifération bactérienne. Des crachats non purulents ne sont pas en faveur d'une antibiothérapie d'emblée.

Ici, même en l'absence d'EFR, Roger ne présente pas de critères en faveur d'une antibiothérapie :

- ses crachats sont translucides
- il ne présente pas de dyspnée en temps normal, témoignant d'un VEMS conservé

L'imputabilité d'une bactérie dans cette décompensation paraît donc secondaire : pas d'antibiothérapie nécessaire.

Lien : correspondance clinique du VEMS sur antibiocllic :

<https://antibiocllic.com/questionnaire/36>

Quelle attitude adoptez-vous par rapport à l'amoxicilline ?

Bonne réponse : arrêt

Commentaires :

Le fait que le patient ait débuté un traitement antibiotique n'est pas une justification pour le poursuivre s'il est jugé inutile.

Dans notre situation, et même s'il est difficile de retenir un diagnostic avec certitude, Roger ne présente aucun critère clinique justifiant l'introduction immédiate d'un antibiotique.

Si le doute persiste, ou que le patient est difficile à convaincre, il est tout à fait possible de s'aider d'examens complémentaires. Ils vous feront gagner un peu de temps et rassureront le patient (et/ou vous même !) sur la prise en charge.

Qu'il s'agisse d'une bronchite ou d'une exacerbation de BPCO, la non prescription d'antibiotique pourra évidemment être reconsidérée si le patient reste fébrile plus de 3 jours et/ou si ses crachats deviennent purulents.

Mais en aucun cas devant une toux qui dure plus d'une semaine et agace le patient !

Ce raisonnement devra lui être expliqué afin d'éviter une reconsultation, situation à risque de prescription antibiotique.

On rappellera que la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française a émis des propositions de **raccourcissement des durées d'antibiothérapie : 5 jours dans l'exacerbation de BPCO, quel que soit le stade** de la BPCO.

Prescrivez-vous des examens complémentaires ?

Proposez-vous à Roger de réévaluer son état à 48h en l'absence d'amélioration ?

Commentaires :

Dans le cas de Roger, comme dans de nombreuses situations, il n'y pas une stratégie unique.

La première étape est de s'assurer que l'antibiothérapie n'est pas médicalement pertinente : éliminer une pneumonie, critères d'antibiothérapie de l'exacerbation de BPCO.

Si nécessaire, on pourra s'aider d'examens complémentaires :

- radiographie de thorax pour rechercher un foyer de pneumonie
- biologie à la recherche d'un syndrome inflammatoire, dont l'interprétation devra être prudente car ne primant pas sur la clinique
- l'ECBC est principalement justifié dans le cas d'une exacerbation sur un terrain de BPCO ou de dilatation des bronches chez un patient connu porteur de *Pseudomonas aeruginosa*.

Une fois assuré de l'inutilité de l'antibiothérapie, reste à mettre en place si nécessaire une stratégie de non prescription :

- explication sur le diagnostic, son étiologie et la raison de l'inutilité des antibiotiques
- proposition d'un traitement alternatif
- proposition d'une réévaluation si mauvaise évolution

Dans l'exacerbation de BPCO, il est nécessaire de majorer les traitements bronchodilatateurs de fond (beta2 et/ou anticholinergique de longue durée d'action) et d'ajouter un bronchodilatateur de courte durée d'action. Il est possible, au cas par cas, d'y associer une corticothérapie orale, bien que son impact soit modeste. Le schéma classique est 40mg/j pendant 5 jours (recommandations de la Société Française de Pneumologie 2017).

Pensez-vous que Roger devrait être vacciné contre le pneumocoque ?

Bonne réponse : oui

Commentaires :

L'indication de la vaccination anti pneumococcique est large (cf document ci-dessous).

Le simple fait que Roger soit diabétique traité par ADO le rend éligible à la vaccination.

Pour rappel, le schéma repose sur une injection de **prevenar13[®]** suivie **AU MOINS 2 mois après d'une injection de pneumovax[®]**.

Un rappel de pneumovax[®] sera réalisé à 5 ans du précédent (la nécessité de rappels ultérieurs n'est pour le moment pas tranchée).

Lien : mémo vaccination sur le site MedQual :

http://www.medqual.fr/images/PRO_2018/FORMATIONS/OUTILS/Support_vaccin_ID_complet_VF-DEC2019.pdf

Les déterminants psycho-comportementaux de la prescription antibiotique

Plusieurs études se sont intéressées aux aspects comportementaux de la prescription antibiotique.

Les études PAAIR notamment ont analysé les difficultés rencontrées par les médecins dans la prise en charge de patients présentant des infections respiratoires présumées virales. Cette étude a permis de mettre en évidence des situations "à risque" où le médecin, tout en sachant que les recommandations étaient de ne pas prescrire d'antibiotique, se sentait poussé à prescrire, par le patient ou par lui-même.

La mise en place de **stratégies** au cours de la consultation permettait de ne pas prescrire d'antibiotique.

Liens : les études PAAIR et les stratégies de non prescription antibiotique.

Stratégies de non prescription : <https://drive.google.com/file/d/1X3QYSXjMgE7c-SUNPg1d1nJmdIN9UMfc/view>

Etude PAAIR 1 :

- résumé : http://www.grog.org/documents/2001_grog_paair.pdf
- rapport complet : https://epidmeteo.fr/document/PAAIR_rapport_final.pdf

Etude PAAIR 2 : [https://campus-](https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/Situations_cliniques_infections_respiratoires_virales.pdf)

[umvf.cnge.fr/materiel/Situations_cliniques_infections_respiratoires_virales.pdf](https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/Situations_cliniques_infections_respiratoires_virales.pdf)

Etude PAAIR 3 : <http://www.exercer.org/numero/118/supp/1/page/30/>