

ELEMENTS DETRMINANT LA PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES AU COURS DES ANGINES : RESULTATS D'UNE ENQUETE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES MAITRES DE STAGE EN AQUITAINE

Jean-Philippe JOSEPH¹, Marie DEVOIZE¹, Sherzade KINOUBANI ¹, Didier NEAU²

¹Département de Médecine Générale Université Bordeaux Segalen et ² Service de Maladies infectieuses Hôpital Pellegrin CHU de Bordeaux

INTRODUCTION

L'angine est un motif fréquent de prescription d'antibiotique (AB) par les médecins généralistes en France alors que l'étiologie en est virale dans près de trois quart des cas. De plus, le rhumatisme articulaire aigu (RAA) est devenu exceptionnel et les complications locorégionales des angines sont rares (1). Les recommandations de l'AFSSAPS en 2011 renforcent la place du test de diagnostic rapide (TDR) dans le diagnostic des angines au streptocoque hémolytique de groupe A (SHGA) pour limiter l'antibiothérapie à cette étiologie. Elles insistent sur le choix prioritaire de l'amoxicilline (en l'absence d'allergie) pour limiter l'émergence de résistances bactériennes (2).

L'objectif de notre étude était de connaître les déterminants de la prescription d'AB lorsque le médecin généraliste pose le diagnostic d'angine.

MATERIEL ET METHODES

Enquête observationnelle auprès d'un groupe de médecins généralistes maitres de stage universitaires (MSU) de la région Aquitaine (Université Bordeaux Segalen). Chaque MSU accueillait dans son cabinet médical du 2 novembre 2011 au 1^{er} mai 2012 un interne de médecine générale (IMG) pour son premier stage en ambulatoire.

Les IMG ont été informés de cette étude et de son déroulement lors du choix de stage d'octobre 2011. Ils devaient remplir un questionnaire à l'issue de la première consultation au cabinet médical au cours de laquelle le MSU portait le diagnostic d'angine. Chaque IMG était volontaire pour participer à l'étude et ne devait informer le MSU qu'à la fin de la consultation pour ne pas influencer son attitude pratique.

L'étude se déroulait en deux étapes:

1^{ère} étape: recueil des données cliniques (âge, présence et durée des signes cliniques, antécédents,...), utilisation éventuelle d'un TDR, circonstances de la consultation (heure, retard sur l'heure du rendez-vous, présence d'une tierce personne,...) et conclusion thérapeutique.

2^{ème} étape: Entretien dirigé de l'IMG avec son MSU à l'issue de la consultation. Une série de 10 questions permettait de définir les raisons de la réalisation ou non du TDR; de la prescription ou non d'AB, de l'influence d'une tierce personne, de l'expérience ou des représentations du MSU quant aux complications rencontrées ou appréhendées,...

Le questionnaire garantissait l'anonymat des MSU et du patient. Une enveloppe timbrée était fournie aux IMG pour le retour des questionnaires. Des mails de relance aux IMG étaient prévus tous les 15 j.

Les données ont été saisies sur Excel et les comparaisons des facteurs ont été faites par Chi-2 ou test de Fisher.

REFERENCES

- Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de chirurgie de la face et du cou. Recommandations pour la pratique clinique. Complications locorégionales des pharyngites. 2008.
- AFSSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'enfant et de l'adulte. Novembre 2011.

RESULTATS

Caractéristiques des médecins généralistes MSU:

➢ 37 IMG sur 90 (40%) ont participé à l'étude, permettant une participation de 51 MSU sur 202 (25,2%), soit 41 hommes et 10 femmes. La moyenne d'âge était 53,5 ans [33-69].

➢ 20 des 51 MSU craignaient les complications d'une angine non traitée, dont 13 les complications bactériennes. Une expérience de complication est rapportée par 10 d'entre eux. Il n'y avait pas de différence significative dans le respect des recommandations de l'AFSSAPS entre ce groupe et celui ne craignant pas les complications.

Caractéristiques des patients:

➢ Les 51 patients (47% de femmes), avaient un âge moyen de 24 ans [14 mois- 80 ans] et une médiane de 27 ans. Deux enfants avaient moins de 3 ans, 12 enfants de 3 à 14 ans et 37 patients plus de 15 ans.

➢ La présence d'une tierce personne a eu une influence reconnue par 5 MSU sur la prise en charge de cinq enfants de plus de 3 ans avec non réalisation du TDR et prescription d'AB. Par contre l'heure de la consultation ou le retard sur l'heure du rendez-vous n'a pas eu de conséquence sur la prise en charge des 51 patients.

Signes cliniques et prescriptions d'antibiotiques

➢ Les signes fonctionnels d'angine étaient apparus en moyenne depuis 2,5 jours et 47 patients (92%) consultaient pour la première fois suite à ces symptômes.

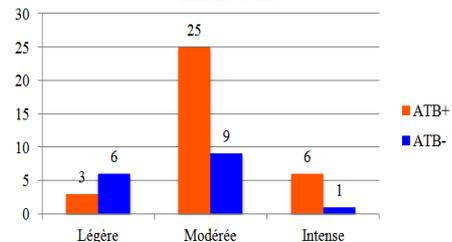
➢ Hormis la toux, aucun signe clinique n'était un facteur de prescription d'AB de manière statistiquement significative.

Signes cliniques des 51 patients et traitement AB prescrit (ATB+) ou non (ATB-)

	n (%)	ATB +	ATB -	p
Fièvre	34 (66,6)	26	8	0,087
Toux	28 (54,9)	16	12	0,051
Adénopathies	30 (58,8)	22	8	0,386
Dysphagie	45 (88,2)	31	14	1
Rhinorrhée	29 (56,8)	17	12	0,077
Otalgie	11 (21,5)	9	2	0,466
Céphalées	16 (31,3)	12	4	0,507
Myalgies/arthralgies	5 (9,8)	2	3	0,309

➢ L'intensité de la douleur était un facteur de prescription: les patients ont reçus plus fréquemment un AB en cas de douleur intense (85,7%) que modérée (73,5%) ou légère (33,3%) (p=0,049)

Prescription d'antibiotiques en fonction de l'intensité de la douleur (n=50)



Score de Mc Isaac:

Selon les recommandations (2), seul un score supérieur ou égal à 2 justifie la réalisation d'un TDR chez l'adulte de 15 ans et plus. Tous les enfants de 3 à 14 ans doivent avoir un TDR.

Dans notre étude, seuls 9 médecins l'ont calculé et 7 l'ont fait correctement.

Le score était calculable chez les 37 patients de plus de 15 ans:

- 29 patients avaient un score supérieur ou égal à 2; 14 (48%) TDR ont été faits
- 8 patients avaient un score inférieur à 2; 4 (50%) TDR ont été faits.

Tests de diagnostic rapide (TDR)

Au total 41 patients (enfants âgés de 3 à 14 ans et adultes de plus de 15 ans avec score de Mc Isaac supérieur ou égal à 2) auraient dû bénéficier d'un TDR. Ces recommandations ont été:

- suivies pour 22 (54%) de ces 41 patients
- non suivies pour 4 patients qui ont eu un TDR injustifié (dont les deux enfants de moins de 3 ans) et pour les 19 autres (46%) qui auraient dû en bénéficier.

Motifs de non réalisation du TDR pour les 25 MSU ne l'ayant pas fait:

- test indisponible ou périmé (4)
- test difficilement réalisable ou peu utile (3)
- manque de temps (7) ou d'habitude (1)
- critères cliniques: récurrences (3), antécédents (3), persistance des symptômes (1), demande du patient (1), impression clinique du médecin (3).

Prescription d'antibiotiques

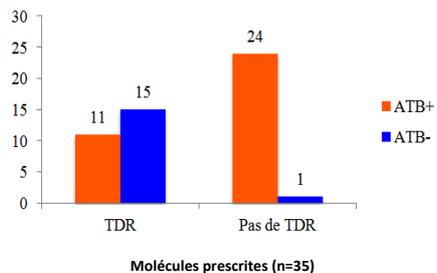
Une prescription d'AB a été faite à 35 patients (69%) des 51 patients pour lesquels le diagnostic d'angine avait été porté. Les médecins hommes ont prescrit plus d'AB que leurs consœurs: 31/41 versus 3/10 (p < 0,01)

Les MSU ayant réalisé un TDR ont tenu compte du résultat dans 88% des cas. Malgré un TDR négatif, 3 patients ont reçu un traitement AB. Ils avaient plus de 15 ans et un score de Mc Isaac supérieur ou égal à deux. Le motif de prescription d'AB évoqué pour ces trois patients était:

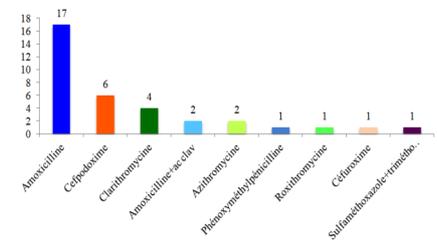
- de rassurer le patient
- l'intensité de la dysphagie
- une suspicion d'angine de Vincent

Les MSU n'ayant pas réalisé de TDR ont prescrit un AB à 96% de leurs patients contre 42% pour ceux qui ont eu recours à cet examen (p < 0,0001)

Prescription d'antibiotiques en fonction de la réalisation du TDR (n=51)



Molécules prescrites (n=35)



CONCLUSION

Ce travail montre une faible prise en compte des dernières recommandations sur la prise en charge de l'angine par les médecins généralistes maitres de stage.

Pourtant, la simple utilisation des TDR permet de réduire considérablement, comme notre étude le confirme, la prescription d'AB. Une simplification des recommandations en permettrait peut-être une meilleure appropriation.

Il reste à convaincre les médecins généralistes de la fiabilité et de la facilité d'utilisation de ces tests. Une étude à plus large échelle permettrait de préciser l'impact réel de la demande des patients et de la crainte des complications sur la prise en charge de cette affection.