



## INFOS

### Editorial

VERS UN MEILLEUR USAGE DES ANTIBIOTIQUES

## Un généraliste membre du jury d'une conférence de consensus : faire valoir ou nécessité ?



Le 15 mars dernier s'est déroulée une conférence de consensus sous l'égide de la SPILF\* sur le thème : infections respiratoires basses de l'adulte immunocompétent, et j'ai fait partie du jury.

Une conférence de consensus, c'est quoi ? Une recommandation qui doit aider les professionnels de santé à prendre une décision dans leur activité quotidienne. En principe, la conférence de consensus trouve sa place quand le sujet est polémique et les questions sujettes à controverse.

Une conférence de consensus fonctionne sur le modèle judiciaire : après exposé des experts et débat public, le jury s'enferme durant 48 heures et délibère. Un travail dense qui doit aboutir à un texte long (une dizaine de pages) et un texte court (quelques pages). Le texte est définitif à l'issue de la réunion du jury.

Qu'en est-il de cette conférence ?

Sur le plan méthodologique et organisationnel : rien à redire. Des questions claires et pertinentes, des experts qui, dans leur ensemble, font un excellent

travail de synthèse de la littérature, une réception des textes des experts bien avant la conférence, une première audition des experts la veille de la séance publique, un travail en sous-groupes et en plénière efficace et où chacun respecte la parole de l'autre, une conférence téléphonique finale pour valider les textes définitifs.

Tout est-il pour autant parfait dans le meilleur des mondes de la meilleure des conférences de consensus ? Non, bien sûr ou alors cet éditorial ne serait qu'un exercice d'auto-satisfaction...

Selon la conférence de consensus, 98% des situations abordées sont prises en charge par les médecins généralistes ; Or, le jury était composé pour l'essentiel de spécialistes (exerçant en milieu hospitalier)... et de 2 généralistes ! Et il est difficile dans ce contexte de faire valoir son point de vue. Le document final est fortement coloré par cette vision spécialisée et hospitalière de l'infection respiratoire basse, d'autant qu'une bonne partie des recommandations repose sur l'accord professionnel des membres du jury. Les bronchites aiguës n'y sont que rapidement abordées (dix millions de cas/an en France), les pneumonies (500 000 cas/an) et exacerbations de

BPCO (2 millions de cas) sont analysées avec le regard de médecins qui ne voient que les formes les plus graves.

Pour que le généraliste de service soit utile et tienne sa place dans ce contexte, il faut qu'il aie de solides notions de lecture critique de l'information médicale et qu'il sache se faire entendre.

Ami lecteur généraliste, si l'occasion t'est donnée de participer à un jury de conférence de consensus, sache également que le pouvoir appartient à ceux qui dorment peu et qui maîtrisent bien l'outil informatique : être un pro du clavier et un petit dormeur sont des atouts de taille !

Un ultime regret : cette conférence de consensus, comme la plupart des autres, est sponsorisée par l'industrie pharmaceutique. Si l'influence des financeurs n'apparaît absolument pas dans le travail du jury, il est néanmoins regrettable que les conflits d'intérêt des experts n'aient pas été rendus publics et que des fonds publics n'aient pas permis ce travail.

On peut enfin se demander si la forme choisie, conférence de consensus, est la meilleure. Une recommandation pour la pratique clinique aurait sans doute permis un travail plus élaboré et aurait pris en compte l'avis de lecteurs.

### AntibioTél

Le réseau Antibiolor a mis en place un numéro d'astreinte téléphonique destiné aux professionnels de santé de Lorraine. Il est tenu par des membres du réseau, répartis dans les 4 départements lorrains et référents en antibiothérapie pour répondre à toutes les questions concernant l'antibiothérapie.

Il fonctionne 5 jours par semaine  
de 8h30 à 19h30  
hors jours fériés depuis le 3 mai.

Un seul numéro d'appel  
**03 83 76 44 89**

Ce numéro permet d'avoir accès par l'intermédiaire d'un secrétariat téléphonique à un médecin d'astreinte, bénévole pour cette fonction.

Ceci dit, ne jetons pas le bébé avec l'eau du bain. Ce texte apporte des simplifications et des avancées notables dans la prise en charge ambulatoire des pneumonies et des BPCO et je vous invite à lire dans cette lettre l'analyse qu'en fait le Dr Th Lecompte.

Alors faire valoir ou nécessité ? C'est à toi, ami lecteur, d'en juger.

\*société de pathologie infectieuse de langue française

Dr J.Birgé,  
vice-président d'Antibiolor

### Le Réseau

## Conférence de consensus : prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent - 15 mars 2006

Cette conférence de consensus est la 15<sup>e</sup> conférence de consensus organisée par la Société de Pathologie de Langue Française (SPILF). C'est la deuxième ayant pour thème les infections respiratoires, la première ayant eu lieu en 1991 avec une actualisation en 1995 et une révision en 2000. Parallèlement, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé (AFSSAPS) a publié en 2002 puis octobre 2005 les recommandations de bonne pratique dans la prise en charge des infections respiratoires.

La cible ici est précise : il s'agit des infections respiratoires basses uniquement, excluant les angines, les otites et sinusites qui avaient fait l'objet des dernières recommandations de l'AFSSAPS, de l'adulte immunocompétent. Le volet pédiatrique n'a donc pas été envisagé. Aussi les questions posées au jury sont-elles

notamment différentes de celles posées en 1991. Nous allons essayer d'en souligner les points forts en nous appuyant sur les textes courts uniquement, les textes longs n'étant pas à disposition du grand public pour le moment. Ces textes courts sont consultables sur le site de la SPILF : infectiologie.com

#### ■ Question n°1 :

**Comment faire le diagnostic d'une infection des voies respiratoires basses ? Quels sont les moyens diagnostiques cliniques et paracliniques permettant de distinguer l'infection bronchique de l'infection pulmonaire ?**

C'est une question qui se pose très fréquemment aussi bien en pratique de ville qu'à l'hôpital. On retiendra ainsi que le diagnostic de la bronchite aiguë est avant tout clinique et que l'étiologie virale est confortée par le fait qu'elle

survient dans un contexte épidémique. Le diagnostic de pneumonie est en revanche difficile à faire, d'autant que la personne est âgée. On s'aidera de l'imagerie (radiographie thoracique, scanner lorsque la radiographie n'est pas décisive) et d'examens biologiques simples (hémogramme, protéines de l'inflammation). Quant aux exacerbations aiguës de la BPCO, elles sont de diagnostic «malaisé». La moitié des exacerbations seulement sont d'origine infectieuse, soit virale soit bactérienne ; parmi les critères de la triade d'Anthonisen, seule la franche purulence verdâtre de l'expectoration a été retenue en faveur de l'origine bactérienne de l'exacerbation de BPCO.

#### ■ Question n°2 :

**Infection des voies respiratoires basses : évaluation initiale et orientation des patients.**

**Les pneumonies aiguës communautaires (PAC) :**

Il s'agit là d'une question essentielle. Le médecin qui examine en premier le patient atteint de PAC doit se poser la question d'une hospitalisation, qu'il soit dans son cabinet médical ou aux urgences d'un hôpital. Et lorsque le malade est hospitalisé, le médecin doit encore se poser la question de savoir si la prise en charge pourra se faire dans un secteur ou en réanimation. Le jury a essayé d'apporter une aide à la décision en détaillant les scores publiés dans la littérature. Certains seront rebutés à l'avance par l'existence même de ces scores, arguant qu'en pratique, ils n'ont pas les outils ni le temps pour leur calcul. D'abord, outre le fait qu'en dehors du score de Fine (Pneumonia Severity Index), les éléments des autres scores (CURB 65, CRB 65 et score de l'ATS) ne sont pas trop difficiles à mémoriser

Rejoignez-nous en complétant le bulletin d'adhésion joint à cette lettre.

Issu d'un consensus fort, le réseau AntibioLor ne peut vivre que par l'adhésion de tous les acteurs concernés par l'antibiothérapie.

Renvoyez rapidement votre bulletin sous enveloppe à fenêtre accompagnée de votre règlement.

## Bulletin d'adhésion 2006

A glisser dans une enveloppe accompagnée de votre règlement

Souhaite adhérer à l'Association du Réseau Lorrain d'Antibiothérapie

J'adresse ci-joint ma cotisation pour l'année 2006

Montant : (cocher)

- 600 € pour les CHU/CHR  
 300 € pour les CHG/PSPH/Cliniques  
 150 € pour les Moyen Long Séjour/Retraite médicalisée  
 300 € pour les Associations professionnelles  
 15 € en adhésion individuelle

A retourner à :

**ANTIBIOLOR**

Mlle C. Barthélemy  
Secrétariat du réseau Antibiolor - Maladies infectieuses  
Tour Drouet 9 - Hôpitaux de Brabois - Allée du Morvan  
**54500 VANDŒUVRE-LES-NANCY**



## Conférence de consensus : - suite -

pour peu que l'on ait quelques notions d'anglais de base, l'évolution de la pratique médicale et de son évaluation nécessite que l'on puisse rendre compte de ses actes en s'appuyant sur des choses solides et concrètes (ainsi les chiffres de la TA, du pouls, de la fréquence respiratoire et de la température, qui sont des données de l'examen physique élémentaire).

Comme dans *Le Malade imaginaire* de Molière, la pratique médicale quotidienne fait qu'en fait on utilise ces scores sans le savoir. Ainsi, un malade de plus de 65 ans, confus et ayant une fréquence respiratoire supérieure à 30/mn a une PAC grave qui nécessite une surveillance hospitalière (CURB 65 et CRB 65).

Enfin le jury a précisé, et c'est une bonne chose, la stratégie diagnostique microbiologique et les modalités de suivi. (inutilité d'un diagnostic microbiologique en ambulatoire, quand faire une nouvelle radiographie pulmonaire...). Une recherche d'antigènes urinaire de légionelle n'est indiquée que chez les patients présentant des signes évocateurs, une instabilité hémodynamique, une hypoxémie ou en situation épidémique.

### Les exacerbations de BPCO :

Elles nécessitent que le médecin connaisse les différents stades de la BPCO qui sont rappelés ici, car la plupart d'entre elles hormis la BPCO sévère sont prises en charge en ambulatoire.

Sont proposés les critères de sortie d'hospitalisation calqués sur ceux proposés par le groupe anglo-saxon sur la prise en charge de la BPCO, GOLD (Global initiative on Obstructive Lung Disease) et le suivi ultérieur du patient qui a fait une exacerbation de BPCO, rappelant que cette dernière est une maladie chronique qui nécessite une surveillance spécialisée.

Est envisagée, chose nouvelle dans une conférence de consensus, une alternative à l'hospitalisation traditionnelle qu'est l'hospitalisation à domicile.

### ■ Question n° 3 :

**Comment choisir le traitement antibiotique d'une pneumonie aiguë communautaire ?**

**Quels sont les critères épidémiologiques, microbiologiques, pharmacologiques (PK-PD), expérimentaux et cliniques permettant d'optimiser les choix, les modalités d'administration, les durées de traitement ? (tableau 1)**

Par rapport aux recommandations antérieures, il y a peu de changement, et c'est heureux pour ceux qui venaient juste de s'approprier les recommandations de l'AFSSAPS d'octobre 2005. Ont été ainsi envisagées les PAC non sévères en ambulatoire, les PAC non sévères à l'hôpital et les PAC sévères à l'hôpital.

L'amoxicilline reste l'antibiotique de choix en cas de PAC présumée à pneumocoques, associée à l'acide clavulanique chez le sujet âgé ou avec comorbidités. Chez les patients sans comorbidité, la pristinamycine ou la tétracycline sont une alternative ce qui n'est pas le cas des macrolides en raison de la revalence des souches de pneumocoques résistantes. Les fluoroquinolones antipneumococciques ne sont pas indiquées en première intention, sauf chez les sujets âgés avec comorbidités. L'accent est mis sur la réévaluation clinique au 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> jour, dans tous les cas et sur la prévention des infections par la vaccination antigrippale et antipneumococcique.

### ■ Question 4 :

**Quelles sont les indications et quels sont les choix pour l'antibiothérapie d'une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ? (tableau 2)**

La différence avec les recommandations récentes de l'AFSSAPS est que seuls les stades II et III de la BPCO ont une recommandation d'antibiothérapie lors des exacerbations. Il est recommandé de prescrire une antibiothérapie au stade II si l'expectoration est franchement purulente verdâtre, et systématiquement au stade III. Les choix antibiotiques sont identiques à ceux des recommandations AFSSAPS, mais une réserve est mise sur les fluoroquinolones antipneumococciques qui ne doivent pas être prescrites si le patient en a reçu quelle qu'en soit l'indication dans les 3 mois qui précèdent l'épisode infectieux, en raison des risques de sélection de résistance.

### ■ En conclusion :

Cette conférence de consensus a l'originalité de ne pas s'être cantonnée uniquement aux recommandations thérapeutiques. Les recommandations sur les moyens diagnostiques, l'orientation et le suivi des patients prouvent que le jury a eu le souci de renforcer la qualité de soins des patients tout en restant attentif à la gestion de santé publique.

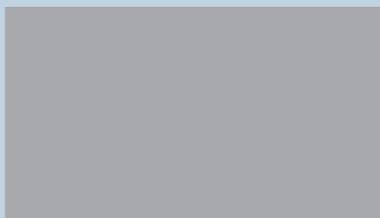
### ■ Tableau 1 : Antibiothérapie probabiliste des PAC en ambulatoire

	1 <sup>ER</sup> CHOIX	ECHEC AMOXICILLINE À 48H
Sujets jeunes Sans comorbidité	Amoxicilline 1g x 3/j PO	Macrolide
	ou pristinamycine 1g x 3/j PO	ou pristinamycine 1g x 3/j PO
	ou tétracycline 800 mg/j PO	ou tétracycline 800 mg/j PO
Sujets âgés Sans comorbidité	Amoxicilline 1g x 3/j PO	Macrolide 3
	ou pristinamycine 1g x 3/j PO	ou pristinamycine 1g x 3/j PO
	ou tétracycline 2 800 mg/j PO	ou tétracycline 800 mg/j PO
Sujets âgés avec comorbidités)	Amoxicilline-ac clavulanique 1g x 3/j PO	
	Si en institution :	
	Amoxicilline-ac clavulanique 1g x 3/j PO	Fluoroquinolone anti pneumococcique :
	ou ceftriaxone 1g/j IM/IV/SC	Lévofloxacine 500 mg/j PO
	ou Lévofloxacine 500 mg/j PO	ou Moxifloxacine 400 mg/j PO
	ou Moxifloxacine 400 mg/j PO	

### ■ Tableau 2 : Indication et choix de l'antibiothérapie pour le traitement des exacerbations de BPCO

STADE CLINIQUE DE GRAVITÉ DE LA BPCO	INDICATION	CHOIX
Absence de dyspnée	Pas d'antibiotique	
Dyspnée d'effort	Antibiotique seulement si expectoration franchement purulente verdâtre	Amoxicilline 3g/j
		ou Céphalosporine de 2 <sup>e</sup> génération orale (céfuroxime-axétil)
		ou Céphalosporine de 3 <sup>e</sup> génération orale (cefepodoxime-proxétil, céfotiam-hexétil)
		ou Macrolide
		ou Pristinamycine
Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos	Antibiotique systématique	Amoxicilline-acide clavulanique (3g/j d'amoxicilline)
		ou Céphalosporine de 3 <sup>e</sup> génération injectable (céfotaxime I.V. ou ceftriaxone IV, IM ou SC)
		ou Fluoroquinolone anti-pneumococcique (lévofloxacine, moxifloxacine)

## Cas clinique



Un homme âgé de 55 ans, routier, vous consulte pour la première fois pour l'aggravation d'une toux. Les premiers symptômes étaient une rhinopharyngite associée à des céphalées et à une sensation de mal-être. La toux est devenue plus fréquente avec quelques jours plus tard, une modification de l'expectoration devenue plus abondante et muco-purulente, verdâtre. Il présente également une dyspnée d'effort à la marche à plat.

Habituellement, il existe une toux et une expectoration peu abondante, séro-muqueuse, depuis une quinzaine d'années et une dyspnée lors de la montée des escaliers depuis 5 ans.

Sa femme a présenté une rhinopharyngite quelques jours avant lui.

Les antécédents connus du patient sont une diabète non insulino-dépendant, une hypertension artérielle systémique.

Il a présenté une bronchite au cours de l'hiver précédent. Son traitement usuel est furosémide 40 mg/j.

Le tabagisme, débuté à 18 ans, est chiffré à 1 paquet de cigarettes/jour depuis l'âge de 25 ans.

Le poids est de 100 kg pour 1m75. La température est à 37°C.

Il n'a pas d'hippocratismes digitaux. La fréquence respiratoire est à 20 cycles/minute.

L'auscultation révèle une diminution du murmure vésiculaire, des râles sous crépitants et sibilants bilatéraux.

La fréquence cardiaque est régulière à 90 battements/minutes avec une auscultation cardiaque normale.

La tension artérielle est à 150/95 mmHg.

Le reste de l'examen est sans particularité.

#### Question n°1

Comment caractérisez-vous l'état respiratoire de ce patient ?

#### Question n°2

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

#### Question n°3

Faites-vous réaliser des examens complémentaires : si oui, lesquels ? Justifiez votre réponse.

#### Question n°4

Existe-t-il une indication d'hospitalisation ?

#### Question n°5

Quels traitements prescrivez-vous ?

#### Question n°6

Evolution : après 4 jours de traitement, la symptomatologie thoracique a régressé. Il persiste une toux grasse avec une expectoration séro-muqueuse abondante. Prescrivez-vous des examens et un traitement ?

Validez vos réponses sur le site internet

[www.antibiolor.org](http://www.antibiolor.org)

## Adhérer à AntibioLor

Rejoignez-nous en complétant le bulletin d'adhésion joint à cette lettre. Issu d'un consensus fort, le réseau AntibioLor ne peut vivre que par l'adhésion de tous les acteurs concernés par l'antibiologie.

Envoyez rapidement votre bulletin sous enveloppe à fenêtre accompagné de votre règlement.



Directeur de la publication : Thierry May  
Conception graphique et maquette : Agence MédiaCom  
Impression : Imprimerie Dieudonné  
Ce numéro a été tiré à 5 000 exemplaires



Je soussigné(e)  
M - Mme - Mlle  
(rayer la mention inutile)

NOM..... Prénom.....  
Fonction..... Spécialité.....  
Adresse prof. ....

N° de téléphone ..... E-mail .....

NOM de l'Etablissement ou de l'Association .....  
ADRESSE de l'Etablissement ou de l'Association .....

par Chèque bancaire  par Chèque postal  Virement bancaire   
RIB : code banque 14707 | code guichet 00035 | N° de compte : 03519091817 | clé 28  
Banque ..... Ville ou centre.....  
N° du chèque ..... Libellé au nom de «Association AntibioLor»

Je désire recevoir un reçu de ma cotisation Date Signature  
oui  non