

ANTIBIOTIQUES EN ORL

Grande Journée de Namur 16/11/2024

Dr Chloé Boute
CHU UCL Namur, site de Sainte Elisabeth

Avec l'aide précieuse du Pr Tuerlinckx

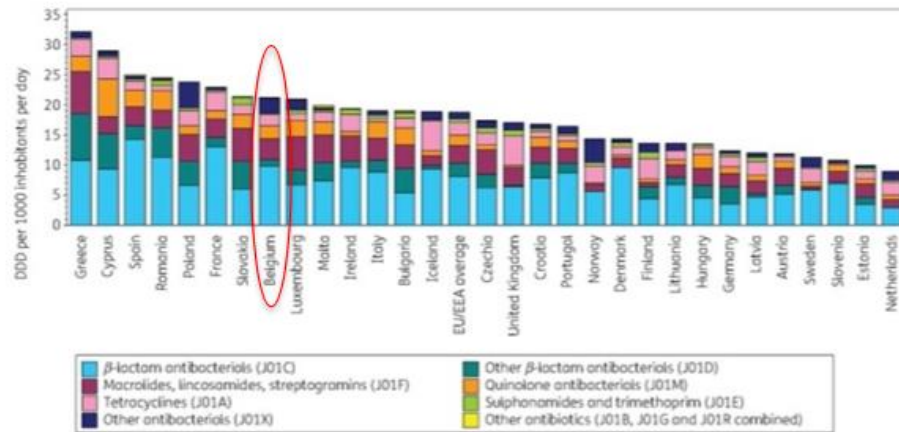
AB en Belgique

J Antimicrob Chemother 2021; **76** Suppl 2: ii7-ii13
doi:10.1093/jac/dkab172

Journal of
Antimicrobial
Chemotherapy

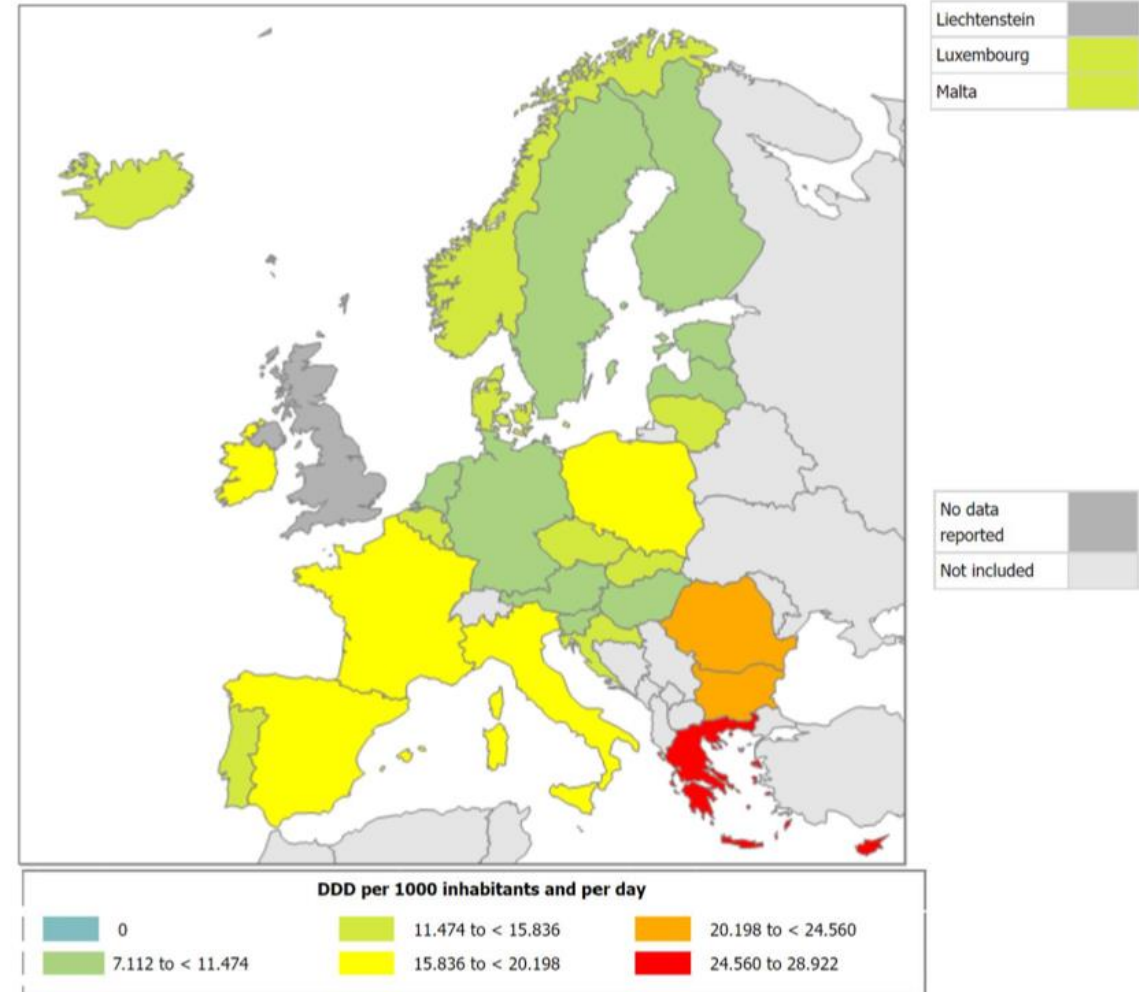
Consumption of antibiotics in the community, European Union/European Economic Area, 1997–2017

Robin Bruyndonckx^{1,2*}, Niels Adriaenssens^{1,3}, Ann Versporten¹, Niel Hens^{2,4}, Dominique L. Monnet⁵, Geert Molenberghs^{2,6}, Herman Goossens¹, Klaus Weist⁵ and Samuel Coenen^{1,3} on behalf of the ESAC-Net study group†



Consumption of antibiotics (ATC J01) in the community, expressed in DDD (ATC/DDD index 2019) per 1000 inhabitants per day, 30 EU/EEA countries 2017. For Czechia, 2015 data are used. For Slovakia, 2016 data are used. For Cyprus and Romania, total care data, i.e. community and hospital sector combined, are used. For Ireland, nitrofurantoin (J01XE01) consumption is not included. For Slovenia, sulphonamide and trimethoprim (J01E) consumption is not included.

Consumption of Antibacterials for systemic use (ATC group J01) in the community (primary care sector) in Europe, reporting year 2020



Cyprus, Czechia provided only total care data.

Indications des antibiotiques chez l'enfant

u US: Vaz et al Pediatrics 2014

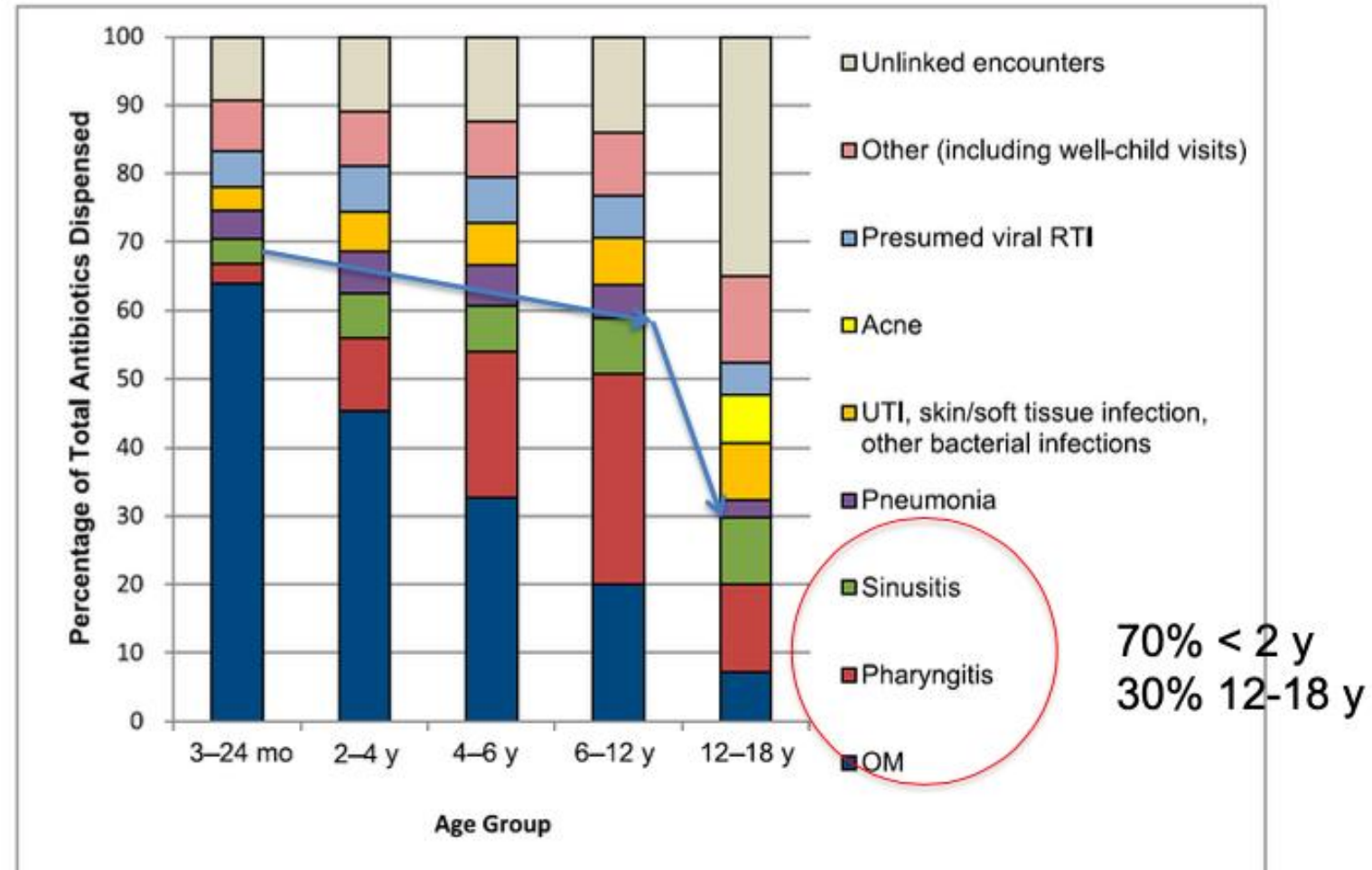


FIGURE 2

Distribution of diagnoses and antibiotic prescriptions in 2009–2010 among 3 health plans. UTI, urinary tract infection.

Antibiotiques chez l'enfant, extrahospitalier, Belgique

- u Belgique : Plus de 50% de 1 à 6 ans : ≥ 1 AB/an
- u IVRS = principale prescription antibiotique
 - u OMA préscolaire puis pharyngite
- u Groupe Cible: ≤ 4 ans



Comité d'évaluation des
pratiques médicales en matière
de médicaments

Réunion de consensus – 2 juin 2016

**L'usage rationnel des
antibiotiques chez l'enfant en
ambulatoire**

- u CONFERENCE de CONSENSUS INAMI 2016: Usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire

Infections des voies aériennes supérieures

OTITES

OMA

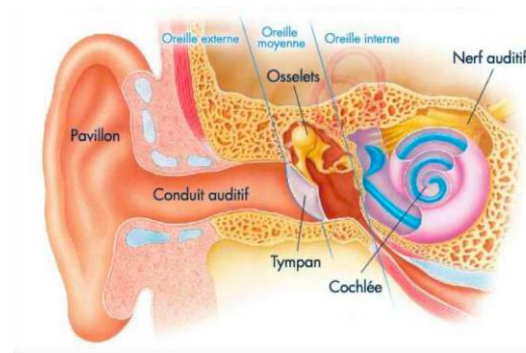
(Otites externes)

RHINOSINUSITES

PHARYNGITES-ANGINES

OTITES

Types d'otites Moyennes

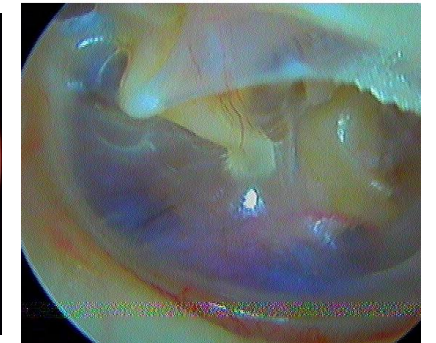
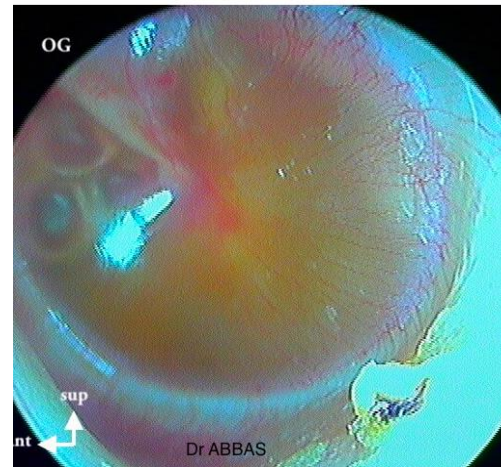


AIGUE

avec
EFFUSION -
SEREUSE

SERO-
MUQUEUSE

CHRONIQUE



Otite Moyenne Aigue - OMA



Le tympan aux trois stade de l'otite purulente

OMA: généralités

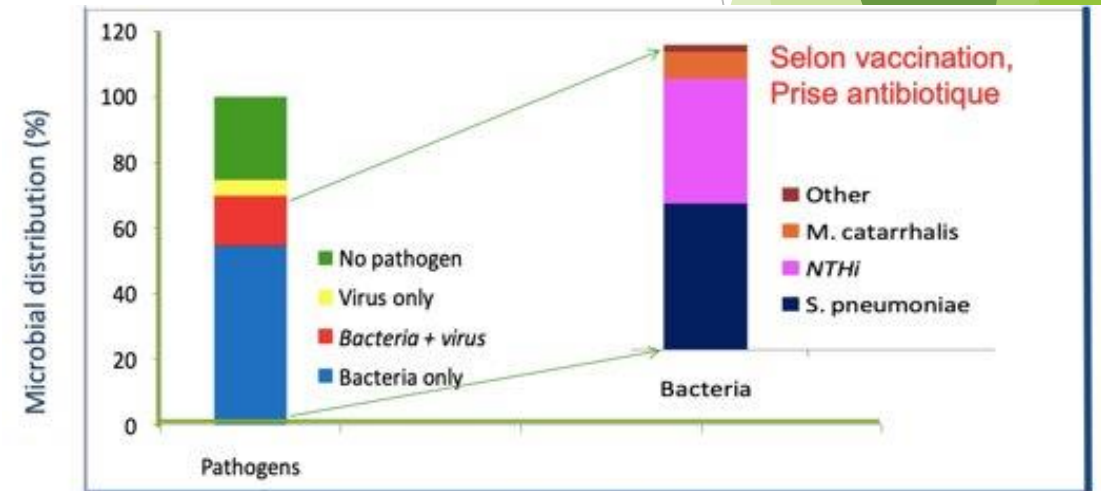
- u Plus de 80% des enfants auront ≥ 1 OMA < 3 ans
- u 40% auront ≥ 6 récurrences jusqu'à l'âge de 7 ans
- u 20% viral - 80% bactérien (strepto + HI ++), souvent combiné
- u 65.000 épisodes/ an en Belgique (KCE)

u T° - Otalgie- irritabilité - troubles du Sommeil

u + Anomalie Otoscopique franche

u Ecarlate ou blanc

u Bombant



Bacterial distribution may vary over time and location

Traitement AB dans OMA : Quand?

- u < 6 mois: **D'emblée**
- u 6 à 24 mois: souvent, ttmt AB pas indiqué...
 - u **OMA bilatérale, otorrhée, symptômes sévères**
 - u **Différer de 48 à 72h** : donner prescription aux parents ou nouveau contact
 - u Evite délivrance AB dans 62 à 82% des cas (Venekamp 2015)
 - u Pas d'augmentation durée symptômes ni récurrences OMA
- u A tout âge:
 - u Infection **Sévère** (AEG, $T^{\circ} > 39^{\circ}$, hyperalgique ++)
 - u + Otorrhée sur perforation (!! Si DTT: traitement local)
 - u Haut risque: Immunodéficiences, T21, fente LP, fuite LCR, anatomie
 - u Après 72h R/ symptomatique sans amélioration → **PRESCRIPTION DIFFEREE!**

+ OTOSCOPIE EVIDENTE:
Bombant, BLANC OU ROUGE



Otite moyenne aiguë

Adapté en mai 2024

Une otite moyenne aiguë est causée tant par des virus que par des bactéries.

L'infection dure environ une semaine et la plupart des enfants vont mieux après 3 jours sans antibiotiques. Les antibiotiques ne semblent pas contribuer à réduire les complications graves (rares).

Les antibiotiques ne sont donc généralement pas indiqués en cas d'infection aiguë de l'oreille moyenne (GRADE 1A).

Les antibiotiques oraux peuvent raccourcir la durée de la douleur et de la fièvre dans les cas suivants (GRADE 2A) :

1. otite moyenne aiguë bilatérale chez les enfants de moins de 2 ans
2. écoulement dû à la perforation spontanée du tympan

Les antibiotiques locaux peuvent raccourcir la durée de l'écoulement de l'oreille en cas d'écoulement de l'oreille avec des aérateurs transtympaniques.

Les antibiotiques oraux sont indiqués dans les cas suivants (GRADE 1C*) :

1. risque plus élevé de complications (nourrissons de moins de 6 mois, présence d'anomalies anatomiques dans la zone ORL (telles que fente palatine ou syndrome de Down), antécédents de chirurgie de l'oreille (sauf les aérateurs transtympaniques), immunosuppression
2. altération sévère de l'état général
3. absence d'amélioration de la fièvre et/ou de la douleur après 3 jours de traitement au paracétamol à une dose et une fréquence suffisamment élevées

En raison du peu d'études sur l'adulte, les recommandations disponibles pour les enfants sont extrapolées aux adultes.

Traitement antimicrobien oral

Premier choix

- **amoxicilline**

Enfant : 75-100 mg/kg par jour en 3 prises pendant 5 j.

Adulte : 3 x 1 g par jour pendant 5 j.

Si aucune amélioration n'est notée après 2 à 3 jours :

la moitié de la dose journalière totale d'amoxicilline est remplacée par de l'**amoxicilline + acide clavulanique** :

Enfant* : 75-100 mg/kg d'**amoxicilline** par jour en 3 prises, dont 37,5 à 50 mg/kg/j. d'**amoxicilline** sous forme d'une préparation monocomposée et 37,5 à 50 mg/kg/j. d'**amoxicilline** en association à l'**acide clavulanique** (9 à 12,5 mg/kg/j).

Adulte : 3 g d'**amoxicilline** par jour en 3 prises, dont 1,5 g d'**amoxicilline** sous forme d'une préparation monocomposée et 1,5 g d'**amoxicilline** en association à l'**acide clavulanique** (500 mg/125 mg)*

*Pour les enfants, l'association amoxicilline/acide clavulanique disponible sur le marché contient une dose d'amoxicilline trop faible pour être efficace contre le pneumocoque.

*Pour les adultes, le remplacement par la forme 875 mg d'amoxicilline/125 mg d'acide clavulanique disponible sur le marché est une alternative possible.

En cas d'allergie à la pénicilline non IgE médiée

- **céfuroxim axétil**

Enfant : 30-50 mg/kg par jour en 3 prises pendant 5 j.
maximum 3x500 mg/jour*

Adulte : 1500 mg par jour en 3 prises pendant 5 j.*

*En raison de la faible disponibilité biologique et de la courte demi-vie, une posologie différente de celle du résumé des caractéristiques du produit a été choisie.

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline IgE médiée

Enfant : **azithromycine** 10 mg/kg par jour en 1 prise, pendant 3 j.

Adulte : **moxifloxacin** 400 mg par jour en 1 prise pendant 5 j.

Compte tenu de la résistance accrue du pneumocoque aux macrolides (16%), il est recommandé d'orienter les enfants gravement malades présentant une allergie à la pénicilline IgE médiée vers un traitement intraveineux.

Un écoulement par les aérateurs transtympaniques s'arrête généralement sans traitement. Par rapport à une politique attentiste ou à l'utilisation d'antibiotiques oraux, les antibiotiques locaux peuvent raccourcir la durée de l'écoulement (GRADE 2B).

Traitement antimicrobien local

Le traitement par gouttes antibiotiques auriculaires est poursuivi jusqu'à ce que le patient se réveille l'oreille sèche et propre le matin.

- **ciprofloxacine** gouttes auriculaires 3 à 4 gouttes, 2 à 4 fois par jour

En présence d'aérateurs transtympaniques, l'administration de gouttes auriculaires contenant une quinolone peut être associée à un risque accru de perforation du tympan. Les gouttes auriculaires contenant un aminoglycoside (tel que la néomycine, la framycétine, la gentamycine, la tobramycine), associé ou non à la polymyxine B, ne doivent pas être utilisées en raison de leur effet ototoxique.

Concrètement...

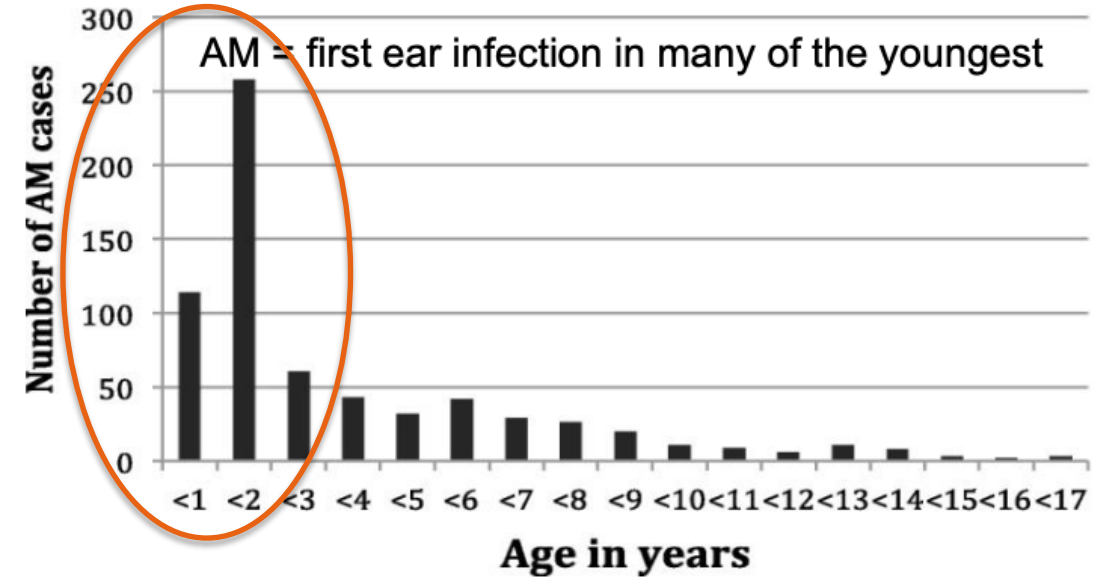
- u 1^{er} CHOIX = clairement Amoxicilline Haute dose! 80-100 mg/kg en 3x, 5 jours
- u Si persistance à 48h/récidive précoce: possible NTHi résistant (50%)!!
 - u Amoxicilline 37,5 à 50 mg/kg + Amoxiclav 37,5 à 50 mg/kg
 - u Céfuroxime 50 mg/kg en 3x (goût...)
- u Si persistance ... envisager Paracéthèse? Rocéphine IM 3 doses?
- u Allergie Pénicilline non IgE médiée : Céfuroxime (30-50 mg/kg/j en 3x, max 500 mg 3x)
- u Allergie Penicilline IgE dédiée: Azithromycine (enfant), Moxifloxcine (adulte) **!!!** Résistances...

Complications aiguës OMA

- u Intracrâniennes: abcès cérébral, méningite
- u Extracrâniennes: **Mastoïdite**, Paralyse faciale

u **MASTOÏDITE:**

- u OMA + Bombement/rougeur rétro-auriculaire
- u Incidence plus élevée <2-3ans
- u Pas ATCDS particulier
- u Germes: **SBHGA** >>> SP >> NTHi
- u Complications: abcès épidural, cérébral, sous-périosté, thrombose sinus sigmoïde
- u Traitement: AB IV +/- paracenthèse, DTT, mastoïdectomie



Groth et al IJPO 2012-0-16 y-489 cases-Sweden-1993-2007



Les AB préviennent-ils les complications?

How many children with AOM have to be treated to prevent 1 child from developing mastoiditis ?

TABLE 2 Number of Otitis Media Episodes Needing Antibiotic Treatment to Prevent 1 Child From Developing Mastoiditis Stratified According to Age Group

Age Group, y	Antibiotic Treatment	OM Episodes (n = 1 182 272)	Mastoiditis (n = 288)	Risk of Mastoiditis/ 10 000 OM	Risk Difference (95% CI)	NNT
<2	Treated	191 728	20	1.0	1.0 (0.2–2.2)	9970
	Untreated	68 411	14	2.0	—	—
2–5	Treated	338 939	29	0.9	0.6 (0.06–1.3)	16 051
	Untreated	155 583	23	1.5	—	—
6–10	Treated	181 042	49	2.7	2.6 (1.0–4.1)	3855
	Untreated	111 302	59	5.3	—	—
11–15	Treated	80 914	41	5.1	4.7 (1.6–7.7)	2135
	Untreated	54 353	53	9.8	—	—
Total	Treated	792 623	139	1.8	2.0 (1.4–2.8)	4831
	Untreated	389 649	149	3.8	—	—

Antibiotics halve the risk of mastoiditis, NNT +++

Thompson P. Pediatrics 2009

Antibiotiques dans OMA

- u ↓ douleur à 2-3 jours (NTT = 20) (pas d'effet à 24h)
- u Diminution perforation tympanique et atteinte controlatérale
- u Pas assez de complications pour juger effet antibio
- u Nécessité traiter milliers de patients pour réduire risque complication
- u Effets secondaires des AB!

- u **Bénéfice < 2 ans avec atteinte bilatérale ou OMA avec perforation**

- u Antibiotic use for AOM in children - Cochrane review 2004 - AB VS Placebo
- u Antibiotic use in children with AOM: meta-analysis of 6 studies (n=1643) Rovers Lancet 2006

Traitement local si otorrhée?

- u FROTTIS souvent recommandé
- u Pourquoi pas... si otorrhée et enfant en bon état général (>2 Ans)? (Propreté)
- u Comme traitement SEUL si otorrhée purulente sur **aérateurs transtympaniques**



- u Nettoyage à l'eau Oxygénée 3%
- u CILOXAN® (+/- MAXIDEX® si inflammatoire)
- u DE ICOL®
- u Isobétadine®



- u Alcool
- u Anesthésiant locaux Lidocaïne (Otipax®, Panotile®)
- u Aminoside : Neomycine (Polydexa®, Panotile®)

OTOTOXICITE

Prévenir les OMA

- u Allaitement maternel
- u Vaccination Pneumocoque - Vaccination antigrippale (?)
- u Limiter les facteurs de risque:
 - u Tabagisme passif
 - u Exposition à de nombreux enfants < 2 ans (moins de portage SP et NTHi, diminution infections virales)
 - u Biberon en position couchée
 - u Identifier reflux, hypertrophie adénoïdienne, allergies
- u Probiotiques? Pas utiles chez enfants déjà sujets aux OMA*
- u Soins de nez doux
- u **mouchage!!! Stimuler ++ dès 18 mois!**

Recommandation 16

La vaccination antigrippale diminue de façon significative l'incidence des OMA. Toutefois, les données actuelles ne permettent pas de recommander une vaccination antigrippale chaque année pour diminuer la fréquence des otites moyennes aiguës chez l'enfant. (Grade A)

SFORL

* Scott AM, Clark J, Julien B, Islam F, Roos K, Grimwood K, Little P, Del Mar CB. Probiotics for preventing acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev. 2019

OMA: Quand référer?

6.1.6 Référer

Trois des cinq GPC mentionnent quand référer ou consulter un spécialiste (BAPCOC 2012, NHG AOM 2014, NICE respiratory tract 2008).

Ces GPC recommandent de référer vers un pédiatre ou spécialiste ORL en cas d'échec de traitement ou dans le cas d'une complication (suspectée) comme une mastoïdite ou une méningite. Un GPC recommande aussi de référer dans le cas d'une otorrhée persistante, d'une perforation du tympan après 6 semaines ou dans le cas d'infections récurrentes.

> 3 épisodes / 6 mois

> 4 épisodes / 12 mois

Le GPC BAPCOC mentionne la possibilité d'hospitaliser dans le cas d'un enfant gravement malade avec allergie à la pénicilline IgE-médiée à cause de la résistance des pneumocoques contre les macrolides et la co-trimoxazole.

OTITE EXTERNE : frottis!

- u BACTERIENNE - Streptocoque, Pseudomonas, Turicella Otidis,..
 - u Douleur, Oedème CAE +/- purulence
 - u Si bouchon: Eau oxygénée, Cérulyse, référer pour nettoyage
 - u Eviter seringue! Accumulation eau
 - u **R/ Antibiotique LOCAL +/- corticoïdes topiques , ANTALGIE !**
 - u !! Si doute perforation tympan: choix limité (Ciloxan/De Icol)
 - u Si extension pavillon: envisager antibiothérapie per os. (! frottis)
 - u Si sténose CAE: Mèche imbibée / référer -> Pop Earwick
- u FONGIQUE - Otomycose - Aspergillus, Candida,...
 - u Traces velues/amas blanchâtres
 - u Référer pour nettoyage!!
 - u Traitement LOCAL - aucun intérêt antimycotiques per os !
- u Nécrosante
 - u Diabétiques, évolution défavorable



RHINOSINUSITES

The background features a dark blue area on the left side, transitioning into a series of overlapping, semi-transparent green and yellow-green geometric shapes that create a dynamic, layered effect. The right side of the image is a solid, bright yellow-green color.

Symptômes RS virale « rhume » : 95%

u ADULTE:

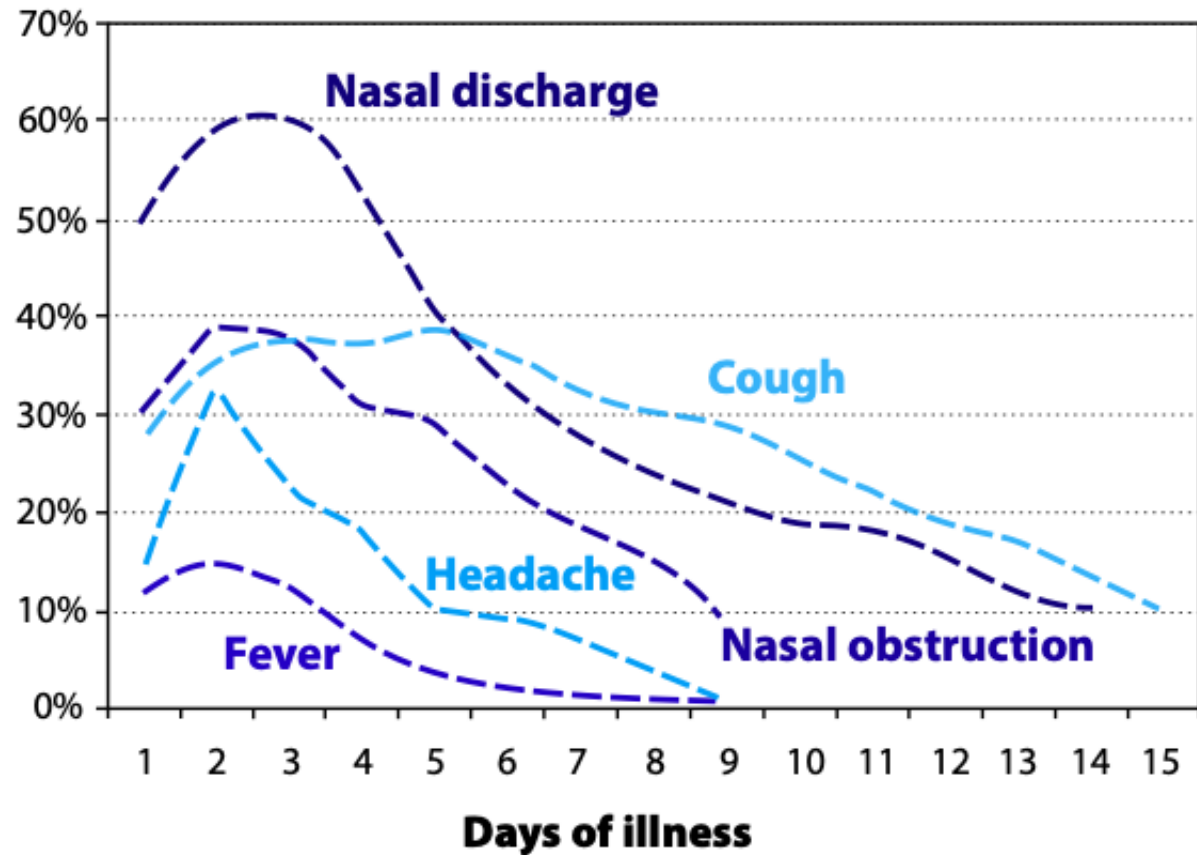
- u Obstruction nasale, congestion
- u Rhinorrhée antérieure ou postérieure, souvent muco-purulente
- u Douleurs ou pressions faciales, céphalées
- u Hyposmie
- u +/- irritations pharyngo-laryngo-trachéale: douleurs pharyngées, toux, dysphonie
- u +/- symptômes généraux: fièvre, inconfort,...
- u 2 à 5x/ an

u ENFANT: apparition brutale ≥ 2 symptômes, < 12 semaines

- u Obstruction nasales/Congestion
- u Rhinorrhée purulente
- u Toux (diurne et nocturne)
- u 7 à 10x/an

"Common cold" -
"Rhinite aiguë" -
"Rhume"

- u Majorité des symptômes
 - u 5 à 7 jours
- u Rhinorrhée - toux
 - u peut durer 3-4 jours de plus
- u ! rhinite virale chez jeune enfant : jusque 14 jours avec toux pendant 3-4 semaines



Rhinosinusite aigue (RSA) postvirale/BACT

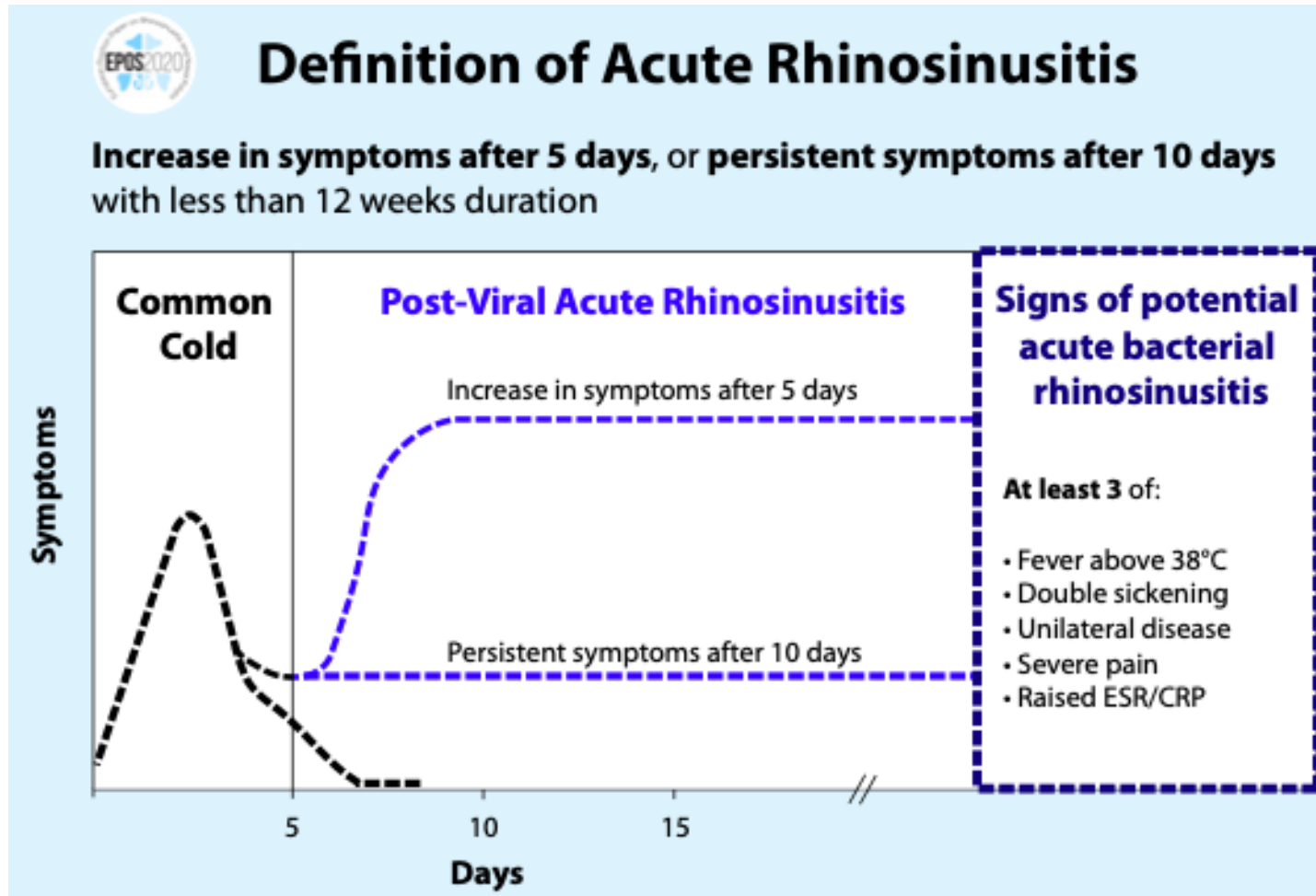
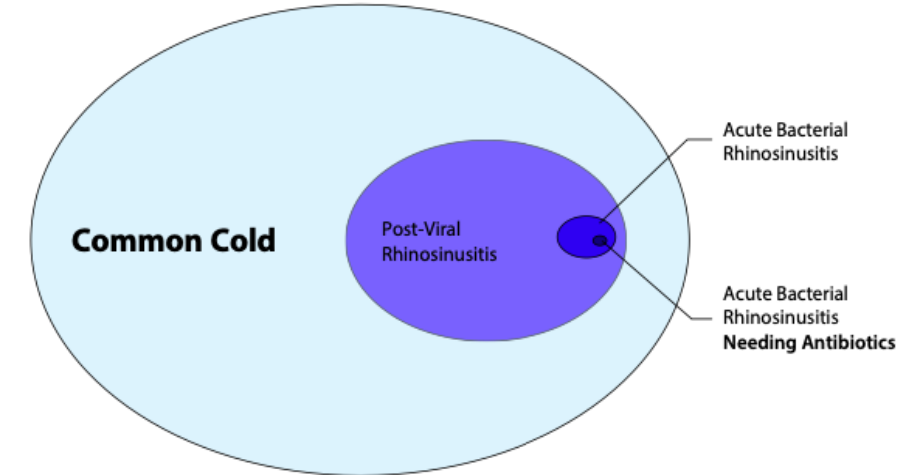


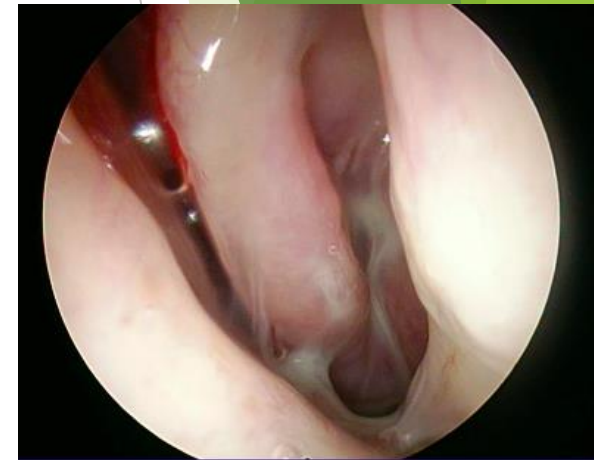
Fig 4.1.2. The incidence of different forms of ARS: Common cold, post-viral rhinosinusitis and acute bacterial rhinosinusitis (ABRS). Antibiotics are only indicated in a small part of the patients with ABRS.



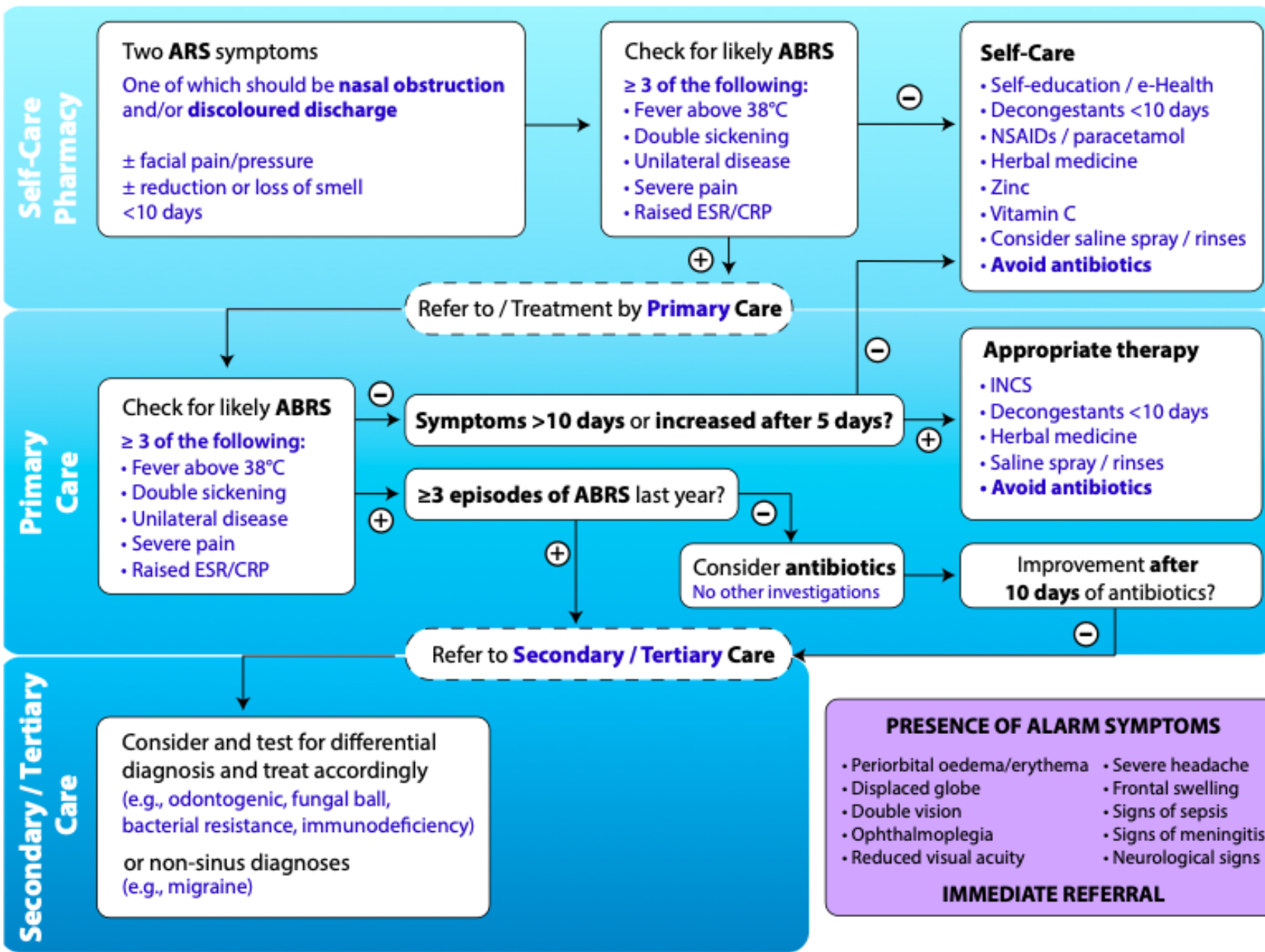
"Approximately 0.5-2% of viral upper respiratory tract infections are complicated by bacterial infection"

RHINOSINUSITE + surinfection bactérienne

- u Environ 6 à 7 % enfant avec symptômes rhinologiques aigus = SINUSITE AIGUE
 - u durée > 7-10 jours sans amélioration
 - u T° > 39 et écoulement purulent pendant > 4 jours d'emblée
 - u évolution bi-phasique (nouveau S > 5-6 j)
- u Germes // OMA mais **souvent polymicrobien**
 - u SP (28%)
 - u NTHI (26%)
 - u MC (6%)
 - u *S aureus* (6%), *Streptocoques anaérobies*, *Bactéroïdes*,...



EPOS 2020: Care pathways for acute rhinosinusitis (ARS)



ARS= Rhinosinusite Aigue?

2 symptômes, dont au Moins

Obstruction Nasale

Et/ou

Rhinorrhée purulente

+ - Facialgies

+ - Hyposmie

<10 jours

ABRS = Rhinosinusite aigue BACTERIENNE?

≥ 3 symptômes

- T° >38°

- Recrudescence après accalmie

- Pathologie unilatérale

- Douleurs importantes

- Elevation CRP

EVITER ANTIBIOTIQUES

- Soins « auto-administrés »
- Décongestionnant 10j
- Paracetamol/AINS
- Phytothérapie
- Zinc
- Vit C
- Envisager Soins nez Physio

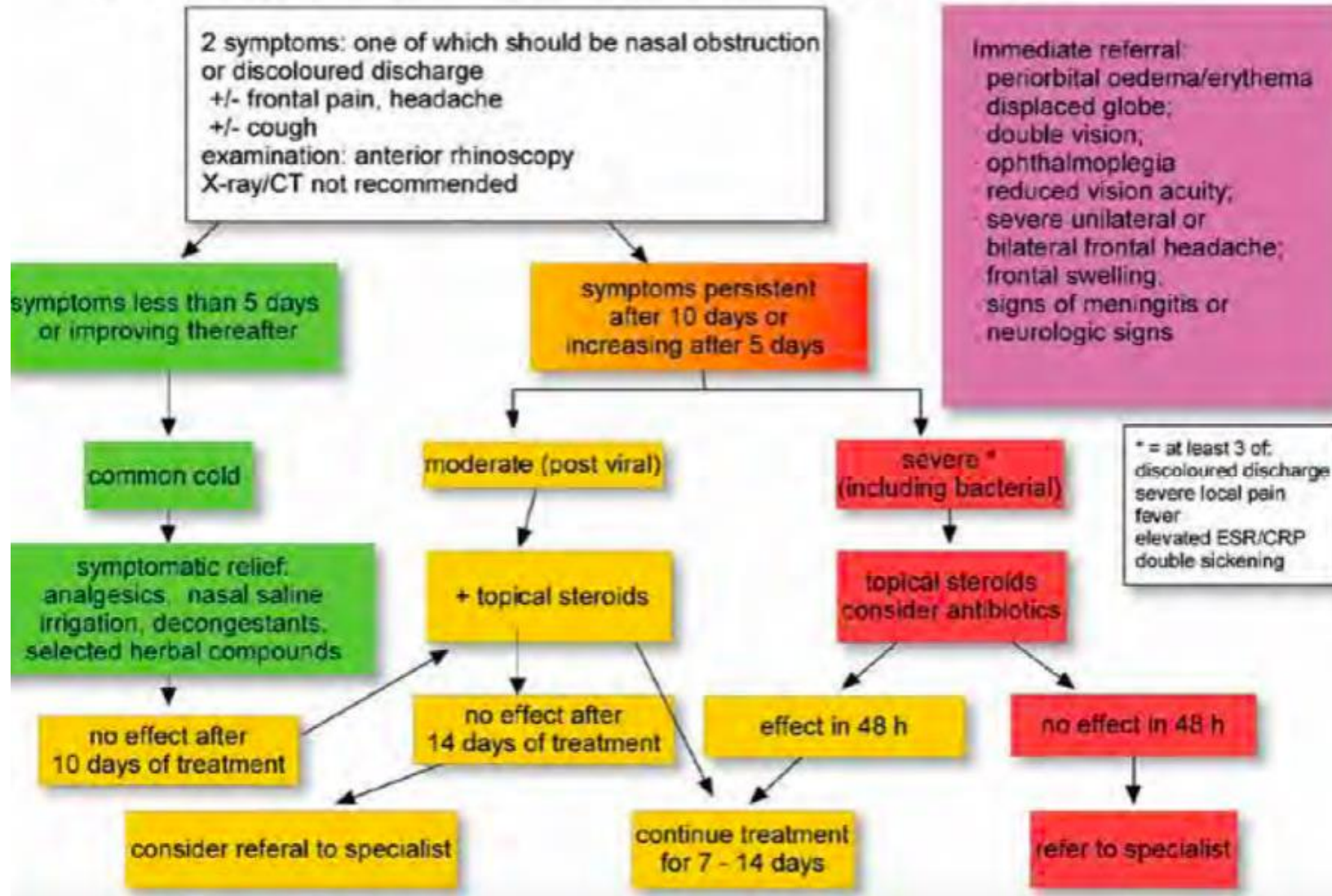
Persistance 10 jours
Majoration à 5 jours

EVITER ANTIBIOTIQUES

- Corticoïde intranasal
- Décongestionnant 10j
- Phytothérapie
- Soins nez Physio

ANTIBIOTHERAPIE

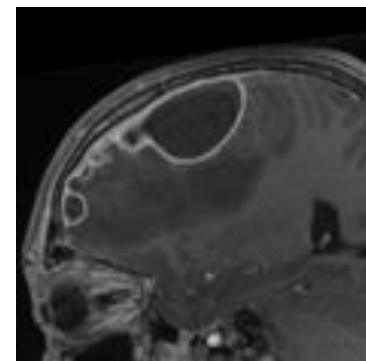
Paediatric acute rhinosinusitis management scheme for Primary Care



Quand référer en ORL?

- u Si > 3 épisodes ABRS sur année écoulée
- u Si persistance plaintes ++ après 10j Antibiotiques
- u Si signes d'alertes:

- u Oedème/érythème péri-orbitaire
- u Vision double
- u Ophthalmoplégie
- u Réduction acuité visuelle
- u Céphalées sévères
- u Gonflement frontal
- u Signes de sepsis
- u Signes de méningite
- u Signes neurologiques



EPOS 2020: traitement des RHUMES (« common cold ») adulte

- u Probiotiques > Placebo
- u Exercices physiques
- u Echec traitement préventifs: Vit C, vaccination préventive
- u Corticoïdes: pas de preuve d'amélioration symptomatique
- u Probiotique: preuve faible: ↓ durée, ↓ AB, ↓ absentéisme scolaire
- u Antihistaminique: amélioration symptômes court terme uniquement (J1-2)
- u **Décongestionnant**: diminution congestion
- u **Paracetamol**: ↓ ON et RR, (pas douleurs gorge, toux, éternuements,...)
- u **AINS**: soulage inconfort et douleur
- u combinaisons antihistaminiques-analgésiques-décongestionnants: bénéfique (2° !)
- u **Vit C**: ↓ durée et sévérité au cas par cas
- u **Zinc**: ↓ durée: **≥ 75 mg/j** dans les 24h de début des symptômes (zinc acetate ou zinc gluconate) (ZincoDyn®, 3 co de Zincotab®) - poursuivre le temps du rhume
- u Sérum physiologique
- u **Phytothérapie**: **SINUPRET** ®, le **Cineole** (Eucalyptol) et l'extrait d'**Andrographis paniculata** SHA-10 !
- u **Miel** : direct ou dilué dans liquide (2,5 à 5 mL), efficacité modeste mais prouvée pour réduire la fréquence et la sévérité de la toux notamment nocturne

Phytothérapie? Oui!



- u Cineole (= Eucalyptol) (dans huile d'Eucalyptus, de romarin, de laurier, de menthe poivrée)
- u Pelargonium Sidoides (Kaloban®, Arkogélules pélargonium®,...)
- u Myrtol® (huiles essentielles Eucalyptus, orange sucré, myrte et huile de citron)
- u BNO 1016 (Sinupret®, 2 co 3x/j)
 - u Racine de gentiane (Gentianae radix)
 - u fleur de primevère (Primula flos)
 - u herbe d'oseille (Rumicis herba)
 - u fleur de sureau (Sambuci flos)
 - u herbe de verveine (Verbenae herba)

Rhinosinusite aiguë

Une rhinosinusite aiguë est causée tant par des virus que par des bactéries. En général, la maladie évolue favorablement de façon naturelle avec une réduction spontanée des symptômes après quelques jours à une semaine. Pour la plupart des patients, il suffira de donner des conseils adéquats ainsi qu'un traitement symptomatique.

En règle générale, les antibiotiques ne sont pas indiqués chez les patients présentant une rhinosinusite aiguë (GRADE 1A). Sur la base des symptômes et des signes cliniques, il est impossible de faire la distinction entre une origine bactérienne et une origine virale. Même si l'origine est bactérienne, une antibiothérapie n'est généralement pas nécessaire. Les antibiotiques ne semblent pas contribuer à réduire les complications (rares).

Les antibiotiques sont, par contre, indiqués dans les cas suivants (GRADE 1C*) :

- Adultes gravement malades (rhinorrhée purulente avec fièvre, douleur, limitations fonctionnelles dans les activités quotidiennes) ou fièvre persistant plus de 5 jours, ou retour de la fièvre après une amélioration initiale
- Enfants gravement malades (fièvre élevée, dégradation de l'état général) ou symptômes persistant plus de 10 à 15 jours sans amélioration
- Patients à risque. Le médecin généraliste juge sur la base des facteurs de risque, des antécédents et du tableau clinique quels sont ces patients à risque ; notamment : patients immunodéprimés, patients oncologiques, les enfants souffrant d'hydrocéphalie, etc.).

Traitement antimicrobien

Premier choix

- **amoxicilline**

Enfant : 75-100 mg/kg par jour en 3 prises pendant 7 j.

Adulte : 3 x 1 g par jour pendant 7 j.

Si aucune amélioration n'est notée après 2 à 3 jours :

la moitié de la dose journalière totale d'amoxicilline est remplacée par de l'**amoxicilline + acide clavulanique** :

Enfant* : 75-100 mg/kg d'**amoxicilline** par jour en 3 prises, dont 37,5 à 50 mg/kg/j d'**amoxicilline** sous forme d'une préparation monocomposée et 37,5 à 50 mg/kg/j. d'**amoxicilline** en association à l'**acide clavulanique** (9 à 12,5 mg/kg/j.)

Adulte : 3 g d'**amoxicilline** par jour en 3 prises, dont 1,5 g d'**amoxicilline** sous forme d'une préparation monocomposée et 1,5 g d'**amoxicilline** en association à l'**acide clavulanique** (500 mg/125 mg)*

*Pour les enfants, l'association amoxicilline/acide clavulanique disponible sur le marché contient une dose d'amoxicilline trop faible pour être efficace contre le pneumocoque.

Pour les adultes, le remplacement par la forme 875 mg d'amoxicilline/125 mg d'acide clavulanique disponible sur le marché est une alternative possible.

En cas d'allergie à la pénicilline non IgE médiée

Enfant : **céfuroxime axétil** 30-50 mg/kg par jour en 3 prises pendant 7 j. – maximum 3x500 mg/jour*

*En raison de la faible disponibilité biologique et de la courte demi-vie, une posologie différente de celle du résumé des caractéristiques du produit a été choisie.

Adulte : **moxifloxacin** 400 mg par jour pendant 7 j.

En cas d'allergie à la pénicilline IgE médiée

Enfant : **azithromycine** 10 mg/kg par jour en 1 prise, pendant 3 j.

Adulte : **moxifloxacin** 400 mg par jour pendant 7 j.

Étant donné la résistance accrue du pneumocoque aux macrolides (16%), il est recommandé d'orienter les enfants gravement malades présentant une allergie à la pénicilline IgE médiée vers un traitement intraveineux.

RÉFÉRENCES

1. Sinusite aiguë infectieuse - Premiers Choix Prescrire, actualisation février 2019 Rev Prescrire 2019 ; 39 (426) : 282.
2. L'usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire. Rapport du jury de l'INAMI sur la réunion de consensus de 2016. https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20160602.pdf
3. Venekamp RP, D. S. A., Sachs A, Bons SCS, Wiersma Tj, De Jongh E. (2014). Norme NHG Rhinosinusite aiguë (Troisième révision)
4. Lemiengre, M. B., van Driel, M. L., Merenstein, D., Young, J., & De Sutter, A. I. (2012). Antibiotics for clinically diagnosed acute rhinosinusitis in adults. The Cochrane database of systematic reviews, 10, Cd006089. doi:10.1002/14651858. CD006089.pub4
5. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps. Rhinology 2012; 50: sppl 23.

PHARYNGITES ET ANGINES

PHARYNGITES ET ANGINES

- u Prévalence infection virale:
 - u Adulte 95-85%
 - u Enfant 70-80%
- u Infection bactérienne: le plus souvent **Strepto du groupe A**
 - u NB: Streptococcus Pyogenes (GAS): 20-30% de porteurs asymptomatiques



PHARYNGITES (ET ANGINES)

- u Cliniquement, impossible de faire distinction origine BACTERIENNE ou VIRALE (exceptions: EBV, Herpangine,...)
- u Les AB réduisent de 12 heures la durée des symptômes ... (en général: +- 3 jours)
- u Frottis? **Pas recommandé** en routine... (en Belgique)
 - u Nombreux faux positifs!



QUID des AB?

- u Complications angines à Strepto A => *Prévention par les AB?*
 - u **Suppurations locales:**
 - u Abscess péri-amygdalien *NNT= 4300*
 - u OMA *NNT= 200*
 - u **Toxiques:** choc toxique infectieux, scarlatine - *Pas d'effet démontré*
 - u **Non suppuratives:** RAA **EXCEPTIONNEL chez nous**,
 - u *NB: France < DOM-TOM: encore recommandations frottis vu RAA encore présen*



—> **Très rarement** indication pour Traitement antibiotique!

Réévaluer si AEG après 48-72h
Envisager 2ème ligne (ea pédiatrie)

Mal de gorge aigu Adapté en mai 2024

Une infection de la gorge est causée tant par des virus que par des bactéries. En général, la maladie évolue favorablement de façon naturelle avec une guérison spontanée dans les sept à dix jours. Pour la plupart des patients, il suffira de donner des conseils adaptés ainsi qu'un antidouleur adapté.

Les antibiotiques ne sont généralement pas indiqués chez les patients souffrant d'un mal de gorge aigu (GRADE 1A). Sur la base des symptômes et des signes cliniques, il est impossible de faire la distinction entre une origine bactérienne et une origine virale. Même si l'origine est bactérienne, une antibiothérapie n'est généralement pas nécessaire.

Les antibiotiques sont, par contre, indiqués dans les cas suivants (GRADE 1C*) :

patients à risque : le médecin généraliste juge sur la base des facteurs de risque, des antécédents et du tableau clinique quels sont ces patients à risque ; notamment :

1. patients immunodéprimés, patients oncologiques, patients ayant des antécédents de rhumatisme articulaire aigu, patients avec chirurgie prothétique récente, patients atteints de valvulopathie cardiaque avec risque d'endocardite
2. patients gravement malades

Un mal de gorge associé à un stridor grave et/ou à une insuffisance respiratoire et/ou à de graves problèmes de déglutition est une indication absolue pour le relais vers la deuxième ligne.

Traitement antimicrobien

Premier choix

- **phénéticilline** oral*

Adulte et enfant > 10 ans : 1500 mg par jour en 3 prises pendant 7 j.

Enfant 2-10 ans : 750 mg par jour en 3 prises pendant 7 j.

Enfant < 2 ans : 375 mg par jour en 3 prises pendant 7 j.

*La phénéticilline est actuellement la seule pénicilline à spectre étroit sur le marché en Belgique. Cependant, il n'y a pas de remboursement pour la suspension orale pédiatrique.

Alternatives

Premier choix

- **céfadroxil**

Enfant : 30 mg/kg par jour en 2 prises pendant 7 j.

Adulte : 2 g par jour en 2 prises pendant 7 j.

- **céfalexine**

Adulte : 2 g par jour en 2 prises pendant 7 j.

Deuxième choix

- **amoxicilline**

Enfant : 75-100 mg/kg par jour en 3 prises pendant 5 j.

Adulte : 3 g par jour en 3 prises pendant 5 j.

En cas d'allergie à la pénicilline IgE médiée

- **azithromycine**

Enfant : 10 mg/kg par jour en 1 prise pendant 3 j.

Adulte : 500 mg par jour en 1 prise pendant 3 j.

Phénéticilline					
Posologie					
Mal de gorge aigu:					
- Enfant > 10 ans et adulte: 500 mg 3 x p.j. pendant 7 jours					
- Enfant 2 - 10 ans: 250 mg 3 x p.j. pendant 7 jours					
- Enfant < 2 ans: 125 mg 3 x p.j. pendant 7 jours					
à prendre 1 heure avant ou 2 heures après le repas					
PAR MARQUE					
PAR GROUPE					
Positionnement					
tout afficher					
phénéticilline oral 125 mg / 5 ml					
spécialité	quantité	prix public	ticket mod.	index public	index ticket mod.
Broxil	sirop susp. (pdr) 100 ml	52,18 €			1,00

125/5ml = 52 €!!
250 mg TM= 8€
500 mg TM= 15 €

ORL

u Référer si

- u TRISMUS, ASYMETRIE DU VOILE DU PALAIS, DEVIATION LUETTE
- u STRIDOR
- u INUSUFFISANCE RESPIRATOIRE
- u TROUBLES IMPORTANTS DE LA DEGLUTITION



Amygdalectomie? Reco SF ORL

- u Amygdalite aiguë récidivante
 - u ≥ 7 épisodes/dernière année
 - u > 5 épisodes/ an sur les 2 dernières années
 - u > 3 épisodes par an sur les 3 dernières années
 - u Chaque épisode avec au moins 1 des signes suivants
 - u fièvre à plus de $38,3^{\circ}\text{C}$
 - u APC cervicales ou sous- mandibulaires
 - u (un exsudat amygdalien ou Strepto-test positif)

Angine à EBV

- u Mononucléose infectieuse
 - u Primo-infection EBV (groupe Herpès)
 - u Stimulation lymphocytaire-> Hypertrophie TLy
 - u Erythémateuse/erythémato-pultacée/à fausse membrane
 - u T°↑, ADP cervicales, HSM, Pétéchies au voile?
 - u Bio: ↑Lympho >50%, ↑Transaminases, sérologie
 - u Antalgique/Antipyrétoque. Eviter Amoxi! (Rush).
 - u H si dyspnée.



Angines "spécifiques"

- u Angines vésiculeuses
 - u Primo-infection herpétique (Cav. Buccale, lèvres)
 - u Herpangine (Coxsachie) - oropharyngée, lésions cutanées extrémitées (P-M-B)
- u Angine diphtérique (déclaration!)
 - u Membranes blanchâtres dépassant amygdales
 - u ADP cervic ++
 - u "Croup" si laryngite associée, autres atteintes systémiques <exotoxines
- u Angines ulcéreuses
 - u Unilatérale:
 - u angine de Vincent?
 - u Chance syphilitique?
 - u Néo amygdalien



Fig.6 : Herpangine

By Klaus D. Peter, Gummersbach SA via Wikimedia Commons



Fig.4 : Angine diphtérique

CC by User:Dileepunnikri via Wikimedia Commons

Take Home message

- u OMA: antibio < 2 ans si OMA bilatérale et AEG
 - u Amoxicilline 1er choix.
 - u Référer si > 3 OMA en 6 mois, > 4 OMA en 1 an
 - u MOUCHAGE!
- u Otite Externe: Frottis. Pas de seringuage, traitement local, référer si extension
- u Otite Mycotique: Référer pour nettoyage, traitement local
- u Rhinosinusite: éducation du patient, Zinc dès 1er jour. Si antibio: Amoxicilline
- u Angine: Pas de frottis, Pas d'antibiotique

Comment on a commencé
à s'enrhumer...



en 12 images de Jean
Effel

... MERCI pour
votre
attention!