

RECOMMANDATIONS ANTIBIOTHERAPIE DE L'ADULTE

P. Lesprit

Unité de Contrôle Epidémiologie et Prévention de l'Infection

GH Henri Mondor

ANAFORCAL le 15/01/13

Infections abordées

- Pneumonie aiguë communautaire
- Légionellose pulmonaire
- Exacerbation de BPCO
- Coqueluche
- Angine
- Sinusite

Documents de référence

- Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l'adulte. Mise au point. Spilf/Afssaps/Spif, juillet 2010.
- Recommandations de bonne pratique. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. Spilf, novembre 2011.
- Rapport relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche. Haut Conseil de la Santé Publique, septembre 2008.
- Antibiothérapie de la légionellose de l'adulte. Afssaps, juin 2011.

Inégalités géographiques de la résistance : ex *S. pneumoniae* et pénicilline

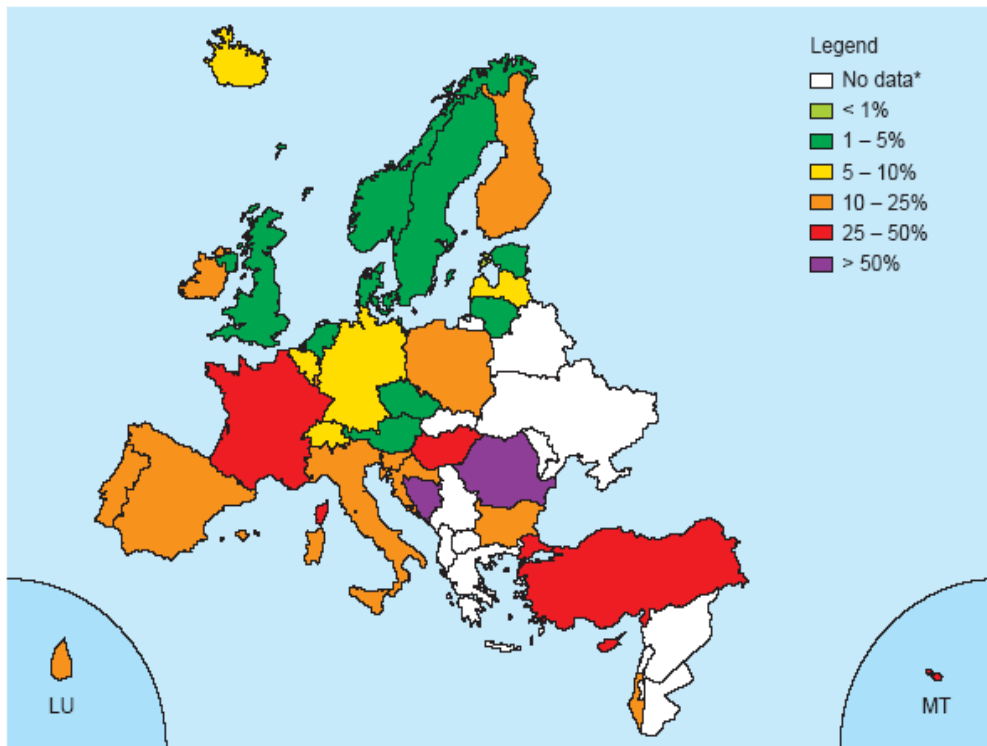
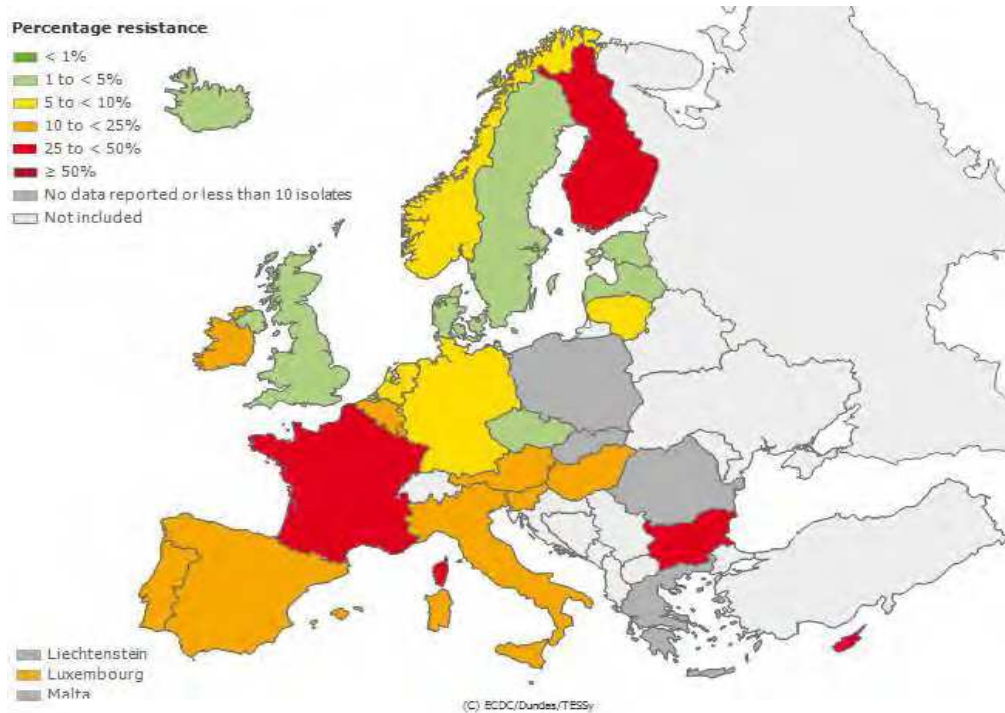


Figure 5.1. *Streptococcus pneumoniae*: proportion of invasive isolates non-susceptible to penicillin (PNSP) in 2008.
* These countries did not report any data or reported less than 10 isolates.

Résistance du pneumocoque à la pénicilline +++ en France, et très peu dans les pays du nord de l'Europe : due à la surconsommation d'AB : 4 fois plus en France que ds les pays bas où il n'existe quasiment pas de résistance.



Résistance du pneumocoque aux macrolides : Idem.

Utilisation inappropriée des AB à l'hôpital : Ex des Pays-Bas en 2007 (Amphia hospital) : 22,9% des patients sont sous AB, dont 37,4% de façon inappropriée : spectre trop large, associations d'AB, AB inutiles.

Fluoroquinolones : peut être données ds les infections-broncho-pulmonaires mais destruction de la flore intestinale avec apparition de résistances.

Donc il ne faut pas donner de fluoroquinolone à un patient si :

- Prise de fluoroquinolone dans les 3 derniers mois
- Patient en institution
- Sujet âgé corticothérapie (tendinopathies)

Consommation des antibiotiques et résistance
Sensibilité (%) de *E.coli* isolé des infections urinaires
communautaires, selon les antécédents
d'antibiothérapie

| Sensibilité à | Tt par B-lactamine dans 6 derniers mois | | Tt par quinolone dans 6 derniers mois | |
|------------------|--|--------------|--|--------------|
| | Oui N=66 | Non N=340 | Oui N=56 | Non N=354 |
| Amox | 41 | 64 | 54 | 60 |
| Co-amox | 41 | 67 | 59 | 62 |
| Ac. Nal | 83 | 87 | 63 | 91 |
| Cipro | 94 | 94 | 78 | 97 |

(Réseau Aforcopi-Bio 2000)

Il faut choisir l'AB le plus sélectif possible.

Donc dans une infections-broncho-pulmonaire de l'adulte : pénicilline.

Les résistances acquises par un patient peuvent diminuer en qq mois : très variable selon les patients.

Entérobactéries devenues résistantes aux céphalo 3 à l'hôpital depuis 3 ans : très préoccupant. Commencent à arriver en ville. Semble en partie lié à la crise économique : davantage en Inde et dans les pays du sud de l'Europe.

Foyers signalés de carbapénémase (NDM-1) :

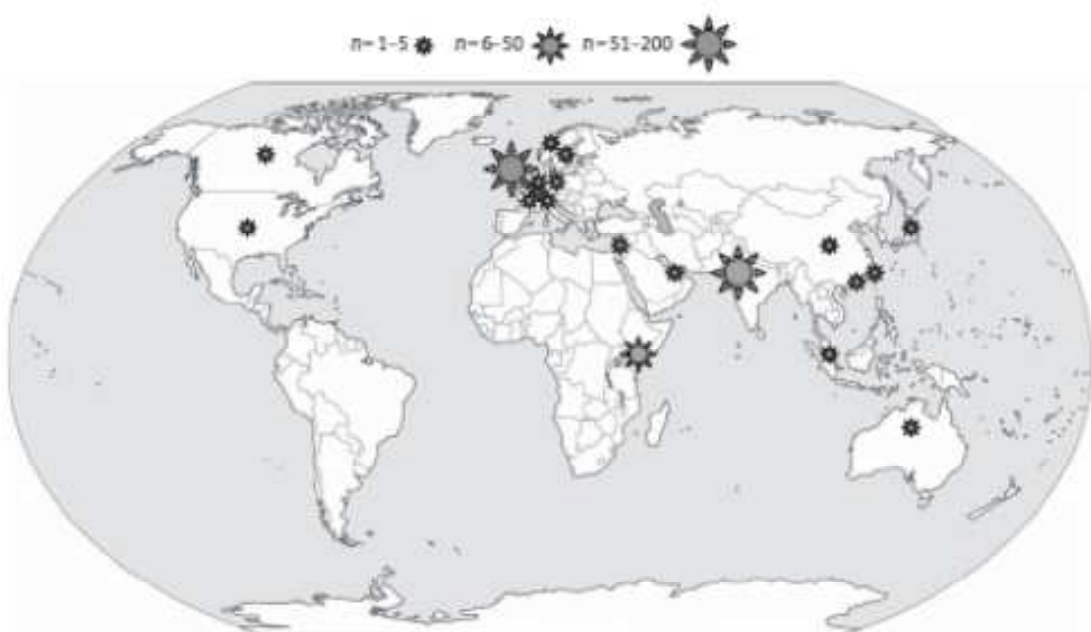
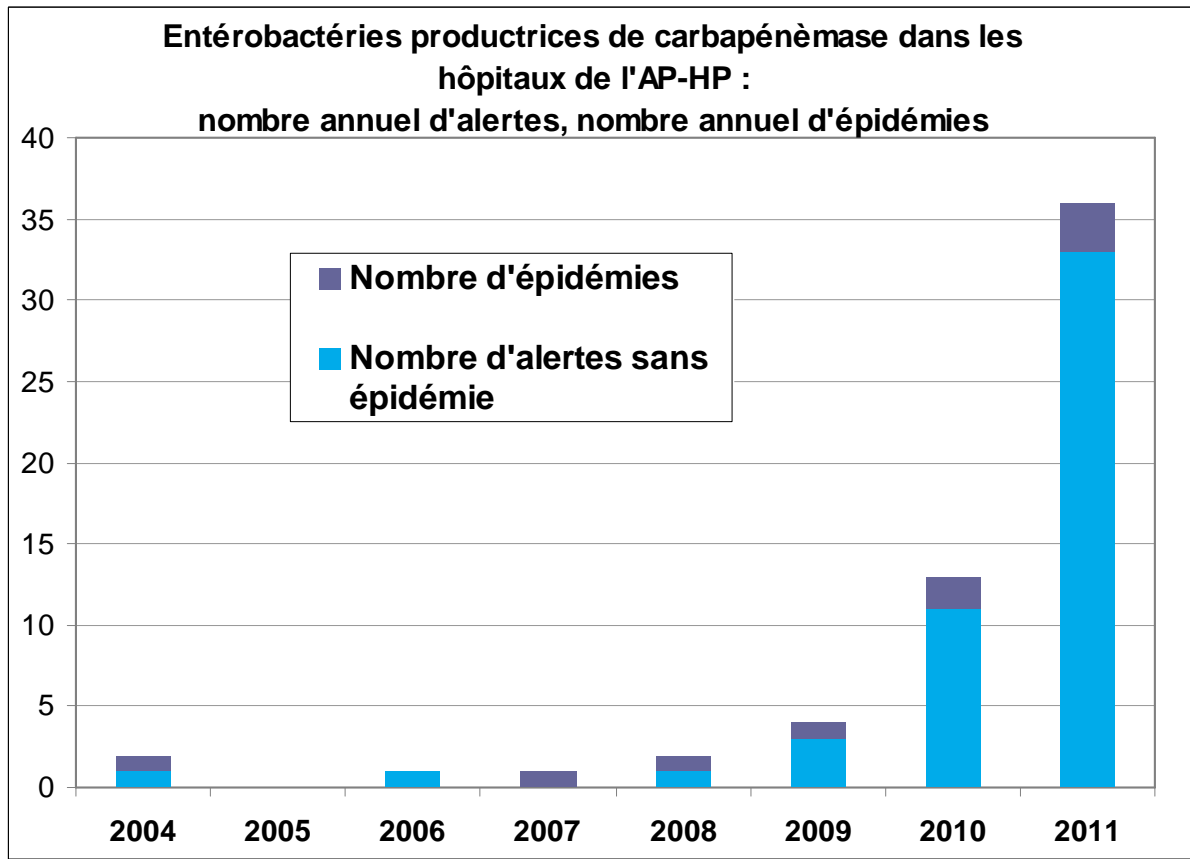
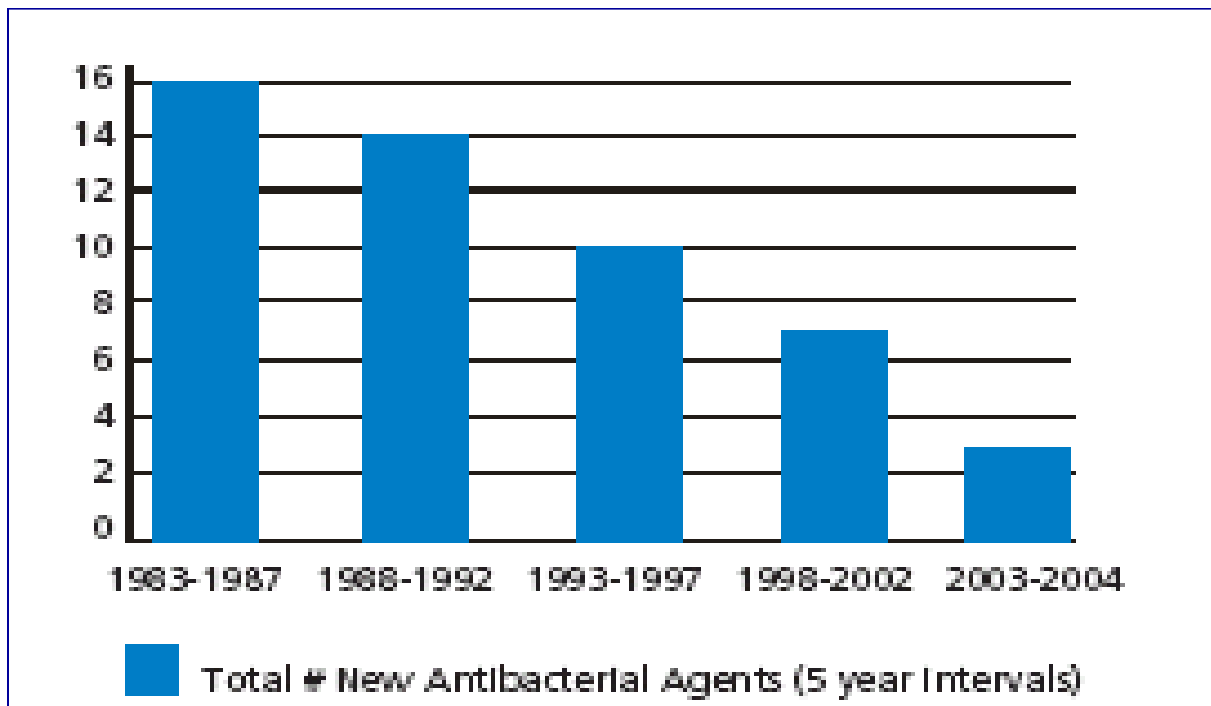


Figure 1. Worldwide distribution of identified cases of NDM-1 producers, 1 December 2010.



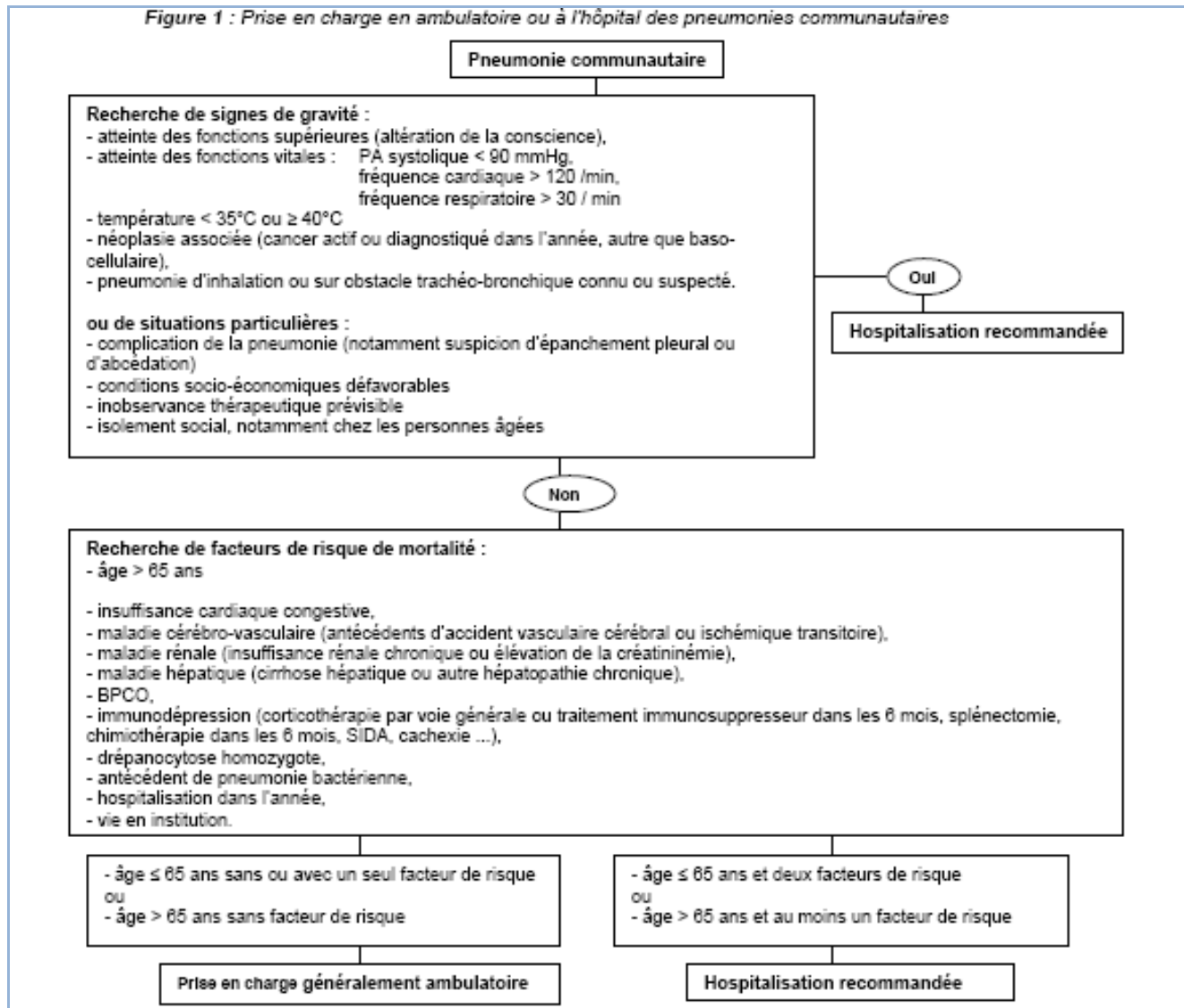
Nouveaux antibiotiques disponibles 1993-2004, face à l'accroissement des taux de résistance :



On n'a plus de nouveaux AB disponibles.

I. Pneumopathie communautaire aiguë

Orientation des patients présentant une pneumopathie aiguë communautaire :



Pneumonie aiguë communautaire : score de gravité :

| Score de la british thoracic society (CURB 65) | |
|--|--|
| Confusion | Un patient présentant au moins deux de ces quatre facteurs multiplie par 36 le risque de mortalité. |
| Urea > 7 mmol/l | |
| Respiratory rate \geq 30/minute | |
| Blood pressure: systolic < 90 mmHg or diastolic \leq 60 mmHg | |
| Âge \geq 65 | |
| CRB 65 (score simplifié) | |
| C: mental confusion | Ce score est utilisable en ville (si 0 critère : traitement ambulatoire possible, \geq 1 critère : évaluation à l'hôpital) |
| R: respiratory rate \geq 30/minute | |
| B: blood pressure: systolic < 90 mmHg or diastolic \leq 60 mmHg | |
| 65: âge \geq 65 | |

Score CURB65 : confusion, polypnée, hypotension, âge \geq 65 ans : si 1 de ces 4 critères : adresser aux urgences.

1. Principes de l'antibiothérapie des pneumopathies aiguës communautaires :

- Probabiliste
- Pneumocoque le plus fréquent : 30-47%
- Autres : bactéries atypiques (Mycoplasma, Chlamydia, Légionella)
- Au décours d'une grippe : pneumocoque (il faut toujours le couvrir car c'est le plus fréquent et le plus virulent), *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, Streptocoque du groupe A
- Difficultés diagnostiques : éléments d'orientation
- Initier l'AB le plus rapidement possible : 4 h
- Réévaluation impérative à 48-72 h

2. Éléments d'orientation diagnostic des pneumopathies aiguës communautaires :

- *Éléments en faveur du pneumocoque :*
 - Agent étiologique le plus fréquent chez le sujet de plus de 40 ans avec ou sans co-morbidités associées
 - Début brutal
 - Fièvre élevée dès le 1^{er} jour
 - Malaise général
 - Point douloureux thoracique
 - Opacité alvéolaire systématisée
 - Hyperleucocytose à PNN

- *Elements en faveur des bactéries « atypiques » :*
 - o Contexte épidémique (notamment mycoplasme pneumoniae)
 - o Début progressif en 2 ou 3 jours

- *Eléments en faveur d'une légionellose :*
 - o Contexte épidémique ou « situation à risque » (voyage, thermes, exposition à de l'eau en aérosol contaminée...)
 - o Co-morbidité fréquente
 - o Tableau clinique évocateur (1/3 des cas) avec pneumonie d'allure sévère, début progressif, sans signe ORL, pouls dissocié, atteinte souvent bilatérale
 - o Présence de signes extra-thoraciques : digestifs (douleurs addo, vomissements, diarrhées), neurologiques (troubles de la conscience, céphalées, myalgies)
 - o Echec des Béta-lactamines, actives sur le pneumocoque

3. Antibiothérapie probabiliste des pneumonies aiguës communautaires de l'adulte en ambulatoire sans signe de gravité :

- *Si pas de signe de gravité et peut être traité en ambulatoire, en cas de suspicion de pneumocoque (début brutal) :*
 - o amoxicilline en 1^{er} choix.
 - o Si échec à 48h : macrolide (celui qu'on veut), ou levofloxacine (tavanic) ou pristinamycine (pyostacine) ou télithromycine (ketec).
 - o Hospitalisation en cas de 2d échec.

- *Si doute entre pneumocoque et bactérie atypique :*
 - o amoxicilline en 1^{er} choix,
 - o ou pristinamycine (pyostacine) ou télithromycine (ketec).
 - o Si échec à 48h : levofloxacine (tavanic) ou pristinamycine (pyostacine) ou télithromycine (ketec).
 - o Hospitalisation en cas de 2d échec.

- *Si suspicion de bactérie atypique :*
 - o macrolide en 1^{er} choix.
 - o Si échec à 48h : amoxicilline ou levofloxacine (tavanic) ou pristinamycine (pyostacine) ou télithromycine (ketec).
 - o Hospitalisation en cas de 2d échec.

- *Si comorbidité ou sujet agé ambulatoire (hors institution) sans signe de gravité :*
 - o augmentin, levofloxacine (tavanic) ou ceftriaxone (rocéphine) (Alcoolisme : car souvent inhalation après cuite, BPCO, après une grippe...).

- En cas d'échec, hospitalisation car la pristinamycine (pyostacine) et le télithromycine (ketec) étant actives sur le pneumocoque et les bactéries atypiques, leur échec doit conduire à une réévaluation diagnostique et thérapeutique.
4. Antibiothérapie probabiliste des pneumonies aiguës communautaires de l'adulte dans un contexte grippal :
- Patient ambulatoire :
 - 1^{er} choix : augmentin
 - 2d choix : la pristinamycine (pyostacine) ou télithromycine (ketec)
 - Si allergie contre indiquant la pénicilline : pristinamycine (pyostacine) ou télithromycine (ketec)

 - Adulte jeune hospitalisé :
 - 1^{er} choix : augmentin
 - 2d choix : la pristinamycine (pyostacine) ou télithromycine (ketec)
 - Si allergie contre indiquant la pénicilline : pristinamycine (pyostacine) ou télithromycine (ketec)

 - Patient âgé hospitalisé ou co-morbidités :
 - 1^{er} choix : augmentin ou cefotaxime (claforan) ou ceftriaxone (rocéphine). Le cefotaxime (claforan) est à utiliser préférentiellement en raison d'une meilleure activité sur le staphylocoque.
 - 2d choix : levofloxacine (tavanic)
 - Si allergie contre indiquant la pénicilline : levofloxacine (tavanic)

 - Dans tous les cas, si le pneumocoque pneumoniae est fortement suspecté ou documenté : amoxicilline.

Il n'y a pas de bénéfice à prolonger inutilement un tt : svt durée trop longue qui augmente les résistances (recommandations anciennes) : faire plutôt forte dose courte.

Antibiothérapie de 8 jours versus 15 jours chez des patients ventilés atteints de pneumopathie nosocomiale : la mortalité est identique dans les 2 groupes

En général 7 jours est la norme (sauf pour la légionellose).

Poso de l'amoxicilline chez l'adulte 50 mg/kg/jr en 3 prises : donc donner 3 à 4 g/jr

II. Légionnellose

Introduction

- **Légionnellose:**
 - Maladie connue depuis 1976
 - Déclaration Obligatoire
 - Évolution favorable dans la majorité des cas
- **Principal agent :**
 - *L. pneumophila*
 - 90% des cas sont liés au séro groupe 1.
- **Épidémiologie en France :**
 - Cas notifiés : 1206
 - 0,5% à 7,2 % des PAC
 - Taux d'incidence : 1,9/105 habitants
 - Létalité : 11 %

07/06/11

3

Modalités de Transmission, Cibles (II)

- **Contamination et transmission**
 - Voie respiratoire, inhalation d'aérosol d'eau contaminée
 - Instillation directe au niveau des bronches est possible
 - Contamination par ingestion d'eau non démontrée
 - Transmission interhumaine non documentée
- **Facteurs favorisants et populations à risques**
 - Facteurs favorisants identifiés : 70 % des cas (DO)
 - âge avancé,
 - tabagisme,
 - diabète, maladie pulmonaire chronique, néoplasie, insuffisance rénale sévère,
 - déficit immunitaire (traitements immuno-suppresseurs au long cours, anti-TNF alpha, corticothérapie par voie générale).

07/06/11

5

Diagnostic de la Légionellose

- **Pneumonie clinique et radiologique**
- **Éléments d'orientation**
 - Signes extra-respiratoires : neurologiques, digestifs, cardiaques, ...
 - Situations favorisantes : notion de voyage, notion d'exposition à l'eau en aérosol,
 - Contexte épidémique : recherche d'autres cas, notion d'alerte locale ou régionale,
 - Histoire de la maladie : échec d'un traitement initial par bêta-lactamines à visée anti-pneumococcique correctement prescrit.
- **Confirmation biologique**
 - Antigène de *L. pneumophila* de sérotype 1 (Lp1) dans les urines +++
 - Cultures (pvt expectoration, hémocultures) :
 - **Encouragées en ambulatoire, fortement recommandées en hospitalisation**
 - Diagnostic, enquête épidémiologique, comparaison des souches (méthodes génotypiques).
 - PCR :
 - Si forte suspicion clinique et Ag-urie LP1 négative

07/06/11

6

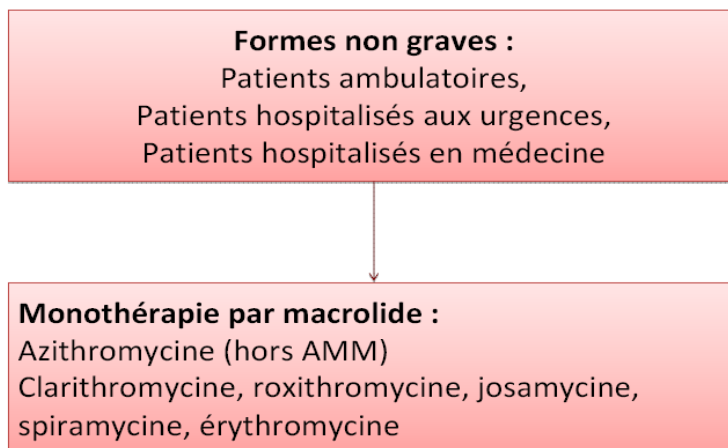


Condensation lobaire supérieure droite : Typique de ...légionellose (75%)

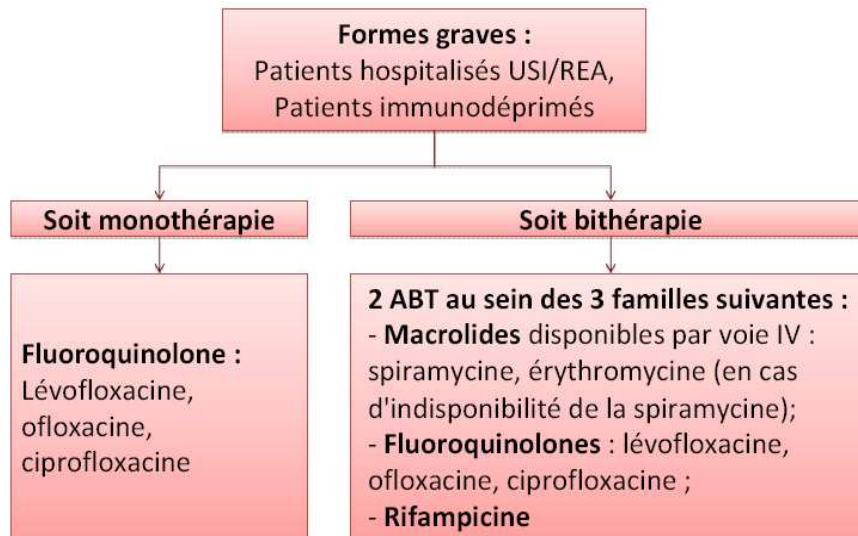
Antiothérapie curative :

- **Legionella** : bactérie à développement intracellulaire
- **Bétalactamines** : inefficacité
- **Antibiotiques actifs** :
 - Macrolides, azithromycine
 - Fluoroquinolones :
 - Ofloxacine, ciprofloxacine
 - Quinolone « respiratoire » : lévofloxacine, moxifloxacine
 - Rifampicine

Stratégie du Choix Antibiotique (I)



Stratégie du Choix Antibiotique (II)



| Familles d'antibiotiques - Substances actives | Posologies (Posologies quotidiennes établies pour un adulte aux fonctions rénale et hépatique normales) | |
|---|---|---|
| Macrolides | azithromycine | PO : 500 mg x 1/j |
| | clarithromycine | PO (standard) : 500 mg x 2/j |
| | roxithromycine | PO : 150 mg x 2/j |
| | josamycine | PO: 1 g x 2/j |
| | spiramycine | IV: 3 M UI x 3/j PO : 9 M UI /j en 2 ou 3 prises |
| | érythromycine | IV : 1 g x 3 à 4/j (en cas d'indisponibilité de la spiramycine IV) ; PO : 1 g x 3/j |
| Fluoroquinolones | lévofoxacine | IV ou PO: 500 mg x 1 à 2/j |
| | ofloxacine | IV ou PO : 400 à 800 mg x 2 à 3/j |
| | ciprofloxacine | IV : 400 mg x 2 à 3/j PO : 500 à 750 mg x 2/j |
| Rifampicine | rifampicine | IV ou PO: 20 à 30 mg/kg/j en 2 perfusions/prises |

Durée de Traitement

- **Formes non graves :**
 - 8 à 14 jours
 - 5 jours pour l'azithromycine
- **Formes graves et/ou chez l'immunodéprimé :**
 - 21 jours
 - 10 jours pour l'azithromycine.

III. BPCO

BPCO : traiter selon le stade.

1. Stades (en association aux symptômes chroniques (toux et expectoration)) :

- Stade I léger : pas d'AB en l'absence d'exacerbation
 - VEMS/CV < 70%
 - VEMS \geq 80% sans dyspnée : pas d'AB
 - Absence de dyspnée
- Stade II modéré :
 - VEMS entre 50% et 80%
 - VEMS/CV < 70%
 - avec dyspnée d'effort inconstante
- Stade III sévère :
 - VEMS/CV < 70%
 - VEMS entre 30% et 50%
 - dyspnée d'effort
- Stade IV très sévère :
 - VEMS < 30%
 - VEMS/CV < 70%
 - dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos

2. Indication de l'antibiothérapie :

- absence de dyspnée et VEMS > 50% : pas d'AB

- dyspnée d'effort + VEMS < 50% : AB seulement si expectoration franchement purulente verdâtre : amoxicilline, ou cefuroxime-axetil (zinnat), ou céfepodoxime-proxetil (orelox), ou cefotiam-hexetil (taketiam), ou macrolide, ou pyostacine, ou télithromycine (ketec)
- VEMS < 30% et dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos : augmentin ou C3G injectable ou levofloxacine (tavanic).

Bénéfice des AB seulement chez les malades les plus sévères

- Echec antibiothérapie : rechercher une pneumonie, et une infection à *Pseudomonas aeruginosa* (ECBC, BPCO évoluée)
- Autres mesures :
 - Arrêt du tabac
 - Bronchodilatateurs
 - Corticothérapie générale
 - Kinésithérapie respiratoire
 - Contre-indication des antitussifs
 - Vaccination antigrippale et antipneumococique

3. Schémas d'administration des antibiotiques : traitement ambulatoire (adulte, fonction rénale normale) :

| | | |
|---------------------------------|-------------------------|------------|
| Amoxiciline | 1 g x3/j | PO, IV |
| Amoxicilline-acide clavulanique | 1 g x3/j | PO, IV |
| Ceftriaxone | 1 g/j | IV, IM, SC |
| Clarithromycine | 500 mg x2/j | PO |
| Spiramycine | 3 MU x3/j | PO, IV |
| Pristinamycine | 1 g x3/j | PO |
| Azithromycine | 500 mg J1 puis 250 mg/j | |
| Télithromycine | 800 mg/j | PO |
| Lévofloxacine | 500 mg/j | PO, IV |

| | | |
|----------------------|-------------|----|
| Moxifloxacine | 400 mg/j | PO |
| Céfuroxime-axétil | 250 mg x2/j | PO |
| Cefpodoxime-proxétil | 200 mg x2/j | PO |

Toute antibiothérapie doit être réévaluée à 48 heures :

- **Arrêter** l'antibiotique si l'origine bactérienne de l'infection n'est pas confirmée
- Adapter l'antibiotique à la sensibilité de la bactérie responsable: **spectre plus étroit**, faible impact sur les flores commensales
- Passer à une **monothérapie** si le traitement initial comportait une association
- Passer à une administration **orale** si le traitement initial était parentéral
- Adapter les posologies à la tolérance du malade et ses capacités d'épuration hépatique et rénale

Macrolides : capacités immuno-modulatrices et anti-inflammatoire (azithromycine) : utile en préventif des surinfections de BPCO

IV. Coqueluche de l'adulte

Le vaccin acellulaire est moins efficace : protection moins prolongée.

Caractéristiques de la toux : pas toujours : dure depuis au moins 7 jours, prédominance nocturne, vomissements post-toux, difficulté de la reprise respiratoire.

Notion de comptage avec durée d'incubation longue compatible : 7 à 21 jours.

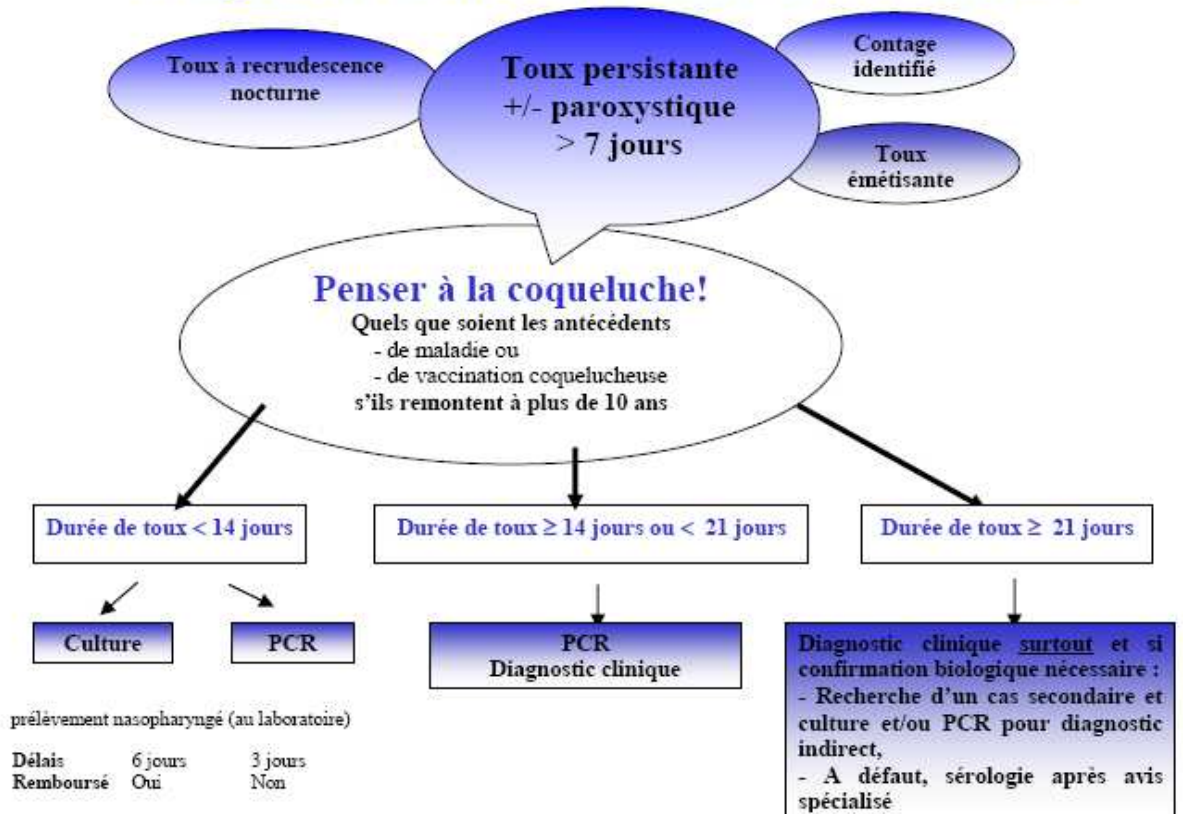
Il existe assez souvent des cas 2daires, ne pas se fier à la vaccination à jour.

Confirmation biologique pour tous les cas isolés quand cela est possible :

- Pour les enfants, ado et adultes :
 - Si le malade tousse depuis moins de 21 jours : méthode de référence : PCR sur écouvillonnage naso-pharyngé (se fait en ville) sur crachat. Recherche d'Ac impossible car pas encore augmentés.
 - Si le malade tousse depuis plus de 21 jours : il n'est plus possible de faire un diagnostic direct par PCR. On peut faire des PCR sur des cas 2daires. Si ce

n'est pas possible, possibilité de recherche d'Ac anti-PT si le rappel vaccinal date de plus de 3 ans mais en fait : Aucun intérêt de la sérologie : non remboursée et très difficilement interprétable.

Diagnostic de la coqueluche chez l'adulte



Traitement :

- azithromycine (zithromax) : 20 mg/kg/jr chez l'enfant et 500 mg/jr chez l'adulte en 1 seule prise journalière pdt 3 jours : tt de référence (1/2 vie très longue).
- Sinon clarithromycine (zéclar) : 15 mg/kg/jr chez l'enfant et 500 à 1000 mg/jr chez l'adulte pendant 7 jours en 2 prises journalières.

Le traitement AB reste indiqué dans les 3 premières semaines d'évolution : inutile de traiter s'il touse depuis plus de 3 semaines.

Traiter les sujets contacts proches et les occasionnels seulement si facteur de risque (asthme).

Le traitement AB permet de réduire rapidement la contagiosité et d'autoriser le retour en collectivité après 5 jours de tt (ou 3 jours si azithromycine). Par contre, l'influence de l'ABT sur l'évolution n'est pas démontrée.

Vaccination de l'adulte : destiné à protéger indirectement le nourrisson.

Depuis 2004, le calendrier vaccinal recommande la vaccination des professionnels de santé en contact avec des nourrissons, celle des futurs parents et de leur entourage propre. En complément, la vaccination doit être proposée aux adultes n'ayant pas reçu de vaccin anticoquelucheux depuis plus de 10 ans, notamment à l'occasion du rappel décennal de 26-28 ans. Dans ces circonstances, le délai minimal séparant l'administration du vaccin dTcaPolio avec la dernière dose de vaccin comportant les valences dT est ramené à 2 ans.

Vaccin tétravalent, associé aux valences diphtérique, tétanique, polio inactivé : Infanrix tétra, et Tétravac-acellulaire, destinés aux ado.

Repevax, Boostrixtetra, sont destinés plus particulièrement aux adultes en raison d'une concentration réduite spécifique aux adultes d'anatoxine diphtérique et pertussique.

Antibio-prophylaxie coqueluche :

- A administrer le plus tôt possible après le contage et au maximum 21 jours après.
- Population exposée :
 - Contacts proches ou occasionnels
 - Sujets à risque (nourrissons non vaccinés, pathologie respiratoire chronique, immunodéprimé) ou à risque de transmission (femme enceinte, parents ou fratrie de nourrissons non vaccinés)
- Population protégée :
 - Enfants < 16 mois ayant reçu 3 doses vaccinales
 - Enfants > 16 mois ayant reçu 4 doses vaccinales (dernière dose < 5 ans)
 - Adolescents, adultes dont la dernière dose vaccinale < 5 ans

Même schéma que l'antibiothérapie curative :

- Contacts proches non protégés
- Contacts occasionnels non protégés et avec facteurs de risque
- Ne pas oublier de mettre à jour les vaccinations de la population exposée

V. Antibiothérapie des infections respiratoires hautes

La prescription d'antibiotiques DOIT ETRE PROSCRITE (au regard des conséquences individuelles et collectives qu'elle entraîne) dans les situations suivantes :

- Rhinopharyngites, même en cas de sécrétions nasales d'aspect purulent ou mucopurulent
- Angine à TDR négatif ou en l'absence d'utilisation de TDR
- Otites congestives de l'enfant
- Otites séromuqueuses de l'enfant

Evolution des résistances bactériennes :

- Diminution de la résistance : pneumocoque, Haemophilus
- Augmentation de la résistance : entérobactéries (*E. coli*)
- Pour *E. coli*, cette évolution est largement attribuée à l'utilisation de molécules à spectre large (amoxiclav, céphalosporines) pour traiter les infections des voies respiratoires hautes
- L'utilisation de ces molécules doit donc être limitée

1. Otite moyennes aigues de l'adulte

Parmi les otites, seules les otites purulentes aigues confirmées par la visualisation des tympans justifient une ABT.

Les AB recommandés sont :

- Amoxicilline en 1^{ère} intention pdt 5 jours
- Si allergie péni sans allergie aux céphalosporines : cefotiam (texodil), ou (cefuroxime-axetil (zinnat), ou cefpodoxime (orelox)
- Si allergie péni et céphalosporines : pristinamycine (pyostacine), ou cotrimoxazole (bactrim), ou levofloxacin (tavanic)
- Augmentin : seulement si échec du tt de 1^{ère} intention

Le mieux : pyostacine si CI totale des bêta lactamines.

Durée recommandée du tt : 5 jours

2. Sinusites

a. Sinusite compliquée : hospitaliser :

- Syndrome méningé
- Exophtalmie, œdème palpébral, troubles de la mobilité oculaire
- Douleurs insomniantes
- Immunodéprimé
- Imagerie (scanner) + prélèvement bactériologique

b. Sinusites non compliquées :

Le diagnostic est essentiellement clinique. La difficulté est d'éviter de porter le diagnostic de sinusite par excès devant une rhinopharyngite.

Lors de 1ers jours d'une rhino virale, les sinusalgies correspondent à une congestion des méats sinusiens, sont d'origine virale, et sont le plus souvent spontanément résolutive.

L'aspect puriforme de la rhinorrhée est habituel pdt qq jours et ne correspond pas à une surinfection bactérienne mais à la présence de cellules dans les sécrétions nasales dues à la détersion muqueuse.

Les arguments en faveur d'une sinusite maxillaire aiguë purulente sont, dans les suites d'une rhino, d'au moins 2 des 3 critères majeurs suivants :

- La persistance ou l'augmentation des douleurs sinusiennes infra-orbitaires malgré un traitement symptomatique (antalgiques, antipyrétiques, décongestionnant) prescrit pdt au moins 48h.
- Le type de la douleur :
 - Son caractère unilatéral,
 - Et/ou son augmentation qd la tête est penchée en avant
 - Et/ou son caractère pulsatile
 - Et/ou son acmé en fin d'après midi et la nuit.
- L'augmentation de la rhinorrhée et le caractère continu de la purulence. Ces signes ont d'autant plus de valeur qu'ils sont unilatéraux.

L'antibiothérapie doit être envisagée :

- Lorsque le diagnostic de sinusite aiguë maxillaire purulente est établi selon les critères ci-dessus
- En cas d'échec d'un traitement symptomatique initial ou en cas de complications

- En cas de sinusite maxillaire unilatérale associée à une infection dentaire homolatérale de l'arc dentaire supérieur
- L'ABT est indiquée sans réserve en cas de sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale.

ABT de la sinusite aiguë maxillaire purulente :

- amoxicilline : 2 à 3 g/jr en 2 ou 3 prises quotidiennes est à privilégier en 1^{ère} intention (grade A) = molécule orale la plus active sur les pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline et active sur plus de 80% d'*Haemophilus influenzae*.
- Tt habituellement pdt 7 à 10 jours (grade C)

Place des autres AB :

- Augmentin : 3 g/jr :
 - Si échec de l'amoxicilline
 - Si origine dentaire
 - Si sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale
- Si allergie à la pénicilline et non aux céphalosporines (situation la plus fréquente) : cefotiam (texodil), ou cefuroxime (zinnat), ou cefpodoxime (orelox) : Tt pdt 5 jours.
- Si allergie pénicilline et céphalosporines : pristinaïmycine (pyostacine) : pdt 4 jours, ou télicycline (ketec) : pdt 5 jours, mais risque élevé de survenue d'effets indésirables graves avec le ketec.
- levofloxacine (tavanic) ou moxifloxacine (izilox), fluoroquinolone active sur le pneumocoque : réservés aux situations cliniques les plus sévères avec risques de complications graves.
- Les AB locaux en instillation nasale, endosinusienne ou par aérosol ne sont pas recommandés.

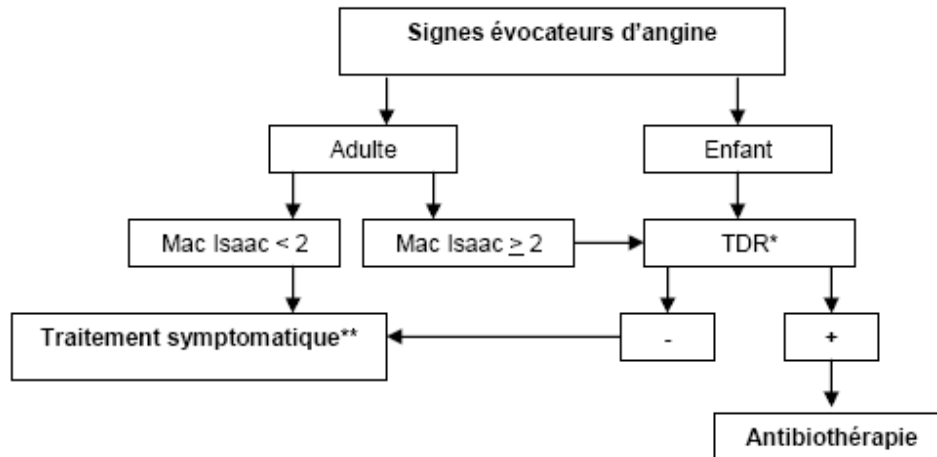
Traitement symptomatique :

- Antalgiques + vasoconstricteurs locaux (max 5 jours) + lavages de nez
- Corticoïdes po seulement si hyperalgique, durée max 7 jours, en traitement adjuvant d'une antibiothérapie efficace.
- Les AINS semblent favoriser des cellulites gravissimes : les éviter.
- Dans les formes hyperalgiques résistantes au tt, avis ORL pour discuter d'une ponction drainage maxillaire.

Cifloxacine : ancienne quinolone : ne marche pas sur le pneumocoque ni les anaérobies + impact très important sur la flore : ne jamais donner dans une sinusite surtout d'origine dentaire.

3. Angines de l'adulte

ANNEXE 3 : Prise en charge de l'angine



Le plus souvent virale.

Sinon la seule bactérie en cause : le streptocoque qui n'est jamais résistant à la pénicilline.

5 à 10% de portage de strepto asymptomatique : toujours faire le TDR.

Score de Mac isaac : pour évaluer le risque d'angine à strepto chez l'adulte

- Fièvre > 38° = 1
 - ADP cervicales sensibles = 1
 - Absence de toux = 1
 - Agé de plus de 45 ans = -1
 - Agé de 15 à 44 ans = 0
 - Atteinte amygdalienne (augmentation de volume ou exsudat) = 1
- ❖ Si score <=2 : probabilité maximum d'infection à strepto = 5% : ne pas faire de TDR et pas d'AB.
- ❖ Si > 2 : TDR : si positif : amoxicilline 2 g /jr pdt 6 jours

AB :

- 1^{ère} intention amoxicilline 2 g /jr pdt 6 jours
- 2^{de} intention (si allergie péni sans allergie croisée céphalo : cefotiam (texodil) : 5 jours, ou cefuroxime (zinnat) : 4 jours, ou cefpodoxime (orelox) : 5 jours.
- Si CI bêta lactamines : azithromycine 3 jours ou claritythromycine 5 jours ou josacine 5 jrs. Sinon pyostacine (mieux que les macrolides mais pas retenu par le consensus) Donc amoxicilline puis céphalosporine puis pyostacine puis macrolide.