



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

RECOMMANDATIONS

SOMMAIRE

1. RHINOPHARYNGITE.....	1
1.1. Définition clinique et diagnostic	1
1.2. Evolution	1
1.3. Traitement de la rhinopharyngite.....	2
2. ANGINE AIGUË A STREPTOCOQUE DU GROUPE A.....	2
2.1. Définition clinique et évolution	3
2.2. Qui traiter par antibiotiques ?	3
2.3. Quand faut-il traiter ?	4
2.4. Comment traiter ?	4
3. SINUSITE AIGUË DE L'ADULTE.....	5
3.1. Définition clinique.....	5
3.2. Diagnostic	6
3.3. Traitement de la sinusite aiguë de l'adulte	6
4. SINUSITE AIGUE DE L'ENFANT	7
4.1. Définition clinique.....	7
4.2. Diagnostic	8
4.3. Traitement des sinusites maxillaires et frontales de l'enfant.....	8
5. OTITE MOYENNE AIGUË	9
5.1. Définition clinique.....	9
5.2. Diagnostic d'otite moyenne aiguë.....	9
5.3. Antibiothérapie de l'otite moyenne aiguë de l'enfant.....	9
5.4. Otite moyenne aiguë de l'adulte	11
ANNEXES	12
Annexe 1 - Score de Mac Isaac à utiliser chez l'adulte.....	13
Annexe 2 - Prise en charge de l'angine.....	14
Annexe 3 - Traitements antibiotiques courts recommandés pour les angines à SGA.....	15
Annexe 4 - Localisation et traitement des sinusites aiguës de l'adulte	16
Annexe 5 - Indications, posologies et durées de traitement des antibiotiques recommandés dans les sinusites aiguës de l'adulte.....	17
Annexe 6 - Traitement antibiotique de l'otite moyenne aiguë chez l'enfant	18
Annexe 7 - Allergie à la pénicilline et aux céphalosporines	19

Afin de limiter la survenue d'effets indésirables et l'émergence de plus en plus fréquente de résistances bactériennes, la prescription des antibiotiques doit être réservée aux seules situations cliniques où leur efficacité a été démontrée.

Pour l'élaboration de ces recommandations en matière d'antibiothérapie, sont pris en compte les données 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.sante.fr) à la rubrique RBP.

1. RHINOPHARYNGITE

1.1. DEFINITION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

La rhinopharyngite est définie comme une atteinte inflammatoire du pharynx (cavum) et des fosses nasales. La rhinopharyngite aiguë touche le plus souvent les enfants. Elle est principalement d'origine virale.

L'examen clinique trouve une inflammation plus ou moins importante du pharynx, une rhinorrhée antérieure et/ou postérieure qui peut être séro-muqueuse, purulente ou mucopurulente. Une toux peut être associée, surtout chez l'enfant.

Le caractère puriforme de la rhinorrhée et l'existence d'une fièvre (dans les délais normaux d'évolution de la rhinopharyngite) ne sont pas synonymes d'infection ou de surinfection bactérienne et ne sont pas des facteurs de risque de complications.

Une otite moyenne aiguë (OMA) congestive est fréquente au cours d'une rhinopharyngite. D'origine virale, elle n'est pas une indication de l'antibiothérapie. La persistance de fièvre ou de symptômes au-delà du 3^{ème} jour doit faire réexaminer les tympans (cf. chapitre 5).

1.2. EVOLUTION

C'est une pathologie bénigne, d'évolution spontanément favorable en 7 à 10 jours. Une information des parents et des patients est nécessaire. Ils seront avertis de la nature bénigne et de l'évolution normale de la pathologie, de la durée moyenne des symptômes, et de la survenue possible de complications bactériennes, telles que l'otite ou la sinusite, qui seules justifient une antibiothérapie adaptée.

Les complications sont surtout bactériennes chez l'enfant. Elles sont rares chez l'adulte. Elles sont dominées par l'otite moyenne aiguë purulente (OMA purulente), la sinusite et la conjonctivite purulente du nourrisson :

- L'OMA purulente survient le plus souvent chez l'enfant de 6 mois à 2 ans et est le plus souvent précoce dans l'évolution de la rhinopharyngite,
- Les sinusites sont moins fréquentes. Il faut distinguer l'ethmoïdite extériorisée aiguë (affection rare mais grave du nourrisson et de l'enfant) de survenue rapide qui justifie une hospitalisation urgente et la sinusite maxillaire qui survient plus tardivement dans l'évolution et essentiellement après l'âge de 3 ans (cf. chapitre 4).
- Les conjonctivites purulentes du nourrisson doivent faire rechercher une OMA purulente à *Hæmophilus influenzae* d'autant plus qu'il s'agit le plus souvent d'otites peu fébriles et peu douloureuses.

Les patients, notamment ceux qui présentent des facteurs de risque de complication (otite moyenne aiguë récidivante -plus de 3 OMA purulentes par an- ou présence d'une otite séreuse, immunodépression), seront avertis de la nécessité de recontacter le praticien en présence de signes évoquant la survenue d'une complication bactérienne :

- fièvre persistante au delà de 3 jours ou d'apparition secondaire après ce délai,
- persistance sans tendance à l'amélioration des autres symptômes (toux, rhinorrhée, obstruction nasale) au delà de 10 jours,
- changement de comportement de l'enfant : irritabilité, réveils nocturnes, otalgie, otorrhée,
- conjonctivite purulente,

- œdème palpébral,
- troubles digestifs (anorexie, vomissements, diarrhée),
- apparition ou persistance d'une gêne respiratoire.

La possibilité d'une infection respiratoire basse telle qu'une bronchite, bronchiolite ou pneumonie doit être également évoquée et entraîner une réévaluation clinique au moindre doute.

La persistance, la réapparition ou l'aggravation des signes cliniques ou la survenue de nouveaux symptômes doivent faire craindre la survenue d'une complication bactérienne notamment chez les patients présentant un ou des facteurs de risque de complications bactériennes (antécédents d'OMA récidivante, otite séreuse), ou lorsque, lors du premier examen, les tympans sont modifiés ou lorsqu'il existe une conjonctivite.

1.3. TRAITEMENT DE LA RHINOPHARYNGITE

- *Traitement symptomatique*

La prise en charge d'une rhinopharyngite non compliquée associe :

- un lavage des fosses nasales. Peuvent être utilisés un soluté hypertonique ou isotonique associé au mouchage du nez et/ou aspiration au « mouche-bébé » ;
- des antipyrétiques en cas de fièvre* ;
- les vasoconstricteurs par voie nasale, qui sont indiqués chez l'enfant après 12 ans, (une seule spécialité a encore gardé une AMM, à ce jour entre 3 et 12 ans). Ces traitements doivent être prescrits en respectant les précautions d'emploi et les contre-indications.

Les vasoconstricteurs par voie générale sont à éviter chez l'enfant ; ils sont contre-indiqués chez l'enfant de moins de 12 ans.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose anti-inflammatoire et les corticoïdes par voie générale ne sont pas indiqués.

- *Traitement antibiotique*

- Rhinopharyngite non compliquée

Le traitement antibiotique par voie générale n'est pas justifié dans la rhinopharyngite aiguë non compliquée, chez l'adulte comme chez l'enfant (Grade B). Son efficacité n'est démontrée ni sur la durée des symptômes ni pour la prévention des complications (sinusites et OMA purulente), même en présence de facteur de risque.

- Rhinopharyngite compliquée

L'antibiothérapie par voie générale n'est justifiée qu'en cas de complications avérées, supposées bactériennes, OMA purulente, sinusite purulente (Grade A). La conjonctivite purulente ne justifie pas d'antibiothérapie par voie générale.

2. ANGINE AIGUË A STREPTOCOQUE DU GROUPE A

Ce chapitre ne concerne que l'angine aiguë à streptocoque du groupe A. Cependant, dans de rares cas, devant le contexte clinique et évolutif, il faut évoquer d'autres causes bactériennes rares d'angine (bacille diphtérique, gonocoque et bactéries anaérobies).

* Cf. Mise au point de l'Afssaps : Prise en charge de la fièvre chez l'enfant (janvier 2005).

2.1. DEFINITION CLINIQUE ET EVOLUTION

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

Le streptocoque β -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 5 et 15 ans.

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 et à un moindre degré dans les territoires et départements d'Outre-Mer) ;
- 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 ;
- qu'il y ait ou non un traitement antibiotique, l'incidence des complications suppuratives loco-régionales a également diminué et reste basse dans les pays industrialisés (1%) ;
- les GNA post-streptococciques ont rarement un point de départ pharyngé (cutané le plus souvent). Le risque de survenue, faible, semble être peu différent après une angine à SGA traitée ou non traitée. La preuve que les antibiotiques préviennent la survenue d'une GNA n'est pas faite.

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

- accélération de la disparition des symptômes,
- éradication et diminution de la dissémination du SGA à l'entourage,
- prévention du RAA, démontrée pour la pénicilline G injectable.

2.2. QUI TRAITER PAR ANTIBIOTIQUES ?

En raison des risques inhérents aux infections à SGA, notamment le risque de RAA, et du fait que les antibiotiques sont inutiles dans les angines virales, seuls les patients atteints d'angine à SGA sont justiciables d'un traitement antibiotique (en dehors des très exceptionnelles infections à *Corynebacterium diphtheriae*, *Neisseria gonorrhoeae* et à bactéries anaérobies, dont les tableaux cliniques sont de gravité et d'évolution différentes) (Grade A).

Leur identification conditionne l'attitude thérapeutique. 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 par le praticien sont recommandés. Dans les études cliniques d'évaluation, ils ont une spécificité de 95% et, pour les tests les plus récents, une sensibilité avoisinant 90%. Les résultats sont disponibles en 5 minutes environ.

L'indication du TDR est nuancée :

- Chez le nourrisson et l'enfant de moins de 3 ans, la pratique de TDR est habituellement inutile, les angines observées à cet âge étant généralement d'origine virale et le streptocoque est plus rarement en cause. De plus il n'y a pas de RAA décrit avant l'âge de 3 ans.
- Chez l'adulte, un score de Mac Isaac supérieur ou égal à 2 doit conduire à réaliser un TDR (Annexe 1). Les scores cliniques n'ont aucune valeur chez l'enfant.

Il est ainsi recommandé devant une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée de pratiquer un TDR chez tous les enfants à partir de 3 ans et chez les adultes ayant un score de Mac Isaac ≥ 2 :

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

Certaines situations rares (exceptionnelles en métropole) évoquent un contexte à risque de RAA :

- antécédents personnels de RAA ;
- âge compris entre 5 et 25 ans associé à la notion de séjours en régions d'endémie de RAA (Afrique, DOM-TOM) ou éventuellement à certains facteurs environnementaux (conditions sociales, sanitaires et économiques, promiscuité, collectivité fermée) ou à des antécédents d'épisodes multiples d'angine à SGA.

Dans un contexte à risque de RAA, un TDR négatif doit être contrôlé par une mise en culture (Accord professionnel) ; si la culture est positive, le traitement antibiotique sera entrepris.

Un arbre décisionnel est proposé en Annexe 2.

2.3. QUAND FAUT-IL TRAITER ?

La mise en route du traitement antibiotique jusqu'au 9^{ème} jour après le début des signes n'altère pas l'efficacité de l'antibiothérapie sur la prévention du RAA (Grade B). Ces constatations autorisent d'éventuelles réévaluations diagnostiques avant la mise en route de l'antibiothérapie.

2.4. COMMENT TRAITER ?

Une sensibilisation et une éducation des patients sont indispensables pour faciliter l'adhésion à la nouvelle façon de traiter les angines. Elles doivent insister sur (Grade A) :

- l'intérêt de limiter l'indication de l'antibiothérapie au traitement des angines à SGA qui sont identifiées par les TDR, au cours de la consultation ;
- la nécessité d'une bonne observance faisant privilégier les traitements de courte durée.

• *Traitement antibiotique*

Le traitement recommandé est l'amoxicilline pendant 6 jours (Grade B) (Annexe 3).

Les céphalosporines de 2^{ème} et 3^{ème} génération par voie orale peuvent être utilisées, notamment en cas d'allergie aux pénicillines (cf. Annexe 7) sans contre-indication aux céphalosporines (Grade A) :

- céfuroxime-axétil : 4 jours,
- cefpodoxime-proxétil : 5 jours,
- céfotiam-hexétil : 5 jours.

Les traitements administrés sur une durée de 10 jours, du fait d'une mauvaise observance prévisible, ne sont plus à privilégier. Il s'agit de :

- la pénicilline V, traitement historique de référence, dont le spectre étroit, l'efficacité et la bonne tolérance sont les qualités reconnues ;
- les C1G orales et l'ampicilline, qui sont moins bien tolérés et dont les spectres d'activité sont plus larges ;
- certains macrolides (dirithromycine, érythromycine, midécamycine, roxithromycine, spiramycine), qui sont moins bien tolérés que la pénicilline et vis-à-vis desquels le pourcentage de résistance bactérienne augmente.

L'association amoxicilline-acide clavulanique et le céfixime n'ont plus d'indication (AMM) dans l'angine à SGA.

Le taux actuel de résistance des SGA, en France, aux macrolides et apparentés (entre 16 et 31%) entraîne une modification des recommandations, c'est-à-dire la réalisation d'un prélèvement bactériologique avant leur utilisation et une restriction de prescription aux patients ayant une contre-indication aux bêta-lactamines.

En cas d'allergie aux pénicillines (cf. Annexe 7), la stratégie thérapeutique suivante est recommandée (Accord professionnel) :

- Allergie aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines : céphalosporines de 2^{ème} et 3^{ème} génération par voie orale ;
- Contre-indication aux bêta-lactamines (pénicillines, céphalosporines) : macrolides, kétolides ou pristnamycine :
 - Macrolides et kétolides :

Les macrolides (ayant une durée de traitement raccourcie validée par l'AMM) ou kétolides sont indiqués après réalisation d'un prélèvement bactériologique (avec culture et antibiogramme) pour vérifier la sensibilité des SGA. La mise en route du traitement antibiotique peut se faire dès la réalisation du prélèvement sans attendre les résultats : une réévaluation est nécessaire. Le traitement sera adapté ultérieurement selon les résultats de l'antibiogramme.

- Macrolides :
 - azithromycine : 3 jours,
 - clarithromycine : 5 jours,
 - josamycine : 5 jours,
- Kétolides :
 - télichromycine : 5 jours (réservée à l'adulte et l'enfant > 12 ans),
- Pristnamycine au moins 8 jours (réservée à l'adulte et l'enfant > 6 ans).

Il n'est pas recommandé de donner « à l'avance » au patient une prescription antibiotique compte tenu de l'utilisation des TDR en consultation.

La persistance des symptômes après trois jours doit conduire à faire réexaminer le patient (Accord professionnel).

En cas d'échec clinique, il n'y a pas de consensus pour la prise en charge thérapeutique. Un avis spécialisé en ORL, pédiatrie, ou infectiologie peut être nécessaire.

- *Traitement symptomatique associé*

Des traitements symptomatiques visant à améliorer le confort, notamment antalgiques et antipyrétiques sont recommandés*. 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.

3. SINUSITE AIGÜE DE L'ADULTE

3.1. DEFINITION CLINIQUE

La sinusite aiguë purulente correspond à une infection d'une ou plusieurs cavités sinusiennes par des bactéries.

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

L'examen clinique est souvent limité à l'observation d'une rhinorrhée purulente (antérieure et/ou postérieure, souvent unilatérale) et d'une douleur à la pression en regard de la cavité sinusienne infectée. En effet, l'examen de la cavité nasale n'est pas systématiquement réalisé.

La sinusite maxillaire d'origine dentaire est un cas particulier. 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. 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.

* Cf. Mise au point de l'Afssaps : Prise en charge de la fièvre chez l'enfant (janvier 2005).

3.2. DIAGNOSTIC

Le diagnostic de sinusite maxillaire aiguë purulente est essentiellement clinique. La difficulté est d'éviter de porter le diagnostic de sinusite par excès devant une rhinosinusite aiguë virale contemporaine d'une rhinopharyngite. Au cours d'une rhinopharyngite banale, l'aspect puriforme de la rhinorrhée est habituel pendant quelques jours et ne correspond pas systématiquement à une surinfection bactérienne.

De même des sinusalgies lors des premiers jours d'une rhinopharyngite correspondent à une congestion bénigne d'origine virale des cavités sinusiennes (rhinosinusite aiguë congestive), et sont le plus souvent spontanément résolutive.

Les arguments en faveur d'une surinfection bactérienne cause de sinusite aiguë purulente sont constitués par la présence de deux au moins 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 l'augmentation de la purulence de la rhinorrhée. Ce signe a d'autant plus de valeur qu'il devient unilatéral.

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

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

La radiographie n'est pas indiquée si la présomption clinique est forte. Elle est utile en cas de doute diagnostique ou en cas d'échec d'une première antibiothérapie (Accord professionnel).

Le scanner des sinus n'est pas indiqué sauf en cas de suspicion de sinusite sphénoïdale ou de sinusite compliquée, notamment frontale.

Dans le cas particulier d'une sinusite maxillaire unilatérale sans contexte de rhinite, l'origine dentaire devra être recherchée.

3.3. TRAITEMENT DE LA SINUSITE AIGÜE DE L'ADULTE

- *Indications de l'antibiothérapie*

- Sinusite maxillaire aiguë purulente

L'antibiothérapie n'est pas indiquée d'emblée 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 est recommandée :

- lorsque le diagnostic de sinusite aiguë maxillaire purulente est établi sur les critères définis ci-dessus (chapitre 3.2) (Grade B) ;
- en cas d'échec d'un traitement symptomatique initial ou en cas de complications (Accord professionnel) ;
- dans le cas particulier d'une sinusite maxillaire unilatérale associée à une infection dentaire manifeste homolatérale de l'arc dentaire supérieur (Accord professionnel).
- Autres sinusites purulentes

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

- *Antibiothérapie recommandée et durée de traitement*

Les principales bactéries impliquées dans les sinusites sont *Hæmophilus influenzae* et *Streptococcus pneumoniae* avec une forte proportion de souches résistantes aux antibiotiques. En considérant l'évolution de la résistance bactérienne, l'antibiothérapie de première intention comporte l'un des antibiotiques suivants, administré par voie orale (Accord professionnel) :

- l'association amoxicilline-acide clavulanique ;
- les céphalosporines orales de deuxième génération (céfuroxime-axétil) et certaines céphalosporines orales de troisième génération (cefprozime-proxétil, céfotiam-hexétil) ;
- notamment en cas de contre-indication aux bêta-lactamines, la pristinaquine, la tétracycline (cf. Annexe7).

Les fluoroquinolones actives sur le pneumocoque (lévofloxacine ou moxifloxacine)* doivent être réservées aux situations cliniques les plus sévères et susceptibles de complications graves telles que les sinusites frontales, sphénoïdales, ethmoïdales, pansinusite ou en cas d'échec d'une première antibiothérapie dans les sinusites maxillaires.

La durée du traitement des sinusites maxillaires aiguës purulentes est habituellement de 7 à 10 jours (Grade C). Elle peut être raccourcie à 5 jours pour le céfuroxime-axétil, le céfotiam-hexétil, le cefprozime-proxétil, la tétracycline et à 4 jours pour la pristinaquine.

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. Dans cette pathologie, l'utilité des anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose anti-inflammatoire n'est pas démontrée.

4. SINUSITE AIGUE DE L'ENFANT

4.1. DEFINITION CLINIQUE

La sinusite aiguë est une inflammation d'un ou plusieurs sinus. Elle succède le plus souvent à une infection virale, mais la possibilité d'une surinfection bactérienne incite à discuter l'antibiothérapie, surtout dans certaines localisations.

La sinusite maxillaire est la plus fréquente et s'observe le plus souvent chez l'enfant de 3 ans et plus. Il est indispensable de la différencier d'une inflammation sinusienne (rhinosinusite congestive) pouvant accompagner la rhinopharyngite virale ou lui succéder, celle-ci ne nécessitant pas d'antibiothérapie (cf. chapitre 1).

Les sinusites frontales s'observent surtout chez le grand enfant (> 10 ans) et n'ont pas de spécificité par rapport à celles observées chez l'adulte (cf. chapitre 3). Comme chez l'adulte, les complications peuvent être graves (en particulier, les complications ophtalmologiques et neurologiques).

L'ethmoïdite extériorisée aiguë (fièvre associée à un œdème palpébral supéro-interne douloureux) touche le jeune enfant. Elle est rare mais de pronostic grave. Il en est de même pour l'infection purulente du sinus sphénoïdal (céphalées rétro-orbitaires intenses et permanentes) qui touche le grand enfant. Ces localisations doivent donc être reconnues par le praticien afin d'instaurer en urgence une antibiothérapie parentérale en milieu hospitalier.

* Les données microbiologiques et pharmacologiques sont en faveur de la moxifloxacine par rapport à la lévofloxacine, vis-à-vis du pneumocoque. La pertinence clinique de cette différence entre les deux molécules n'est actuellement pas validée par une étude clinique.

Les sinusites sont :

- ethmoïdales surtout entre 6 mois et 5 ans,
- maxillaires à partir de l'âge de 3 ans,
- frontales surtout à partir de 10 ans.

Ces recommandations concernent les sinusites maxillaires et frontales non compliquées de l'enfant, les autres localisations justifiant d'une hospitalisation avec un traitement spécifique.

4.2. DIAGNOSTIC

Il est important pour le diagnostic de différencier une rhinopharyngite banale d'une sinusite purulente. En effet, au cours des premiers jours d'évolution de la rhinopharyngite, une rhinorrhée purulente associée à une inflammation sinusienne est banale et ne relève pas d'un traitement antibiotique.

Le diagnostic de sinusite maxillaire aiguë purulente est essentiellement clinique. Au cours des premiers jours d'évolution, deux tableaux peuvent être identifiés (Accord professionnel) :

- une forme dite « aiguë sévère » avec fièvre supérieure à 39°C, céphalées, rhinorrhée purulente et parfois œdème péri-orbitaire ;
- une forme dite « subaiguë », pour laquelle les signes tels que la toux, la rhinorrhée purulente, l'obstruction nasale se prolongent au delà de 10 jours, sans tendance à l'amélioration.

Du fait de leur coût, de la dose de rayons X délivrée et de son absence de spécificité, ni une radiographie (incidence de Blondeau pour les sinusites maxillaires, incidence front-plaque pour les sinusites frontales) ni un scanner, ne doivent être demandés systématiquement, mais seulement en cas de doute diagnostique devant un tableau atypique (Accord professionnel). Un scanner est indiqué pour les sinusites sphénoïdales (les radiographies ne permettant pas de les visualiser), ethmoïdales ou pour les sinusites compliquées, notamment frontales.

4.3. TRAITEMENT DES SINUSITES MAXILLAIRES ET FRONTALES DE L'ENFANT

- *Traitement antibiotique*

Le traitement antibiotique est indiqué d'emblée dans les formes aiguës sévères de sinusite maxillaire purulente ou frontale (Grade C).

L'antibiothérapie est recommandée d'emblée dans les formes subaiguës chez les enfants qui ont des facteurs de risque tels que : asthme, cardiopathie, drépanocytose.

Pour les enfants sans facteurs de risque, 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.

- *Antibiotiques recommandés*

Les antibiotiques recommandés en première intention sont :

- soit l'association amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/j d'amoxicilline en 3 prises sans dépasser 3 g/j),
- soit le cefpodoxime-proxétil (8 mg/kg/j en 2 prises).

La pristinaamycine est recommandée à partir de 6 ans (50 mg/kg/jour en 2 prises), notamment en cas de contre-indication aux bêta-lactamines (cf. Annexe 7).

La durée du traitement est classiquement de 7 à 10 jours (Accord professionnel).

Du fait de l'évolution de la résistance aux antibiotiques, les pénicillines A, les macrolides, les céphalosporines de 1^{ère} génération et le cotrimoxazole ne sont plus recommandés.

- *Traitement symptomatique associé*

Un traitement antalgique antipyrétique est recommandé*. Dans cette pathologie, 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.

Le traitement de l'obstruction nasale est décrit au chapitre 1.3.

5. OTITE MOYENNE AIGUË

5.1. DEFINITION CLINIQUE

L'otite moyenne aiguë (OMA) purulente 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 OMA de l'enfant de plus de 3 mois immunocompétent, la prise en charge d'un enfant de moins de 3 mois nécessitant un avis spécialisé.

L'OMA est beaucoup plus rare et moins documentée chez l'adulte.

Le taux de résistance bactérienne conduit à redéfinir les schémas thérapeutiques, notamment l'indication de l'antibiothérapie et le choix des produits.

5.2. DIAGNOSTIC D'OTITE MOYENNE AIGUË

Le diagnostic d'OMA purulente est clinique. Il 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...).

Les signes généraux sont dominés par la fièvre.

Les signes otoscopiques sont l'inflammation (congestion ou hypervascularisation) associée à un épanchement rétro-tympanique, extériorisé (otorrhée), ou non extériorisé (opacité, effacement des reliefs normaux ou bombement).

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

- l'OMA congestive correspond à une congestion bénigne des tympans le plus souvent d'origine virale, dans le cadre d'une rhinopharyngite le plus souvent spontanément résolutive ;
- l'OSM se manifeste par un épanchement rétrotympanique sans inflammation marquée ni otalgie, ni signes généraux.

La symptomatologie clinique peut orienter vers la bactérie en cause. En cas d'otite associée à une conjonctivite purulente, la probabilité d'une infection à *Hæmophilus influenzae* est forte. Ceci permet de définir le syndrome otite-conjonctivite. En cas d'otite très fébrile et douloureuse, la probabilité du pneumocoque est plus importante.

5.3. ANTIBIOTHERAPIE DE L'OTITE MOYENNE AIGUË DE L'ENFANT

- *Indications de l'antibiothérapie*

- *OMA purulente*

Chez l'enfant de moins de 2 ans, l'antibiothérapie d'emblée est recommandée (Accord professionnel).

* Cf. Mise au point de l'Afssaps : Prise en charge de la fièvre chez l'enfant (janvier 2005).

Chez l'enfant de plus de 2 ans peu symptomatique, l'abstention en première intention de l'antibiothérapie est licite ; en revanche, si la symptomatologie est bruyante (fièvre élevée, otalgie intense), une antibiothérapie doit être prescrite (Grade B).

Le choix de l'abstention doit s'accompagner d'une réévaluation de l'enfant à 48-72 heures sous traitement symptomatique (Grade B).

- *OMA congestive*

Des tympans congestifs, avec respect des reliefs normaux sans bombement, observés lors des premiers jours d'une rhinopharyngite ne sont pas une indication à l'antibiothérapie. L'enfant doit être revu si les symptômes persistent au delà du 3^{ème} jour (Accord professionnel).

- *Otite séro-muqueuse*

Les antibiotiques ne sont pas indiqués dans les otites séro-muqueuses ; cependant une évolution prolongée associée à une hypoacousie incitent à un avis ORL (Grade B).

- *Tympans mal ou non vus*

Des conditions d'examen difficiles ou un bouchon de cérumen, en particulier chez le nourrisson, peuvent empêcher de visualiser les tympans. 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 tympans est nécessaire et le recours à l'ORL doit être envisagé.

- *Antibiothérapie de première intention chez l'enfant (Annexe 6)*

Chez l'enfant de plus de 3 mois, il est recommandé d'instaurer une monothérapie par voie orale (Grade B). Les principales bactéries cause d'une OMA purulente sont : *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Branhamella catarrhalis* (ex *Moraxella catarrhalis*). Parmi les souches isolées, plus de 60% des souches de pneumocoques présentent une sensibilité anormale aux β -lactamines et sont résistantes aux macrolides. La molécule orale la plus active sur les pneumocoques de sensibilité anormale à la pénicilline est l'amoxicilline. Cependant, les OMA purulentes étant traitées sans examen bactériologique, les autres bactéries (*H. influenzae*, *B. catarrhalis*) jouant un rôle important, les antibiotiques recommandés sont :

- l'association amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/j d'amoxicilline),
- ou le cefpodoxime-proxétil.,
- ou le céfuroxime-axétil.

Le recours à la ceftriaxone en injection IM doit rester exceptionnel et se conformer au libellé d'AMM (Grade B).

Dans le cadre du syndrome otite-conjonctivite orientant vers *H.influenzae*, le cefpodoxime proxétil est le traitement de première intention. Il a en effet la meilleure activité sur *H. influenzae* parmi les bêta-lactamines par voie orale recommandées ci-dessus.

En cas d'allergie aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines, le cefpodoxime-proxétil ou le céfuroxime-axétil sont recommandés (cf. Annexe 7).

En cas de contre-indication aux bêta-lactamines :

- enfant de moins de 6 ans : association érythromycine-sulfafurazole ; cependant, il existe un risque important d'échec bactériologique compte tenu du niveau de résistance du pneumocoque vis-à-vis des deux composants de cet antibiotique ;
- enfant de plus de 6 ans : pristinamycine.

La durée de l'antibiothérapie est de 8 à 10 jours chez l'enfant de moins de 2 ans, de 5 jours après cet âge (Grade A).

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

- *Prise en charge des échecs*

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, associées à des signes otoscopiques d'OMA purulente.

Cette éventualité, qui est surtout à envisager chez les nourrissons de moins de 2 ans, justifie une paracentèse avec prélèvement bactériologique, suivie d'un changement d'antibiotique en fonction du premier antibiotique utilisé et des bactéries isolées (*Grade B*). Les deux antibiotiques actifs sur les pneumocoques résistants sont l'amoxicilline forte dose (150 mg/kg/j) et la ceftriaxone injectable. La prescription de ces antibiotiques doit bien sûr tenir compte des données des prélèvements bactériologiques (identification et antibiogramme).

- *Autres traitements*

Un traitement antalgique antipyrétique est recommandé*. Dans cette pathologie, 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†.

La vaccination antipneumococcique ne remet pas, pour l'instant, en cause les choix thérapeutiques proposés dans l'OMA.

5.4. OTITE MOYENNE AIGUË DE L'ADULTE

Les antibiotiques recommandés sont :

- amoxicilline-acide clavulanique, la dose totale d'amoxicilline ne doit pas être inférieure à 3 g/j en 3 prises,
- les céphalosporines orales de 2^{ème} génération (céfuroxime-axétil,) et certaines céphalosporines orales de 3^{ème} génération (cefprozime-proxétil, céfotiam-hexétil),
- la pristinaquine, notamment en cas de contre-indication aux bêta-lactamines.

En l'absence de données et par analogie avec le traitement de la sinusite, la durée de traitement recommandée est de 7 à 10 jours (Accord professionnel).

* Cf. Mise au point de l'Afssaps : Prise en charge de la fièvre chez l'enfant (janvier 2005).

† Cf. Recommandations de bonne pratique de l'Afssaps : Antibiothérapie locale en ORL (juillet 2004).

ANNEXES

ANNEXE 1 - SCORE DE MAC ISAAC A UTILISER CHEZ L'ADULTE

ANNEXE 2 - PRISE EN CHARGE DE L'ANGINE

ANNEXE 3 - TRAITEMENTS ANTIBIOTIQUES COURTS RECOMMANDES DES ANGINES A SGA

ANNEXE 4 - LOCALISATION ET TRAITEMENT DES SINUSITES AIGUËS DE L'ADULTE

ANNEXE 5 - INDICATIONS, POSOLOGIES DES ANTIBIOTIQUES RECOMMANDES ET DUREES DE TRAITEMENT DANS LES SINUSITES AIGUËS DE L'ADULTE

ANNEXE 6 - TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DE L'OTITE MOYENNE AIGUË CHEZ L'ENFANT

ANNEXE 7 - ALLERGIE A LA PENICILLINE ET AUX CEPHALOSPORINES

ANNEXE 1

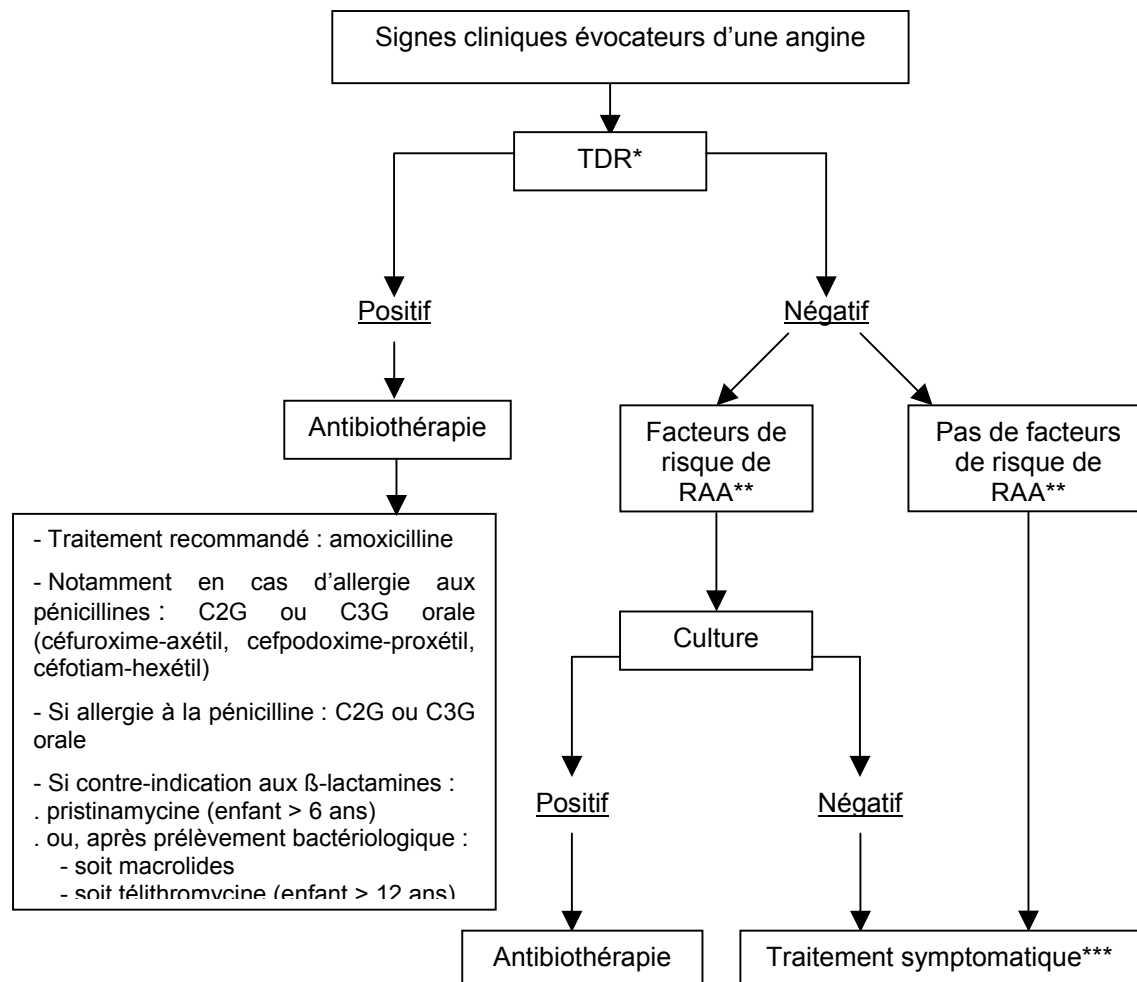
SCORE DE MAC ISAAC A UTILISER CHEZ L'ADULTE

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

Les patients ayant un score de Mac Isaac < 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.

ANNEXE 2

PRISE EN CHARGE DE L'ANGINE



* Réalisation du TDR systématique chez l'enfant et si score de Mac Isaac ≥ 2 chez l'adulte

** Facteurs de risque de RAA :

- antécédent personnel de RAA ;
- âge compris entre 5 et 25 ans associé à la notion de séjours en régions d'endémie de RAA (Afrique, DOM-TOM) ou éventuellement à certains facteurs environnementaux (conditions sociales, sanitaires et économiques, promiscuité, collectivité fermée) ou à des antécédents d'épisodes multiples d'angine à SGA.

*** Antalgique et/ou antipyrétique.

ANNEXE 3

TRAITEMENTS ANTIBIOTIQUES COURTS RECOMMANDES POUR LES ANGINES A SGA

 β -LACTAMINES

Principe actif	Durée de traitement	Posologie
Pénicilline		
amoxicilline	6 jours	adulte : 2 g/j en 2 prises enfant > 30 mois : 50 mg/kg/j en 2 prises
Céphalosporine de 2^{ème} génération		
céfuroxime-axétil	4 jours	adulte : 500 mg/j en 2 prises. enfant : 30 mg/kg/j en 2 prises, sans dépasser la posologie adulte (soit 500 mg/jour)
Céphalosporines de 3^{ème} génération		
cefepodoxime-proxétil	5 jours	adulte : 200 mg/j en 2 prises enfant : 8 mg/kg/j en 2 prises
céfotiam-hexétil	5 jours	adulte : 400 mg/j en 2 prises

STREPTOGRAMINES (SYNERGISTINES)

Principe actif	Durée de traitement	Posologie
pristinamycine	au moins 8 jours	adulte : 2 g/j en 2 prises enfant > 6 ans : 50 mg/kg/j en 2 prises

MACROLIDES*

Principe actif	Durée de traitement	Posologie
azithromycine	3 jours	adulte : 500 mg/j en une prise unique journalière enfant > 3 ans : 20 mg/kg/j, en une prise unique journalière, sans dépasser la posologie adulte
clarithromycine (standard)	5 jours	adulte : 500 mg/j en 2 prises enfant : 15 mg/kg/j en 2 prises sans dépasser la posologie adulte (soit 500 mg/j)
clarithromycine (LP)	5 jours	adulte : 500 mg/j en une prise journalière
josamycine	5 jours	adulte : 2 g/j en 2 prises enfant : 50 mg/kg/j en 2 prises

* Après prélèvement de gorge pour culture bactériologique et antibiogramme.

KETOLIDES*

Principe actif	Durée de traitement	Posologie
télithromycine**	5 jours	adulte : 800 mg une fois par jour enfant > 12 ans : 800 mg une fois par jour

* Après prélèvement de gorge pour culture bactériologique et antibiogramme.

** Non remboursée dans cette indication.

ANNEXE 4

LOCALISATION ET TRAITEMENT DES SINUSITES AIGUËS DE L'ADULTE

Localisation	Symptomatologie	Antibiothérapie
Maxillaire	- 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-acide clavulanique (2 ou 3 g/j d'amoxicilline) - Céphalosporines 2 ^{ème} et 3 ^{ème} générations (sauf céfixime) : céfuroxime-axétil, cefpodoxime-proxétil, céfotiam-hexétil - Pristinamycine, télichromycine, notamment en cas de contre-indication aux bêta-lactamines. - En cas d'échec d'une 1 ^{ère} antibiothérapie après documentation bactériologique, fluoroquinolone anti-pneumococcique (lévofloxacine ou moxifloxacine)*
Frontale	- Céphalée sus-orbitaire.	- Idem avec amoxicilline-acide clavulanique à 3 g/j d'amoxicilline ou - fluoroquinolone anti-pneumococcique (lévofloxacine ou moxifloxacine)
Ethmoïdale	- Comblement de l'angle interne de l'œil, œdème palpébral. - Céphalée rétro orbitaire.	- Idem avec amoxicilline-acide clavulanique à 3 g/j d'amoxicilline ou - fluoroquinolone anti-pneumococcique (lévofloxacine ou moxifloxacine)
Sphénoïdale	- Céphalée rétro-orbitaire permanente, irradiant au vertex, pouvant simuler par son siège, son intensité et sa permanence une douleur d'hypertension intra-crânienne. - Ecoulement purulent sur la paroi pharyngée postérieure (siège très postérieur de l'ostium de drainage sinusien) visible à l'abaisse-langue	- Idem avec amoxicilline-acide clavulanique à 3 g/j d'amoxicilline ou - fluoroquinolone anti-pneumococcique (lévofloxacine ou moxifloxacine)

* La moxifloxacine a montré une supériorité microbiologique et pharmacologique par rapport à la lévofloxacine vis-à-vis du pneumocoque. Cependant, la pertinence clinique de cette différence entre les deux molécules n'est actuellement pas validée par une étude clinique.

ANNEXE 5

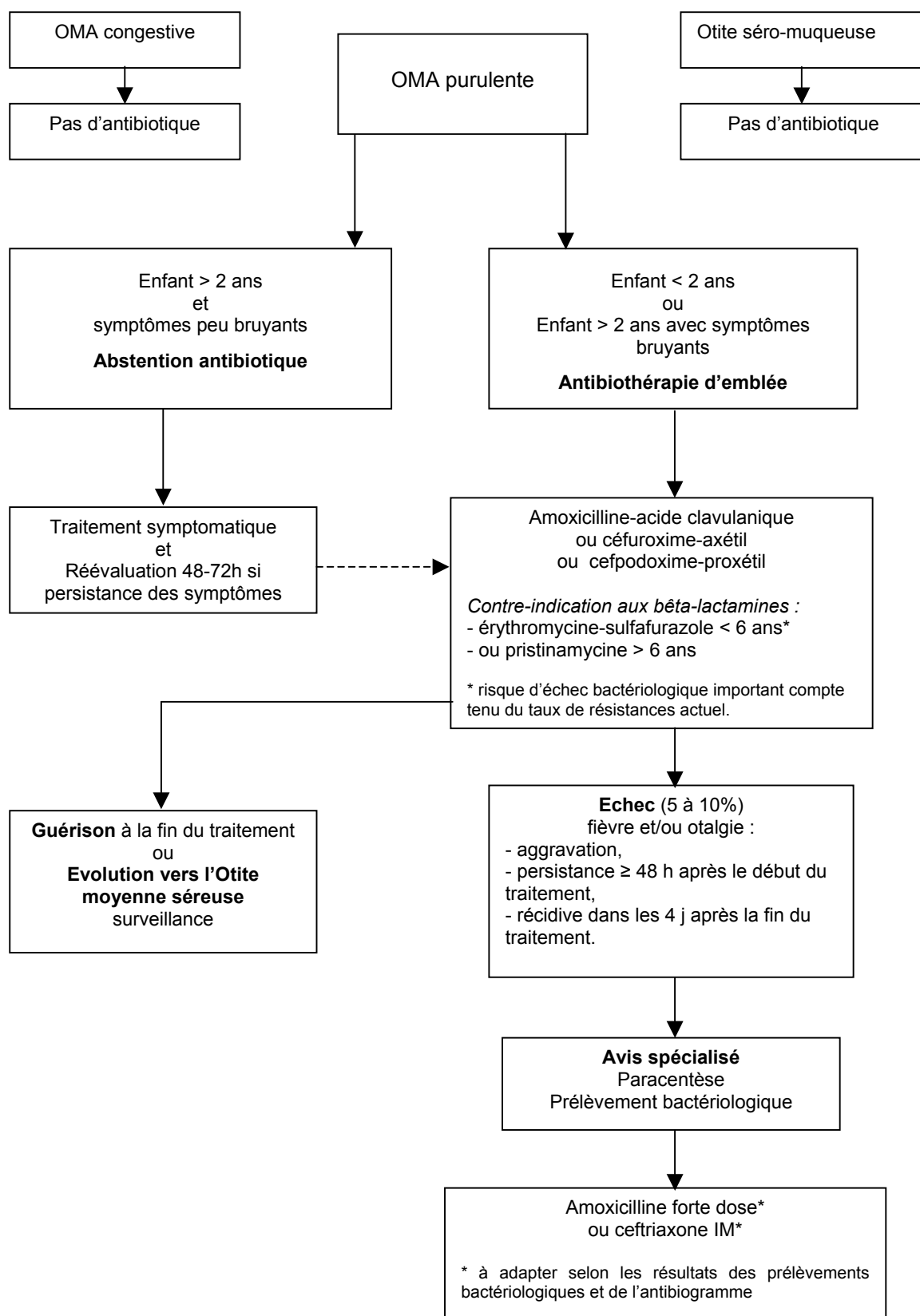
INDICATIONS, POSOLOGIES ET DUREES DE TRAITEMENT DES ANTIBIOTIQUES RECOMMANDES
DANS LES SINUSITES AIGUËS DE L'ADULTE

Classes et/ou molécules antibiotiques	Posologies	Durée
Amoxicilline-acide clavulanique (rapport de dose : 8/1) (voie orale)	- Sinusites maxillaires aiguës : 2 ou 3 g/j en 2 ou 3 prises - Autres formes de sinusites : 3 g/j en 3 prises	7 à 10 jours
Céphalosporines C2G (voie orale) céfuroxime-axétil	500 mg/j en 2 prises à 12 heures d'intervalle	5 jours
C3G cefprozime proxétil	400 mg/j en 2 prises à 12 heures d'intervalle	5 jours
céfotiam-hexétil	400 mg/j, en 2 prises en 12 heures d'intervalle	5 jours
Télithromycine	800 mg/j en une prise	5 jours
Pristinamycine	2 g/j en 2 prises	4 jours
Fluoroquinolones actives sur le pneumocoque (voie orale): réservées aux échecs d'une première antibiothérapie après documentation bactériologique ou localisations autres que maxillaire.		
lévofloxacine	500 mg/jour en une prise	7 à 10 jours
moxifloxacine	400 mg/jour en une prise	7 à 10 jours

Le choix de l'antibiotique de première intention doit tenir compte du spectre d'activité des molécules et des données d'épidémiologie bactérienne. Ainsi, l'amoxicilline et les macrolides ne sont plus recommandés en 1^{ère} intention dans le traitement des sinusites aiguës.

ANNEXE 6

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DE L'OTITE MOYENNE AIGÜE CHEZ L'ENFANT



ANNEXE 7

ALLERGIE A LA PENICILLINE ET AUX CEPHALOSPORINES

L'allergie à la pénicilline et aux céphalosporines est très souvent surestimée avec 80 à 90% des patients qui signalent une allergie sans l'être véritablement. Si l'allergie vraie est rare, elle peut être sévère voire létale. Il convient donc de répondre aux questions : allergie ou non, possibilité ou non de prescrire une bêta-lactamine dont une céphalosporine en cas d'allergie à la pénicilline et inversement ? Le diagnostic repose avant tout sur l'interrogatoire, la réalisation de tests cutanés, et le test de provocation sous surveillance hospitalière.

Quelles sont les questions à poser à l'interrogatoire devant toute suspicion d'allergie à la pénicilline ?

Il faut au minimum connaître : la durée entre la prise et l'apparition des symptômes (recherche notamment d'une réaction immédiate dans l'heure suivant la dernière prise), les caractéristiques des manifestations cliniques (recherche notamment de signes évocateurs d'anaphylaxie : malaise, hypotension, signes digestifs à type de diarrhée, vomissements, érythème diffus, prurit, urticaire, angio-œdème, bronchospasme, trouble du rythme cardiaque..., recherche de réactions cutanées graves telles que décollement cutané, atteintes muqueuses, atteintes multi-organes), les autres médicaments prescrits de façon concomitante avec l'historique de l'administration (prise au long cours, prescription récente en même temps que l'antibiotique...), l'évolution à l'arrêt de l'antibiotique (guérison à l'arrêt lors d'allergie véritable), l'existence d'une nouvelle prise (après ou avant la réaction) d'antibiotique de la famille des bêta-lactamines comme l'amoxicilline, une céphalosporine et si oui quelle en a été le résultat ?, la raison de la prescription d'antibiotique (afin de savoir si les manifestations cliniques ne sont pas liées à la maladie elle-même, exemple : éruption sous amoxicilline lors d'une angine à EBV, infection à mycoplasme), l'âge de survenue.

Quels sont les signes en faveur d'une allergie IgE dépendante aux pénicillines ?

- Antécédent de prise de la même molécule sans problème,
- Une réaction immédiate, survenant moins d'1 heure après la nouvelle prise,
- L'association à des signes d'anaphylaxie avec urticaire et/ou un angio-œdème.

Il existe une contre indication à la prescription de pénicillines dont l'amoxicilline chez ces patients. Une consultation en allergologie est recommandée.

Une allergie aux céphalosporines se manifeste par les mêmes symptômes.

Quel est le signe le moins évocateur d'allergie ?

- La réaction « morbilliforme », notamment chez les enfants, qui survient à la fin d'un traitement (7 à 8 jours) associant amoxicilline et acide clavulanique.

L'examen attentif du carnet de santé met souvent en évidence des prises ultérieures de pénicilline qui ne se sont accompagnées d'aucun effet indésirable. Toutefois, rarement de vraie allergies de type IV peuvent s'exprimer ainsi.

Les tests cutanés à lecture immédiate

Les tests cutanés recommandés quand la réaction a été immédiate et/ou cliniquement anaphylactique sont les « prick tests » et les tests intradermiques à lecture immédiate. Ils ne sont validés que pour les pénicillines. Ces tests ont une bonne valeur prédictive surtout s'ils sont positifs. Dans une étude récente, sur 290 patients, la sensibilité de ces tests étaient de 70% avec une spécificité de 97% en utilisant quatre déterminants antigéniques. Leur pratique et interprétation répondent à des recommandations de l'Académie Européenne d'Allergologie et d'Immunologie. Tout test cutané à lecture immédiate positif fait dans les règles de l'art, même si la réaction initiale était peu intense, est une contre-indication à la réintroduction de la molécule. Les tests cutanés aux céphalosporines ne sont utiles que vis-à-vis du même composé testé (ils ne sont pas interprétables d'une molécule à l'autre).

Allergie à la pénicilline et prise de céphalosporine (figure 1)

Une publication récente indique que le risque d'allergie croisée entre pénicillines et céphalosporines semble plus faible que ce qui était décrit il y a quelques années (1 à 10%), et encore moins importante pour les céphalosporines de 2^{ème} et 3^{ème} générations que pour celles de 1^{ère} génération.

Il n'existe pas à ce jour de consensus véritable sur la prise en charge d'un patient allergique aux pénicillines justifiant d'une prescription de céphalosporine. Toutefois, il semble légitime, malgré l'absence de preuves dans la littérature, de contre-indiquer en ambulatoire cette classe d'antibiotique en cas d'allergie sévère à la pénicilline (et/ou s'il existe des tests cutanés positifs pour les pénicillines). Dans tous les autres cas et notamment, lors d'allergie à la pénicilline sans signe de gravité, la prescription de céphalosporine de 2^{ème} ou 3^{ème} génération peut être proposée.

Allergie aux céphalosporines

Les allergies aux céphalosporines avec signes de gravité sont rares (< 0,02%). Le risque est encore plus faible avec les céphalosporines de 3^{ème} génération. Les réactions cutanées à type de rash, exanthème et prurit sont évaluées entre 1 à 3%. A ce jour, il n'existe pas de tests cutanés validés pour les céphalosporines.

Sur un plan pratique, un patient qui a eu une réaction sévère ou précoce à type de rash urticarien, angio-œdème et/ou signes évocateurs d'anaphylaxie, ne doit pas prendre une nouvelle fois une céphalosporine. Le risque de réaction croisée entre les différentes générations de céphalosporine est inconnu. La prescription de pénicilline chez un patient aux antécédents d'allergie sévère aux céphalosporines est possible si les tests cutanés à lecture immédiate pour la pénicilline sont négatifs, ce qui suppose de les avoir réalisés. Pour les réactions dites tardives et bénignes, certains auteurs proposent la prescription d'une pénicilline ou d'une céphalosporine d'une autre génération. Cependant, ces recommandations restent controversées.

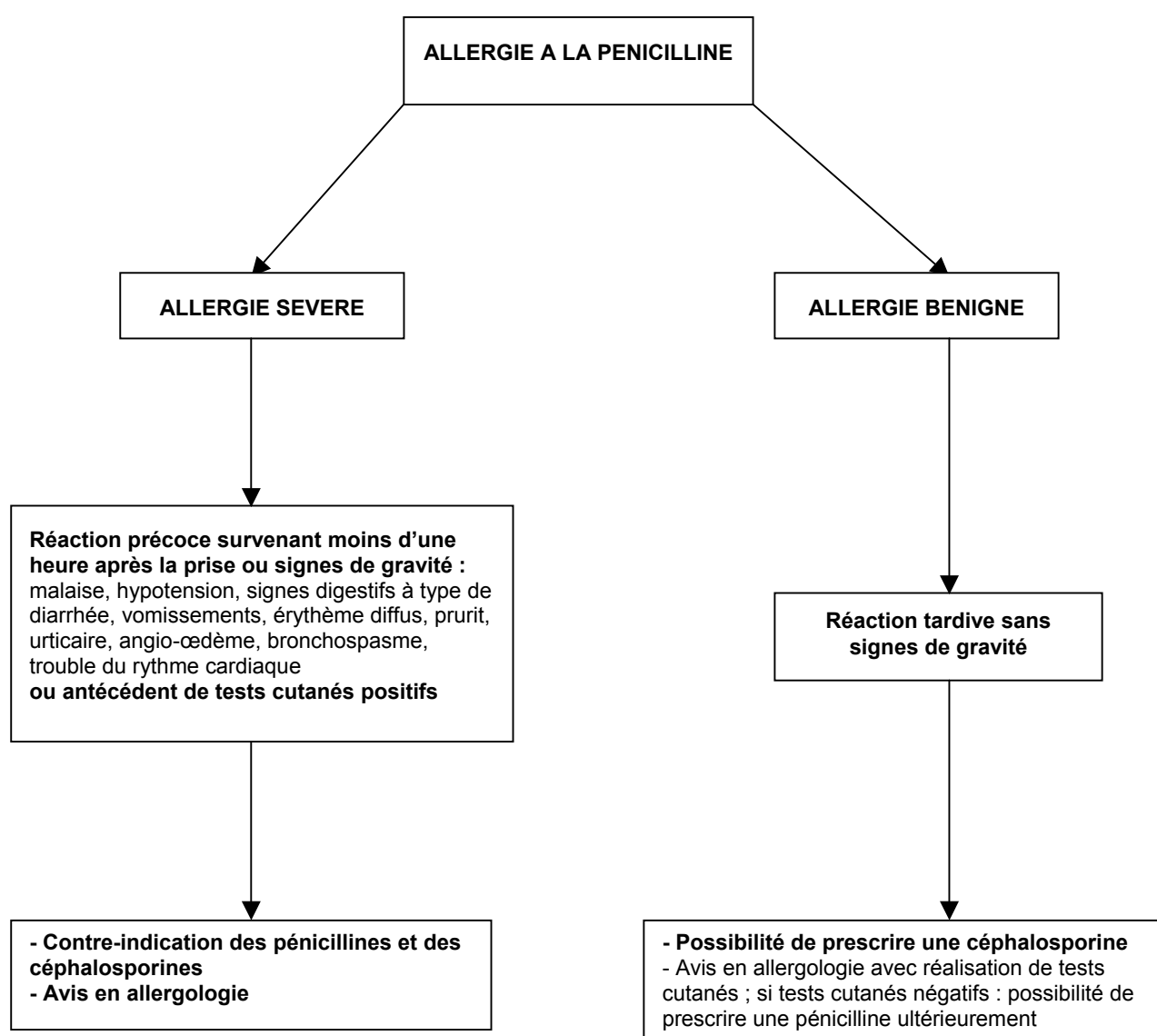


Figure 1 : Allergie à la pénicilline