

Madeleine Rothen

Antibiotiques au cabinet médical

Un article du Great Update de la SSMI 2011

C'est à l'atelier «Antibiotika in der Praxis» dans le cadre du 1^{er} Great Update de la SSMI à Interlaken qu'ont été discutés les indications et principes des traitements antibiotiques en ambulatoire.

Infections des voies respiratoires hautes

Toux, fièvre et rhume sont des symptômes courants et les indications les plus fréquentes à la prescription d'antibiotiques en médecine générale, malgré que l'étiologie de l'infection soit la plupart du temps virale. Les arguments pour une étiologie virale d'une infection sont la présence de rhume, conjonctivite, lymphadénopathies généralisées, exanthème ou diarrhée, alors que début brusque avec température très élevée, amygdales pultacées et ganglions cervicaux douloureux font suspecter une éventuelle étiologie bactérienne. Dans la sinusite aiguë il est possible initialement de renoncer aux antibiotiques et de prescrire un traitement symptomatique, décongestionnant et anti-inflammatoire. Si les symptômes durent plus de 7 jours, les douleurs dentaires ou faciales augmentent, la symptomatologie est unilatérale ou s'ils s'aggravent après atténuation initiale, il faut alors suspecter une complication bactérienne et mettre en route une antibiothérapie. Pour les infections respiratoires aiguës il faut recourir aux aminopénicillines ou aux céphalosporines de 2^e génération, ou alors en alternative aux macrolides. En raison de leur large spectre et de la pression de sélection qu'elles exercent sur d'autres germes, les quinolones respiratoires doivent être utilisées avec toutes les restrictions requises.

Résistances

L'augmentation des résistances aux antibiotiques est un problème mondial toujours plus grand. La situation en Suisse est moins mauvaise qu'ailleurs mais tout de même inquiétante. Les chiffres de toute la Suisse sur les résistances sont enregistrés depuis quelques années et peuvent être consultés sous www.anresis.ch en fonction des germes et des régions. Cette banque de données montre qu'environ 15% des E. coli, pathogènes les plus fréquents des infections urinaires en Suisse, sont résistants aux fluoroquinolones, et quelque 24% au cotrimoxazole. La résistance à l'amoxicilline/acide clavulanique, fréquemment utilisé, est elle aussi élevée avec env. 18%. Sur la base de ces chiffres plusieurs recommandations pour le traitement des infections urinaires ont été adaptées ces derniers mois.

Traitement des infections urinaires

Du fait que ces dernières années les bêtalactames et quinolones, utilisés aussi souvent que volontiers, sont associés à une augmentation des résistances, ils doivent être utilisés de manière beaucoup plus restrictive dans les infections simples.

Bactériurie asymptomatique et cystite

Une bactériurie asymptomatique ne doit pas être traitée du tout, sauf chez une femme enceinte ou avant une intervention urologique planifiée. Auxquels cas il faut prescrire un traitement en fonction des résistances à l'antibiogramme. Pour le traitement de la cystite les anciens médicaments furantoïne et fosfomycine sont parfaitement indiqués. La fosfomycine présente l'avantage de pouvoir être administrée en dose unique. Pour obtenir une rémanence dans la vessie la plus longue possible après son excrétion rénale, il est recommandé de la prendre le soir. La nitrofurantoïne doit être administrée 2 fois par jour pendant 5–7 jours et peut avoir comme effets indésirables nausée et céphalée. La polyneuropathie n'est généralement pas un problème pour un traitement de brève durée. Ces deux médicaments ont une efficacité microbologique comparable à celle du cotrimoxazole ou des fluoroquinolones.

Pyélonéphrite et urosepticémie

Le traitement empirique est lui aussi plus difficile pour les infections urinaires avec invasion systémique, car il n'est plus possible aujourd'hui de parler d'une efficacité générale des fluoroquinolones. Si le germe isolé est sensible, une quinolone pendant 7–10 jours est un traitement aussi simple que bien toléré d'une pyélonéphrite. Après la preuve de la sensibilité l'amoxicilline/acide clavulanique et le cotrimoxazole sont de bonnes alternatives mais la durée de traitement doit être de 14 jours. Dans les infections graves il faut envisager d'administrer en plus au début une céphalosporine de 3^e génération (par ex. ceftriaxone). S'il y a des facteurs de risque d'une infection à germes producteurs d'ESBL (extended-spectrum β -lactamase = bêta-lactamase à spectre

Les chiffres de toute la Suisse sur les résistances peuvent être consultés sous www.anresis.ch

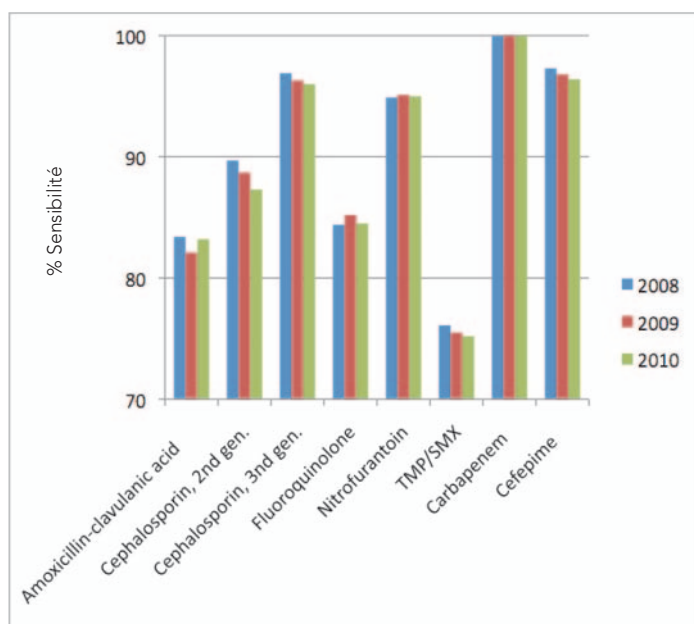
Tableau 1

Choix d'antibiotiques pour la cystite.

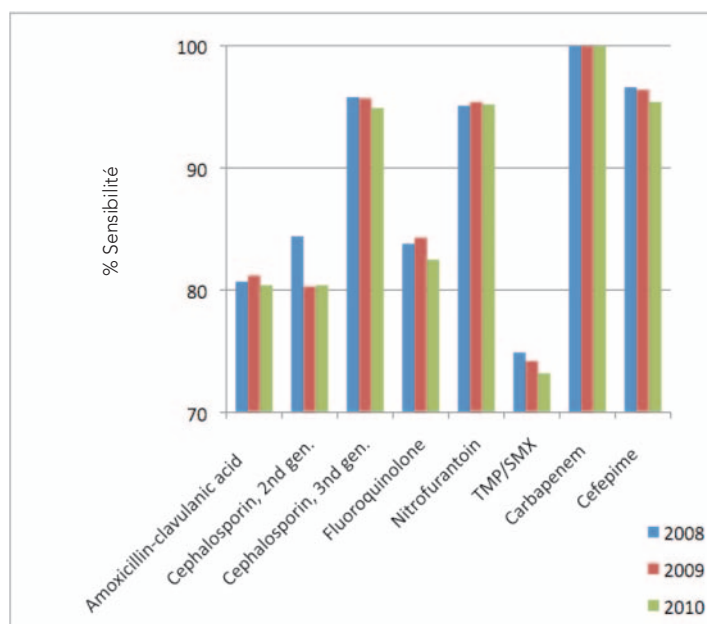
Principe actif	Spécialités	Durée du traitement (jours)	Efficacité clinique	EI
Nitrofurantoïne	Furadantine Retard®, Uvamin retard®	5	93%	Nausée, céphalée
Cotrimoxazole	Bactrim®	3	93%	Exanthème, nausée
Fosfomycine	Monuril®	1	91%	Diarrhée, nausée
Quinolones	Ciproxine®, Noroxin®, Tavanic®	3	90%	Nausée, céphalée, insomnies
Bêtalactames	Augmentin®, Co-Amoxicillin®, Procef®, Zinat®	3–5	89%	Nausée, exanthème, diarrhée

Figure 1

Sensibilité d'E. coli dans les cultures d'urine, Suisse entière (référence: www.anresis.ch).



ambulatoire



hospitalier

étendu), il faut même donner un carbapénème en attendant l'antibiogramme.

Germes producteurs d'ESBL

Ce groupe de pathogènes cause des problèmes toujours plus nombreux dans le monde entier ces dernières années dans le traitement des infections urogénitales et abdominales. Les facteurs de risque sont un traitement par antibiotiques à large spectre au cours des semaines ou mois précédents, plusieurs séjours hospitaliers, maladies urologiques et néphrologiques chroniques, et chez les jeunes des voyages en Asie par ex.

Take-home message

En résumé l'emploi des antibiotiques est de plus en plus compliqué en raison des résistances toujours plus nombreuses et de nouvelles mutations résistantes. Les antibiotiques à large spectre doivent donc être utilisés avec retenue et si possible après prélèvement de cultures correctes, pour que le traitement puisse être adapté en cours de route à l'antibiogramme.

En cas de suspicion de germes multirésistants nous ne pourrions d'autre part pas éviter à l'avenir d'utiliser plus souvent mais avec limitations les antibiotiques à large spectre.

Principes:

Quand antibiotiques rapidement?

- st. post-splénectomie
- septicémie
- infection à germe connu
- angine à streptocoques
- immunosuppression

Pas d'antibiotiques empiriques:

- suspicion d'endocardite: toujours et d'abord suffisamment d'hémocultures
- sécrétion sur implant orthopédique
- fièvre sans hypothèse de travail

Quand renoncer aux antibiotiques?

- infections respiratoires aspécifiques
- infections virales, grippe
- bactériurie asymptomatique

Aussi bien nous médecins que nos patients devons apprendre à n'utiliser les antibiotiques que sur de bonnes indications, pour limiter le plus possible la pression de sélection et les dégâts collatéraux de toute antibiothérapie.

Correspondance:

Dr Madeleine Rothen
Spitalzentrum Biel AG
Vogelsang 84
Postfach
2501 Biel
madeleine.rothen@szb-chb.ch