

Hansueli Albonico

# Infections des voies respiratoires hautes – alternatives aux antibiotiques<sup>1</sup>

Séminaire A1 lors de la 14<sup>e</sup> journée de formation continue du CMPR (21.6.2012)

**Les infections des voies respiratoires hautes figurent parmi les maladies les plus courantes en médecine de premier recours. L'EbM associe les médecines académique aux complémentaires: il ne faut de loin pas toujours des antibiotiques, au contraire il y a des thérapies éprouvées de la phytothérapie, de l'homéopathie et de la médecine anthroposophique. Mais il faut en connaître les limites.**

Les infections aiguës des voies respiratoires hautes (Upper Respiratory Tract Infections, URTI) occupent une place importante dans la pratique du médecin de premier recours. En plus du refroidissement classique («common cold»), de la rhinosinusite, de la pharyngite/angine, de l'otite moyenne et de la bronchite il faut compter la pneumonie communautaire (Community Acquired Pneumonia, CAP). Toutes ces maladies ont en commun d'être la plupart du temps virales et bénignes mais malgré tout souvent traitées par antibiotiques.

Les antibiotiques sont sans aucun doute l'une des plus grandes acquisitions de la médecine moderne, mais cette arme efficace contre les maladies infectieuses risque de se gripper en raison des résistances de plus en plus nombreuses. En 1947 déjà, soit peu après la production en masse de pénicilline, est apparue la première

résistance à cet antibiotique chez *Staphylococcus aureus* (SA). En 1961 a suivi le premier cas de résistance à la méthicilline (MRSA), qui au début du 21<sup>e</sup> siècle a causé 37% des décès par septicémies, et en 2000 sont apparues les premières résistances à la vancomycine (Vancomycin-intermediate SA, VISA). Conclusion provisoire du projet BURDEN de

**Le plus important facteur de risque de développement d'une résistance est une antibiothérapie récente**

l'UE: «The emergence and spread of antimicrobial resistance has become a major public health threat in Europe.» [1]

Pour les pathogènes les plus fréquents des URTI la situation des résistances en 2006 en Suisse était la suivante: pour *Streptococcus pneumoniae* 6% de résistance à la pénicilline et 19% à l'érythromycine; pour *Haemophilus influenzae* 11% de producteurs de bêta-lactamase et 22% de résistances au cotrimoxazole.

La mise à jour de la résistance aux antibiotiques en Suisse se trouve sous [www.anresis.ch](http://www.anresis.ch).

Pour nous médecins de famille deux observations surtout sont alarmantes: le plus important facteur de risque de développement d'une résistance est une antibiothérapie récente (risque multiplié par jusqu'à 7), et ce sont de loin le plus souvent des médecins de famille qui ont rédigé les prescriptions d'antibiotiques [2].

Les explications ci-dessous ont été identifiées pour les prescriptions d'antibiotiques non indiqués [3, 4]:

- le patient exige un antibiotique;
- le médecin n'a pas le temps de lui donner les explications;
- le médecin connaît trop peu les indications;
- le médecin craint les complications juridiques.

Les Guidelines de l'Universitätsspital Basel donnent une excellente orientation sur les évidences pour le diagnostic et le traitement des URTI en Suisse; elles ont été rédigées en 2004 en collaboration avec la Fakultät für Interdisziplinäre Hausarztmedizin (Peter Tschudi), l'Institut für klinische Epidemiologie (Heiner Bucher) et d'autres instituts, et après confirmation orale elles peuvent toujours être considérées comme valides. Il en ressort que les antibiotiques ont généralement une petite place dans le traitement des infections aiguës des voies respiratoires hautes. Important à savoir: même en ce qui concerne la prévention des complications le traitement antibiotique n'a aucun avantage prouvé. Cela vaut également pour les pharyngites/angines à streptocoques hémolytiques du groupe A-bêta (GABHS), mais uniquement dans la situation épidémiologique actuelle de l'hémisphère nord-ouest où les complications cliniquement graves sont devenues extrêmement rares. En résumé nous pouvons dire pour les URTI:

- Le diagnostic différentiel infection virale – bactérienne est difficile, aussi bien avec la clinique qu'avec le laboratoire.
- Les antibiotiques n'ont pratiquement aucune influence sur l'évolution de la maladie.
- La prévention des complications (spéc. rhumatisme articulaire aigu, glomérulonéphrite avec les infections à streptocoques A) n'est chez nous pas une indication aux antibiotiques.
- L'indication aux antibiotiques est plutôt donnée par la morbidité de base (faiblesse immunitaire, grave maladie sous-jacente).

Il vaut la peine de mentionner qu'avoir fait une URTI fébrile est associé à une baisse du risque de cancers, par ex. de mélanome [5]. Les traitements de médecine complémentaire des URTI effectués par des médecins ne sont pas en contradiction avec l'EbM. L'hypothèse de départ est uniquement qu'EbM n'est pas identique à «études randomisées et contrôlées» (randomized controlled trial, RCT). Elles sont il est vrai au sommet de la hiérarchie d'évidence conventionnelle [6], mais n'ont souvent que peu d'importance pour la situation real-life du médecin de famille vu qu'elles sont pratiquement toujours effectuées selon les critères particuliers des centres académiques [7, 8]. Déjà Sackett, le «père de l'EbM» a précisé dès le départ: «Evidence-based medicine is not restricted to randomized trials and meta-analyses» [9]. Actuellement l'expérience clinique est de nouveau jugée tout aussi importante et surtout la préférence des patients en fait partie [10].

Pour la globalité de la médecine complémentaire le Prof. R. Saller a identifié plus de 20000 études cliniques aussi bien sur des applications isolées que sur des interventions complexes [11] (dont un grand nombre sur les URTI), y c. RCT, études de cohortes, d'observation et d'évaluation de la sécurité. Ces études montrent globalement un bon résultat en matière d'efficacité, de sécurité, d'effi-

<sup>1</sup> Destiné à Madame le professeur K. Mühlemann.

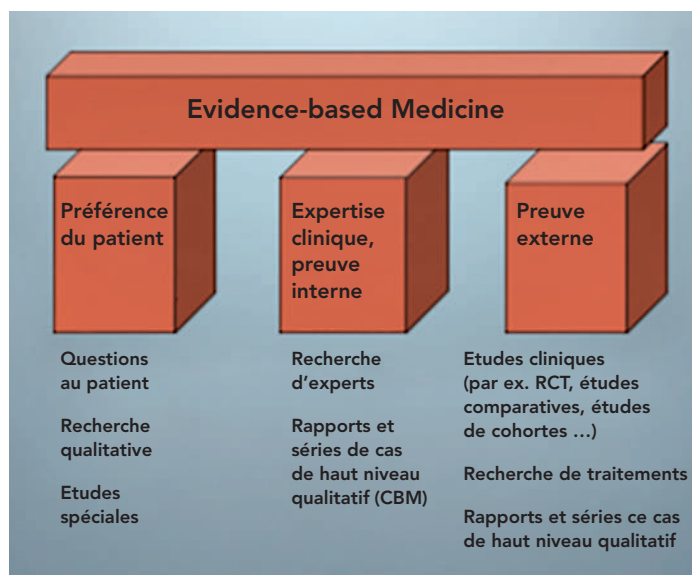


Figure 1

Evaluation dans le contexte de l'EbM.

D'après une présentation PowerPoint de G. Kienle, Institut für angewandte Erkenntnistheorie und medizinische Methodologie, Freiburg 2011.

science des coûts et de satisfaction des patients [12]. La qualité de ces études et le niveau d'évidence sont à peu près comparables aux domaines complexes de la médecine conventionnelle. Les Guidelines américaines actuelles (2711) en cardiologie par ex. se basent à 11% sur le Level A (études randomisées) mais par contre à 48% sur le Level C (avis d'experts et rapports de cas) [14].

Les infections des voies respiratoires hautes sont ainsi remarquablement indiquées pour l'utilisation et l'essai de thérapies complémentaires, et tout particulièrement chez l'enfant. Il est important de connaître et de respecter les limites des médecines complémentaires et de tenir compte des éventuelles interactions: une exigence médicale fondamentale!

Voici trois exemples de traitements des principales médecines complémentaires occidentales présentés au séminaire:

### Expérience pratique faux-croup: l'homéopathie peut aussi agir rapidement!

Le faux-croup est souvent nocturne et médicalement c'est le bon diagnostic (différentiel) qui est déterminant. Fort heureusement l'épiglottite ne se voit pratiquement plus chez nous. Ce qui est très important en thérapeutique, en plus de la vapeur, c'est d'abord de rassurer toute la famille. Pour le traitement médicamenteux de l'homéopathie classique entrent surtout en ligne de compte l'aconit et la *Spongia tosta*. Le choix des médicaments est ainsi généralement simple, l'effet est rapide, nettement plus rapide que celui des anti-inflammatoires et stéroïdes de synthèse. Une excellente opportunité pour le médecin et le patient de faire immédiatement l'expérience de l'homéopathie classique!

### Expérience pratique toux: un cas pour la phytothérapie

La toux est aussi fréquente que polyfacettaire, ce qui fait que le bon remède homéopathique (le «simile») est souvent difficile à choisir. La vaste palette des remèdes phytothérapeutiques éprouvés peut ici être utile: tussilago (tussilage), Petasites (pétasite),

thym, etc. Anamnèse, clinique, évt laboratoire et radiologie sont déterminants pour le bon diagnostic et la bonne appréciation de la toux; une toux de longue date doit être examinée plus à fond. Il faut bien sûr rechercher des polluants tels que fumée, poussière fine, etc. et les éliminer dans toute la mesure du possible. De nombreuses patientes apprécient de recevoir des phytomédicaments indigènes.

### Expérience pratique CAP: traitement de la pneumonie communautaire en médecine anthroposophique

Même pour la «Community Acquired Pneumonia» les preuves du bénéfice des antibiotiques sont minces. La pneumonie exige en principe une évaluation et une observation de l'évolution consciencieuses compte tenu de la morbidité sous-jacente. En médecine anthroposophique le traitement global par remèdes internes et externes a fait ses preuves: Pneumodoron I (Aconitum/Bryonia) et Pneumodoron II (Phosphorus/Tartarus stibiatus) en alternance chaque heure, Ferrum D8 sc. par jour, farine de moutarde professionnelle chaque jour et abolition de toute baisse non critique de la fièvre.

La pneumonie est cependant la plupart du temps une césure sérieuse dans la biographie du patient dont il s'agit de tenir compte.

### Références

- 1 EU. Burden Projekt EU, 2008.
- 2 Briel M, Young J, Tschudi P, Hersberger KE, Hugschmidt C, Langewitz W, Bucher HC. Prevalence and influence of diagnostic tests for acute respiratory tract infections in primary care. *Swiss Med Wkly.* 2006;136(15-16):248-53. Internet: <http://www.smw.ch/docs/smw/archiv/pdf200x/2006/15/smw-11343.pdf>
- 3 Pechère J C. Patients' interviews and misuse of antibiotics. *Clin Infect Dis.* 2001;33(Suppl 3):170-3.
- 4 Arnold SR, Straus SE. Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;4.
- 5 Kölmel KF, Pfahlerberg A, Mastrangelo G, Niin M, Botev IN, et al. Infections and melanoma risk: results of a multicentre EORTC case-control study. *European Organization for Research and Treatment of Cancer. Melanoma Res.* 1999;9(5):511-9.
- 6 Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence, 2009.
- 7 Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med.* 2001;344(26):2021-5.
- 8 De Maesseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet.* 2003;362(9392):1314-9.
- 9 Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996;312(7023):71-2.
- 10 Akademien der Wissenschaften Schweiz. Methoden zur Bestimmung von Nutzen bzw. Wert medizinischer Leistungen. Bern 2012. [www.akademien-schweiz.ch](http://www.akademien-schweiz.ch).
- 11 Saller R. Die Komplementärmedizin im Fokus. München 2006.
- 12 Nartey L, Huwiler-Müntener K, Shang A, Liewald K, Jüni P, Egger M. Matched-pair study showed higher quality of placebo-controlled trials in Western phytotherapy than conventional medicine. *J Clin Epidemiol.* 2007;60(8):787-94.
- 13 Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith SC Jr. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. *JAMA.* 2009;301(8):831-41.

Correspondance:

Dr. med. Hansueli Albonico  
Praxis für Hausarzt- und Komplementärmedizin  
Bernstrasse 14  
3550 Langnau  
[albolem\[at\]hotmail.com](mailto:albolem[at]hotmail.com)