

Infections des voies respiratoires supérieures chez l'adulte

H. Stalder

Introduction

Les infections des voies respiratoires supérieures (IVRS) sont la maladie la plus fréquente. Sur l'ensemble d'une population, enfants compris, on compte plus de cinq épisodes par année, chez l'adulte entre deux et trois. Les IVRS sont, dans l'ensemble, également la cause la plus fréquente de consultations. En Suisse, 1,86 million de consultations ont été effectuées en 1993 pour cette affection, avec 3,25 millions de prescriptions, dont environ un quart d'antibiotiques. A la Polyclinique de Médecine, il faut compter une attestation d'arrêt de travail environ une fois sur deux consultations pour IVRS. Ainsi, les IVRS constituent-elles un poids économique énorme.

On compte plus de 200 différents virus et plusieurs bactéries qui peuvent causer des IVRS. Cependant, même dans les meilleures études, 30-70% des épisodes restent de cause inconnue. Le grand nombre d'agents étiologiques rend impossible d'envisager la vaccination contre les IVRS à l'exception de l'immunisation contre le virus de l'influenza et le pneumocoque. Il est également illusoire d'envisager des traitements étiologiques, à l'exception du traitement spécifique antibactérien dans certaines situations et contre l'influenza.

Approche clinique

Médicalement parlant, la plupart des IVRS sont banales et guérissent sans séquelles. Elles peuvent cependant causer des complications telles que sinusite, otite et pneumonie, exacerbation de bronchite chronique, provocation de crises d'asthme chez des sujets atopiques, des complications bactériennes et non bactériennes des pharyngites à streptocoques β -hémolytiques du groupe A. De plus, les virus de l'influenza A et B sont capables de causer des épidémies

locales ou mondiales, qui sont à la source d'excès considérables de morbidité et de mortalité. Ceci est en grande partie dû au risque de surinfection pulmonaire pendant ou après la grippe à influenza.

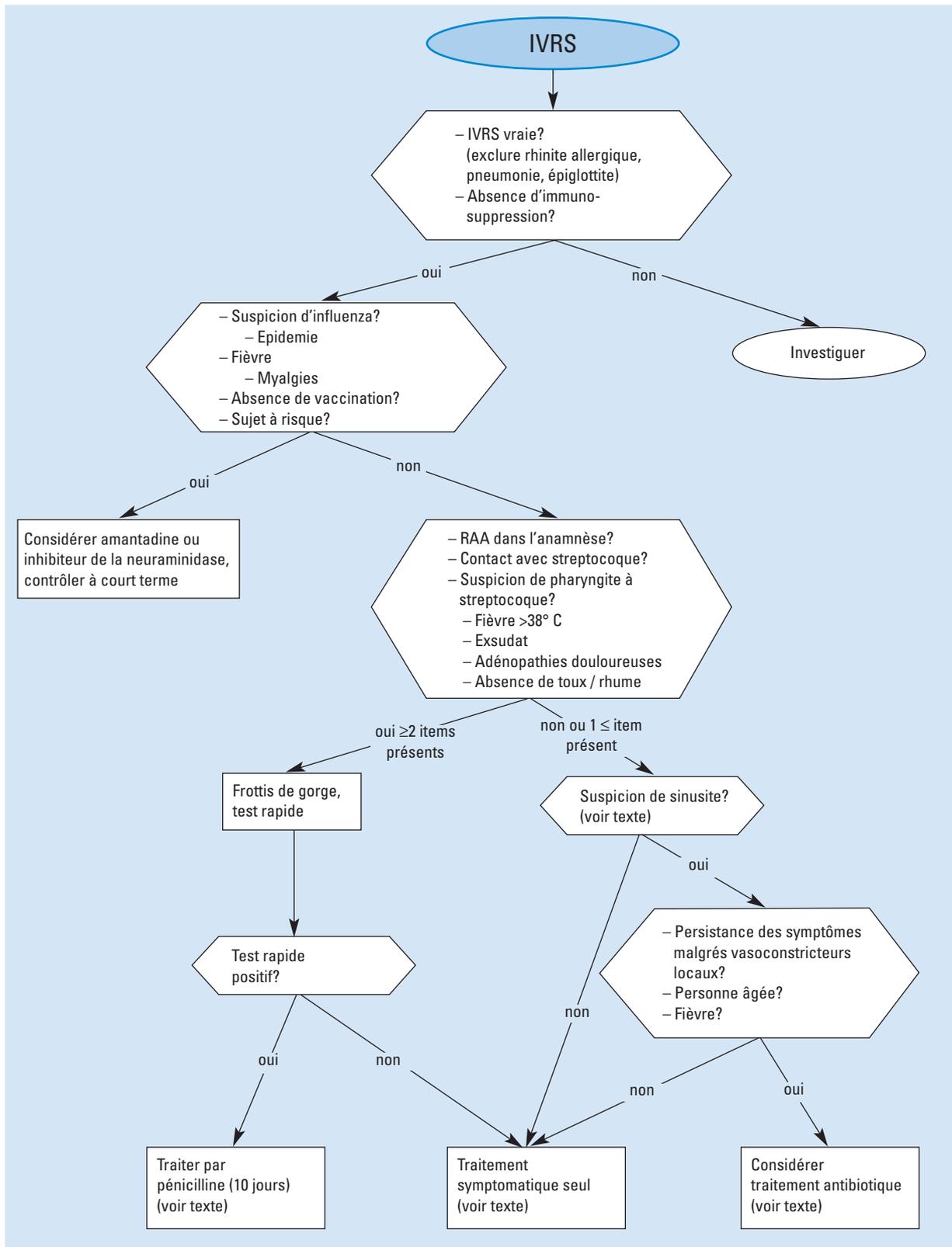
Au niveau pratique, il s'agit de reconnaître les sujets susceptibles de faire des complications, d'instaurer des mesures préventives, de reconnaître les affections bactériennes et de les traiter spécifiquement si nécessaire. Chez l'adulte, la pharyngite à streptocoque, la sinusite et, très exceptionnellement, l'épiglottite bactérienne demandent une intervention spécifique.

Reconnaître les sujets à risque

Devant un patient atteint d'une affection des voies respiratoires supérieures, il faut se demander s'il y a actuellement une épidémie de grippe et si le patient pourrait être particulièrement à risque. Les épidémies de grippe surviennent en général en hiver, le plus souvent de fin décembre à février. Cliniquement, l'IVRS à influenza est difficile à distinguer d'autres IVRS. Cependant l'étiologie grippale devient plus probable si le malade est hautement fébrile et présente plusieurs symptômes tels que pharyngite, bronchite et myalgies. Les patients au-delà de 65 ans ainsi que les patients qui souffrent d'affections respiratoires ou cardiaques chroniques et enfin tout malade souffrant d'immunosuppression ou de maladie sous-jacente importante sont à risque de complications. Ces patients demandent donc une surveillance particulière afin de détecter précocement d'éventuelles complications pulmonaires. Deux groupes d'antiviraux se sont montrés efficaces pour les virus influenza: l'Amantadine pour influenza A et les inhibiteurs de la neuraminidase (Zanamivir par inhalation ou Oseltamivir p.o.) pour les virus influenza A et B. L'indication des antiviraux est restreinte à cause de leur inefficacité après 48 heures du début des symptômes. Leurs effets secondaires (Amantadine: anxiété, insomnies, difficulté de concentration chez environ 10% des sujets), le manque d'étude chez des patients à risque et leur prix (inhibiteurs de la neuraminidase) restreignent leur indication. A noter que le staphylocoque est souvent à l'origine de pneumonies post-influenza.

Prof. Dr Hans Stalder
Rue Micheli-du-Crest 24
CH-1202 Genève
E-mail: hans.stalder@hcuge.ch

Cette stratégie est également
disponible sur le web:
www.hcuge/dmc/fr-ensei.htm.



Exclure une étiologie bactérienne

Les IVRS sont en général considérées comme d'origine virale dans la plupart des cas. Des études récentes ont cependant montré qu'il n'est pas exclu qu'une partie des IVRS même d'allure banale puissent être causées par des bactéries telles que *S. pneumoniae*, *H. influenzae* et *M. catharralis* [1]. Pour le moment, chez l'adulte se présentant avec une IVRS, il s'agit surtout d'exclure deux affections bactériennes: la pharyngite à streptocoque β -hémolytique et la sinusite bactérienne. Les autres complications bactériennes sont rares. L'otite moyenne peut être facilement exclue par l'anamnèse (otalgies) et l'examen physique (otoscopie). L'épiglottite bactérienne doit être considérée chez des patients qui, lors d'une IVRS, sont hautement fébrile, ont un aspect toxique, des difficultés d'avaler la salive et une dyspnée de type inspiratoire. Ces patients doivent être hospitalisés en urgence et, dans la plupart des cas, intubés. La cause la plus fréquente d'épiglottite bactérienne est l'*H. influenzae* [2].

Pharyngite à streptocoque

La fréquence de cette affection est variable selon les données épidémiologiques, le groupe des facteurs socio-économiques et l'âge des patients. A la Polyclinique, la fréquence a été de 11% de toutes les pharyngites [1]. Dans l'ensemble, il est difficile de distinguer cliniquement une pharyngite bactérienne d'une pharyngite non bactérienne. Dans plusieurs études, les signes suivants sont significativement plus fréquemment associés à l'étiologie bactérienne: fièvre $>38^{\circ}\text{C}$ (sensibilité 71%, spécificité 61%), présence d'exsudats sur les amygdales (sensibilité 89%, spécificité 39%), présence d'adénopathies douloureuses (sensibilité 63%, spécificité 84%) et absence de toux (sensibilité 66%, spécificité 72%) et de rhume (sensibilité 71%, spécificité 64%) (données personnelles). Si ces quatre signes sont tous présents, la probabilité qu'il s'agisse d'une pharyngite à streptocoque est à peu près de 50% pour une prévalence dans la population d'environ 10% [3]. Si ces quatre signes sont absents ou si seulement un signe est présent, la probabilité qu'il s'agisse d'une pharyngite à streptocoque tombe en-dessous de 5% et celle-ci peut être raisonnablement exclue, sauf en cas de contact prouvé [4].

En médecine ambulatoire, il convient de décider s'il faut faire des examens complémentaires avant de traiter. Des tests diagnostiques rapides et la culture sont à disposition pour l'identification du streptocoque β -hémolytique. Les tests rapides les plus récents ont une excellente spécificité et sensibilité (env. 94%). La procédure suivante est efficace et la plus économique: si aucun ou seulement un des signes susmentionnés est présent, il n'est pas nécessaire ni de faire un frottis ni de traiter. S'il y a ≥ 2 signes présents, nous proposons de faire un test rapide, si le test rapide est positif de traiter et s'il est négatif de ne pas traiter par antibiotique. En cas de contagion connue ou de rhumatisme articulaire connu, il faut immédiatement traiter.

Le traitement spécifique est indiqué pour diminuer la symptomatologie, éviter des complications bactériennes et non-bactériennes (rhumatisme articulaire aigu) et la propagation du germe. La pénicilline (par exemple 3×1 mio de pénicilline V par jour par os pendant dix jours) reste le traitement de premier choix à cause de son efficacité qui est supérieure ou égale à tous les autres antibiotiques et son spectre restreint. En cas d'allergie, l'érythromycine (4×500 mg par jour) ou un autre macrolide, voire la clindamycine sont proposés. Le traitement doit être prolongé à 10 jours sinon l'élimination des germes est insuffisante. Il a été rapporté que le traitement à la Pénicilline n'était pas suffisant pour éliminer les bactéries du pharynx à cause de l'inactivation par la β -lactamase d'autres bactéries non pathogènes colonisant le pharynx. La présence de bactéries après traitement a une signification incertaine chez l'adulte puisqu'une colonisation sans maladie est exceptionnelle chez ce dernier. Un contrôle bactériologique n'est donc pas nécessaire.

Sinusite

Dans la littérature, les signes et symptômes suivants ont été associés au diagnostic (radiologique) de sinusite: douleurs dentaires maxillaires (faible sensibilité mais grande spécificité), rhinorrhée purulente, absence de réponse aux vasoconstricteurs locaux et, à l'examen physique, une diaphanoscopie anormale [5] (D'autres signes et symptômes associés sont la présence de toux, d'une voix nasale et des douleurs à la percussion des si-

nus). D'autres études ont cependant montré que dans les cas de sinusite, aucun signe ni symptôme n'est associé d'une façon significative à une étiologie bactérienne [6]. Au vu de sa faible sensibilité et spécificité, la radiologie standard n'est indiquée que dans les cas peu clairs. Le CT se révèle fréquemment positif, même dans les cas d'IVRS cliniquement non compliqués démontrant que l'atteinte de la muqueuse sinusale fait partie intégrante des IVRS.

Il n'est pas étonnant que l'indication au traitement antibiotique de la sinusite en plus du traitement symptomatique (voir ci-dessous) ne soit pas claire et que des études prospectives et randomisées aient donné des résultats divergents. Le traitement par antibiotique doit être individualisé et est probablement indiqué en particulier pour des malades fébriles, âgés dont les symptômes ne disparaissent pas après une semaine d'un traitement symptomatique. De multiples études n'ont pas montré un avantage d'un antibiotique sur l'autre. Chez nous, souvent l'amoxicilline avec acide clavulanique ou encore un céphalosporine sont choisis pour leurs spectres d'action contre les bactéries en cause même si ces médicaments n'ont pas montré de suprématie sur la simple pénicilline, le cotrimoxazole ou encore des macrolides dans les études randomisées. La durée du traitement n'est pas claire non plus, mais il est probable que cinq jours suffisent.

Attitudes et traitement

Une IVRS non compliquée ne demande pas nécessairement un arrêt de travail (à la Polyclinique, un arrêt de travail de trois jours a été prescrit pour la moitié des patients).

Malgré le grand marché de médicaments utilisés, seuls quelques-uns se sont avérés efficaces en cas d'IVRS [7]. Il s'agit de:

- *vasoconstricteurs locaux*. Ils diminuent la sécrétion nasale et éventuellement la toux, mais doivent être remplacés après trois jours par une solution salée.
- *Aspirine, paracetamol et AINS*. Ces médicaments diminuent la symptomatologie telle que fièvre, myalgies et toux.
- *la combinaison d'anti-histaminiques et vasoconstricteurs*. Ces médicaments diminuent en particulier la congestion nasale et la toux. Relativement efficaces, ils sont contre-indiqués en cas d'hyperten-

sion et en présence de facteurs de risques cardio-vasculaires.

Les antitussifs sont inefficaces en cas d'IVRS. Aucune raison donc de prescrire un sirop contre la toux, voire d'ajouter une composante antitussive dans les prescriptions citées plus haut. En cas de toux persistante, la combinaison d'anti-histaminiques et de vasoconstricteurs semble la plus efficace (par exemple Contac[®], Rhinopront[®], Dime-tapp[®]). En cas de persistance des symptômes, il faudra exclure une sinusite (avec écoulement postérieur), voire un équivalent d'asthme et traiter spécifiquement (inhalation de stéroïdes): voir les stratégies de médecine ambulatoire «Toux chronique».

Le traitement par antibiotique en cas de suspicion de complication bactérienne a été décrit plus haut.

Attitudes de prévention

Le vaccin contre la grippe prévient la fréquence et les complications de celle-ci et est particulièrement indiqué chez des sujets âgés de plus de 65 ans et chez tout patient atteint de maladie chronique, en particulier pulmonaire ou cardiaque. Il est de plus vivement recommandé au personnel soignant de se faire vacciner afin de ne pas transmettre le virus aux patients. Le vaccin anti-pneumococcique est indiqué pour le même groupe de patients, ainsi que pour les patients aspléniques et doit être renouvelé tous les cinq à dix ans.

Il a été démontré que les fumeurs ont un risque relatif de 1,5 d'attraper une IVRS et d'en être symptomatique plus longtemps. Il est donc probable que l'arrêt du tabac diminue cette susceptibilité.

Se laver les mains diminue la transmission des virus causant des IVRS dans les environnements hospitaliers.

Les trois points plus importants à retenir

En cas d'IVRS, il faut toujours exclure un facteur de risque particulier (en particulier en cas d'épidémie d'influenza).

Une antibiothérapie se discute seulement en cas de suspicion de complications bactériennes: chez l'adulte surtout pharyngite à streptocoque du groupe A, sinusite/otite, pneumonie, épiglottite.

Le traitement symptomatique consiste en vasoconstricteurs locaux (max. durant trois jours) et anti-inflammatoires non-stéroïdiens. Les antitussifs ne sont pas indiqués et la combinaison de vasoconstricteurs/anti-histaminiques est contre-indiquée en cas d'hypertension et en présence de facteurs de risques cardio-vasculaires.

Références

- 1 Kaiser L, Lew D, Hirschel B, Auckenthaler R, Morabia A, Heald A, et al. Effects of antibiotic treatment in the subset of common-cold patients who have bacteria in nasopharyngeal secretions. *Lancet* 1996;347:1507-10.
- 2 MayoSmith MF, Hirsch PJ, Wodzniski SF, Schiffman FJ. Acute epiglottitis in adults. A eight year experience in the state of Rhode Island. *N Engl J Med* 1986;314:1133-86.
- 3 Walsh BT, Bookheim WW, Johnson RC, Tompkins RK. Recognition of streptococcal pharyngitis in adults. *Arch Intern Med* 1975;135:1493-7.
- 4 Poses RM, Cebul RD, Collins M, Fager SS. The importance of disease prevalence in transporting clinical prediction rules. The case of streptococcal pharyngitis. *Ann Intern Med* 1986;105:586-91.
- 5 Williams JW, Simel DL, Roberts L, Samsa GP. Clinical evaluation of sinusitis. Making the diagnosis by history and physical examination. *Ann Intern Med* 1992;117:705-9.
- 6 Hansen JG, Schmidt H, Rosborg J, Lund E. Predicting acute maxillary sinusitis in a general practice population. *BMJ* 1995;311:233-6.
- 7 Smith M B H, Feldman W. Over-the-counter cold medications. A critical review of clinical trials between 1950 and 1991. *JAMA* 1993; 269:2258-63.

Date de la première édition: 25 avril 1997 par H. Stalder.
Date de la mise à jour: 22 décembre 2000 par H. Stalder.

Cyberslang für jedermann

Silva Keberle

In dieser Kleinstrubrik veröffentlicht PrimaryCare die bekanntesten Kürzel, die im E-mail-Verkehr und vor allem in Chatgroups Anwendung finden. CU!

A

aaa	Kurz für <i>again and again</i> , immer wieder.	ARQ	Kurz für <i>Automatic Repeat Request</i> .
ACK	Kurz für <i>Acknowledgement</i> .	as	Kurz für <i>Ansichtssache</i> .
adAadS	Kurz für <i>aus den Augen, aus dem Sinn</i> .	asap	Kurz für <i>as soon as possible</i> , sobald als möglich.
afaik	Kurz für <i>as far as I know</i> , soweit ich weiss.	asdf	Die ersten vier Buchstaben, die man im Schreibmaschinenkurs lernt. Siehe auch www.asdf.com .
afair	Kurz für <i>as far as I remember</i> , soweit ich mich erinnere.	a/s/l	Kurz für <i>age/sex/location</i> , Alter, Geschlecht, Wohnort.
afk	Kurz für <i>away from keyboard</i> , bin weg (von der Tastatur).	atm	Kurz für <i>at the moment</i> , im Moment.
aisi	Kurz für <i>as I see it</i> , so wie ich es sehe.	ATM	Kurz für <i>Asynchronous Transfer Mode</i> .
aiui	Kurz für <i>as I understand it</i> , soweit ich es verstehe.	awhfy?	Kurz für <i>are we having fun yet?</i> , wollen wir Spass haben?
aka	Kurz für <i>also known as</i> , auch bekannt als ...	ayor	Kurz für <i>at your own risc</i> , auf Dein Risiko.
ARPA	Kurz für <i>Advanced Research Projects Agency</i> .		