

**ANTIBIOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE EN  
PRATIQUE COURANTE DANS LES INFECTIONS  
RESPIRATOIRES HAUTES ET BASSES**

**Actualisation des Recommandations de l'AFSSAPS – 2005**

**Christian Perronne**

**Infectiologie**

**Université de Versailles**

**Hôpital Raymond Poincaré – AP-HP Garches**

**pour le Groupe de Travail AFSSAPS**

## Groupe de Travail AFSSAPS

---

### **Nous remercions :**

- R. AZRIA
- B. BARRY
- D. BENHAMOU
- J.D. CAVALLO
- C. CHIDIAC
- R. COHEN
- P. DEUTSCH
- N. DUMARCET
- T. GALPERINE
- V. IZARD
- N. LABOURET
- C. MAYAUD
- C. OLIVIER
- I. PELLANNE
- C. PERRONNE
- P. PETITPRETZ
- J.M. POLONOVSKI
- H. PORTIER
- B. QUINET
- E. VARON
- A. WOLLNER

# **L'ANTIBIOTHERAPIE AMBULATOIRE EN 2005**

- **Les antibiotiques, ce n'est pas automatique !**
- **Prescriptions à la baisse**
- **Début de baisse de la résistance du pneumocoque**
- **Flambée de la résistance du streptocoque A aux macrolides et kétolides**

# Allergie aux bêta-lactamines

## Allergie aux céphalosporines

## Allergie aux pénicillines

### Allergie sévère

Réaction précoce avec signes de gravité : malaise, hypotension, diarrhée, vomissements, érythème diffus, prurit, urticaire, angio-œdème, bronchospasme, trouble du rythme cardiaque

### Allergie bénigne

Réaction tardive sans signes de gravité.

**Contre-indication des pénicillines et des céphalosporines**

Avis en allergologie

**Possibilité de prescrire une céphalosporine**

Avis en allergologie.

**Si tests cutanés négatifs : possibilité de prescrire une pénicilline ultérieurement**

**INFECTIONS RESPIRATOIRES**

**HAUTES**

# Rhino-pharyngite aiguë

- Origine virale
  - traitement symptomatique
- L'écoulement nasal puriforme et/ou la fièvre n'impliquent pas une infection bactérienne
- L'antibiothérapie n'est pas recommandée  
( réévaluer si fièvre élevée persistant plus de 3 jours )

# Angines



# ANGINE

- Mise en place des tests de diagnostic rapide (TDR)  
du streptocoque A

- Streptocoques A :

  - Augmentation de la résistance aux macrolides :

  - 16 à 31 %

  - Télithromycine touchée par ce mécanisme de  
résistance



# Angines

## Quels antibiotiques ?

- Référence historique : Pénicilline V (Oracilline®) : 10 jours  
n'est plus recommandée
- Privilégier les pénicillines en traitement court  
1ère intention
  - **Amoxicilline :** **6 jours**  
Adulte : 2 g/jour  
Enfant > 3 mois : 50 mg/kg/jour en deux prises

# ANGINES

**Antibiotiques de 2ème intention en cas d'allergie  
bénigne aux pénicillines sans contre-indication aux  
céphalosporines :**

- Céfuroxime – axétil (Zinnat®) : 4 jours**
- Cefpodoxime – proxétil (Orelox®) : 5 jours**
- Céfotiam – hexétil (Takétiam®) : 5 jours (adultes)**

# ANGINES

**Antibiotiques de 3ème intention en cas d'allergie sévère aux pénicillines ou d'allergie aux céphalosporines**

**Soit : Pristinamycine ( Pyostacine® )**

- **Adultes et enfants > 6 ans, au moins 8 jours (accord professionnel)**

**Soit, après prélèvement de gorge pour culture + antibiogramme : macrolide ou kétolide**

- . **Azithromycine (Zithromax®) : 3 jours**
- . **Clarithromycine (Zéclar®) : 5 jours**
- . **Josamycine (Josacine®) : 5 jours**
- . **Télithromycine (Kéték®) : 5 jours (adultes et enfants > 12 ans)**

# **OTITE MOYENNE AIGUE**

# Otite moyenne aiguë :

- **OMA congestive**
- Tympan congestifs sans épanchement
- ( congestion, avec reliefs normaux sans bombement )
  
- **Pas d'antibiothérapie**



# Otite moyenne aiguë :

- **OMA purulente**
- **< 2 ans : Antibiothérapie**
- **> 2 ans**
  - **Symptomatologie bruyante : Antibiothérapie**
  - **Peu symptomatique : Possiblement pas d'antibiotique ( surveillance )**



# OMA purulente : quels antibiotiques ?

Bactéries habituelles :      Pneumocoque  
*Haemophilus influenzae*  
*Branhamella catarrhalis*

Antibiotiques de 1ère intention :  
Amoxicilline-clavulanate ( Augmentin\* )  
Cefpodoxime-proxétil ( Orelox\* )  
Céfuroxime-axétil ( Zinnat\* )

# OMA PURULENTE

**Antibiotiques en cas d'allergie bénigne aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines**

- **Cefpodoxime – proxétil ( Orélox<sup>®</sup> )**
- **Céfuroxime – axétil ( Zinnat<sup>®</sup> )**



# OMA PURULENTE

**Antibiotiques en cas d'allergie sévère aux pénicillines ou d'allergie aux céphalosporines**

- **Enfant < 6 ans**

**Erythromycine – sulfafurazole ( Pédiazole<sup>®</sup> )**

**( risque d'échec bactériologique élevé )**

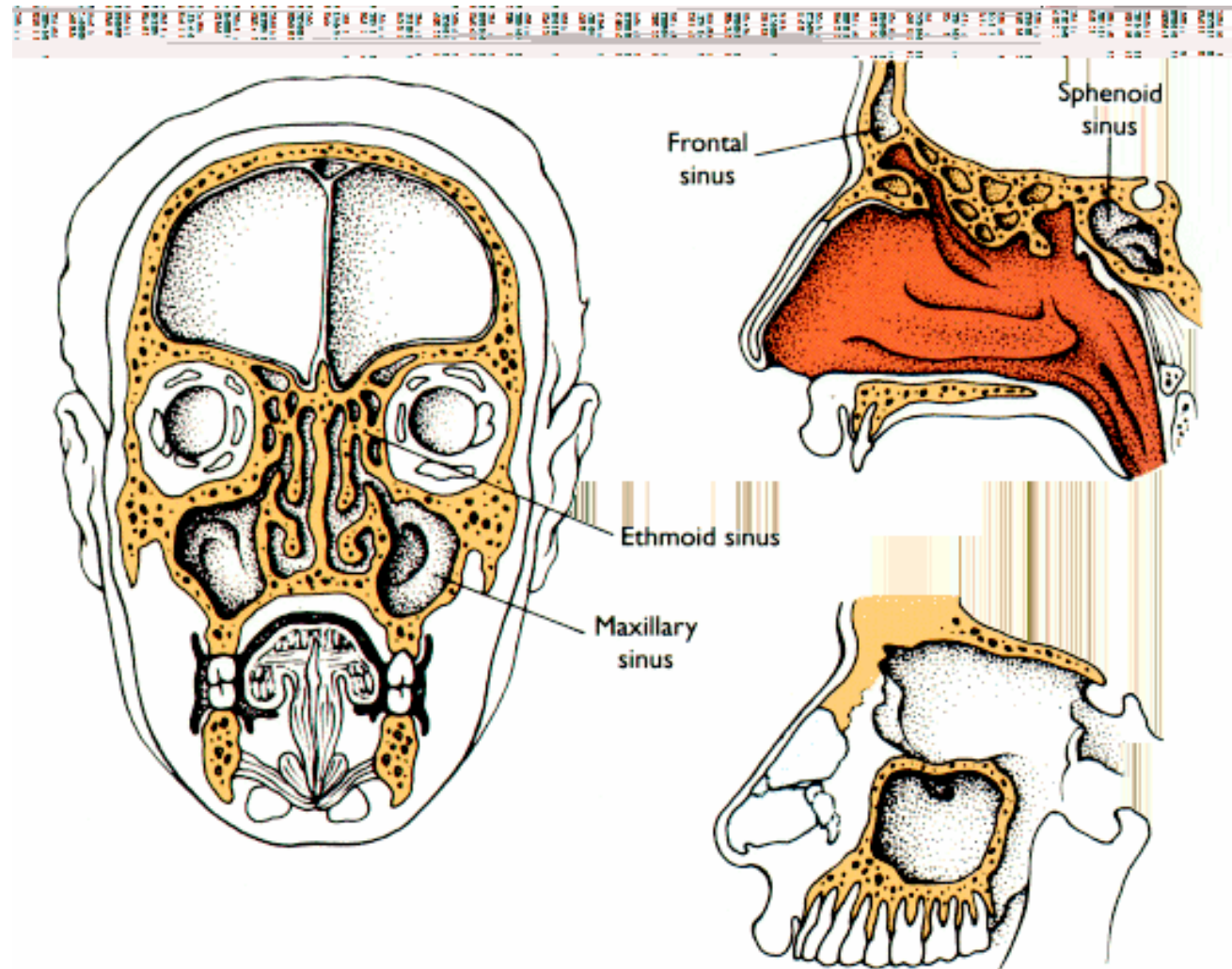
- **Enfant <sup>≥</sup> 6 ans**

**Pristinamycine ( Pyostacine<sup>®</sup> )**

# OMA purulente : en cas d 'échec

- Paracentèse : recherche d'un PSDP
- Ceftriaxone ( Rocéphine\* ) en IM :  
50 mg/kg x 3 jours
- ou Amoxicilline ( Clamoxyl\* ) à forte dose :  
150 mg/kg/j per os

# Sinusites aiguës (S.A.) de l'enfant



- Ethmoïdales : 6 mois à 5 ans
- Maxillaires : après 3 ans
- Frontales : après 10 ans

# Ethmoïdite aiguë purulente de l'enfant :

- Bactéries en cause :
- *Haemophilus influenzae* b ( vaccin )
- *Staphylococcus aureus*
- *Streptococcus pneumoniae*
  
- Urgence +++ Hospitalisation

# Sinusite aiguë purulente de l'enfant : Indications de l'antibiothérapie

## Aiguë sévère

- Antibiothérapie d'emblée

## Subaiguë

- Antibiothérapie d'emblée\*

ou

- Après traitement symptomatique

( réévaluation à 3 ou 4 jours )

**\*Notamment chez patients à risque :  
asthme, cardiopathie, drépanocytose.**

# **Sinusite aiguë purulente de l'enfant : Antibiothérapie de 1ère intention**

- **Amoxicilline/clavulanate ( Augmentin\*)**

80 mg/kg/jour d'amoxi en 3 prises (maxi 3 g/j)

- **Cefpodoxime-proxétil ( Orelox\* )**

- **Pristinamycine ( Pyostacine\* ) :**

- Enfant > 6 ans

- En cas d'allergie aux  $\beta$ -lactamines

**Durée 7 à 10 jours**

# Sinusite aiguë de l'adulte

- L'antibiothérapie n'est pas indiquée d'emblée

( rhinosinusite aiguë congestive )

- Antalgiques et antipyrétiques

- **En cas de sinusite aiguë purulente**

- **amoxicilline clavulanate ( Augmentin\* )** 7 à 10 jours

- SA maxillaire : 2 à 3 g/j d'amoxi

- Autres SA : 3 g/j d'amoxi

- **céfuroxime-axétil ( Zinnat\* ) ; cefpodoxime-proxétil (Orelox\* ) ; céfotiam-hexétil ( Takétiam\* )** 5 jours

- **Pristinamycine (Pyostacine\*)** 4 jours

- Télithromycine (Kétek\*)** 5 jours

- notamment en cas d'allergie aux  $\beta$ -lactamines

# Sinusite aiguë de l'adulte

Les fluoroquinolones actives sur le pneumocoque  
(lévofloxacin, Tavanic\* ; moxifloxacin, Izilox\*)

7 jours

doivent être réservées :

- aux situations cliniques les plus sévères et susceptibles de complications graves ( sinusite frontale ou sphénoïdale )
- ou en cas d'échec d'une première antibiothérapie dans les sinusites maxillaires
- In vitro : supériorité de la moxifloxacin sur le pneumocoque



**INFECTIONS RESPIRATOIRES**

**BASSES DE L'ADULTE**

## **BRONCHITE AIGUE**

- **Virale ( dans la grande majorité des cas )**
- **Contexte épidémique**
- **Toux : « normal »**
- **Expectoration puriforme : « normal »**
- **Fièvre modérée ou élevée (> 38,5°)**

**PAS D' ANTIBIOTHERAPIE**

# PNEUMONIE

## Mode d'installation le 1er jour ?

- Brusque : pneumocoque
- Plus progressif (en 2 ou 3 jours) : bactérie atypique
  - *Mycoplasma pneumoniae*
  - *Chlamydia pneumoniae* contexte épidémique
  - *Legionella pneumophila*,

Patient surveillé

jamais seul

observance

- Réévaluation à 48 heures +++
- Hospitalisation si problème

# Stratégie AB ambulatoire au cours d'une pneumonie communautaire de l'adulte sans signe de gravité

SUJET SAIN

Suspicion de  
Pneumocoque  
( début brusque )

Amoxicilline per os  
 $\geq 3$  g/j

Échec

Macrolide per os ou  
Télithromycine ou  
Pristinamycine ou  
Fluoroquinolone anti-  
pneumo ( moxifloxacine  
> lévofloxacine )

Doute entre :  
pneumocoque et germes  
atypiques

Amoxicilline per os  $\geq 3$  g/j  
ou télithromycine  
ou pristinamycine

Échec

HOPITAL  
si signes de gravité,  
complications ou échec  
après modification de  
l'antibiothérapie

Suspicion de germes atypiques  
( installation progressive,  
foyer épidémique )

Macrolide per os

Échec

Amoxicilline per os  
ou Télithromycine  
ou Pristinamycine  
ou Fluoroquinolone anti-  
pneumo ( moxifloxacine  
> lévofloxacine )

Échec

# Stratégie AB ambulatoire au cours d'une pneumonie communautaire de l'adulte sans signe de gravité

Sujet avec facteur de risque de mortalité

Céphalosporine de 3ème génération IV/IM  
ou Amoxicilline – acide clavulanique  
ou Fluoroquinolone anti-pneumo  
( moxifloxacine > lévofloxacine )

HOPITAL

Si signes de gravité, complications ou échec  
après modification de l'antibiothérapie

## INDICATIONS DE L'ANTIBIOTHERAPIE DANS LES EXACERBATIONS DE BRONCHITE CHRONIQUE

- B.C. simple ( BPCO stade 0 )

( VEMS / CV > 70 %, Absence de dyspnée d'effort )

- Pas d'antibiotique
- Surveillance

## INDICATIONS DE L'ANTIBIOTHERAPIE DANS LES EXACERBATIONS DE BRONCHITE CHRONIQUE

- B.C. obstructive modérée ( BPCO stades 1 et 2 )  
( VEMS / CV < 70 %, VEMS > 30 %,  
Dyspnée d'effort au Stade 2 )
- **Antibiothérapie si :**
  - **expectoration franchement purulente verdâtre**
- **D'autant plus si :**
  - **augmentation du volume de l'expectoration**
  - **ou augmentation de la dyspnée**

## INDICATIONS DE L'ANTIBIOTHERAPIE DANS LES EXACERBATIONS DE BRONCHITE CHRONIQUE

- B.C. obstructive sévère ( BPCO stade 3 )

( VEMS / CV < 70 %, VEMS < 30 %,

Dyspnée de repos, ± Hypoxémie de repos )

- **Antibiothérapie systématique**



## TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DES EXACERBATIONS DE BRONCHITE CHRONIQUE

- Quelles bactéries sont en cause ?
  - ***Streptococcus pneumoniae***
    - possiblement de sensibilité diminuée aux bêta-lactamines ( PLP )
  - ***Haemophilus influenzae*** (  $\pm$  pénicillinase, parfois PLP )
  - ***Branhamella catarrhalis*** (  $\pm$  pénicillinase )

## CHOIX DES ANTIBIOTIQUES DANS LES EXACERBATIONS DE BRONCHITE CHRONIQUE

- B.C. obstructive modérée ( BPCO stades 1 et 2 )

( **VEMS / CV < 70 %**, **VEMS > 30 %**,

Dyspnée d 'effort au Stade 2 )

**1. 1. Pristinamycine ( Pyostacine\* )**

**2. 2. Télithromycine ( Kétek\* )**

**3. 3. Macrolide**

**4. 4. Amoxicilline (  $\geq 3$  grammes / j )**

## CHOIX DES ANTIBIOTIQUES DANS LES EXACERBATIONS DE BRONCHITE CHRONIQUE

- **B.C. obstructive sévère ( BPCO stade 3 )**  
( VEMS / CV < 70 %, VEMS < 30 %, Dyspnée de repos,  $\pm$  Hypoxémie de repos )
- **OU : Exacerbations fréquentes (  $\geq 4$  par an )**  
**Corticothérapie systémique au long cours**  
**Comorbidités, antécédents de pneumonie**
- **Amoxicilline - acide clavulanique ( Augmentin\* )**
- **C2G :** Céfuroxime-axétil ( Zinnat\* )
- **C3G :** Cefpodoxime-proxétil ( Orelox\* )  
Céfotiam-hexétil ( Taketiam\* )
- **FQ anti-pneumo :**
  - Lévofloxacine ( Tavanic\* )
  - Moxifloxacine ( Izilox\* ) plus active in vitro sur pneumocoque

## TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DES EXACERBATIONS DE BRONCHITE CHRONIQUE

- **En cas d 'échec**
  - ECBC avec recherche de *Pseudomonas*
  - Radiographie thoracique

# IRB de l'enfant : Pneumonies

Tableau  
clinique

- Fièvre d'apparition brusque
- Altération de l'état général
- Douleur thoracique
- Opacité systématisée à la radiographie thoracique

**Tableau prédominant  
avant 3 ans**

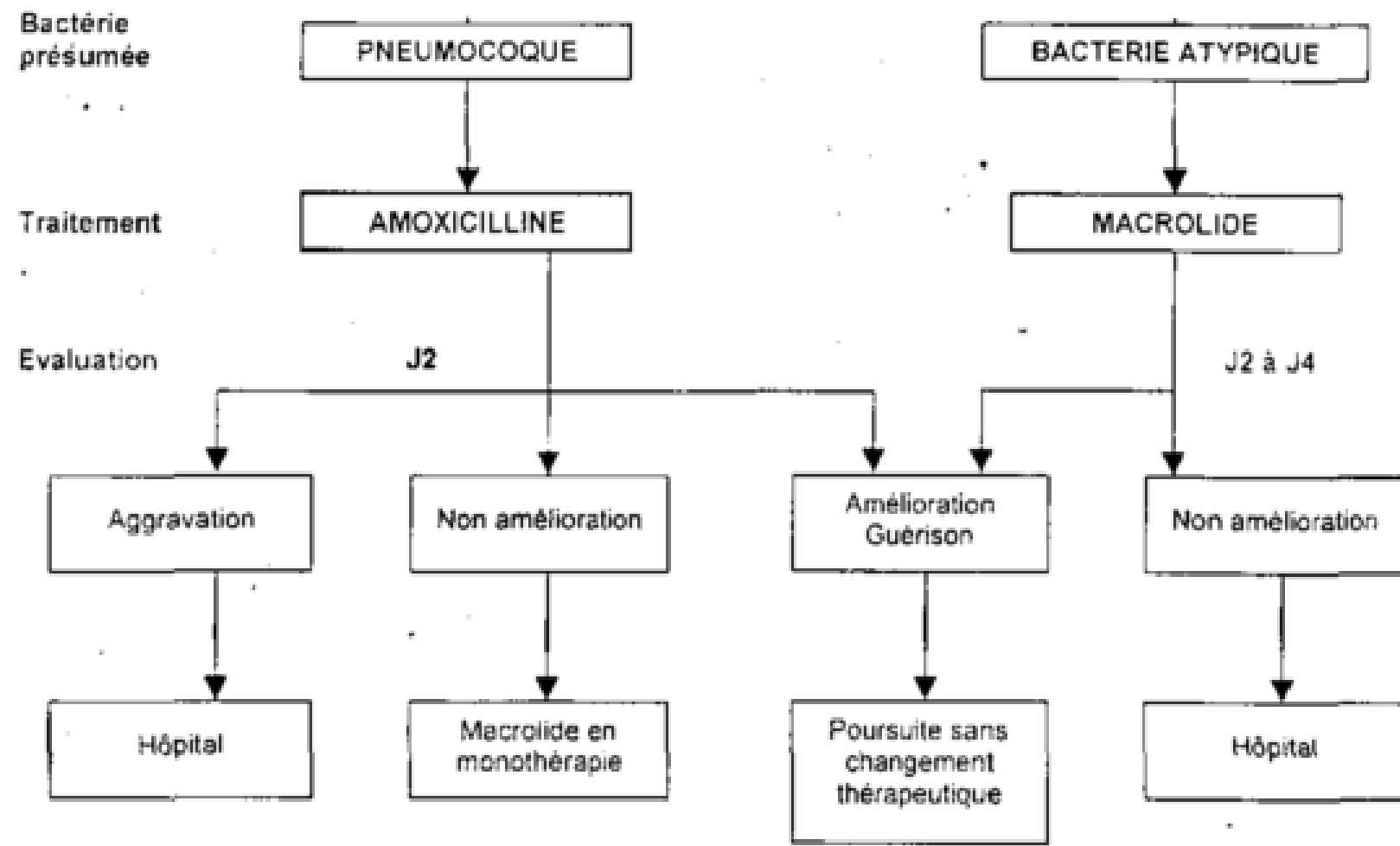
- Début progressif
- Toux pénible durable
- Etat général moins altéré
- Signes extra-pulmonaires (myalgies, éruption cutanée)

**Tableau prédominant  
à partir de 3 ans**

Bactérie  
présumée

**PNEUMOCOQUE**

**BACTERIE ATYPIQUE**



Durée de traitement

Pneumocoque : 10 jours

Bactérie atypique : au moins 14 jours

# Infections respiratoires basses de l'enfant

## BRONCHIOLITES AIGUES

- **Antibiothérapie initiale inutile**
- **Indications au cas par cas**
  - Fièvre élevée > 38,5 °C au delà de 3 jours
  - OMA purulente
  - Pneumonie ou atélectasie (radio)
- **Si indication**
  - Amoxicilline-acide clavulanique
  - Céfuroxime-axétil (Zinnat®)
  - Cefpodoxime-proxétil (Orelox®)

# **Infections respiratoires basses de l'enfant**

## **BRONCHITES AIGUES**

- **Pas d'antibiotique**
- **Si fièvre élevée  $> 38,5$  °C au delà de 3 jours:**
  - rechercher
    - **une complication**
    - **une autre cause**



# PNEUMONIES

- **Allergie bénigne aux pénicillines, sans allergie aux céphalosporines**

**Ceftriaxone IM ou IV**

- **Allergie sévère aux pénicillines ou allergie aux céphalosporines**
  - enfant  $\geq 6$  ans avec pneumonie sans signes de gravité et sans vomissements : **Pristinamycine ( Pyostacine<sup>®</sup> )**
  - autres cas : **Hospitalisation**

## Groupe de Travail AFSSAPS

---

### **Nous remercions :**

- R. AZRIA
- B. BARRY
- D. BENHAMOU
- J.D. CAVALLO
- C. CHIDIAC
- R. COHEN
- P. DEUTSCH
- N. DUMARCET
- T. GALPERINE
- V. IZARD
- N. LABOURET
- C. MAYAUD
- C. OLIVIER
- I. PELLANNE
- C. PERRONNE
- P. PETITPRETZ
- J.M. POLONOVSKI
- H. PORTIER
- B. QUINET
- E. VARON
- A. WOLLNER