

# Les infections ORL

19 juin 1996 - Lyon

sous l'égide de la

**Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF)**

avec la collaboration

**de la Société Française d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale,**

**du Collège Français d'ORL,**

**de la Société Française de Pédiatrie (SFP),**

**du Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique**

## Comité d'organisation

**Président** : C. PERRONNE - Garches (Maladies Infectieuses et Tropicales).

**Membres** : M. AYMARD - Lyon (Microbiologie) ; P. BERCHE - Paris (Microbiologie) ; C. DUBREUIL - Lyon (ORL) ; P. GÉHANNO - Paris (ORL) ; M. GOLDGEWICHT - Rueil-Malmaison (Méd. Générale.) ; G. KEMENY - Alfortville (Pédiatrie) ; E. MALLET - Rouen (Pédiatrie) ; PH. REINERT - Créteil (Pédiatrie) ; P. RUFAT - Clichy (Santé Publique).

## Bureau des conférences de consensus de la SPILF

**Président de la SPILF** : J.M. DECAZES (Paris)

**Coordonnateur** : D. PEYRAMOND (Lyon)

C. CHIDIAC (Tourcoing) ; F. LUCHT (St-Etienne) ; C. PERRONNE (Paris) ; A.G. SAIMOT (Paris) ;

C.J. SOUSSY (Créteil) ; J.P. STAHL (Grenoble).

## Experts

M. AYMARD - Lyon (Microbiologie) ; C. BÉBÉAR - Bordeaux (Microbiologie) ; P. BERCHE - Paris (Microbiologie) ; D. CHEVALIER - Lille (ORL) ; R. COHEN - Créteil (Microbiologie) ; G. DE SAINT HARDOUIN - Garches (Infectiologie) ; H. FALCOFF - Paris (Méd. Générale) ; M. FRANÇOIS - Paris (ORL) ; P. FROEHLICH - Lyon (ORL) ; E.N. GARABÉDIAN - Paris (ORL) ; P. GÉHANNO - Paris (ORL) ; M. GOLDGEWICHT - Rueil-Malmaison (Méd. Générale) ; G. KEMENY - Alfortville (Pédiatrie) ; E. MALLET - Rouen (Pédiatrie) ; P. NARCY - Paris (ORL) ; J. ORFILA - Amiens (Microbiologie) ; C. PERRONNE - Garches (Infectiologie) ; D. PEYRAMOND - Lyon (Infectiologie) ; B. QUINET - Paris (Pédiatrie) ; P. REINERT - Créteil (Pédiatrie) ; E. REYT - Grenoble (ORL) ; P. RUFAT - Clichy (Santé Publique) ; J.M. TRIGLIA - Marseille (ORL).

## Jury

**Président** : H. Portier - Dijon (Maladies Infectieuses).

**Membres** : M. BAUMGARTEN - Gevrey-Chambertin (Pharmacie) ; P. BÉGUÉ - Paris (Pédiatrie) ; M. BOUCHERAT - Créteil (ORL) ; J. BRAMI - Paris (Méd. Générale) ; H. DABERNAT - Toulouse (Microbiologie) ; J.M. DECAZES - Paris (Infectiologie) ; P. FOUCAUD - Versailles (Pédiatrie) ; V. JARLIER - Paris (Microbiologie) ; M.F. LEGOAZIOU - Lyon (Méd. Générale) ; P. OUVARD - Angers (Méd. Générale) ; J. ROBERT - Decines (Pédiatrie) ; M.J. PLOYET - Tours (ORL) ; B. POZZETTO - Saint-Etienne (Microbiologie) ; N. ULIVIERI - Le Chesnay (Méd. Générale).

**Présidents de séances** : P. DELLAMONICA - Nice (Infectiologie) ; P. GÉHANNO - Paris (ORL) ; F. LUCHT - St Etienne (Infectiologie) ; E. MALLET - Rouen (Pédiatrie) ; M. MICOUD - Grenoble (Infectiologie) ; C. OLIVIER - Colombes (Pédiatrie) ; J.J. PESSEY - Toulouse (ORL) ; PH. REINERT - Créteil (Pédiatrie).

**Présidents d'ateliers** : P. DELLAMONICA - Nice (Infectiologie) ; C. DUBREUIL - Lyon (ORL) ; J-F. DUHAMEL - Caen (Pédiatrie) ; F. LUCHT - St Etienne (Infectiologie) ; M. MICOUD - Grenoble (Infectiologie) ; C. OLIVIER - Colombes (Pédiatrie) ; J.J. PESSEY - Toulouse (ORL) ; B. SCHLEMMER - Paris (Réanimation).

*L'organisation de cette réunion a été rendue possible grâce à l'aide apportée par les laboratoires suivants que la SPILF tient à remercier : Abbott, Bayer Pharma, Bellon, Bristol-Myers Squibb, Diamant, Glaxo Wellcome, Institut Beecham, Lilly, Marion Merrel Cassenne, Merck Sharp & Dohme-Chibret, Pfizer, Produits Roche, Roussel, Spécia, Wyeth Lederlé, Zeneca Pharma.*

Coordination logistique : 2M2, 7 rue Bastienne 95160 Montmorency - Tél. (1) 39 64 88 83 - Fax : (1) 39 89 77 56.

# Les infections ORL\*

(Texte court)

## INTRODUCTION

Les infections ORL sont très fréquentes et le plus souvent bénignes, avec une probabilité de guérison spontanée pouvant atteindre 80 %. Cependant, elles ont un retentissement social individuel et collectif important. En 1996, l'histoire naturelle de ces infections et l'intérêt des thérapeutiques sont mal connus des Français ; ils doivent être expliqués afin de mieux utiliser l'automédication. Enfin, l'apparition de ces infections dans un climat d'urgence et leur caractère souvent récidivant notamment chez les plus jeunes sont une source supplémentaire de désagréments voire d'angoisse chez les parents. Elles représentent la principale cause de consultation des médecins généralistes et des pédiatres à qui sont assignés trois objectifs : un soulagement rapide des symptômes, une prévention des complications et récidives, et une action éducative.

Les infections ORL sont responsables de plus de la moitié des prescriptions antibiotiques et provoquent de multiples recours à des thérapeutiques symptomatiques dont le rapport coût-efficacité n'est pas établi.

Dans un premier temps cette conférence a pour objectif d'évaluer les données scientifiques actuellement disponibles permettant de rationaliser les démarches diagnostiques et les prescriptions ainsi que de déclencher les campagnes d'information nécessaires.

La rhinopharyngite de l'enfant, qui est une maladie virale, motive paradoxalement environ 3 millions de prescriptions d'antibiotiques par an dans notre pays. Or, les espèces bactériennes colonisant le rhinopharynx (principalement *Streptococcus pneumoniae* et *Haemo-*

*philus influenzae*) évoluent de façon croissante vers la résistance aux principales classes d'antibiotiques prescrites. Cette situation pose avec acuité le problème de la relation de cette évolution avec les prescriptions antibiotiques et retentit sur le choix thérapeutique de première intention dans l'otite moyenne aiguë. Le consensus de la SPILF de 1991 concernant cette dernière pathologie doit être réévalué à la lumière d'une définition plus précise des facteurs de risque et d'essais thérapeutiques qui les prennent en compte.

Les rhinopharyngites et les otites récidivantes sont sources d'inconfort, d'absentéisme scolaire, d'indisponibilité parentale et de complications parfois préoccupantes en cas d'otites ; elles sont à l'origine de consultations médicales répétées. Elles justifient la rédaction d'objectifs de pratique médicale assortis d'une information du public.

L'angine aiguë fait actuellement en France l'objet d'une recommandation d'antibiothérapie systématique, dans un objectif de prévention des complications post-streptococciques ; parmi celles-ci, la plus redoutée était le rhumatisme articulaire aigu, atteignant spécifiquement l'enfant et l'adolescent. Or sur les 9 millions de prescriptions annuelles, d'une grande diversité, plus de la moitié concernent des adultes ; en outre, les angines ne sont streptococciques que dans un tiers des cas chez l'enfant, et 15 à 25 % chez l'adulte. Les arguments cliniques ne permettent pas de les distinguer ce qui amène à considérer la place des examens paracliniques, dont les tests de diagnostic rapide largement utilisés hors de France. Le caractère systématique de l'administration d'antibiotique dans l'angine mérite d'être discuté pour des raisons écologiques et économiques.

\* Conférence de Consensus de la SPILF sur les infections ORL, Lyon, le 19 juin 1996.

# RÉPONSE À LA QUESTION 1

## PLACE DES TRAITEMENTS DANS LA RHINOPHARYNGITE AIGUE

La rhinopharyngite aiguë est la pathologie infectieuse la plus fréquente en pédiatrie. Elle associe à des degrés divers une obstruction nasale et/ou une rhinorrhée bilatérale, une toux liée à la rhinorrhée postérieure et de la fièvre, constituant un trépied symptomatique. Il s'agit d'une maladie le plus souvent virale, traduisant l'adaptation de l'enfant à son environnement.

### SITUATION ACTUELLE ET NÉCESSITÉ D'UNE ÉVOLUTION DES COMPORTEMENTS

Près de 60 % des enfants atteints de rhinopharyngite aiguë non compliquée reçoivent un antibiotique (environ 3 millions de prescriptions d'antibiotiques pour rhinopharyngite de l'enfant par an en France). Dans une enquête récente, 33 % des médecins avaient le sentiment de prescrire des antibiotiques à la demande pressante des parents.

Cet engouement pour l'antibiothérapie a des conséquences sur l'émergence de résistances aux antibiotiques et sur les coûts de santé.

### DONNÉES CLINIQUES

Malgré la banalité des symptômes et l'absence habituelle de gravité, un examen clinique permet d'éliminer d'emblée une pathologie plus sérieuse dont elle peut être inaugurale.

Une rhinopharyngite aiguë d'évolution simple se définit par la disparition spontanée des symptômes dans les délais habituels (7 à 9 jours selon l'âge et le mode de garde), par l'absence de complications et par l'inutilité d'une nouvelle consultation.

La fréquence globale des complications varie de 6 à 14 % selon les études. Les complications générales sont essentiellement représentées par les convulsions fébriles. Les complications régionales sont dominées par l'otite moyenne aiguë et la sinusite.

La survenue de complications est corrélée avec plusieurs facteurs de risques : âge inférieur à 6 mois, antécédents d'otites, immunodépression constitutionnelle ou acquise, fréquentation d'une collectivité.

### TRAITEMENT

Le traitement est symptomatique. La fièvre doit être combattue par les moyens physiques habituels (bains tièdes, boissons abondantes, ...) et les antipyrétiques. Le traitement de l'obstruction nasale et de la rhinorrhée est essentiel, d'où l'importance du lavage des fosses nasales

au sérum physiologique et des techniques de mouchage. L'adjonction de divers produits au sérum physiologique a été proposée mais leur intérêt n'a pas fait l'objet d'études comparatives. Les décongestionnants locaux et généraux sont efficaces mais sont contre-indiqués chez le petit enfant. Les antitussifs contenant un opiacé peuvent être prescrits au delà de 30 mois. Les autres antitussifs, très hétérogènes dans leurs formulations, ont un intérêt limité en pratique. Ils sont contre-indiqués en cas d'hyper-réactivité bronchique.

Le traitement antibiotique systématique par voie générale n'est pas justifié dans une rhinopharyngite aiguë d'évolution simple. Aucune étude n'a démontré l'efficacité des antibiotiques dans cette affection, ni dans le raccourcissement de la symptomatologie, ni dans la prévention des complications. A l'inverse, le traitement antibiotique peut se discuter en cas d'antécédents d'otites récidivantes, chez le nourrisson de moins de 6 mois, *a fortiori* lorsqu'il est gardé en collectivité, et à tout âge sur terrain immunodéprimé.

Le traitement doit comporter un volet éducatif vis-à-vis des trois acteurs principaux :

- l'enfant chez qui la perméabilité des voies aériennes supérieures est essentielle, d'où l'importance de l'apprentissage précoce du mouchage ;
- les parents à qui il importe d'apprendre à ne pas confondre antibiotiques et antipyrétiques,
- le médecin, parce que son premier critère de prescription d'un antibiotique est l'aspect puriforme des sécrétions alors qu'il est démontré qu'il ne témoigne en rien d'une surinfection bactérienne.

En pratique, il est souhaité qu'après la consultation le médecin puisse délivrer, en annexe d'une ordonnance à visée symptomatique, des conseils simples, consensuels, écrits, pour rassurer sur la nature bénigne de l'affection et alerter sur de possibles complications. Les explications doivent porter sur la durée de la fièvre (qui normalement peut atteindre 4 jours), l'aspect des sécrétions et la nécessité d'une nouvelle consultation si la famille constate un changement de comportement de l'enfant (insomnie, anorexie, toux émetisante, disparition du sourire ...).

La rhinopharyngite aiguë de l'enfant est une affection d'origine essentiellement virale dont le coût social ne doit pas être aggravé par des habitudes parentales et médicales inappropriées. L'évolution des mentalités passe par une prise en charge éducative.

## RÉPONSE À LA QUESTION 2

### QUELLE PRISE EN CHARGE POUR L'OTITE MOYENNE AIGUE ?

L'otite moyenne aiguë (OMA) est la première infection bactérienne de l'enfant et la première indication à une prescription d'antibiotiques dans les pays occidentaux. **L'OMA du nouveau-né, compte tenu de la spécificité des problèmes posés, ne sera pas abordée ici.**

La prise en charge d'une OMA va s'attacher à :

- soulager l'enfant et accélérer sa guérison,
- prévenir les complications locorégionales, générales ou sensorielles,
- préserver l'écosystème bactérien,
- tenir compte du coût du médicament.

#### 1 - DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'OMA repose sur l'aspect otoscopique.

Les difficultés de l'examen sont réelles. Les résultats dépendent d'une bonne exposition (qui peut nécessiter la contention de l'enfant), et de l'utilisation d'un bon éclairage au moyen d'un otoscope à fibres optiques.

L'aspect du tympan est caractérisé par l'association de signes de rétention et d'inflammation : épanchement rétro-tympanique ou épaississement tympanique, congestion diffuse ou localisée autour du manche du marteau, bombement masquant les repères ossiculaires.

Les signes d'accompagnement sont inconstants et associent, à des degrés divers, fièvre, otalgie, irritabilité, troubles digestifs.

Parmi les éléments cliniques d'orientation, le syndrome otite-conjonctivite purulente, retrouvé dans environ 15 % des OMA, est lié dans 75 % des cas à *Haemophilus influenzae* ; de même, une otalgie importante et une fièvre supérieure à 38°5, correspondent dans environ 50 % des cas à une infection à *Streptococcus pneumoniae*, en particulier avant l'âge de 2 ans.

#### 2 - ÉTIOLOGIE

##### 2.1 BACTÉRIES RESPONSABLES

Les deux espèces le plus souvent en cause sont *H. influenzae* (40 à 45 % des cas) et *S. pneumoniae* (25 à 30 % des cas).

*Moraxella catarrhalis* représente de 5 à 10 % des cas ; *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* et différentes entérobactéries sont rencontrées dans moins

de 5 % des cas. La place de *Alloicoccus otitidis* et de *Turicella otitidis*, espèces nouvellement reconnues dans l'OMA, reste à définir.

##### 2.2 ÉVOLUTION DES RÉSISTANCES

Un tiers des souches de *H. influenzae* isolées d'OMA sont productrices de  $\beta$ -lactamase. Dans ce cas, l'activité des céphalosporines de 1<sup>re</sup> génération est diminuée alors que celle des céphalosporines de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> génération est habituellement conservée.

Il existe des souches de *S. pneumoniae* de moindre sensibilité à la pénicilline ( $0,12 \leq \text{CMI} \leq 1 \text{ mg/l}$ ) et des souches résistantes ( $\text{CMI} > 1 \text{ mg/l}$ ) vis-à-vis desquelles l'activité des aminopénicillines et des céphalosporines est aussi diminuée. Ces souches, de moindre sensibilité ou résistantes, sont dites de sensibilité diminuée (PSDP), et représentent selon les études et les régions de 30 à 60 % des pneumocoques isolés dans les pus d'otite ; dans la plupart des cas, ces souches sont également résistantes à l'érythromycine et/ou au cotrimoxazole. A l'inverse, les pneumocoques sensibles à la pénicilline ne sont résistants à l'érythromycine et au cotrimoxazole que dans 30 et 20 % des cas, respectivement.

Dans le cas de *M. catarrhalis*, 90 à 95 % des souches sont productrices de  $\beta$ -lactamase.

##### 2.3 FACTEURS DE RISQUE DE PSDP

Les facteurs prédictifs d'une infection à *S. pneumoniae* sont : l'âge inférieur à 2 ans, une fièvre supérieure à 38°5, une otalgie importante. Au sein de ce groupe, le risque de PSDP est majoré en cas de fréquentation d'une collectivité, d'antécédents d'OMA, et de prise d'antibiotiques (en particulier d'une aminopénicilline) dans les mois qui précèdent.

#### 3 - TRAITEMENT

##### 3.1. PARACENTÈSE

En dehors du nourrisson de moins de 3 mois chez qui elle doit être systématique, l'intérêt de la paracentèse initiale est discuté. Il est devenu exceptionnel d'y avoir recours en urgence face à une otite particulièrement mal tolérée. Elle peut être envisagée lorsque le traitement symptomatique laisse persister une fièvre importante, des douleurs violentes, ou des troubles digestifs

majeurs. Chaque fois qu'elle est pratiquée, elle doit s'accompagner d'un prélèvement pour examen bactériologique.

### 3.2. ANTIBIOTHÉRAPIE PROBABILISTE

#### Enfants avec facteurs de risque de PSDP

En raison de la nécessité de prendre également en compte l'éventualité de *H. influenzae* producteur de  $\beta$ -lactamase, le choix se porte sur (par ordre alphabétique) : amoxicilline + acide clavulanique (80 mg/kg/j en 3 prises), cefpodoxime-proxétil (8 mg/kg/j en 2 prises), céfuroxime-axétil (30 mg/kg/j en 2 prises).

#### Enfants sans facteur de risque de PSDP

Il s'agit d'enfants de plus de 2 ans chez lesquels la pathogénicité de *H. influenzae* est moindre.

Dans cette situation, qui représente environ 40 % des OMA, les échecs sont 4 fois moins fréquents que chez les enfants avec facteurs de risque. La guérison spontanée y est supérieure à 70 %.

En conséquence, le choix est plus ouvert ; cependant le jury considère que le prescripteur doit privilégier parmi les antibiotiques suivants (cités par ordre alphabétique) non seulement les produits les mieux tolérés et les moins onéreux, mais aussi ceux dont l'impact sur l'écosystème bactérien (qui reste à évaluer) est le plus limité : amoxicilline (100 mg/kg/j en 3 prises), amoxicilline + acide clavulanique (80 mg/kg/j en 3 prises), céfixime (8 mg/kg/j en 2 prises), cefpodoxime-proxétil (8 mg/kg/j en 2 prises), céfuroxime-axétil (30 mg/kg/j en 2 prises), céphalosporines de 1<sup>re</sup> génération (25 à 50 mg/kg/j en 2 à 3 prises), cotrimoxazole (30 mg/kg/j de SMZ en 2 prises), érythromycine sulfafurazole (50 mg/kg/j en 3 prises).

#### Syndrome otite-conjonctivite purulente

Dans ce cas où *H. influenzae* est très souvent en cause, le choix se porte sur (par ordre alphabétique) : amoxicilline + acide clavulanique (80 mg/kg/j en 3 prises), céfixime (8 mg/kg/j en 2 prises), cefpodoxime-proxétil (8 mg/kg/j en 2 prises), céfuroxime-axétil (30 mg/kg/j en 2 prises), cotrimoxazole (30 mg/kg/j de SMZ en 2 prises).

#### Durée de l'antibiothérapie

Elle est classiquement de 8 à 10 jours. Récemment, des traitements de 5 jours ont fait la preuve de leur efficacité ; cependant, l'âge des enfants inclus dans les études ne permet pas de recommander cette durée pour le groupe à risque de PSDP.

### 3.3. TRAITEMENTS ASSOCIÉS

#### Traitements locaux

Les antibiotiques ou antiseptiques locaux n'ont pas fait la preuve de leur efficacité aussi bien par voie auriculaire que nasale.

Tout traitement auriculaire est à proscrire lors d'OMA à tympan ouvert.

Les solutions auriculaires contenant des décongestionnants et/ou des anesthésiques locaux pourraient être utiles dans les formes congestives simples.

#### Traitements généraux

Aspirine et paracétamol sont les molécules antalgiques et antipyrétiques de référence. AINS, corticoïdes, mucolytiques et décongestionnants n'ont pas d'utilité démontrée.

### 3.4. ÉCHEC DU TRAITEMENT PROBABILISTE

Il se définit par la persistance, la réapparition voire l'aggravation de la symptomatologie ou encore par l'apparition d'une otorrhée après 72 heures de traitement. Cette situation nécessite une documentation bactériologique par paracentèse ou prélèvement de l'otorrhée, avec dans tous les cas un antibiogramme, et pour le pneumocoque une détermination de la CMI de la pénicilline.

Si la culture est négative (environ 50 % des cas), aucune attitude n'est bien codifiée. Elle dépend des éléments cliniques, biologiques et évolutifs propres à chaque cas.

Si la culture est positive, deux éventualités sont possibles :

- ♦ bactérie sensible au traitement initial : vérification de la posologie, de l'adéquation du rythme et du mode d'administration, de la tolérance ; l'utilisation du produit le mieux toléré à sa posologie maximale peut être recommandée ;

- ♦ bactérie résistante au traitement initial :

- PSDP :

- CMI de la pénicilline < 2 mg/l : amoxicilline (150 mg/kg/j en 3 prises) ;

- CMI de la pénicilline  $\geq$  2 mg/l : recours possible à un traitement parentéral, par exemple ceftriaxone (50 mg/kg/j en une injection quotidienne) ;

- *H. influenzae* producteur de  $\beta$  lactamase (par ordre alphabétique) : amoxicilline + acide clavulanique

(80 mg/kg/j en 3 prises), céfixime (8 mg/kg/j en 2 prises), cefpodoxime-proxétil (8 mg/kg/j en 2 prises), céfuroxime-axétil (30 mg/kg/j en 2 prises). Le cotrimoxazole (30 mg/kg/j de SMZ en 2 prises) est une alternative si la souche est sensible.

#### 4. SUIVI

Le risque d'otite d'évolution prolongée et d'otite sérumuqueuse rend nécessaire un contrôle systématique dans les 5 jours suivant la fin du traitement puis à distance en cas d'anomalie persistante du tympan.

### RÉPONSE À LA QUESTION 3

#### FAUT-IL ENCORE TRAITER TOUTES LES ANGINES PAR ANTIBIOTIQUES ?

L'angine est une inflammation du pharynx et/ou de ses annexes lymphoïdes, qui se manifeste par une douleur constrictive de la gorge spontanée ou augmentée à la déglutition, un érythème, et à des degrés divers d'intensité et de fréquence, de la fièvre et une hypertrophie ganglionnaire locorégionale.

Ce syndrome concerne prioritairement l'enfant de plus de 2 ans et l'adulte de moins de 40 ans. La grande majorité des angines sont érythémateuses ou érythématopultacées. Les angines ulcéreuses et pseudomembraneuses sont beaucoup plus rares. En raison d'étiologies spécifiques, elles doivent entraîner une prise en charge particulière.

Les angines érythémateuses et érythématopultacées sont causées par le streptocoque A dans 15 à 25 % des cas chez l'adulte et dans 25 à 50 % des cas chez l'enfant, notamment à l'occasion de phénomènes épidémiques. Les autres espèces bactériennes n'occupent pas de place quantitativement significative dans l'étiologie des angines. Plus de la moitié des angines sont d'étiologie virale.

#### INTÉRÊT ET LIMITES DU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DES ANGINES

L'administration d'antibiotiques dans les angines a quatre objectifs d'importance inégale : (a) entraver la dissémination du streptocoque A à l'entourage, (b) prévenir la survenue des complications post-streptococciques non suppuratives (rhumatisme articulaire aigu ou RAA, glomérulonéphrite ...), (c) accélérer la rétrocession des symptômes et (d) réduire le risque de suppuration locorégionale.

Bien que ces objectifs thérapeutiques concernent presque exclusivement les angines streptococciques, la volonté de les atteindre se traduit actuellement en France par l'administration d'antibiotiques dans au moins 85 % de l'ensemble des angines.

#### ÉTAT ACTUEL DES HABITUDES THÉRAPEUTIQUES EN FRANCE, ÉVOLUTION POSSIBLE

Environ 9 millions de cas d'angine sont diagnostiqués annuellement en France, dont environ 8 (4,5 chez l'adulte et 3,3 chez l'enfant) donnent lieu à prescription d'antibiotiques. Compte tenu de la forte proportion d'angines virales, le nombre de traitements par antibiotiques prescrits pour angine à des patients sans infection bactérienne est d'au moins 5 millions. Le coût économique de ces prescriptions inutiles est d'environ 500 millions de francs. Les résultats d'enquêtes de prescription indiquent qu'à l'heure actuelle les angines sont traitées de manière très variée et que les traitements sont loin d'être toujours suivis jusqu'à leur terme.

Dans l'objectif principal de limiter l'extension de la résistance bactérienne, mais aussi les dépenses inutiles, le jury se prononce pour une modification de la prise en charge des angines visant à ne traiter par antibiotiques que les angines streptococciques. Pour les autres, il est souhaitable de se contenter de traitements antalgiques et antipyrétiques. Les préparations locales contenant des antibiotiques ne doivent pas être utilisées.

Pour permettre une telle attitude thérapeutique, il faut pouvoir différencier les angines streptococciques de celles qui ne le sont pas :

- la clinique ne permet pas de le faire avec une sensibilité satisfaisante,
- la recherche de streptocoque A par culture de prélèvement pharyngé est rarement pratiquée en France en raison de son coût, des difficultés de mise en œuvre et d'intégration des résultats dans la chronologie de la prise en charge des angines,
- la pratique au cabinet même du prescripteur d'un test permettant de sélectionner en quelques minutes les patients atteints d'angine à streptocoque A serait la solution la plus satisfaisante. De tels tests qui ne sont pas

encore utilisés en France, sont de maniement simple et ont une sensibilité comprise entre 80 et 90 % et une spécificité de l'ordre de 97 %.

Des estimations prudentes montrent que la pratique généralisée de tels tests pour les angines de l'adulte de plus de 25 ans (donc sans risque de RAA), offre annuellement un potentiel d'épargne écologique d'au moins 2 millions de traitements antibiotiques et un potentiel d'économie d'au moins 150 millions de francs, sous réserve que le choix des antibiotiques prescrits chez les patients ainsi sélectionnés fasse l'objet de recommandations et de pratiques appropriées.

Le jury préconise l'utilisation de ces tests dans toutes les angines. Chez l'adulte, il n'y a pas lieu de vérifier un test négatif. Par contre, chez l'enfant, il est recommandé, pour le moment, de contrôler les résultats négatifs par une culture. Ces recommandations impliquent d'intensifier l'évaluation des modalités et des conséquences de la pratique de tels tests. Ces évaluations doivent porter sur (a) les modalités de prise en charge économique (facturation, cotation, remboursement), (b) les modalités d'apprentissage en situation de terrain, (c) les performances de ces tests dans ces conditions d'application, (d) l'impact sur les attitudes thérapeutiques et (e) l'impact sur l'observance des traitements antibiotiques prescrits.

## RÉPONSE À LA QUESTION 4

### EXISTE-T-IL UNE PRÉVENTION POSSIBLE DES RHINOPHARYNGITES ET DES OTITES RÉCIDIVANTES ?

Les rhinopharyngites et les otites sont considérées comme récidivantes quand 3 épisodes surviennent dans une période de 6 mois.

**L'objectif de la prévention** est, en partant des facteurs de risque, d'essayer d'éviter la répétition d'épisodes aigus :

- pour prévenir les séquelles à long terme,
- pour calmer l'anxiété des parents,
- pour diminuer le coût engendré par les visites médicales, la chirurgie et les médicaments.

**Les facteurs de risques** reconnus sont l'absence d'allaitement maternel, le mode de garde en crèche collective et l'existence d'antécédents familiaux d'otites à répétition. Parmi les facteurs de risque locaux, la responsabilité de l'hypertrophie adénoïdienne est reconnue.

Par contre, le rôle nocif du tabagisme passif n'est pas prouvé en ce qui concerne l'otite récidivante. Les relations avec l'atopie ne sont pas démontrées. Il n'est pas mis en évidence de déficit en immunoglobulines. L'augmentation des IgE totales souvent constatée n'est pas spécifique. Le rôle du reflux gastro-oesophagien n'est pas démontré, que ce soit au cours des otites ou des rhinopharyngites récidivantes.

**Parmi les mesures de prévention, divers moyens médicaux ont été proposés.**

- Les immunomodulateurs malgré leur ancienneté n'ont pas fait l'objet d'essais contrôlés suffisamment vastes pour conclure à leur efficacité sur la fréquence des récurrences.

- Le traitement antibiotique prophylactique par l'amoxicilline ou le cotrimoxazole à faible dose pendant plusieurs mois, a fait la preuve de son efficacité, mais la résistance actuelle du pneumocoque empêche de conseiller cette pratique en France.

- Les anti-histaminiques n'ont pas été évalués.

- L'administration de fer est justifiée en cas de carence martiale prouvée.

- En ce qui concerne les vaccins, seuls les vaccins anti-pneumococciques non conjugués ont démontré une action favorable sur l'otite récidivante de l'enfant de plus de deux ans.

**Le traitement chirurgical ORL** repose sur l'adénoïdectomie et sur la pose d'aérateurs trans-tympaniques. La paracentèse n'a d'intérêt que pour l'examen bactériologique au cours d'une poussée d'OMA.

- L'indication de l'adénoïdectomie repose sur un faisceau d'arguments tenant compte de facteurs saisonniers, du nombre annuel d'OMA (jamais inférieur à trois épisodes), de la durée de l'hypoacousie, de l'échec des mesures médicales préventives, et de l'âge de l'enfant (jamais avant 1 an).

- La pose d'aérateurs trans-tympaniques est indiquée sur les mêmes arguments auxquels s'ajoute la persistance d'une otite séreuse. Elle peut être réalisée en même temps que l'adénoïdectomie ou peut être différée et réservée aux échecs de cette dernière. Un audiogramme pratiqué après la pose d'aérateurs trans-tympaniques permet de confirmer la récupération auditive.

**La prévention** des otites ou des rhinopharyngites récidivantes passe enfin par la modification de certaines conditions de vie de l'enfant.

- L'allaitement maternel doit être encouragé, même quelques semaines en raison de son rôle positif dans cette prévention.

- La mise en collectivité avant l'âge de six mois est également un facteur de risque surtout en période hivernale. En cas d'échec des mesures préventives préconisées contre les rhinopharyngites ou les otites

récidivantes chez un nourrisson vivant en collectivité, le changement de mode de garde sera envisagé.

- Le tabagisme familial doit être découragé même si sa responsabilité n'est pas prouvée dans le cas des otites récidivantes.

**L'éducation des familles** doit aller de pair avec une attitude rassurante, la progression en âge de l'enfant laissant espérer une résolution spontanée du caractère récidivant. L'objectif est de passer un cap difficile en évitant d'éventuelles séquelles auditives.

