

# **RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE**

## **ANTIBIOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE EN PRATIQUE COURANTE DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES DE L'ADULTE ET L'ENFANT**

### **RECOMMANDATIONS**

## ANTIBIOTHERAPIE DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES

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

- **Rhinopharyngite**, même en cas de sécrétions nasales d'aspect purulent ou mucopurulent
- **Angine à TDR négatif** ou en l'absence d'utilisation de TDR
- **Otite congestive de l'enfant**
- **Otite séromuqueuse de l'enfant**

Situations dans lesquelles **IL EST RECOMMANDE** de prescrire un antibiotique :

- **Otite moyenne aiguë purulente** :
  - **de l'enfant de moins de 2 ans**,
  - **de l'enfant de plus de 2 ans**, après réévaluation à 48-72 heures en cas de symptômes peu bruyants ou d'emblée si fièvre élevée, otalgie intense ou difficulté de compréhension des consignes,
  - **de l'adulte**
- **Sinusite aiguë de l'adulte**, dans les cas suivants :
  - sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale
  - sinusite aiguë maxillaire caractérisée, ou échec d'un traitement symptomatique initial ou complications
  - sinusite maxillaire unilatérale associée à une infection dentaire homolatérale supérieure
- **Sinusite aiguë de l'enfant**, dans les formes :
  - aiguës sévères de sinusite maxillaire ou frontale
  - tableau de rhinopharyngite se prolongeant au-delà de 10 jours sans signe d'amélioration ou se réaggravant secondairement
- **Angine à streptocoque A** : TDR<sup>1</sup> positif chez les patients de plus de 3 ans.

**L'amoxicilline** est recommandée en première intention dans les infections respiratoires hautes

|               | Otite moyenne aiguë   | Sinusite                            | Angine à streptocoque A                       |
|---------------|---|-------------------------------------|---|
| <b>Enfant</b> | 80-90 mg/kg/j<br>pendant 8-10 jours ( $\leq$ 2 ans)<br>et 5 jours (> 2 ans) | 80-90 mg/kg/j<br>pendant 8-10 jours | 50 mg/kg/j (après 30 mois)<br>pendant 6 jours |
| <b>Adulte</b> | 2-3 g/j<br>pendant 5 jours  | 2-3 g/j<br>pendant 7-10 jours       | 2 g/j<br>pendant 6 jours                      |

Si le temps entre les 3 prises quotidiennes d'amoxicilline ne peut être équidistant (environ 8 h), il est préférable de répartir la dose journalière en 2 prises.

**Les autres antibiotiques** ont un rapport bénéfice-risque moins favorable. Ils peuvent être prescrits dans les situations suivantes :

|   | Otite moyenne aiguë   | Sinusite  | Angine à streptocoque A                                      |
|---|---|---|--|
| Allergie vraie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines | <u>Adulte</u> : céfuroxime-axétil ou céfpodoxime ou céfotiam<br><u>Enfant</u> : cefpodoxime   |   |  |
| Contre-indication aux bêta-lactamines*                            | <u>Adulte</u> : pristinamycine <sup>2</sup> ou cotrimoxazole *** ou lévofloxacine<br><u>Enfant</u> : cotrimoxazole** ou érythromycine-sulfafurazole | <u>Adulte</u> : pristinamycine ou télithromycine <sup>3</sup><br><u>Enfant</u> : cotrimoxazole ** | Macrolide : azithromycine, ou clarithromycine, ou josamycine |
| Echec   | Amoxicilline – acide clavulanique ou lévofloxacine ou moxifloxacine <sup>4</sup> si échec en cas de sinusite maxillaire                             |   |  |

\* Bêta-lactamines = pénicillines + céphalosporines

\*\* cotrimoxazole = triméthoprime-sulfaméthoxazole

<sup>1</sup> TDR : test de diagnostic rapide

<sup>2</sup> La pristinamycine est recommandée sur la base d'arguments microbiologiques en l'absence d'étude clinique

<sup>3</sup> La télithromycine est associée à un risque élevé de survenue d'effets indésirables graves.

<sup>4</sup> La moxifloxacine est associée à un risque élevé de survenue d'effets indésirables graves. Elle est réservée au traitement des sinusites radiologiquement et/ou bactériologiquement documentées lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé.

## SOMMAIRE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUCTION .....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>2. RHINOPHARYNGITE .....</b>   | <b>4</b>  |
| 2.1. <i>Définition clinique et diagnostic.....</i>                      | <i>4</i>  |
| 2.2. <i>Evolution.....</i>  | <i>5</i>  |
| 2.3. <i>Traitement de la rhinopharyngite .....</i>                      | <i>5</i>  |
| <b>3. OTITE MOYENNE AIGUË .....</b>                                     | <b>6</b>  |
| 3.1. <i>Définition clinique .....</i>                                   | <i>6</i>  |
| 3.2. <i>Diagnostic d'otite moyenne aiguë.....</i>                       | <i>6</i>  |
| 3.3. <i>Antibiothérapie de l'otite moyenne aiguë de l'enfant .....</i>  | <i>6</i>  |
| 3.4. <i>Otite moyenne aiguë de l'adulte .....</i>                       | <i>9</i>  |
| <b>4. SINUSITE AIGUË .....</b>  | <b>9</b>  |
| 4.1. <i>Définition clinique .....</i>                                   | <i>9</i>  |
| 4.2. <i>Diagnostic de la sinusite maxillaire aiguë de l'adulte.....</i> | <i>9</i>  |
| 4.3. <i>Traitement des sinusites aiguës de l'adulte.....</i>            | <i>10</i> |
| 4.4. <i>particularites des sinusites chez l'enfant.....</i>             | <i>11</i> |
| <b>5. ANGINE AIGUË A STREPTOCOQUE DU GROUPE A.....</b>                  | <b>13</b> |
| 5.1. <i>Définition clinique et évolution .....</i>                      | <i>13</i> |
| 5.2. <i>Qui traiter par antibiotique ? .....</i>                        | <i>13</i> |
| 5.3. <i>Comment traiter ? .....</i>                                     | <i>14</i> |
| <i>Annexe 1 : Prise en charge de l'otite moyenne aiguë .....</i>        | <i>16</i> |
| <i>Annexe 2 : Prise en charge de la sinusite aiguë .....</i>            | <i>17</i> |
| <i>Annexe 3 : Prise en charge de l'angine .....</i>                     | <i>18</i> |

*Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations.*

## 1. INTRODUCTION

L'évolution des résistances bactériennes et les progrès dans la connaissance des infections ORL ont conduit l'Afssaps à réactualiser ses recommandations publiées en 2004.

Afin de limiter la survenue d'effets indésirables ainsi que l'émergence et la diffusion de nouvelles résistances bactériennes, la prescription des antibiotiques doit être réservée aux seules situations cliniques où leur efficacité a été démontrée. Un traitement antibiotique ne doit pas être initié sur des symptômes, mais après qu'un diagnostic précis (angine à streptocoque du groupe A, otite moyenne aiguë purulente, sinusite aiguë) justifiant cette prescription soit posé.

En ce qui concerne les résistances bactériennes aux antibiotiques, l'évolution est contrastée. La résistance a diminué de façon significative pour certains pathogènes (pneumocoques résistant aux bêtalactamines, *Haemophilus influenzae* producteurs de bêtalactamases, Streptocoques du groupe A résistant aux macrolides), pour d'autres, au contraire, la situation est devenue préoccupante, notamment par l'émergence et la diffusion d'*Escherichia coli* producteurs de bêtalactamases à spectre étendu (BLSE).

*E. coli* n'est pas une bactérie impliquée dans les infections ORL, néanmoins l'évolution de sa résistance est largement attribuée à la surconsommation d'antibiotiques prescrits pour traiter des infections respiratoires hautes et basses et notamment les céphalosporines. En effet, la prescription de céphalosporines est un facteur reconnu favorisant l'émergence d'entérobactéries productrices de BLSE. **L'épargne de ces molécules est donc primordiale** du fait de leur impact sur l'écosystème. Les céphalosporines doivent donc être désormais réservées aux situations où elles sont réellement indispensables. De plus, compte tenu de la diminution des souches d'*H. influenzae* productrices de bêta-lactamases, et de l'augmentation des souches de pneumocoques de sensibilité intermédiaire à la pénicilline, les céphalosporines ont beaucoup perdu de leur intérêt. En effet, pour les souches de 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 céfopodoxime et le céfuroxime.

Pour l'élaboration de ces recommandations, sont prises en compte les données actualisées les plus récentes d'épidémiologie microbienne et le spectre des antibiotiques. Ainsi, est-il possible que certains antibiotiques ayant l'AMM ne soient pas recommandés dans ce texte.

Ces recommandations ainsi que leur argumentaire référencé, dont nous vous invitons à prendre connaissance, sont disponibles sur le site internet de l'Afssaps ([www.afssaps.fr](http://www.afssaps.fr)). De plus, le public est informé de la symptomatologie de ces différentes infections des voies aériennes supérieures sur [Ameli.fr](http://Ameli.fr).

## 2. RHINOPHARYNGITE

### 2.1. DEFINITION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

On entend par rhinopharyngite une atteinte inflammatoire du pharynx et des fosses nasales. La rhinopharyngite aiguë touche le plus souvent les enfants de moins de 6 ans. Elle est principalement d'origine virale. Le tableau clinique associe de façon variable les symptômes suivants : rhinorrhée, éternuements, obstruction nasale, fièvre et toux. L'examen clinique est pauvre : il peut retrouver un aspect inflammatoire plus ou moins important de l'oropharynx (muqueuse plus rouge et plus luisante que la muqueuse de la face interne de la joue) et de la muqueuse nasale (œdème des cornets inférieurs), une rhinorrhée antérieure et/ou postérieure qui peut être séromuqueuse (visqueuse et claire), purulente (colorée, plus ou moins épaisse) ou mucopurulente (visqueuse et colorée). Son but essentiel est d'éliminer une complication ou une autre pathologie associée.

*L'aspect purulent ou mucopurulent des sécrétions nasales n'a pas valeur de surinfection bactérienne, justifiant une antibiothérapie.*

## 2.2. EVOLUTION

La rhinopharyngite est une affection bénigne, d'évolution spontanément favorable. La fièvre quand elle est présente, dure 2 à 3 jours, rarement plus de 4 jours. La rhinorrhée, la toux, l'obstruction nasale évoluent sur une durée plus prolongée, parfois sur 7 à 10 jours (Figure 1). Les patients ou les parents des enfants malades doivent être informés du caractère bénin de cette affection, des modalités habituelles de son évolution, en particulier de la durée moyenne des symptômes, et de la survenue possible, mais rare, de complications bactériennes qui seules pourront justifier secondairement d'une antibiothérapie.

Un des points importants de l'examen d'un patient ayant une rhinopharyngite est la recherche d'une éventuelle complication infectieuse loco-régionale. Les complications sont dominées par l'otite moyenne aiguë purulente (OMA purulente) chez le nourrisson et l'enfant, la sinusite aiguë purulente chez l'enfant et l'adulte, une infection respiratoire basse à tout âge :

- l'OMA purulente survient le plus souvent chez l'enfant de 6 mois à 4 ans et est le plus souvent précoce dans l'évolution de la rhinopharyngite, vers le 3-4<sup>ème</sup> jour d'évolution ;
- les sinusites aiguës purulentes sont moins fréquentes. Il faut distinguer l'ethmoïdite aiguë extériorisée (affection rare mais grave du nourrisson et de l'enfant) de survenue rapide et bruyante qui justifie une prise en charge urgente et la sinusite maxillaire qui est plus torpide, plus difficile à distinguer, survient plus tardivement dans l'évolution et essentiellement après l'âge de 3 ans.

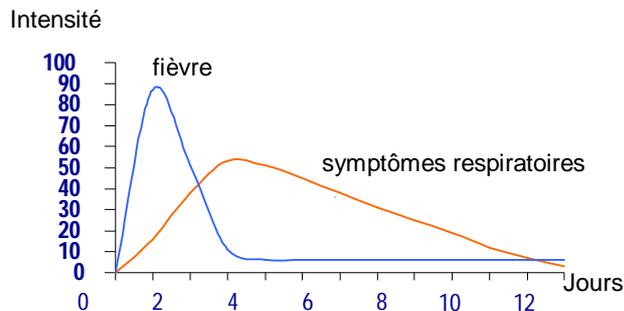


Figure 1 : Evolution schématique des symptômes d'une rhinopharyngite (adaptée de E. Wald)

Les patients/parents seront avertis de la nécessité de recontacter le praticien en présence de signes évoquant la survenue d'une complication bactérienne : persistance ou réapparition de la fièvre, changement de comportement de l'enfant, otalgie, otorrhée, conjonctivite purulente, œdème palpébral, troubles digestifs (anorexie, vomissements, diarrhée), apparition ou persistance d'une gêne respiratoire.

## 2.3. TRAITEMENT DE LA RHINOPHARYNGITE

**Le traitement antibiotique n'est pas justifié, chez l'adulte comme chez l'enfant (Grade A).** Son efficacité n'est démontrée ni sur la durée des symptômes ni pour la prévention des complications (sinusites et OMA purulentes), même en présence de facteur de risque. Il expose à des effets indésirables cliniques et écologiques.

La prise en charge d'une rhinopharyngite non compliquée peut justifier un traitement symptomatique pour améliorer le confort. Cependant, les vasoconstricteurs par voie générale, comme par voie nasale, ne sont pas recommandés avant 15 ans et les anti-inflammatoires non stéroïdiens ainsi que les corticoïdes par voie générale ne sont pas indiqués.

### RHINOPHARYNGITE

*Aucune rhinopharyngite ne justifie la prescription d'un traitement antibiotique. Celle-ci doit être proscrite au regard des conséquences différées, individuelles et collectives, qu'elle entraîne.*

### 3. OTITE MOYENNE AIGUË

#### 3.1. DEFINITION CLINIQUE

L'otite moyenne aiguë purulente (OMAP) correspond à la surinfection bactérienne de l'oreille moyenne, avec présence d'un épanchement purulent ou mucopurulent dans la caisse du tympan.

Ne sont envisagées dans cette recommandation que les OMAP de l'enfant de plus de 3 mois immunocompétent, la prise en charge d'un enfant de moins de 3 mois ou immunodéprimé nécessitant un avis spécialisé. L'OMAP est beaucoup plus rare chez l'adulte.

#### 3.2. DIAGNOSTIC D'OTITE MOYENNE AIGUË

Le diagnostic d'OMAP repose sur l'association de signes fonctionnels et généraux d'installation récente à des signes otoscopiques évocateurs.

- Les signes fonctionnels sont l'otalgie et ses équivalents (irritabilité, pleurs, insomnie, enfant qui se touche les oreilles).
- Les signes généraux sont dominés par la fièvre et ses signes d'accompagnement (frissons, myalgies, céphalées.). Peuvent s'associer les symptômes suivants : toux, rhinorrhée, encombrement des voies aériennes supérieures, vomissements, diarrhée...
- Les signes otoscopiques sont l'inflammation de la membrane tympanique (congestion ou hypervascularisation) associée à un épanchement rétrotympanique, extériorisé (otorrhée), ou non extériorisé (opacité, effacement des reliefs normaux ou bombement).

L'OMAP doit être distinguée de l'otite congestive et de l'otite séromuqueuse (OSM) :

- l'otite congestive ne s'accompagne pas d'épanchement rétrotympanique. Il s'agit d'un tympan rouge (par dilatation des vaisseaux tympaniques) mais transparent et non bombé, elle peut être douloureuse. Elle est le plus souvent d'origine virale et spontanément résolutive. De plus, des tympans congestifs avec respect des reliefs normaux sont fréquemment observés lors des premiers jours d'une rhinopharyngite ;
- l'OSM se manifeste par un épanchement rétrotympanique sans inflammation marquée de la membrane tympanique niotalgie intense, ni signes généraux.

La symptomatologie clinique associée à une OMA purulente peut orienter vers la bactérie responsable :

- *Hæmophilus influenzae* : en cas d'otite associée à une conjonctivite purulente, ce qui définit le syndrome otite-conjonctivite (il s'agit le plus souvent d'otites peu fébriles et peu douloureuses) ;
- pneumocoque : en cas d'otite fébrile  $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ . Les otites à pneumocoque sont souvent douloureuses.

#### 3.3. ANTIBIOTHERAPIE DE L'OTITE MOYENNE AIGUË DE L'ENFANT

- *Indications de l'antibiothérapie*

- *OMA purulente*

Bien que la majorité des otites purulentes guérissent spontanément, l'antibiothérapie réduit la durée et l'intensité des symptômes et augmente le pourcentage d'enfants guéris.

**Chez l'enfant de moins de 2 ans, l'antibiothérapie d'emblée est recommandée (Grade A).**

**Chez l'enfant de plus de 2 ans :**

- si la symptomatologie est peu bruyante, ***l'abstention de toute antibiothérapie est recommandée en première intention***. Une réévaluation de l'enfant à 48-72 heures sous traitement symptomatique est conseillée ; en l'absence d'amélioration ou en cas d'aggravation une antibiothérapie doit être instituée ;
- si la symptomatologie est bruyante (fièvre élevée,otalgie intense) ou s'il existe des difficultés de compréhension des consignes, une antibiothérapie peut être prescrite d'emblée (Grade B).

En 2009, l'Afssaps a publié des recommandations concernant la prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant<sup>1</sup> :

- le paracétamol ou l'ibuprofène représentent les antalgiques recommandés en première ligne ;
- en cas de douleur sévère et persistante, la codéine orale associée au paracétamol peut être prescrite à partir de l'âge d'un an ;
- chez l'enfant de plus d'un an, des gouttes auriculaires contenant un anesthésique local (Otipax®, Panotile®) peuvent être prescrites dans l'otite moyenne congestive, l'otite phlycténulaire et l'otite barotraumatique, en l'absence de perforation tympanique.

- *Otite congestive*

**L'otite congestive n'est pas une indication à l'antibiothérapie.** L'enfant doit être revu si les symptômes persistent au delà du 3<sup>ème</sup> jour (Grade A).

- *Otite séromuqueuse*

**Les antibiotiques ne sont pas indiqués dans les otites séro-muqueuses (Grade A).** Cependant une évolution prolongée sur plusieurs mois associée à une hypoacousie incite à un avis ORL.

- *Tympan mal ou non vus*

Des conditions d'examen difficiles ou un bouchon de cérumen, en particulier chez le nourrisson, peuvent empêcher la visualisation des tympan. Dans ce cas l'antibiothérapie ne doit pas être prescrite à l'aveugle.

En cas de difficulté pour nettoyer les conduits auditifs :

- après l'âge de 2 ans, en l'absence d'otalgie, le diagnostic d'OMA purulente est très improbable ;
- avant 2 ans, devant des symptômes pouvant évoquer une otite, la visualisation des tympan est nécessaire et le recours à l'ORL doit être envisagé.

- *Antibiothérapie de première intention chez l'enfant*

Les OMAP purulentes étant traitées en probabiliste sans preuve bactériologique, les deux bactéries à prendre en compte sont : *Streptococcus pneumoniae* (environ un tiers des OMAP) et, *Haemophilus influenzae* (environ un tiers des OMAP).

Les pneumocoques présentent une sensibilité diminuée aux  $\beta$ -lactamines dans environ 40% des cas et sont souvent résistants aux macrolides. L'immense majorité de ces souches reste sensible à l'amoxicilline mais beaucoup moins souvent aux céphalosporines orales.

Pour *Haemophilus influenzae*, le pourcentage de souches productrices de pénicillinase a récemment diminué pour descendre à moins de 20 % et les souches de sensibilité diminuée aux bêta-lactamines par modification de la PLP3 (une des protéines liant les pénicillines) sont de l'ordre de 5%.

#### **OTITE MOYENNE AIGUË de l'enfant**

**L'amoxicilline**, à la dose de 80-90 mg/kg/j en 2 à 3 prises quotidiennes, **est à privilégier en première intention.** En effet, elle est la molécule orale la plus active sur les pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline et est active sur plus de 80% des *H. influenzae*.

Si le temps entre les 3 prises quotidiennes ne peut être équidistant (environ 8 h), il est préférable d'administrer le produit en 2 prises.

La durée de l'antibiothérapie est :

- de 8 à 10 jours chez l'enfant de moins de 2 ans (Grade A),
- de 5 jours après 2 ans (Accord professionnel).

<sup>1</sup> <http://www.afssaps.fr/content/download/21515/271421/version/9/file/RBP-Douleur-enfant.pdf>

**Les autres antibiotiques ont un rapport bénéfice-risque moins favorable.** Ils exposent soit à une efficacité moindre (cefprozime, érythromycine-sulfafurazole, cotrimoxazole) soit à plus d'effets indésirables (amoxicilline-acide clavulanique, cefprozime, érythromycine-sulfafurazole, cotrimoxazole).

Les antibiotiques suivants peuvent cependant être proposés dans les situations suivantes :

1/ association amoxicilline-acide clavulanique en cas de syndrome otite-conjonctivite (forte probabilité d'une infection à *Hæmophilus influenzae*) ;

2/ cefprozime en cas d'allergie vraie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines, situation la plus fréquente (du fait d'une mauvaise acceptabilité et d'une mauvaise adhérence au traitement les suspensions de céfuroxime-axétil ne sont plus recommandées).

3/ érythromycine-sulfafurazole ou cotrimoxazole (triméthoprim-sulfaméthoxazole), en cas de contre-indication aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines) ;

4/ le recours à la ceftriaxone en une seule injection IM en première intention doit rester exceptionnel et se conformer au libellé d'AMM essentiellement en cas d'impossibilité d'assurer un traitement adapté par voie orale.

En cas d'évolution clinique favorable, le contrôle systématique des tympans en fin de traitement n'est pas nécessaire.

- *Prise en charge des échecs du traitement antibiotique*

L'échec du traitement antibiotique est défini par l'aggravation, la persistance au delà de 48 heures après le début du traitement antibiotique, ou la réapparition dans les 4 jours suivant la fin du traitement, des signes fonctionnels ou généraux, associés à des signes otoscopiques d'OMAP. Cette éventualité est surtout à envisager chez les nourrissons de moins de 2 ans et justifie alors d'un changement d'antibiotique. Le choix de la molécule dépend du traitement initial et de la situation clinique :

1/ Si l'amoxicilline a été le traitement initial, le traitement recommandé (Accord professionnel) est :

- échec en cours de traitement : association amoxicilline-acide clavulanique ou cefprozime ;
- échec à la fin du traitement : association amoxicilline-acide clavulanique.

En cas de 2ème échec :

- un avis ORL est recommandé pour juger de l'opportunité d'une paracentèse avec examen bactériologique qui permet dans 2/3 des cas d'isoler la bactérie en cause et d'évaluer sa sensibilité aux antibiotiques ;
- traitement probabiliste en attente du résultat des examens bactériologiques : association 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).

2/ Si un traitement autre que l'amoxicilline a été prescrit en premier, un avis ORL est recommandé pour juger de l'opportunité d'une paracentèse avec examen bactériologique.

- *Autres traitements*

Un traitement antalgique-antipyrétique est recommandé<sup>1</sup> en fonction des symptômes observés. Dans cette affection, l'utilité des anti-inflammatoires non stéroïdiens à doses anti-inflammatoires et des corticoïdes n'est pas démontrée. Les gouttes auriculaires contenant des antibiotiques n'ont aucune indication dans l'OMA et sont réservées au traitement des otites externes<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Cf. Mise au point de l'Afssaps : Prise en charge de la fièvre chez l'enfant (janvier 2005).

<sup>2</sup> Cf. Recommandations de bonne pratique de l'Afssaps : Antibiothérapie locale en ORL (juillet 2004).

### 3.4. OTITE MOYENNE AIGUË DE L'ADULTE

Les antibiotiques recommandés sont :

1/ amoxicilline en première intention ;

2/ céfopodoxime ou céfuroxime-axétil ou céfotiam en cas d'allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines ;

3/ pristinamycine ou cotrimoxazole (triméthoprim-sulfaméthoxazole ou lévofloxacine, en cas de contre-indication aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines) [pristinamycine, cotrimoxazole et lévofloxacine sont recommandés sur la base d'arguments microbiologiques en l'absence d'étude clinique] ;

4/ amoxicilline-acide clavulanique, en cas d'échec.

En l'absence de données et par analogie avec le traitement OMA chez l'enfant de plus de 2 ans, la durée de traitement recommandée est de 5 jours (Accord professionnel).

#### OTITE MOYENNE AIGUË de l'adulte

*Parmi les otites seules les otites moyennes aiguës purulentes confirmées par la visualisation des tympans justifient une antibiothérapie. La prescription d'une antibiothérapie pour toute autre otite ou lorsque les tympans n'ont pas été vus, doit être proscrite au regard des conséquences individuelles et collectives, qu'elle entraîne.*

## 4. SINUSITE AIGUË

### 4.1. DEFINITION CLINIQUE

La sinusite aiguë purulente correspond à une infection d'une ou plusieurs cavités sinusiennes de la face par des bactéries (généralement pneumocoque et *H. influenzae*).

Les sinusites aiguës maxillaires sont les plus fréquentes et font l'objet principal de ces recommandations.

Les sinusites frontales et les autres localisations plus rares (ethmoïdale, sphénoïdale) ne doivent pas être méconnues du fait d'un risque plus élevé de complications orbitaires ou cérébro-méningées. Des signes cliniques faisant suspecter une sinusite compliquée (syndrome méningé, exophtalmie, œdème palpébral, troubles de la mobilité oculaire, douleurs insomniantes) imposent l'hospitalisation, les prélèvements bactériologiques, l'imagerie et l'antibiothérapie parentérale urgente.

### 4.2. DIAGNOSTIC DE LA SINUSITE MAXILLAIRE AIGUË DE L'ADULTE

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

Lors des premiers jours d'une rhinopharyngite d'origine 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 pendant quelques jours et ne correspond pas à une surinfection bactérienne, mais à la présence de cellules dans les sécrétions nasales due à la détersion muqueuse.

Les arguments en faveur d'une sinusite maxillaire aiguë purulente sont, dans les suites d'une rhinopharyngite, d'au moins deux des trois critères majeurs suivants :

- 1- la persistance ou l'augmentation des douleurs sinusiennes infra-orbitaires malgré un traitement symptomatique (antalgique, antipyrétique, décongestionnant) prescrit pendant au moins 48 heures ;
- 2- le type de la douleur :
  - son caractère unilatéral,
  - et/ou son augmentation quand la tête est penchée en avant,
  - et/ou son caractère pulsatile,
  - et/ou son acmé en fin d'après-midi et la nuit ;
- 3- l'augmentation de la rhinorrhée et le caractère continu de la purulence. Ces signes ont d'autant plus de valeur qu'ils sont unilatéraux.

La présence de critères mineurs, s'ils sont associés aux signes précédents, renforce la suspicion diagnostique. Ces critères sont :

- la fièvre qui persiste au delà du troisième jour d'évolution de la sinusite ;
- l'obstruction nasale, les éternuements, la gêne pharyngée, la toux, s'ils persistent au-delà de 10 jours.

En première intention ni l'imagerie, ni les prélèvements bactériologiques ne sont indiqués.

Cependant :

- une imagerie (scanner) est recommandée en cas de suspicion de sinusite maxillaire aiguë purulente compliquée ou de sinusite frontale (douleurs frontales) et/ou suspicion de sinusite sphénoïdale (douleurs rétro-orbitaires ou au vertex) ou ethmoïdale (œdème périorbitaire) ;
- un prélèvement bactériologique (ponction ou prélèvement au méat moyen) est souhaitable pour les sinusites compliquées ou survenant chez un patient immunodéprimé ou ayant reçu une antibiothérapie récente (Accord professionnel) ;
- un avis odontologique est nécessaire dans le cas particulier d'une sinusite maxillaire unilatérale sans contexte de rhinite, surtout si la rhinorrhée est fétide (Accord professionnel).

#### 4.3. TRAITEMENT DES SINUSITES AIGÜES DE L'ADULTE

- *Indications de l'antibiothérapie*

En cas de diagnostic incertain, l'antibiothérapie n'est pas indiquée d'emblée, en particulier lorsque les symptômes rhinologiques restent diffus, bilatéraux, d'intensité modérée, dominés par une congestion avec rhinorrhée séreuse ou puriforme banale, survenant dans un contexte épidémique. Dans ce cas, une réévaluation est nécessaire en cas de persistance anormale ou d'aggravation de la symptomatologie sous traitement symptomatique (Accord professionnel).

Une antibiothérapie doit être envisagée :

- lorsque le diagnostic de sinusite aiguë maxillaire purulente est établi sur les critères définis ci-dessus (chapitre 4.2) (Grade B) ;
- en cas d'échec d'un traitement symptomatique initial ou en cas de complications (Accord professionnel) ;
- en cas de sinusite maxillaire unilatérale associée à une infection dentaire homolatérale de l'arc dentaire supérieur (Accord professionnel).

L'antibiothérapie est indiquée sans réserve en cas de sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale.

- *Antibiothérapie recommandée et durée de traitement*

#### **SINUSITE MAXILLAIRE AIGUE de l'adulte**

***L'amoxicilline, à la dose de 2 à 3 g/jour en 2 à 3 prises quotidiennes, est à privilégier en première intention (Grade A). En effet, elle est la molécule orale la plus active sur les pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline et est active sur plus de 80% des H. influenzae.***

***La durée du traitement des sinusites maxillaires aiguës purulentes est habituellement de 7 à 10 jours (Grade C).***

**Les autres antibiotiques ont un rapport bénéfice-risque moins favorable** ; ils exposent à une efficacité moindre (céphalosporines de deuxième et de troisième génération, cotrimoxazole) et/ou à plus d'effets indésirables (amoxicilline-acide clavulanique, céphalosporines de deuxième et de troisième génération, cotrimoxazole, pristinamycine, quinolones, télichromycine). Ils peuvent être cependant proposés dans les situations suivantes :

1/ association amoxicilline-acide clavulanique :

- en cas d'échec de traitement d'une sinusite aiguë maxillaire par amoxicilline,
- en cas de sinusite aiguë maxillaire d'origine dentaire,
- en cas de sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale.

2/ céphalosporines de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> génération par voie orale, en cas d'allergie à la pénicilline sans allergie aux céphalosporines (situation la plus fréquente) : céfotiam ou cefpodoxime ou céfuroxime-axétil. La durée de traitement proposée est alors de 5 jours.

3/ pristinamycine ou télichromycine : en cas de contre-indication aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines). La durée de traitement proposée est de 4 jours pour la pristinamycine et 5 jours pour la télichromycine. La télichromycine est associée à un risque élevé de survenue d'effets indésirables graves.

4/ lévofloxacine ou moxifloxacine (fluoroquinolones actives sur le pneumocoque) doivent être réservées aux situations cliniques les plus sévères et susceptibles de complications graves telles que les sinusites frontales, sphénoïdales, ethmoïdales, pansinusites ou en cas d'échec d'une première antibiothérapie dans les sinusites maxillaires. La moxifloxacine est associée à un risque plus élevé de survenue d'effets indésirables graves et doit donc être réservée au traitement des sinusites radiologiquement et/ou bactériologiquement documentées lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé.

Les antibiotiques locaux par instillation nasale, endosinusienne ou par aérosol ne sont pas recommandés.

- *Traitement symptomatique associé*

Les antalgiques en association avec des vasoconstricteurs locaux (durée maximale : 5 jours) et lavages de nez peuvent être proposés. Les **corticoïdes** par voie orale peuvent être utiles en cure courte (durée maximale : 7 jours), en traitement adjuvant à une antibiothérapie efficace uniquement dans les **sinusites aiguës hyperalgiques**. L'utilité des anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose anti-inflammatoire n'est pas démontrée. Dans les formes hyperalgiques, résistant au traitement un avis ORL est souhaitable pour discuter notamment l'indication de ponction-drainage maxillaire.

#### 4.4. PARTICULARITES DES SINUSITES CHEZ L'ENFANT

Elles tiennent à la pneumatization progressive des sinus de la face et à la grande fréquence chez l'enfant des rhinopharyngites virales qui de plus peuvent précéder ces sinusites.

La pneumatization progressive des sinus de la face explique que la sinusite maxillaire n'apparaît le plus souvent qu'à partir de l'âge de 3 ans et la sinusite frontale à partir de 10 ans. Des sinusites sphénoïdales peuvent exister dès 3-5 ans. L'ethmoïdite aiguë extériorisée ne se voit guère que chez les jeunes enfants. Souvent spectaculaire, elle se manifeste par l'apparition très rapide d'un œdème palpébral débutant à l'angle interne de l'œil dans un contexte fébrile : ce sont les formes dites aiguës sévères des sinusites, qui justifient en urgence une imagerie et le plus souvent une hospitalisation pour un traitement par voie parentérale.

Les rhinopharyngites, dont les symptômes sont très voisins de ceux des sinusites, sont extrêmement banales chez l'enfant et ne doivent pas être prises pour des sinusites maxillaires purulentes dans leur forme dite trainante au cours desquelles les signes tels que la toux à prédominance diurne, la rhinorrhée (antérieure ou postérieure), l'obstruction nasale, la congestion nasale se prolongent au delà de 10 jours, sans tendance à l'amélioration. Parfois, le tableau observé est celui d'une

rhinopharyngite s'améliorant en quelques jours puis se ré-aggravant vers le 6-7<sup>ème</sup> jour avec fièvre, exacerbation de la rhinorrhée, de la congestion nasale et de la toux.

Ni une radiographie standard (incidence de Blondeau pour les sinusites maxillaires, incidence front-plaque pour les sinusites frontales) ni un scanner, ne doivent être demandés systématiquement chez l'enfant suspect de sinusite maxillaire, mais seulement en cas de doute diagnostique devant un tableau atypique (Accord professionnel)<sup>1</sup>. Un scanner est indiqué pour les sinusites sphénoïdales (les radiographies ne permettant pas de les visualiser), ethmoïdales ou pour les sinusites compliquées, notamment frontales.

- *Traitement antibiotique*

**Le traitement antibiotique est indiqué d'emblée dans les situations suivantes :**

- **formes aiguës sévères de sinusite maxillaire ou frontale, évoquant une sinusite purulente (Grade C) ;**
- **tableau de rhinopharyngite se prolongeant au-delà de 10 jours sans signe d'amélioration ou se réaggravant secondairement.**

Pour les enfants sans facteurs de risque<sup>2</sup>, le bénéfice de l'antibiothérapie est controversé et deux attitudes sont licites (Accord professionnel) :

- soit une surveillance sous traitement symptomatique avec réévaluation à 3-4 jours,
- soit la prescription d'antibiotiques d'emblée.

**En cas de rhinopharyngite, l'antibiothérapie ne prévient pas la survenue de sinusite.**

#### **SINUSITE MAXILLAIRE AIGUE de l'enfant**

**L'amoxicilline**, à la dose de 80-90 mg/kg/j en 2 à 3 prises quotidiennes, **est à privilégier en première intention**. En effet, elle est la molécule orale la plus active sur les pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline et est active sur plus de 80% des *H. influenzae*.

Si le temps entre les 3 prises quotidiennes ne peut être équidistant (environ 8 h), il est préférable d'administrer le produit en 2 prises.

La durée du traitement est classiquement de 8 à 10 jours (Accord professionnel).

**Les autres antibiotiques ont un rapport bénéfice-risque moins favorable** ; ils exposent à une efficacité moindre (cefprozime, érythromycine-sulfafurazole, cotrimoxazole) et/ou à plus d'effets indésirables (amoxicilline-acide clavulanique, cefprozime, érythromycine-sulfafurazole, cotrimoxazole, pristinamycine).

Ils peuvent être cependant proposés dans les situations suivantes :

1/ association amoxicilline-acide clavulanique :

- en cas d'échec de traitement d'une sinusite aiguë maxillaire par amoxicilline,
- en cas de sinusite aiguë maxillaire d'origine dentaire,
- en cas de sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale.

2/ cefprozime, en cas d'allergie vraie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines (situation la plus fréquente);

3/ cotrimoxazole, en cas de contre-indication aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines) ;

Du fait de l'évolution de la résistance aux antibiotiques, les macrolides, les céphalosporines de 1<sup>ère</sup> génération et le cotrimoxazole ne sont plus recommandés.

<sup>1</sup> Société française de radiologie. <http://www.has-sante> Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale 2006

<sup>2</sup> Facteurs de risque : asthme, cardiopathie, drépanocytose

- *Traitement symptomatique associé*

Un traitement antalgique-antipyrétique est recommandé<sup>1</sup> en fonction des symptômes présentés. L'utilité des corticoïdes et des anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose anti-inflammatoire par voie générale ou locale n'est pas démontrée. L'utilisation des corticoïdes peut cependant être discutée au cas par cas dans les sinusites hyperalgiques.

## 5. ANGINE AIGUË A STREPTOCOQUE DU GROUPE A

### 5.1. DEFINITION CLINIQUE ET EVOLUTION

L'angine est une infection des amygdales palatines voire de l'ensemble du pharynx. La majorité des angines est d'origine virale.

Le streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A (SGA) est le premier agent bactérien en cause dans l'angine, mais l'angine streptococcique ne représente que 25 à 40% des angines de l'enfant et 10 à 25% des angines de l'adulte. Son pic d'incidence se situe entre 4 et 15 ans. Il existe d'autres causes d'angine bactérienne exceptionnelles (bacille diphtérique, gonocoque et bactéries anaérobies) : elles doivent être évoquées devant le contexte épidémiologique, clinique ou évolutif particulier.

Les angines à SGA évoluent le plus souvent favorablement en 3-4 jours même en l'absence de traitement antibiotique. Cependant, elles peuvent donner lieu à des complications potentiellement graves (syndromes post-streptococciques : rhumatisme articulaire aigu (RAA), glomérulonéphrite aiguë (GNA), et complications septiques loco-régionales dont la prévention justifie la mise en œuvre d'une antibiothérapie.

Il faut toutefois noter que :

- le risque de RAA est actuellement extrêmement faible dans les pays industrialisés (mais reste préoccupant dans les pays en voie de développement) ;
- la réduction du risque de RAA a débuté avant l'apparition des antibiotiques dans tous les pays industrialisés ; elle est le reflet de modifications environnementales et sociales autant que thérapeutiques, et peut-être d'une évolution des souches ;
- les GNA post-streptococciques ont rarement un point de départ pharyngé (cutané le plus souvent). La démonstration que les antibiotiques préviennent la survenue d'une GNA n'est pas faite.

Il n'existe pas à ce jour de souches de SGA résistantes aux bêtalactamines. Bien que la proportion de souches de streptocoque A résistante aux macrolides ait diminué depuis 2005, elle atteint encore près de 10% ce qui justifie la restriction de leur prescription aux patients ayant une contre-indication aux bêta-lactamines. La réalisation d'un prélèvement bactériologique avec antibiogramme pour évaluer la sensibilité aux macrolides, n'est plus nécessaire tant que le taux de résistance reste inférieur à 10%.

L'efficacité du traitement antibiotique des angines à SGA est démontrée sur les critères suivants :

- accélération de la disparition des symptômes,
- réduction de la contagiosité à l'entourage,
- prévention des complications infectieuses locorégionales,
- prévention des complications non suppuratives (RAA).

### 5.2. QUI TRAITER PAR ANTIBIOTIQUE ?

En raison des risques inhérents aux infections à SGA, et du fait que les antibiotiques sont inutiles dans les angines virales, seuls les patients atteints d'angine à SGA relèvent d'un traitement antibiotique (en dehors des très exceptionnelles infections à *Corynebacterium diphtheriae*, *Neisseria*

---

<sup>1</sup> Cf. Mise au point de l'Afssaps : Prise en charge de la fièvre chez l'enfant (janvier 2005).

*gonorrhoeae* et à bactéries anaérobies, dont les tableaux cliniques sont de gravité et d'évolution différentes) (Grade A). Leur identification conditionne l'attitude thérapeutique.

Chez l'enfant, devant une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée, aucun signe ou score clinique n'ayant de valeur prédictive positive et/ou négative suffisante pour affirmer l'origine streptococcique de l'angine (en dehors d'une scarlatine typique), seule la pratique de tests de confirmation microbiologique permet au praticien de sélectionner les patients atteints d'angine à SGA (Grade A).

La culture du prélèvement pharyngé est en pratique peu réalisée en France ; son résultat est obtenu dans un délai de 1 à 2 jours.

Les tests de diagnostic rapide (TDR), réalisables en 5 minutes environ par le praticien sont recommandés. Dans les études cliniques d'évaluation, ils ont une spécificité d'environ 95% et une sensibilité avoisinant 90%.

Chez le nourrisson et l'enfant de moins de 3 ans, un TDR ou une culture bactériologique sont habituellement inutiles, les angines observées à cet âge sont rares, le plus souvent d'origine virale, De plus il n'y a pas de RAA décrit avant l'âge de 3 ans.

Chez l'adulte, un TDR ne doit être réalisé que lorsque le score de Mac-Isaac est supérieur à 2 (Annexe 3). Les scores cliniques n'ont par contre aucune valeur chez l'enfant.

#### **ANGINE AIGUE A STREPTOCOQUE**

*Devant une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée, il est recommandé de pratiquer un TDR chez tous les enfants à partir de 3 ans et chez les adultes ayant un score de Mac-Isaac  $\geq 2$  :*

- *seul un TDR positif confirme l'étiologie à SGA et justifie la prescription d'antibiotiques (Grade A) ;*
- *un TDR négatif ne justifie pas de contrôle supplémentaire par culture, ni de traitement antibiotique. Seuls les traitements antalgiques et antipyrétiques sont utiles.*

*Parmi les innombrables causes d'angines aiguës et à l'exception des exceptionnelles angines diphtériques, à gonocoques et à bactéries anaérobies, seules les angines à streptocoque du groupe A confirmées par la positivité du Test de Diagnostic Rapide, justifient du schéma antibiotique proposé dans ces recommandations.*

*La prescription d'une antibiothérapie pour toute autre angine doit être proscrite au regard des conséquences individuelles et collectives, qu'elle entraîne.*

### **5.3. COMMENT TRAITER ?**

- *Traitement antibiotique*

Le traitement recommandé est :

1/ en première intention : amoxicilline par voie orale à la dose de 50 mg/kg et par jour chez l'enfant et de 2 g/jour chez l'adulte en 2 prises par jour et pour une durée de 6 jours (Grade B) (Annexe 3) ;

2/ en cas d'allergie vraie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines (situation la plus fréquente) : céphalosporines de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> génération par voie orale :

- chez l'enfant : céfopodoxime (du fait d'une mauvaise acceptabilité et d'une mauvaise adhérence au traitement les suspensions de céfuroxime-axétil ne sont plus recommandées) ;
- chez l'adulte : céfuroxime-axétil ou céfopodoxime ou céfotiam ;

3/ en cas de contre-indication à l'ensemble des bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines) : macrolides (ayant une durée de traitement raccourcie validée par l'AMM) : azithromycine, clarithromycine ou josamycine.

La pristinamycine ne fait plus partie des recommandations en raison d'une efficacité non prouvée dans l'angine streptococcique.

La persistance des symptômes (fièvre, dysphagie) après 3 jours doit évoquer une infection intercurrente et conduire à réexaminer le patient (Accord professionnel). Cette situation est assez rare.

Les rechutes à l'arrêt du traitement sont plus fréquentes : il n'y a pas de consensus pour leur prise en charge (voir texte argumentaire).

La prise en charge d'une scarlatine non sévère non compliquée (traitement et éviction) est la même que celle d'une angine streptococcique. Il est rappelé que l'éviction doit être limitée à 48h de traitement antibiotique.

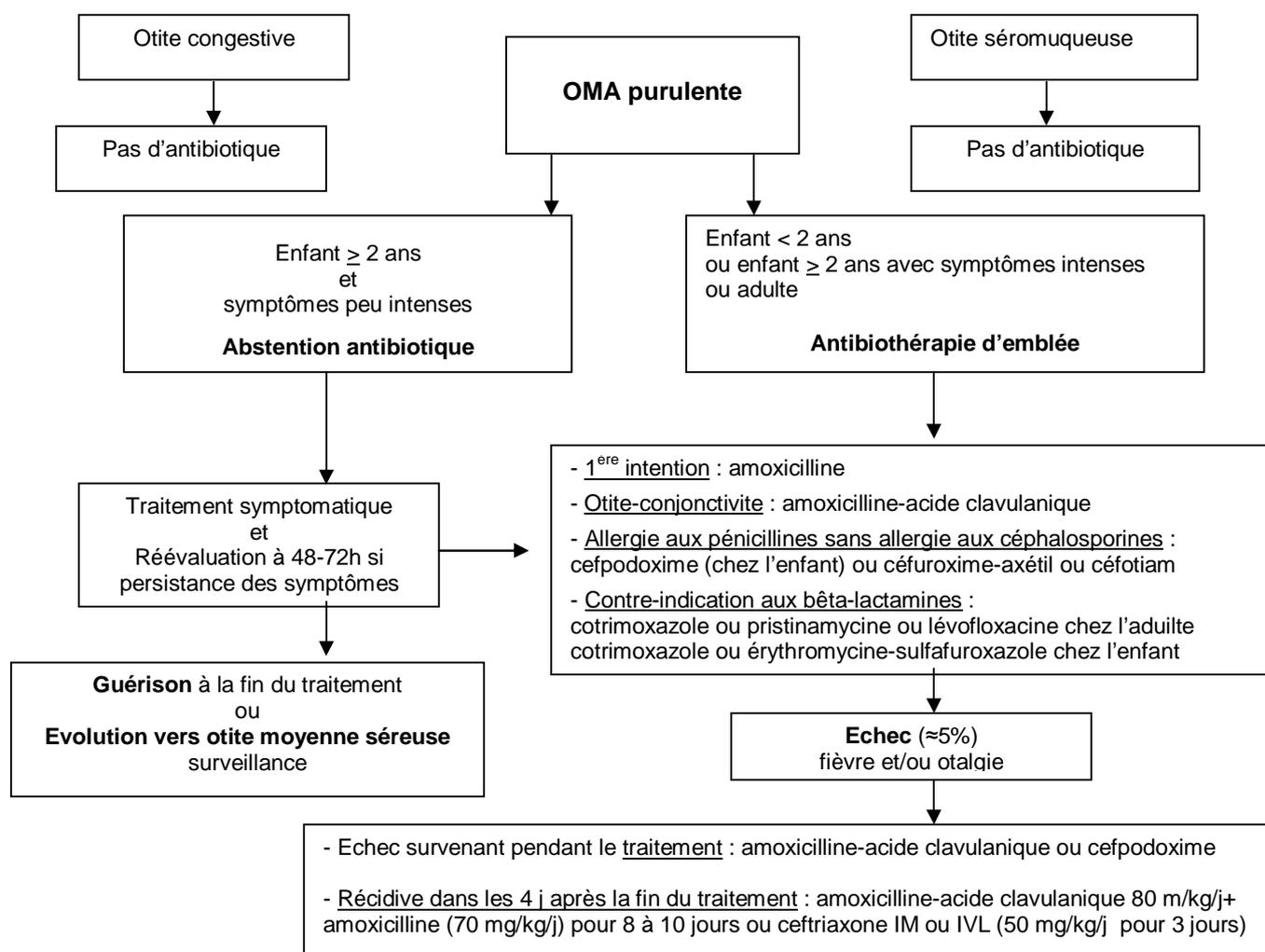
- *Traitement symptomatique associé*

Des traitements symptomatiques visant à améliorer le confort, notamment antalgiques-antipyrétiques sont recommandés<sup>1</sup>. Ni les anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose anti-inflammatoire, ni les corticoïdes par voie générale ne sont recommandés, en l'absence de données permettant d'établir leur intérêt dans le traitement des angines alors que leurs risques sont notables.

---

<sup>1</sup> Cf. Mise au point de l'Afssaps : Prise en charge de la fièvre chez l'enfant (janvier 2005).

## ANNEXE 1 : PRISE EN CHARGE DE L'OTITE MOYENNE AIGUË



### AMM : POSOLOGIES ET DUREES DE TRAITEMENT DES ANTIBIOTIQUES UTILISABLES DANS LES OMA PURULENTES

| Antibiotiques   | Posologies  | Durée de traitement   |
|---|---|---|
| (posologies quotidiennes établies pour un adulte/enfant à la fonction rénale normale) |   |   |
| <b>β-LACTAMINES</b>   |   |   |
| Pénicilline :   | Amoxicilline  | - Enfant :<br>En première intention : 80 à 90 mg/kg/j en 2 à 3 prises<br>En cas d'échec : 150 mg/kg/j en 3 prises<br>- Adulte : 2 ou 3 g/j en 2 ou 3 prises |
|   | Amoxicilline-acide clavulanique   | - Enfant : 80 mg/kg/j (dose exprimée en amoxicilline) en 3 prises<br>- Adulte : 2 ou 3 g/j en 2 ou 3 prises   |
| Céphalosporines :   |   |   |
| C2G : Céfuroxime-axétil   | - Adulte : 500 mg/j en 2 prises   | 5 jours   |
| C3G : Céfotiam  | - Adulte : 400 mg/j en 2 prises à 12 heures d'intervalle  | 5 jours   |
| Céfepodoxime  | - Enfant : 8 mg/kg/j en 2 prises<br>- Adulte : 400 mg/j en 2 prises en 12 heures d'intervalle   | 5 jours à partir de 2 ans<br>5 jours  |
| <b>Autres</b>   |   |   |
| Erythromycine-sulfafurazole   | - Enfant : 50 mg/kg/j d'érythromycine et 150 mg/kg/j de sulfafurazole   | 10 jours  |
| Cotrimoxazole   | - Enfant : sulfaméthoxazole 30 mg/kg/j / triméthoprime 6 mg/kg/j en 2 prises<br>- Adulte : sulfaméthoxazole 800 mg / triméthoprime 160 mg en 2 prises | 8-10 jours avant 2 ans<br>5 jours à partir de 2 ans   |
| Pristinamycine  | - Adulte : 2 g/j en 2 prises  | 5 jours   |
| Lévofloxacine   | - Adulte : 500 mg/j en une prise  | 5 jours   |

## ANNEXE 2 : PRISE EN CHARGE DE LA SINUSITE AIGUË

### CHEZ L'ENFANT

Sinusite maxillaire aiguë purulente  
Sinusite frontale  
Formes aiguës sévères

- 1<sup>ère</sup> intention : amoxicilline (sinusite maxillaire) ; amoxicilline-acide clavulanique (sinusite frontale)
- Allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines : cefpodoxime-proxétil
- Contre-indication aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines) : pristinamycine (à partir de 6 ans)

### CHEZ L'ADULTE

| Localisation       | Symptomatologie  | Choix de l'antibiothérapie   |
|--------------------|--|--|
| <b>Maxillaire</b>  | - Douleur infra orbitaire unilatérale ou bilatérale avec augmentation lorsque la tête est penchée en avant ; parfois pulsatile et maximale en fin d'après midi et la nuit. | - Amoxicilline en première intention, amoxicilline-acide clavulanique en cas d'échec<br>- <i>En cas de sinusite d'origine dentaire</i> : amoxicilline-acide clavulanique<br>- <i>En cas d'allergie aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines</i> : céfotiam, cefpodoxime, céfuroxime-axétil.<br>- <i>En cas de contre-indication aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines)</i> : pristinamycine, téli-thromycine*.<br>- <i>Si situation clinique sévère susceptible de complications graves (après documentation bactériologique)</i> : fluoroquinolone anti-pneumococcique : lévofloxacine ou moxifloxacine** |
| <b>Frontale</b>    | - Céphalée sus-orbitaire.  | - amoxicilline-acide clavulanique<br>- ou fluoroquinolone anti-pneumococcique : lévofloxacine ou moxifloxacine**   |
| <b>Ethmoïdale</b>  | - Complètement de l'angle interne de l'œil, œdème palpébral.<br>- Céphalée rétro orbitaire.  | - amoxicilline-acide clavulanique<br>- ou fluoroquinolone anti-pneumococcique : lévofloxacine ou moxifloxacine**   |
| <b>Sphénoïdale</b> | - Céphalée rétro-orbitaire permanente, irradiant au vertex, pouvant simuler par son siège, son intensité et sa permanence une douleur d'hypertension intracrânienne.       | - amoxicilline-acide clavulanique<br>- ou fluoroquinolone anti-pneumococcique : lévofloxacine ou moxifloxacine**   |

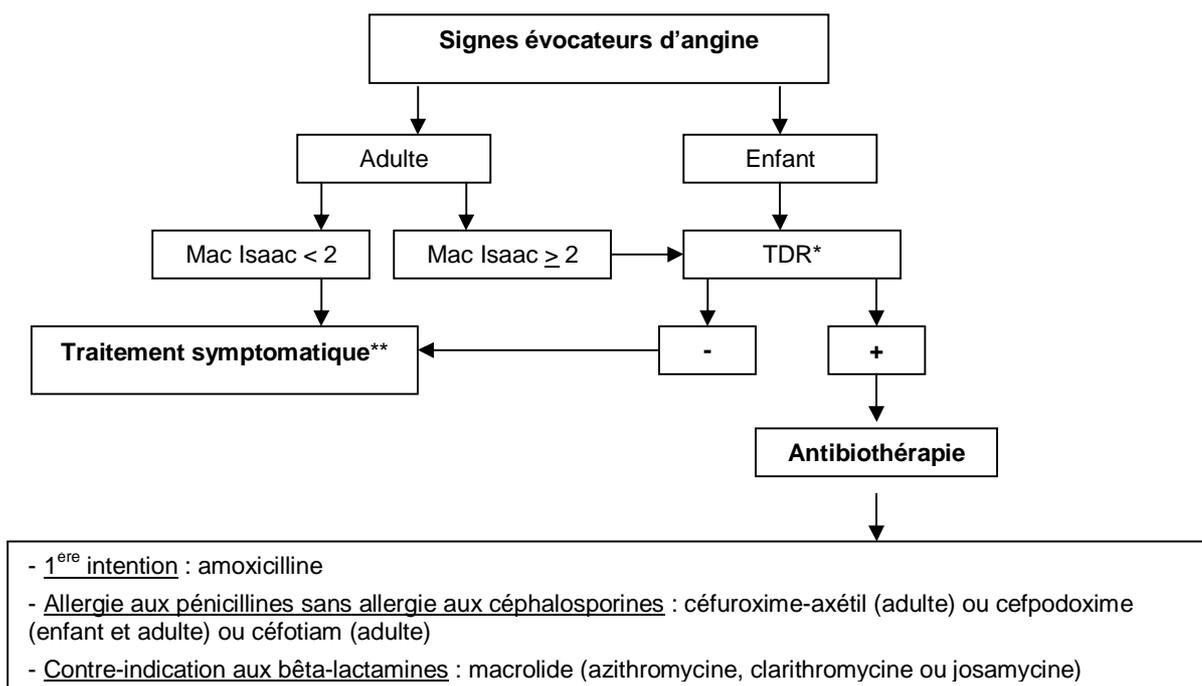
\*en comparaison aux autres antibiotiques, la téli-thromycine est associée à un risque plus élevé de survenue d'effets indésirables graves. Elle est utilisable lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé

\*\* La moxifloxacine est réservée au traitement des sinusites radiologiquement et/ou bactériologiquement documentées lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé.

### AMM : POSOLOGIES ET DUREES DE TRAITEMENT DES ANTIBIOTIQUES UTILISABLES DANS LES SINUSITES AIGUËS PURULENTES

| Antibiotiques   | Posologies<br>(posologies quotidiennes établies pour un adulte/enfant à la fonction rénale normale)  | Durée de traitement     |
|---|--|-------------------------|
| <b>β-LACTAMINES</b>   |  |                         |
| Pénicilline :<br>Amoxicilline   | - Adulte : Sinusites maxillaires aiguës 2 ou 3 g/j en 2 ou 3 prises<br>Autres formes de sinusites : 3 g/j en 3 prises<br>- Enfant > 30 mois: 80-90 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte) | 7 à 10 jours            |
| Amoxicilline-acide clavulanique   | - Adulte : Sinusites frontales 2 ou 3 g/j en 2 ou 3 prises<br>Autres formes de sinusites : 3 g/j en 3 prises<br>- Enfant : Sinusite frontale : 80 mg/kg/j (dose exprimée en amoxicilline) en 3 prises      | 7 à 10 jours            |
| C2G : Céfuroxime-axétil   | - Adulte : 500 mg/j en 2 prises à 12 heures d'intervalle   | 5 jours                 |
| C3G : Céfotiam  | - Adulte : 400 mg/j en 2 prises à 12 heures d'intervalle   | 5 jours                 |
| Cefpodoxime   | - Adulte : 400 mg/j en 2 prises en 12 heures d'intervalle<br>- Enfant : 8 mg/kg/j en 2 prises  | 5 jours<br>8 à 10 jours |
| <b>MACROLIDES</b>   |  |                         |
| Téli-thromycine   | - Adulte : 800 mg/j en une prise   | 5 jours                 |
| Pristinamycine  | - Adulte : 2 g/j en 2 prises   | 4 jours                 |
| <b>FLUOROQUINOLONNES ACTIVES SUR LE PNEUMOCOQUE</b> (voie orale) <i>réservées aux échecs d'une première antibiothérapie après documentation bactériologique ou localisations autres que maxillaire.</i> |  |                         |
| Lévofloxacine   | - Adulte : 500 mg/j en une prise   | 8 à 10 jours            |
| Moxifloxacine   | - Adulte : 400 mg/j en une prise   | 8 à 10 jours            |

### ANNEXE 3 : Prise en charge de l'angine



\* Réalisation du Test de Diagnostic Rapide du streptocoque du groupe A (TDR) systématique chez l'enfant  $\geq 3$  ans et l'adulte si score de Mac-Isaac  $\geq 2$

\*\* Antalgique et/ou antipyrétique.

#### SCORE DE MAC-ISAAC A UTILISER CHEZ L'ADULTE

- Fièvre > 38°C = 1
- Absence de toux = 1
- Adénopathies cervicales sensibles = 1
- Atteinte amygdalienne ( $\uparrow$  volume ou exsudat) = 1
- Age : 15 à 44 ans = 0
- ≥ 45 ans = -1

Les patients ayant un score de Mac-Isaac  $\leq 2$  ont au maximum une probabilité d'infection à SGA de 5%. Un tel score, chez l'adulte, permet de décider de ne pas faire de TDR et de ne pas prescrire d'antibiotique.

#### SCHEMAS D'ADMINISTRATION DES TRAITEMENTS ANTIBIOTIQUES UTILISABLES POUR LES ANGINES A SGA

| Antibiotiques                        | Posologies<br>(posologies quotidiennes établies pour un adulte/enfant à fonction rénale normale)                         | Durée de traitement |
|--------------------------------------|--|---------------------|
| <b><math>\beta</math>-LACTAMINES</b> |  |                     |
| Pénicilline : Amoxicilline           | - Adulte : 2 g/j en 2 prises<br>- Enfant > 30 mois : 50 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)          | 6 jours             |
| C2G : Céfuroxime-axétil              | - Adulte: 500 mg/j en 2 prises   | 4 jours             |
| C3G : Céfotiam                       | - Adulte: 400 mg/j en 2 prises   | 5 jours             |
| Cefpodoxime                          | - Adulte: 200 mg/j en 2 prises<br>- Enfant : 8 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)                   | 5 jours             |
| <b>MACROLIDES*</b>                   |  |                     |
| Azithromycine                        | - Adulte: 500 mg/j en 1 prise unique journalière<br>- Enfant : 20 mg/kg/j, en 1 prise, sans dépasser la posologie adulte | 3 jours             |
| Clarithromycine (standard)           | - Adulte: 500 mg/j en 2 prises<br>- Enfant : 15 mg/kg/j en 2 prises sans dépasser la posologie adulte                    | 5 jours             |
| Clarithromycine (LP)                 | - Adulte: 500 mg/j en 1 prise journalière  | 5 jours             |
| Josamycine                           | - Adulte: 2 g/j en 2 prises<br>- Enfant : 50 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)                     | 5 jours             |

\* Après prélèvement de gorge pour culture bactériologique et antibiogramme si le taux de résistance du SGA aux macrolides est > à 10%.