

IRH J.Birgé JRI 10 nov. 2012

INFECTIONS RESPIRATOIRES
HAUTES
LES « NOUVELLES »
RECOMMANDATIONS DE NOV.
2011

Mes liens d'intérêts

2

Spécialiste en médecine générale en activité

Membre des commissions de bonnes pratiques et de parcours de soins et maladies chroniques de la HAS

Vice président d'Antibiolor

Je déclare n'avoir aucun lien, direct ou indirect, avec des entreprises ou établissements produisant ou exploitant des produits de santé non plus qu'avec des organismes de conseil intervenant sur ces produits*

** Mention obligatoire selon l'article L4113-13 du Code de la Santé Publique (inséré par la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, art. 26 du Journal Officiel du 5 mars 2002)*

Pourquoi de nouvelles recos ?

3

- Parce que l'écologie bactérienne..
- Et la sur prescription des ab en Fce...
- Et l'industrie pharmaceutique...
- D'où les diapos suivantes !

Figure n° 1 : Evolution de la consommation d'antibiotiques en France

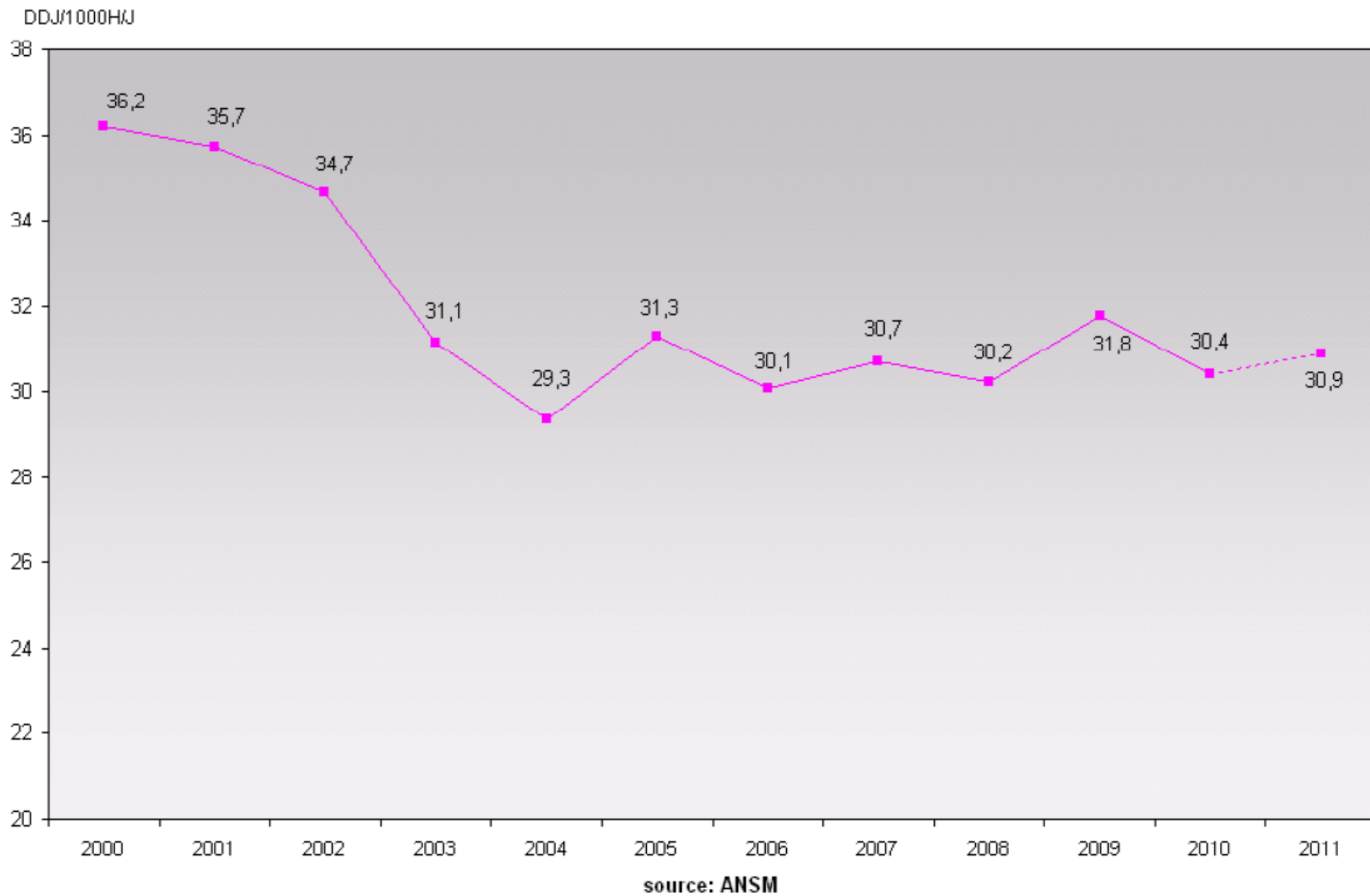


Figure n°2 : Evolution du nombre d'antibiotiques commercialisés en France

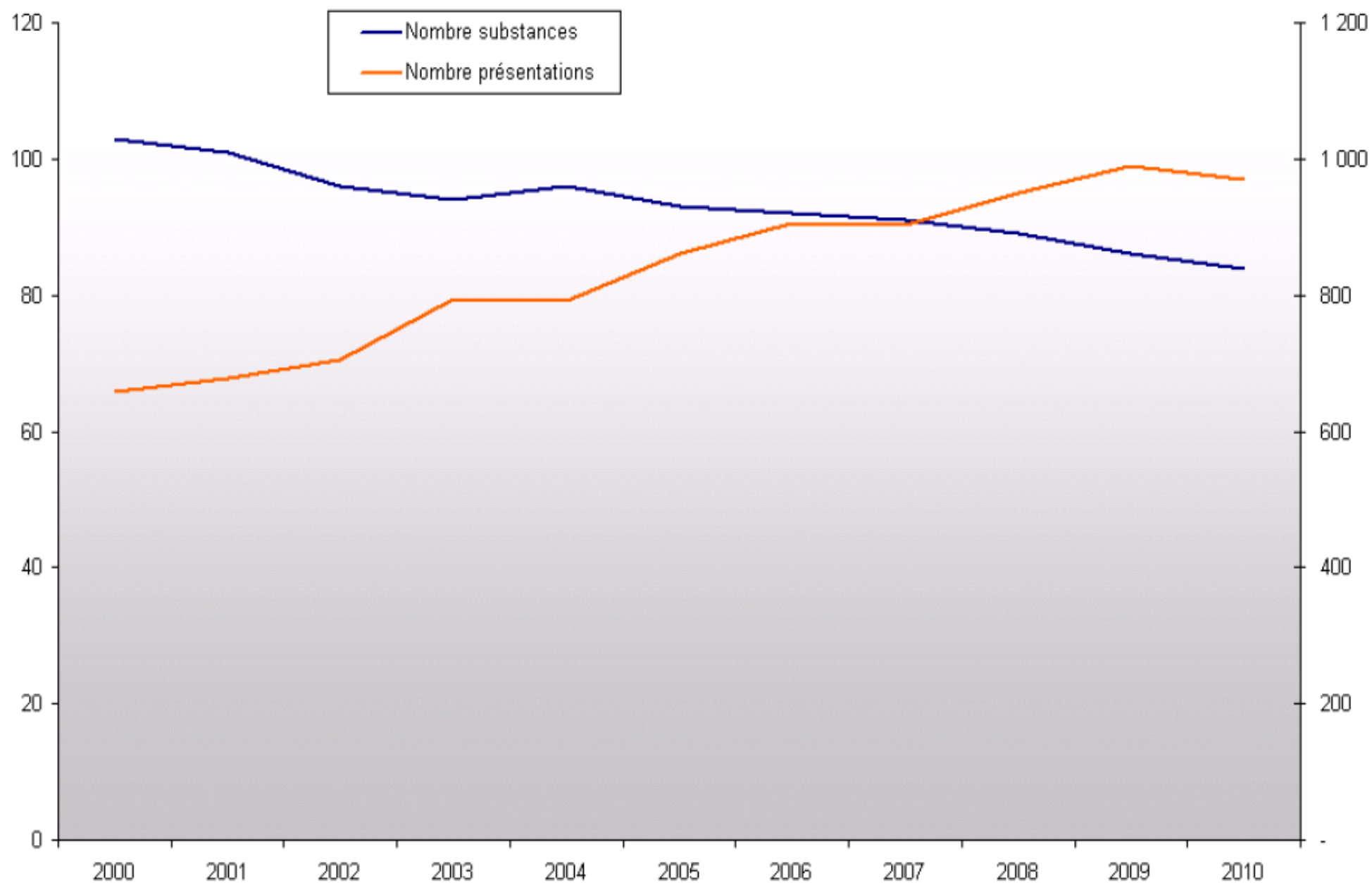


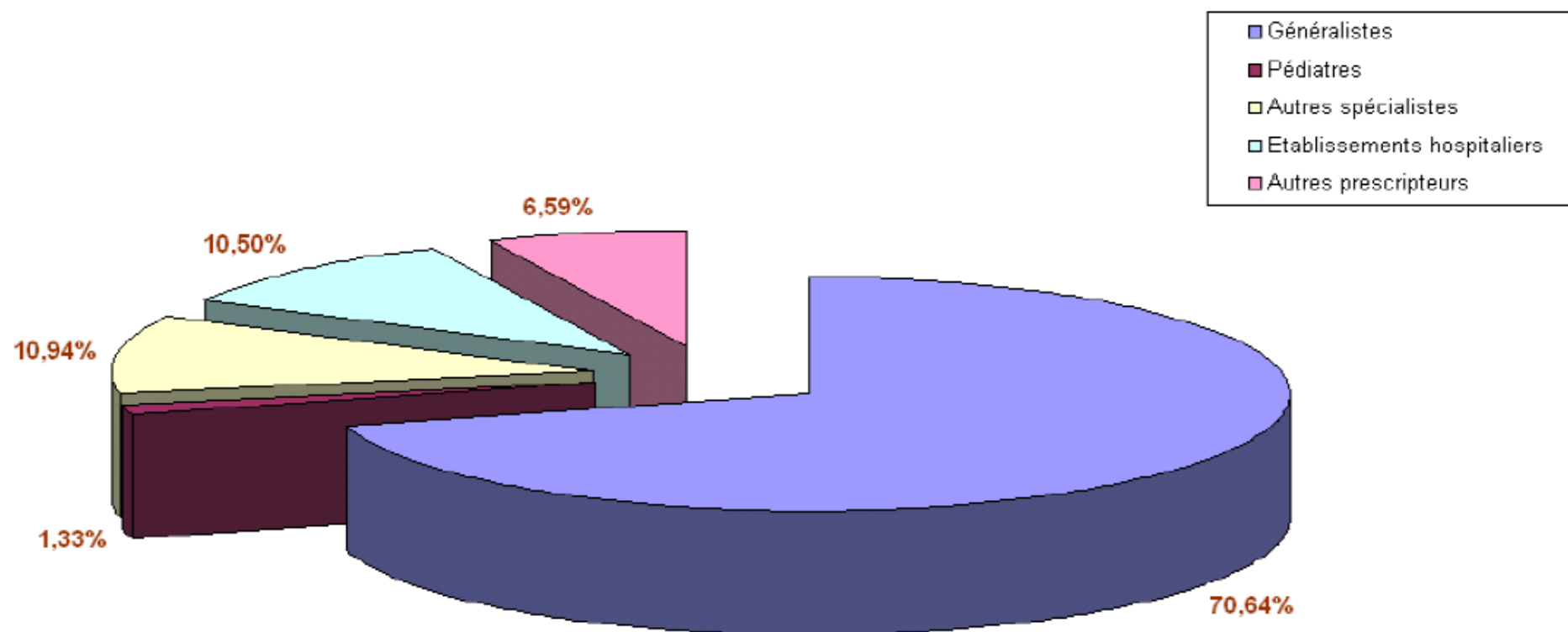
Tableau n°II : Part des différentes classes d'antibiotiques dans la consommation de ville et comparaisons 2000-2010

Classe ATC	Part dans la consommation 2000	Part dans la consommation 2010
J01A - Tétracyclines	9,9%	11,2%
J01C - Bêta-lactamines, Pénicillines	48,7%	55,3%
dont J01CA - Pénicillines à large spectre	32,5%	30,0%
dont J01CR - Association de pénicillines	13,9%	23,4%
J01D - Autres bêtalactamines	13,7%	9,5%
dont J01DB - Céphalosporines de 1ère génération	3,9%	0,2%
dont J01DC - Céphalosporines de 2ème génération	5,0%	2,8%
dont J01DD - Céphalosporines de 3ème génération	4,8%	6,4%
J01E - Sulfamides et triméthoprim	1,7%	1,5%
J01F - Macrolides	18,0%	13,3%
J01G - Aminosides	0,2%	0,2%
J01M - Quinolones	6,4%	7,1%
J01R+J01X - Associations et autres antibactériens	1,4%	2,0%
Total	100,0%	100,0%

Source : ANSM

- *Les prescriptions sont majoritairement réalisées par les médecins généralistes*

Figure n°4 : Part relative des prescriptions d'antibiotiques en ville selon les prescripteurs



Source: CNAMTS & ANSM

70,6% des prescriptions d'antibiotiques en ville ont été réalisées par un médecin généraliste.

Et la variabilité des pratiques des généralistes

8

Données à fin décembre 2011.

Seuls les médecins éligibles à l'indicateur sont représentés.

Nombre de médecins

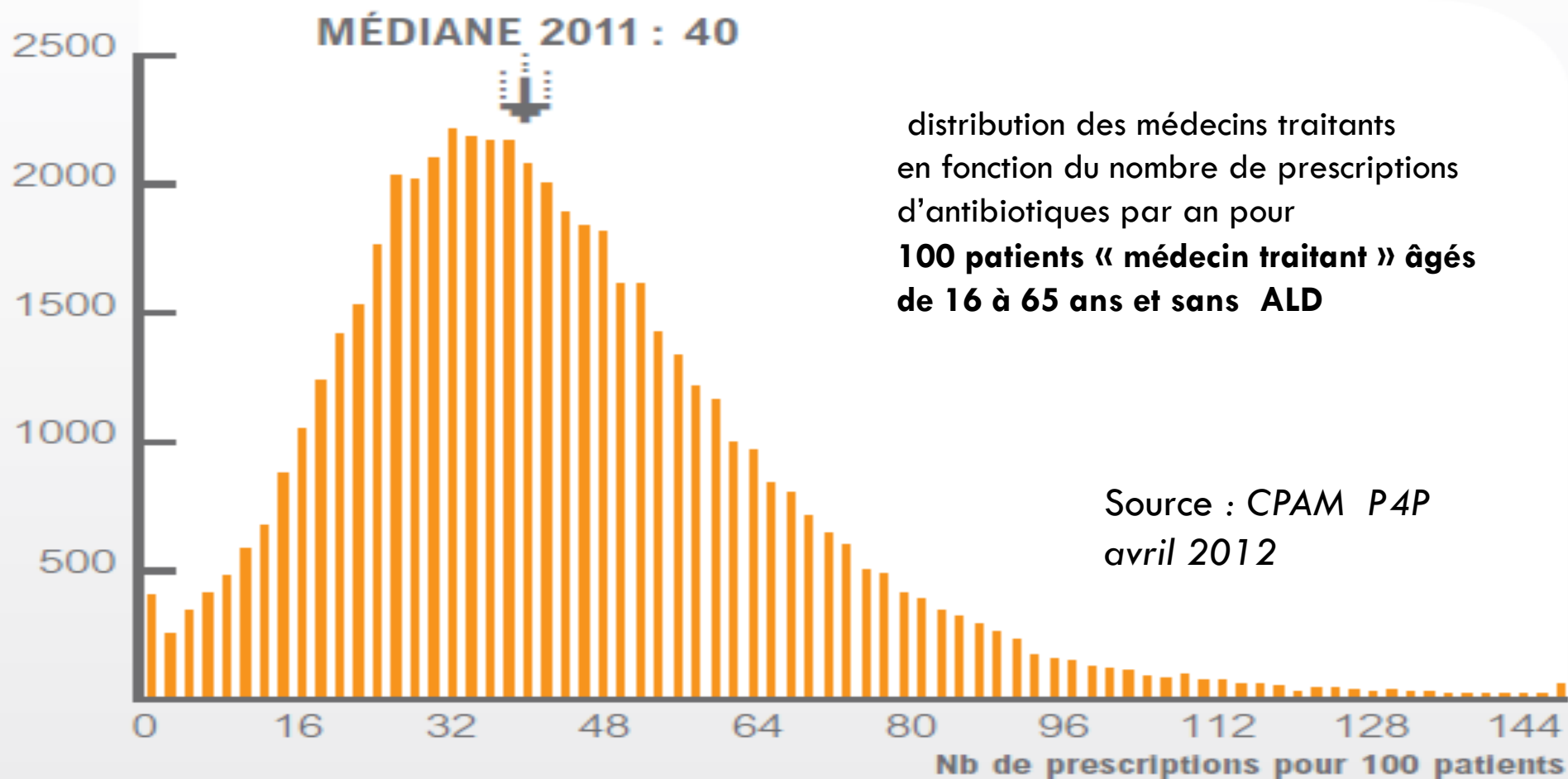


Tableau n° VI : Comparaison des consommations antibiotiques de ville dans plusieurs pays européens, appréciée Dose Définie Journalière par 1000 Habitants et par Jour (DDJ/1000H/J)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Allemagne (données ESAC)	13,6	12,8	12,7	13,9	13,0	14,6	13,6	14,5	14,5	14,9		
Belgique (données ESAC)	25,3	23,7	23,8	23,8	22,7	24,3	24,2	25,4	27,7	27,5		
Bulgarie (données ESAC)	20,2	22,7	17,3	15,5	16,4	18,0	18,1	19,8	20,6	18,6		
Espagne (données ESAC)	19,0	18,0	18,0	18,9	18,5	19,3	18,7	19,9	19,7	19,7		
France (données ANSM)	33,4	33,0	32,0	28,9	27,1	28,9	27,9	28,6	28,0	29,6	28,2	28,6
Grèce (données ESAC)	31,7	31,8	32,8	33,6	33,0	34,7	41,1	43,2	45,2	38,6		
Italie (données ESAC)	24,0	25,5	24,3	25,6	24,8	26,2	26,7	27,6	28,5	28,7		
Pays-Bas (données ESAC)	9,8	9,9	9,8	9,8	9,7	10,5	10,8	11,0	11,2	11,4		
Pologne (données ESAC)	22,6	24,8	21,4	n.d.	19,1	19,6	n.d.	22,2	20,7	23,6		
République tchèque (données ESAC)	n.d.	n.d.	13,9	16,7	15,8	17,3	15,9	16,8	17,4	18,4		
Royaume Uni (données ESAC)	14,3	14,8	14,8	15,1	15,0	15,4	15,3	16,5	16,9	17,3		
Suède (données ESAC)	15,5	15,8	15,2	14,7	14,5	14,9	15,3	15,5	14,6	13,9		

Source : European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC) et ANSM (pour les données françaises, également utilisées par ESAC). Le rapport 2009 présente des données pour 32 pays.

Les recos de l'« AFSSAPS » de novembre 2011...et Kafka

10

- Attendues depuis longtemps
- Le refus de l'AFSSAPS de les endosser (conflits d'intérêt)
- La (sage) décision de la SPILF de les publier..avec l'accord de l'AFSSAPS
- Un calendrier malheureux pour Antibioville+++

Firefox

L'Afssaps ne publie pas les recommanda... +

www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Points-d-information/L-Afssaps-ne-publie-pas-les-recommandations-de-son-groupe-de-travail-sur-les-infections-respiratoires-Pc

Glossaire | Abonnement | Rechercher... | Valider

afssaps
Agence française de sécurité sanitaire
des produits de santé

Grand public | Professionnels de santé
Industriels | Experts | Presse

Infos de sécurité | Activités | Dossiers thématiques | Publications | Services | Partenariats | L'AFSSAPS

Produits de santé

PTC | MTG | PSL | PTA | THA
Med | MDS | SP | Vac
DM | DIV
Cos | PT
Aut

Accueil > Infos de sécurité > Points d'inform... > L'Afssaps ne publie pas les recommandations de son groupe de travail sur les infections respiratoires - Point d'information

Infos de sécurité

- > Messages d'alertes
- > Interdictions de publicité
- > Recommandations
- > Lettres aux professionnels de santé
- > Ruptures de stock et arrêts de commercialisation des médicaments
- > Retraits de lots et de produits
- > Autres mesures de sécurité
- > Information produit / Information traitement
- > **Points d'information**

← précédent

L'Afssaps ne publie pas les recommandations de son groupe de travail sur les infections respiratoires - Point d'information

08/12/2011

Med

A la suite de la décision du Directeur général de l'Afssaps de ne pas publier au nom de l'Agence des recommandations concernant les infections respiratoires hautes, certains experts du groupe de travail anti-infectieux qui les avait élaborées, ont présenté leur démission.

Ces recommandations correspondent sans conteste à un besoin de santé publique, de meilleure prise en charge des affections hivernales pour lutter contre l'excès d'utilisation d'antibiotiques et des prescriptions inappropriées.

L'Afssaps ne peut cependant en aucun cas les porter dans la mesure où plusieurs experts ayant participé à leur conception ont des liens d'intérêts avec des firmes pharmaceutiques concernées.

Cela ne remet pas en cause le recours à l'expertise externe, qui doit être interrogée et mobilisée sur les questions de bénéfice et de risque des produits de santé dont les médicaments.

Mais ce recours doit intervenir dans un cadre de transparence et d'indépendance totales, garant des décisions prises par l'Afssaps. Aucun doute ne doit être permis et aucun contentieux ne doit pouvoir survenir remettant en question des recommandations de sécurité sanitaire portées par l'Agence.

Lire

> Répertoire des spécialités pharmaceutiques

22:55
21/01/2012

Infections respiratoire hautes: communiqué des sociétés savantes: SPILF - SFP – GPIIP 19 décembre 2011
(extraits)

..... ont décidé de porter à la connaissance des professionnels de santé - les recommandations de bonnes pratiques relative à « L'ANTIBIOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE EN PRATIQUE COURANTE DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT ».

.
Ces recommandations ont été élaborées par un groupe d'experts mandatés par l'AFSSAPS - elles ont suivi le circuit habituel - et le travail a duré plus d'un an. Mais, alors qu'elles étaient finalisées, le directeur de l'AFSSAPS a indiqué son refus de les voir publier avec le label AFSSAPS, au motif que certains experts avaient des liens d'intérêt avec des firmes pharmaceutiques et ce, bien que ces recommandations n'apparaissent jamais en faveur de l'utilisation de molécules récentes non génériques ...

Le directeur de l'AFSSAPS a reconnu – après que les membres du Groupe de Travail sur les Anti-infectieux (GTA) aient démissionné en bloc en réponse à sa décision- que ces recommandations « correspondent sans conteste à un besoin de santé publique de la prise en charge des infections hivernales » et a approuvé le fait que « ces recommandations soient rendues publiques au nom des sociétés savantes

Ce refus de publication laisse augurer d'un délai long avant que de nouvelles recommandations – rédigées selon de nouvelles règles – mais qui seront au final très probablement identiques – ne voient le jour.

Toutes ces raisons nous poussent à les rendre publiques sans délai

.
Pour que les lecteurs puissent prendre connaissance de cette recommandations en toute connaissance de cause, les potentiels conflits d'intérêts déclarés par les experts qui ont participé à sa rédaction sont accessible sur le site de l'AFSSAPS

Pr Christian RABAUD
Président de la SPILF

Pr Brigitte CHABROL
Président de la SFP

Dr Robert COHEN
Président du GPIIP

La reco

13

- Un groupe de travail limité (11 dont 1 MG)

- Un groupe de lecture limité (25 dont 5 MG)

L'évolution des résistances

14

- Diminution des résistances
 - ▣ Les pneumocoques et les bêtalactamines (et le *Prevenar*®)
 - ▣ *Haemophilus influenzae* producteurs de bêtalactamases,
 - ▣ Streptocoques du groupe A et les macrolides

- **Le problème d'E.Coli BLSE** (*producteurs de bêtalactamases à spectre étendu*)
 - ▣ dont la résistance est attribuée à la surconsommation d'antibiotiques prescrits pour traiter des infections respiratoires hautes et basses
 - ▣ **et notamment les céphalosporines (C3G++)**

DONC : on passe des C3G à l'amox++

15

➔ les céphalosporines ont beaucoup perdu de leur intérêt.

➔ pneumocoque de sensibilité intermédiaire à la pénicilline, **l'amoxicilline conserve une très bonne activité**, ce qui n'est pas le cas des céphalosporines orales, y compris le cefpodoxime et le céfuroxime.

Rhinopharyngites : rien de nouveau

16

- L'aspect purulent ou mucopurulent des sécrétions nasales n'a pas valeur de surinfection bactérienne,
- Ni antibiothérapie (ni corticoïdes, ni AINS)
- Et quasiment pas de tt symptomatique (DRP +paracétamol) : pas de consultation ??

Angines aiguës : peu de changement

17

Pic d'incidence : 5/15 ans

La clinique

Aucun signe ni symptôme n'est spécifique de l'angine à SGA qui peut être érythémateuse, érythémato-pultacée voire unilatérale érosive

- Seule l'angine érythémateuse ou érythémato-pultacée à streptocoque A (Test de Diagnostic Rapide positif) est justiciable de prescription d'antibiotique**.
- Fièvre et douleur pharyngée : traitement symptomatique (paracétamol). Éviter les AINS et corticoïdes.

Allergie sévère à la pénicilline

18

- Macrolides (azithromycine, clarithromycine ou josamycine)
 - ▣ taux actuel de résistance des SGA, en France, aux macrolides en baisse (10 %)

- **Le Prélèvement bactériologique préalable (avec culture et antibiogramme) n'est plus nécessaire (seul changement / reco 2005)**

OMA

19

- Seule l'OMA purulente (fièvre + otalgie + épanchement rétro-tympanique extériorisé ou non) est justiciable de prescription d'antibiotique.
- L'antibiothérapie est systématique chez l'enfant de moins de 2 ans ; elle n'est pas recommandée chez l'enfant de plus de 2 ans lorsqu'elle est peu symptomatique.

L'antibiothérapie de l'OMA :

DU NOUVEAU+++

20

- **AMOX 80 à 90 mg/kg/j (2 ou 3 prises équidistantes)**
- **< 2 ans (6 mois aux Pays Bas) : 8 à 10 jours (grade A)**
- **> 2 ans : 5 jours (AP)**
- **Ni AINS ni corticoïdes..ni gouttes auriculaires**

Quelques situations particulières

21

- Syndrome otite conjonctivite : amox/ac.clavulanique

- Allergie VRAIE aux péni (rare)
 - ▣ Cefpodoxime
 - ▣ Et allergie aux céphalosporines (rarissime !) :
érythromycine-sulfafurazole ou cotrimoxazole

- Ceftriaxone : exceptionnellement

OMA échec tt :

1. Si l'amoxicilline a été le traitement initial,

22

- Traitement recommandé (AP) :
 - ▣ échec en cours de traitement : amoxicilline-acide clavulanique ou cefpodoxime ;
 - ▣ échec à la fin du traitement : amoxicilline-acide clavulanique.

- En cas de 2ème échec :
 - ▣ avis ORL : paracentèse ?
 - ▣ traitement probabiliste en attente du résultat des examens bactériologiques
 - amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/jour d'amoxicilline) + amoxicilline (70 mg/kg/jour) ou
 - monothérapie par ceftriaxone (50 mg/kg/jour) pour 3 jours (Accord professionnel).

OMA échec tt :

2. Si un traitement autre que l'amoxicilline a été prescrit en premier

23

avis ORL : paracentèse avec examen
bactériologique ?

OMA de l'adulte

24

- Une curiosité...(cf.enft > 2 ans)
- AMOX 2 à 3 g/j
- 5 jours (Accord professionnel).

Sinusites aiguës

diagnostic (antibioville) **sinusalgie** ≠ **sinusite**

25

<i>Localisation</i>	<i>Symptomatologie évoluant depuis au moins 72 heures</i>
Maxillaire "la plus fréquente"	Douleur infra orbitaire unilatérale, majorée par l'anteflexion et irradiant aux arcades dentaires, mouchage purulent, avec ou sans fièvre, présence de pus dans l'oropharynx ; parfois pulsatile et maximum en fin d'après-midi et la nuit. L'existence d'antécédent de sinusite est un argument supplémentaire. A différencier du rhume banal, de la rhinopharyngite (d'origine virale) ou de la sinusalgie simple. La présence de pus sous le méat moyen à l'examen rhinoscopique réalisé grâce à un otoscope est en faveur d'une origine bactérienne.
Frontale	Céphalées sus-orbitaires, souvent bien localisées, pulsatiles, augmentant lors des mouvements de la tête en déclive, mouchage purulent et fièvre.
Ethmoïdale	Comblement de l'angle interne de l'œil, oedème palpébral, céphalée rétro-orbitaire.
Sphénoïdale	Céphalée rétro-orbitaire permanente, irradiant au vertex, pouvant simuler une douleur d'hypertension intracrânienne. Ecoulement purulent sur la paroi pharyngée postérieure vu à l'abaisse-langue.

Sinusite maxillaire

indications de l'antibiothérapie

26

- lorsque le diagnostic de sinusite aiguë maxillaire purulente est posé++
- en cas d'échec d'un traitement symptomatique initial ou en cas de complications (AP)
- en cas de sinusite maxillaire unilatérale associée à une infection dentaire homolatérale de l'arc dentaire supérieur (AP).

Sinusite maxillaire :

Quelle antibiothérapie ? **(NOUVEAU)**

27

- **Amoxicilline :**
 - **2 à 3 g/jour**
 - **2 à 3 prises quotidiennes**
(Grade A).

- **7 à 10 jours** (Grade C).

Sinusites : situations particulières

28

- **association amoxicilline-acide clavulanique :**
 - échec de traitement d'une sinusite aiguë maxillaire par amoxicilline,
 - sinusite aiguë maxillaire d'origine dentaire,
 - **sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale.**

- **C2 et C3G orale :**
 - allergie à la pénicilline sans allergie aux céphalosporines (situation la plus fréquente) : céfotiam (*taketiam*®) ou cefpodoxime ou céfuroximeaxétil (*zinnat*®).
 - 5 jours.

- **pristinamycine ou télithromycine :**
 - contre-indication aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines).
 - Durée de traitement proposée est de 4 jours pour la pristinamycine et 5 jours pour la télithromycine.
 - La télithromycine : risque élevé de survenue d'effets indésirables graves.

Et les quinolones antipneumococques ?

lévofloxacin (tavanic[®]) et moxifloxacin (izilox[®])

29

- réservées aux situations cliniques les plus sévères et susceptibles de complications graves
 - ▣ les sinusites frontales, sphénoïdales, ethmoïdales,
 - ▣ Pansinusites
 - ▣ ou en cas d'échec d'une première antibiothérapie dans les sinusites maxillaires.

- **moxifloxacin :**
 - ▣ risque plus élevé de survenue d'effets indésirables graves
 - ▣ réservée au traitement des sinusites radiologiquement et/ou bactériologiquement **documentées**
 - ▣ **lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé (jamais ??)**

Sinusites : tts associés

30

- Antalgiques en association avec des vasoconstricteurs locaux (durée maximale : 5 jours)
- Les **corticoïdes par voie orale en cure courte** (durée maximale : 7 jours) dans les **sinusites aiguës hyperalgiques**.

Sinusites de l'enfant

31

- Anatomie :
 - ▣ sinusite maxillaire > 3 ans
 - ▣ sinusite frontale > de 10 ans.
 - ▣ sinusites sphénoïdales dès 3-5 ans.

- Antibiothérapie dans les formes graves : **amox**
encore
 - ▣ 80 à 90 mg/kg/j
 - ▣ 2 à 3 prises équidistantes
 - ▣ 8 à 10 jours

et, en cas de difficultés

- Antibioville (ou antibioclic.com) et, si vous n'y trouvez pas la réponse..
- N'hésitez pas et **appelez antibiotel**
- **03 83 76 44 89**
- De 8h30 à 19h30

MERCI

33

jbirge@glam-sante.org

(et prochainement : un audit !)