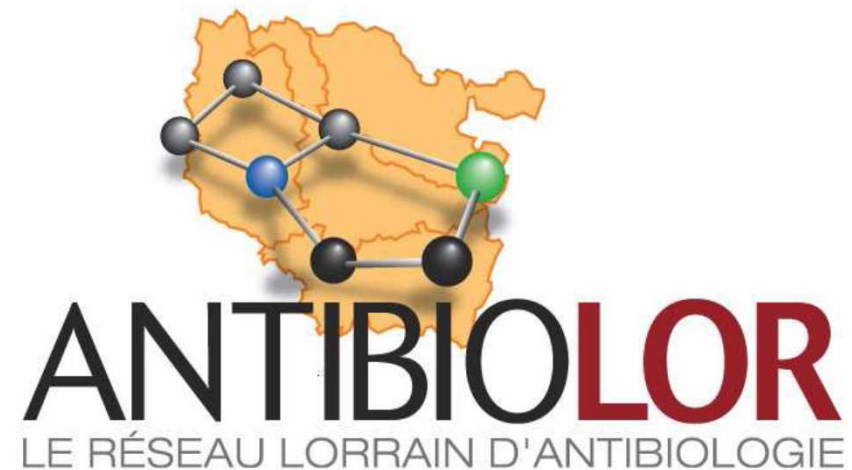


LA CLINIQUE D'ABORD!...

J.Birgé et JM.Boivin
Nancy 14 octobre 17
JRI Nancy



En Mémoire : TOUJOURS

- **Toute fièvre n'est pas infectieuse**
- **Toute infection n'est pas bactérienne**
- **Toute infection bactérienne n'est pas obligatoirement justiciable d'antibiothérapie**
- **Il y a rarement urgence à prescrire des antibiotiques**

Un DIAGNOSTIC : TOUJOURS

- **Un vrai : pas**
 - il crache jaune, son nez coule vert, il a au choix :
 - une bronchite surinfectée,
 - Une rhinopharyngite purulente
 - Une bronchite chronique aggravée
 - Des bactéries dans les urines
- **Un précis**
 - Quelle sinusite ?
 - Quelle bronchite chronique ?
- **Ne pas confondre :**
 - Sinusalgies et sinusite
 - Otagies et otite
 - Odynophagie et angine...
- **Peu de travaux sur la corrélation clinique/ diagnostic**
- **Et l'adage : l'**

Otite moyenne aiguë

CONTEXTE

- Très fréquente chez le nourrisson et le jeune enfant (pic entre 6 et 24 mois) (AB systématiques)
- Fréquente chez l'enfant (AB différés)
- Rare chez l'adulte (AB différés)
- Fréquence maximum en hiver et automne

Clinique de OMA

- Rhinopharyngite préalable et/ou concomitante
- Fièvre variable
- Ootalgie ou otorrhée
- Bombement tympanique (perte de la transparence, du relief, de la couleur)



Situations où l'antibiothérapie n'est pas indiquée

- Otite externe

« *J'ai eu une otite cet été, on m'a donné de l'augmentin... »*

En été (piscine, bains de mer)

Cotons tiges

Diagnostic avant même d'avoir positionné le spéculum...



Situations où l'antibiothérapie n'est pas indiquée

- OMA avec disparition douleur et fièvre



Situations où l'antibiothérapie n'est pas indiquée

Otite séreuse

Aucun intérêt démontré des traitements antibiotiques au long cours et/ou des corticoïdes

Education au mouchage +++



Situations où l'antibiothérapie n'est pas indiquée

Otite phlycténulaire (Myringite bulleuse virale)

Fait suite ou
accompagne
état grippal

Souvent
bruyante et
d'installation
rapide..



Situations où l'antibiothérapie n'est pas indiquée

Chez l'enfant de plus de 2 ans

- Otite perforée

Les antibiotiques locaux ne servent à rien non plus...



Sinusite aiguë

- Enfant, formation des sinus
 - sinus ethmoïdal : premiers mois de vie
 - sinus maxillaire : 3–4 ans ;
 - sinus frontal : 5–10 ans ;
 - sinus sphénoïdal : 10–15 ans.

Sinusite maxillaire

Sinusalgie simple

- Douleurs possibles, jugales ou dentaires,
- Céphalées diffuses (surtout frontales, parfois rétro-orbitaires ou occipitales),
- Sécrétions pharyngées,
- Obstruction ou congestion nasale,
- Rhinorrhée claire ou purulente,
- Irritation pharyngée avec toux,
- Eternuements,
- Fièvre,
- Possibilité de diminution de l'odorat.

Sinusite maxillaire

Sinusite Bactérienne

Symptômes depuis 8 à 10 jours

Aggravation après une amélioration

Ecoulement nasal purulent et
l'écoulement

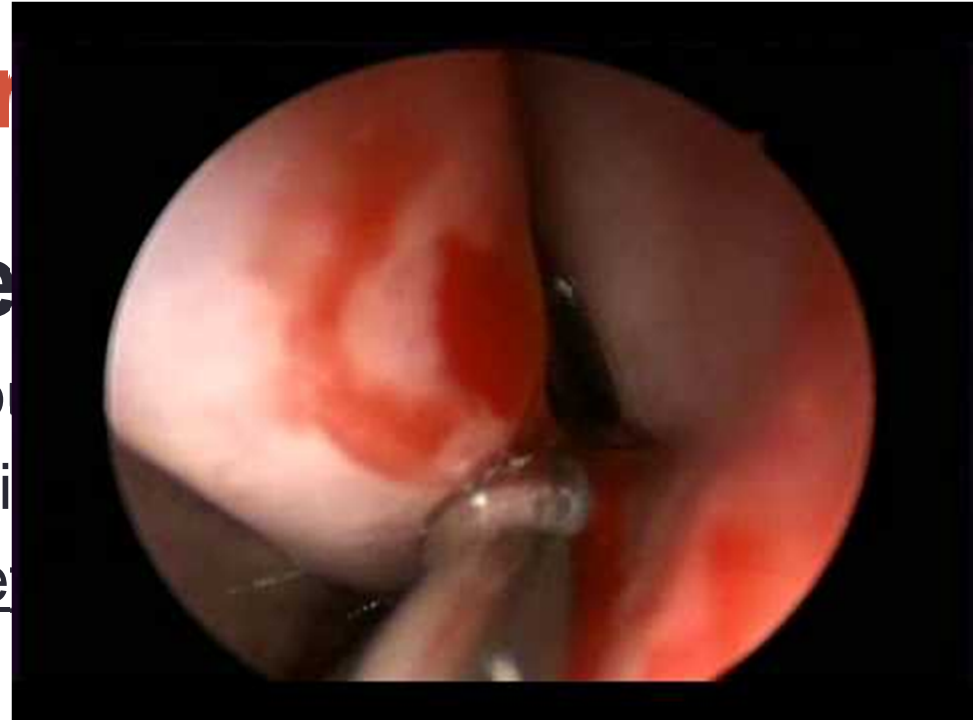
Douleur clairement unilatérale

Volontiers pulsatile

Accentuation de la douleur en baissant la tête

Aggravation en fin de nuit.

Ecoulement parfois visible au niveau du cornet moyen



Sinusite frontale

- Elle est rare...
- L'imagerie en urgence est indiquée en présence de signes d'atteinte cérébrale, baisse d'acuité visuelle, ophtalmoplégie, œdème bilatéral, absence d'amélioration après 24h de traitement ou pics hyperthermique.

A retenir...



- Un écoulement nasal qui devient verdâtre n'est pas une rhinopharyngite infectée ou une sinusite
- Un écoulement nasal bilatéral n'est le plus souvent pas une sinusite
- L'examen des fosses nasales à l'otoscope est utile
- ***Le traitement antibiotique est très très rarement urgent***

Angine

CONTEXTE

- Exceptionnelle avant 3 ans
- Rare après 45 ans
- Pic entre 5 et 15 ans
- Rarement associée à une toux ou rhinorrhée
- Pic hivernal ou printannier

Angine

Le domaine de la certitude clinique!....

« J'en ai assez vu dans ma vie, je ne me trompe jamais... »

« Le streptocoque... »

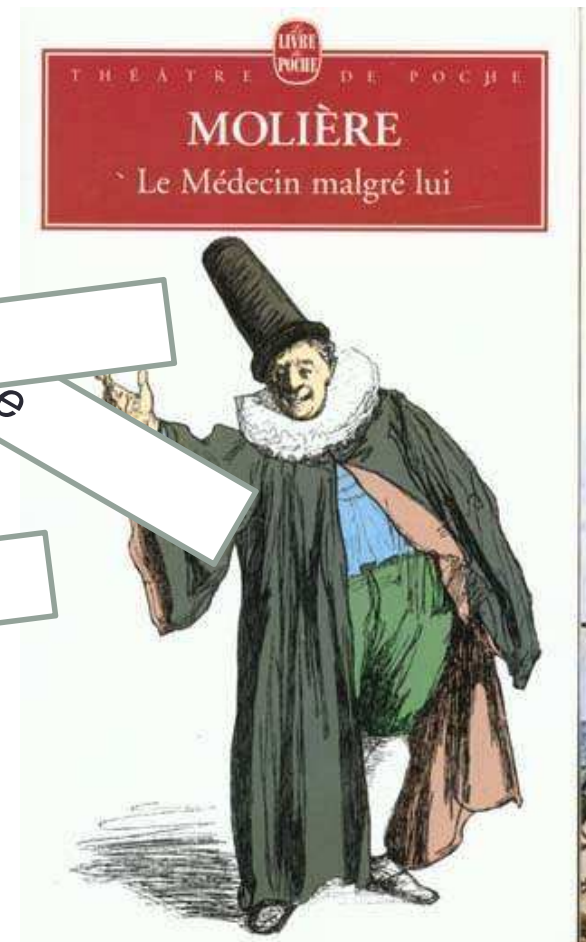
« Inutile de perdre du temps avec un TDR... »

« Le TDR est une perte de chances pour le patient... »

« Le TDR c'est toujours négatif »

« Le streptocoque... est évident »

« Le TDR est une perte de chances pour le patient... »



Angine

- **Score de Mac Isaac**

- Fièvre > 38°
- Absence de toux
- Adénopathies cervicales sensibles
- Atteinte amygdalienne
- Age 15-44 ans = 0
- Age ≥ 45 ans = -1

Un score de 0 ou plus indique un 5% de risque d'angine à streptocoque du groupe A.

Ce qui ne veut pas dire que si le score est ≥ 2 , il s'agit dans 95% des cas d'une angine à

Angine

Que fait le médecin dans ces situations?



- Le plus souvent pas de TDR
- S'il fait un TDR et qu'il est négatif, il prescrit un antibiotique

Angine

- Odynophagie
- Fièvre (+ ou -)
- Hypertrophie ou rougeur amygdalienne



Sensibilité 90%
Spécificité 95%
QUE RISQUE-T-ON?

Des Angines à connaître

Herpangine



Coxsackie A (\pm Synd. Pied-mains-bouche)

Scarlatine



Des Angines à connaître

Angine de Vincent



Mononucléose



La bronchite aiguë

- **La toux**

- +/- fièvre
- +/- râles bronchiques (rares !!)
- En être **convaincu** pour être **convaincant**
- Pas si simple
- Un piste : ne pas évoquer ce diagnostic à haut risque de prescription+++la tracheite...
- La toux peut durer..3 semaines
- Le plus difficile : **NE RIEN FAIRE+++**

La bronchite chronique simple ou pas

- toux pendant au moins 3 mois consécutifs par an depuis au moins 2 années consécutives
- **Obstructive or not obstructive : le Tiffeneau++ (VEMS/CV)**
- **S'il existe dans le dossier avant la suspicion** d'exacerbation
 - : > 70 % : NON obstructive = JAMAIS d'antibios
 - < 70 %: Obstructive (parfois des antibiotiques)
- **Si l n'existe pas dans le dossier avant la suspicion** d'exacerbation : dyspnée ?? Si non = pas obstructive = pas d'antibios

BPCO : d'abord évaluer la fonction respiratoire AVANT l'exacerbation

Sévérité selon EFR	Correspondance clinique approximative en l'absence d'évaluation par l'EFR
Bronchite chronique non obstructive VEMS/CV $\geq 70\%$	<ul style="list-style-type: none"> • Toux et expectoration 3 mois/an depuis 2 années consécutives
Stade I : BPCO débutante VEMS/CV $< 70\%$ VEMS $\geq 80\%$	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes chroniques (toux, expectoration) inconstants • Pas de dyspnée d'effort
Stade II : BPCO modérée VEMS/CV $< 70\%$ $50\% \leq \text{VEMS} < 80\%$	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes chroniques (toux, expectoration) fréquents • Dyspnée d'effort inconstante
Stade III : BPCO sévère VEMS/CV $< 70\%$ $30\% \leq \text{VEMS} < 50\%$	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes chroniques (toux, expectoration) fréquents • Dyspnée d'effort inconstante
Stade IV : BPCO très sévère VEMS/CV $< 70\%$ VEMS $< 30\%$ ou VEMS $< 50\%$ en présence d'insuffisance respiratoire ($\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg} = 8 \text{ kpa}$) ou de signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes chroniques (toux, expectoration) quasi constants • Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos

Exacerbation aiguë de bronchite chronique

- La triade d'Anthonissen : volume, purulence, dyspnée
- L'origine infectieuse de l'exacerbation ?
 - < 50 % des cas et....
 - 50 % des origines infectieuses sont...virales

L'indication de l'antibiothérapie

L'argument clinique prépondérant pour une étiologie bactérienne de l'exacerbation de la BPCO :

**la purulence verdâtre
franche des crachats.**

La pneumonie : la hantise du médecin

- Facile : foyer de crépitants, fébrile
- Plus compliqué : toux ou fièvre isolées
- **Donc TOUJOURS RT (radiologue dépendant++) pour**
 - Confirmer le diagnostic : condensation parenchymateuse
 - Repérer les formes graves à hospitaliser
- Encore plus compliqué : la personne âgée
 - Inexaminable ?
 - Ininterrogeable ?
 - Non déplaçable
 - => antibiothérapie probabiliste si pronostic vital en jeu

Les pneumonies typiques et atypiques

- **Pneumo** évoqué par :
 - Signes francs : fièvre, douleur thoracique,
 - début brutal
- **Bactéries atypiques** devant :
 - < 40 ans
 - Début progressif
 - Manifestations extra respiratoires (digestives, cutanées)
- **Graves d'emblée** : légionellose ?

CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES LA FRANCE REPLONGE...





Et en cas de difficulté

ANTIBIOTEL : 03 83 76 44 89

du lundi au vendredi de 8h30 à 19h30