

Claudia Hagen

# Les antibiotiques au cabinet de médecine familiale

Résumé de l'atelier du même nom lors du congrès des médecins d'Arosa 2012 avec le Dr Peter Graber, directeur du département d'infectiologie, hôpital cantonal de Bâle-Campagne, Liestal

**Comme prévu, ce thème essentiel issu du quotidien de la médecine familiale a suscité l'intérêt de nombreux participants et a fait l'objet de deux ateliers affichant complet. Certains ont ri en réalisant que j'étais, en tant qu'animatrice, la plus jeune participante à cet atelier. Un aperçu de l'utilisation d'antibiotiques au cabinet de médecine familiale dans l'ensemble des pays européens a montré que nous, les Suisses, en usons avec modération et sommes très bien placés en comparaison.**

**Le plus souvent, des antibiotiques sont employés en médecine ambulatoire en cas de cystites et d'infections des «united airways», comme avait décrit la veille le pneumologue Max Kuhn les infections s'étendant «du bout du nez jusqu'aux alvéoles».**

## Exemple de cas de cystite

Une étudiante âgée de 25 ans, habituellement en bonne santé, appelle le médecin de famille. Depuis 2 jours, elle ressent une dysurie et une pollakiurie, mais ne présente ni fièvre ni douleurs au niveau des flancs. Elle dit avoir beaucoup bu. Durant les 2 dernières années, elle raconte avoir souffert de 3 infections urinaires. Etant donné que le semestre commence à peine, elle n'a pas beaucoup de temps ...

*Pourquoi cette patiente souffre-t-elle d'infections urinaires à répétition?*

Chez les jeunes femmes, l'activité sexuelle est l'un des facteurs de risque principaux. Les propositions des participants à l'atelier concernant une éventuelle prophylaxie sont très variées et englobent la continence sexuelle et la miction après les rapports sexuels, la consommation de jus de cranberry et la prophylaxie post-coïtale à base de nitrofurantoïne.

*Que faire dans ce cas?*

Dois-je insister pour que cette étudiante très occupée vienne en consultation au cabinet, ou est-il également possible de faxer une prescription d'antibiotiques à la pharmacie située à côté de la fac? Pour répondre à cette question, il existe une étude [1] montrant qu'en cas de cystite diagnostiquée par téléphone, un traitement antibiotique empirique sans contact direct avec le patient est sûr et efficace si aucun des facteurs de risque suivants n'est présent:

- Grossesse
- Symptômes d'une pyélonéphrite (fièvre, frissons, douleurs aux flancs, vomissements)
- Anomalies anatomiques et/ou fonctionnelles connues dans l'anamnèse
- Infection urinaire compliquée dans l'anamnèse
- Durée des symptômes déjà supérieure à 15 jours
- Infection urinaire préalable au cours du dernier mois
- Leucorrhée (vaginite/cervicite)
- Cas de diabète, chimiothérapie, immunosuppression
- Traitement par antibiotiques au cours du dernier mois

*Quels sont les antibiotiques les mieux adaptés?*

La distinction des infections urinaires non compliquées par rapport aux infections urinaires compliquées influence le choix thérapeutique. Dans la littérature spécialisée, la définition n'est toutefois pas homogène. Des infections urinaires peuvent être qualifiées de non compliquées lorsqu'elles surviennent chez des jeunes femmes en bonne santé et qui ne sont pas enceintes. Selon certains auteurs, les cystites chez les femmes post-ménopausées ne font déjà plus partie des infections urinaires non compliquées. Les critères tels qu'anomalies des voies urinaires, sexe masculin, grossesse, enfants <12 ans, maladies rénales, immunosuppression, ainsi qu'infections nosocomiales, impliquent des formes compliquées. Le premier choix du traitement de la cystite non compliquée se base sur la situation locale de résistance. En règle générale, le traitement suivant est recommandé:

- Comme premier choix co-trimoxazole forte 2 x 1 /j. ou norfloxacine 2 x 400 mg /j.
- Les alternatives sont ciprofloxacine 2 x 250 mg/j., co-amoxicilline (durée du traitement 5-7 jours), céphalosporine orale de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> génération (durée du traitement ≥7 jours), nitrofurantoïne (durée du traitement ≥7 jours), ou fosfomycine 1 x 3 g.

*Suite de l'exemple de cas:*

La patiente téléphone à nouveau. Le co-trimoxazole n'a cette fois pas fait effet. Les dysurie/pollakiurie sont toujours présentes. Elle se plaint de légères douleurs au flanc droit, apparues récemment, mais pas de fièvre.

Elle est invitée au cabinet. Le test urinaire par bandelettes indiquent un taux de leucocytes +++, d'érythrocytes + et la présence de nitrites. La culture urinaire révèle un germe multi-résistant, une BLSE.

*Que sont ces agents pathogènes?*

Les BLSE (agents pathogènes producteurs de bêta-lactamases à spectre étendu) sont des entérobactéries productrices de bêta-lactamases qui peut, en règle générale, désactiver toutes les pénicillines et les céphalosporines. Ces dernières années, la prévalence d'agents pathogènes porteurs de BLSE ne cesse d'augmenter. Auparavant, de tels germes étaient principalement observés chez des patients atteints de maladies chroniques ayant un contact fréquent avec des établissements de santé. De nos jours, ils sont toutefois de plus en plus souvent présents en dehors des hôpitaux. Les voyages dans des pays ayant une forte prévalence de BLSE représentent un facteur de risque classique. Lorsque de jeunes gens habituellement sains et n'ayant eu aucun contact préalable avec un établissement de santé présentent une BLSE, il est très souvent possible de découvrir un voyage dans des pays où les BLSE sont fréquentes. Des études ont montré qu'en cas de séjours dans certains pays, jusqu'à 30% des voyageurs pou-

**En cas de séjours dans certain pays jusqu'à 30% des voyageurs pouvaient être colonisés par les BLSE**

vaient être colonisés par ces agents pathogènes multi-résistants. L'agent pathogène fait généralement partie intégrante de la flore intestinale et peut être identifié par prélèvement rectal avec mise en évidence sélective de BLSE. La durée du portage intestinal n'est pas connue. Chez les patients multimorbides, le germe peut toutefois être visible dans le prélèvement rectal pendant plusieurs années. L'absorption de l'agent pathogène par la nourriture constitue le mécanisme le plus probable. Des études publiées récemment ont montré que les BLSE pouvaient également être mises en évidence en Europe dans certains produits alimentaires. L'emploi d'antibiotiques dans les élevages industriels représenterait un vecteur important.

#### Comment pouvons-nous donc traiter ces BLSE?

A côté des gènes codant pour les BLSE se trouvent la plupart du temps d'autres gènes de résistance au niveau des plasmides des BLSE, de sorte qu'outre les pénicillines et les céphalosporines, les quinolones et les sulfamidés sont généralement eux aussi inefficaces. Souvent, seules la fosfomycine ou la nitrofurantoïne restent alors disponibles pour un traitement antibiotique par voie orale. C'est pourquoi la fosfomycine est déjà devenue une sorte d'«antibiotique de réserve» pour l'usage ambulatoire. En cas de résistance également à ces antibiotiques ou en présence d'infections urinaires compliquées, il convient d'avoir recours à un traitement intraveineux par carbapénèmes.

#### Exemple de cas de pharyngite

Un homme âgé de 32 ans, père d'une petite fille de 2 ans, souffre depuis 2 jours d'intenses douleurs à la déglutition, que Ponstan ne soulage pas. Il présente une forte fièvre et des douleurs dans les membres, mais aucune toux. L'examen révèle des amygdales très enflées et rouges, avec des plaques purulentes et des adénopathies douloureuses au niveau de l'angle sous-angulo-maxillaire.

**Tableau 1**  
Critères de Centor modifiés [2].

Température >38 °C	1
Aucune toux	1
Ganglions cervicaux douloureux	1
Amygdales enflées ou plaques	1
Age 3–14	1
Age 15–44	0
Age >45	-1

Il est connu que 90% des pharyngites sont d'origine virale et ne nécessitent aucun traitement antibiotique. La question se pose de savoir comment détecter les 10% de patients présentant un risque d'angine streptococcique ou d'évolution compliquée, et qui doivent ainsi être traités par antibiotiques. Outre le test de diagnostic rapide du streptocoque, qui est pratiqué dans de nombreux cabinets, les critères de Centor (tab. 1) sont très bien adaptés à l'évaluation du risque de complication.

Entre 0–2 points, la probabilité d'une pharyngite d'origine bactérienne est <10%, à 3 points, elle est d'env. 30%, et en cas de score ≥4 points, entre 40–60%.

Dans l'exemple de cas ci-dessus, le patient atteint un score de 4 points et, avec une forte probabilité, il serait donc possible de prescrire des antibiotiques d'après les critères de Centor, et ce sans aucune autre recherche diagnostique. Par ailleurs, la présence à la maison d'un enfant en bas âge fréquentant souvent une crèche rend la contamination par streptocoques probable et renforce l'indication d'antibiotiques.

#### Une autre complication rare qu'il convient de connaître:

Le syndrome de Lemierre est dangereux. Il s'agit d'une septicémie induite par l'agent pathogène anaérobie obligatoire *Fusobacterium necrophorum*. C'est une complication rare mais grave, survenant suite à une angine au cours de laquelle apparaissent une thrombose de la veine jugulaire interne et des foyers septiques secondaires dans les poumons et, occasionnellement, au niveau d'autres organes. Le tableau clinique typique inclut une évolution en deux phases, où la pharyngite est suivie d'une dégradation secondaire accompagnée d'un état septique. Les fusobactéries ne sont pas décelées dans les prélèvements pharyngés, puisqu'elles ne se développent que dans des milieux anaérobies. Les patients présentant un soupçon de syndrome de Lemierre doivent être hospitalisés, car la mortalité est d'environ 5% et des complications peuvent survenir.

#### Références

- 1 Barry HC, Hickner J, Ebell MH, Ettenhofer T. A randomized controlled trial of telephone management of suspected urinary tract infections in women. *J Fam Pract.* 2001;50(7):589–94.
- 2 McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ.* 1998;158(1):75–83.

Correspondance:  
Dr Claudia Hagen  
Huzlenstrasse 3  
8604 Volketswil  
c.hagen[at]hin.ch