

# Antibiothérapies lors d'infections courantes de la sphère ORL

Dr BEN KRATZ<sup>a</sup>, Dre NOÉMIE BOILLAT BLANCO<sup>b</sup> et Dr JONATHAN TSCHOPP<sup>b</sup>

Rev Med Suisse 2022; 18: 694-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.777.694

**Les infections des voies respiratoires supérieures sont l'un des motifs les plus fréquents de consultation et la première cause de consommation d'antibiotiques en médecine ambulatoire en Suisse. Dans cet article, nous proposons de faire le point sur les indications à initier une antibiothérapie pour des infections courantes de la sphère ORL ainsi que sur le choix des molécules, leur posologie et la durée, en mettant en avant les recommandations de la Société suisse d'infectiologie qui sont disponibles en libre accès sur internet et régulièrement mises à jour.**

## Antibiotics use for common ENT infections

*Upper respiratory tract infections are among the most common reasons for medical consultation and the single most frequent cause of antibiotics use in ambulatory care medicine in Switzerland. In this article, we propose an update on the indications, choice and modalities for antibiotic use in frequent ENT infections, highlighting the Swiss Society for Infectious Diseases guidelines which are freely available on the internet and updated on a regular basis.*

## INTRODUCTION

Les infections respiratoires hautes représentent la première cause de consommation d'antibiotiques en médecine ambulatoire, avec plus de 25% des prescriptions selon des données récentes récoltées par le réseau Sentinella.<sup>1</sup> Il existe pourtant un nombre grandissant d'évidences montrant qu'une grande proportion des antibiothérapies administrées dans ce contexte sont soit inutiles, soit inadaptées en termes de spectre ou de durée.

Dans cet article, nous proposons de faire le point sur les recommandations concernant l'administration d'antibiotiques lors d'infections fréquentes de la sphère ORL en médecine ambulatoire, cela d'autant plus que la Société suisse d'infectiologie (SSI) a récemment publié des guidelines pour ce type d'infections qui sont disponibles en libre accès sur le site [ssi.guidelines.ch](http://ssi.guidelines.ch) et sont régulièrement mises à jour.

## PHARYNGITES ET ANGINES

Les maux de gorge – pharyngites et angines – représentent un motif fréquent de consultation ambulatoire, estimé à 1-2% des consultations chez l'adulte et jusqu'à 5% chez l'enfant.<sup>2,3</sup>

Dans les climats tempérés, l'incidence maximale se situe entre la fin de l'hiver et le début du printemps<sup>4</sup> et correspond au pic épidémique de nombreux virus responsables d'infections des voies respiratoires supérieures (IVRS), causant plus de la moitié des pharyngites: rhinovirus, adénovirus, entérovirus, influenza, parainfluenza, coronavirus, virus respiratoire syncytial, métagroupevirus ou encore bocavirus de l'homme. Les autres causes virales d'importance sont HSV-1/2 (virus Herpes simplex 1 et 2) qui provoquent des pharyngites extrêmement douloureuses fréquemment associées à des stomatites, ainsi que le virus d'Epstein-Barr (EBV), le cytomégalovirus et le VIH, qui provoquent le plus souvent des syndromes mononucléotiques.

Les étiologies bactériennes sont très majoritairement représentées par *Streptococcus pyogenes* ou streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SGA) selon la classification de Lancefield, qui provoque approximativement 15% des angines de l'adulte et 30% de l'enfant.<sup>5</sup> Les autres pathogènes bactériens sont les anaérobies de la flore oropharyngée et plus particulièrement *Fusobacterium necrophorum* qui serait la première cause d'angine bactérienne dans les populations d'adolescents et de jeunes adultes,<sup>6,7</sup> certaines bactéries intracellulaires associées aux pneumonies dites «atypiques»: *Mycoplasma pneumoniae* et *Chlamydia pneumoniae*, ainsi que les agents responsables d'infections sexuellement transmissibles: *Neisseria gonorrhoeae* et *Treponema pallidum* qu'il faudra savoir évoquer et rechercher dans un contexte adéquat. À savoir qu'un portage de *Chlamydia trachomatis* au niveau oropharyngé est possible et justifie un traitement, mais que cette bactérie ne provoque habituellement pas de pharyngite.<sup>8</sup>

L'essentiel des questionnements concernant la prise en charge des pharyngites découle de la difficulté à différencier cliniquement les étiologies virales des étiologies bactériennes, et plus particulièrement de la pharyngite à SGA qui est au centre de l'algorithme diagnostique et thérapeutique. Avant d'aborder ces points, il nous semble toutefois important de clarifier ce qui peut être attendu d'une antibiothérapie dans la pharyngite à SGA, dont les bénéfices sont statistiquement significatifs mais cliniquement marginaux dans la majorité des cas:

1. Réduction de la durée des symptômes: elle est de 24 à 48 heures environ.<sup>9</sup>
2. Réduction du risque de complication suppurative: diminution du risque d'otite moyenne aiguë, de sinusite et de mastoïdite. La réduction d'autres complications plus graves, telles que l'abcès périamygdalien ou parapharyngé, est également démontrée,<sup>10</sup> mais est à relativiser du fait de leur extrême rareté, nécessitant de traiter plusieurs milliers de patients pour prévenir un seul épisode.<sup>11</sup>

<sup>a</sup>Service d'otorhinolaryngologie et de chirurgie cervicofaciale, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, <sup>b</sup>Service des maladies infectieuses, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne  
ben.kratz@chuv.ch | noemie.boillat@chuv.ch | jonathan.tschopp@chuv.ch

- Réduction des complications non suppuratives: le rhumatisme articulaire aigu (RAA) a pratiquement disparu en Europe occidentale et ne justifie pas le traitement systématique des pharyngites à SGA. À savoir que la glomérulonéphrite poststreptococcique n'est pas prévenue par l'administration d'antibiotiques et ne justifie pas non plus l'administration d'une antibiothérapie.
- Réduction de la contagiosité: néanmoins, la recommandation d'exclure temporairement les enfants infectés de l'école a été abrogée en Suisse par l'Association des médecins cantonaux en 2020.

De nos jours, le bénéfice d'une antibiothérapie dans ce contexte est donc essentiellement lié à la diminution de 1 à 2 jours de la durée des symptômes et non à la prévention de complications suppuratives ou non suppuratives, ni à la réduction de la contagiosité. Il est donc admis qu'un traitement symptomatique sans antibiotiques est une alternative valable lors de pharyngites à SGA, comme détaillé dans 2 articles suisses récents.<sup>12,13</sup> Ces éléments devraient idéalement être discutés avec chaque patient avant d'envisager la réalisation de tests diagnostiques et, le cas échéant, l'administration d'une antibiothérapie.

S'il est décidé de procéder à des investigations, les recommandations proposent, dans un premier temps, l'utilisation d'un score clinique de triage, dont le choix s'est porté en Suisse sur le score de Centor,<sup>14</sup> qui comprend 4 items donnant chacun 1 point: a) absence de toux; b) exsudats amygdaliens; c) température  $\geq 38$  °C; et d) adénopathie cervicale antérieure sensible. Si le score est de 0 à 2 points, une étiologie virale sera la plus probable et un traitement symptomatique sera prescrit. En cas de score de 3 à 4 points, une recherche ciblée du SGA par un test rapide sur frottis pharyngé est recommandée, dont la sensibilité et la spécificité sont respectivement de l'ordre de 85 et 95%.<sup>15</sup> Une antibiothérapie pourra être proposée en cas de test positif, selon les recommandations de la SSI résumées dans le **tableau 1**. Notons qu'une antibiothérapie de 6 jours est proposée car non inférieure à une antibiothérapie de 10 jours concernant la guérison clinique malgré une efficacité légèrement inférieure concernant l'éradication microbiologique.<sup>16,17</sup> Or l'éradication microbiologique était proposée afin de diminuer le risque de RAA, mais n'est plus justifiée puisque cette complication a pratiquement disparu de nos latitudes.

Enfin, certaines situations particulières, souvent qualifiées de «drapeaux rouges», justifient de sortir de l'algorithme usuel de prise en charge et d'élargir le diagnostic différentiel et les possibles traitements à administrer. Celles-ci comprennent notamment la tuméfaction ou la douleur cervicale unilatérale et le trismus, devant faire suspecter une complication locorégionale, ainsi que la pharyngite survenant chez l'hôte immunocompromis, devant faire élargir le diagnostic différentiel microbiologique. De la même manière, une altération marquée de l'état général ou une évolution défavorable malgré une prise en charge adéquate ne doit pas être banalisée et doit faire évoquer la possibilité d'une complication ou d'un diagnostic alternatif. Dans ce cas, un frottis pharyngé pour culture bactérienne, l'évaluation par un spécialiste (ORL et/ou infectiologue) et une antibiothérapie intraveineuse de plus large spectre doivent être envisagés selon l'état clinique du patient.

Certains symptômes, tels que les frissons solennels et les symptômes respiratoires (dyspnées, douleurs pleurétiques), sont particulièrement inquiétants et doivent faire évoquer le syndrome de Lemierre, complication grave d'une pharyngite généralement à *F. necrophorum* avec thrombose veineuse et embolies septiques, le plus souvent pulmonaires.

En cas de complication locorégionale constituée (abcès périamygdalien, phlegmon parapharyngé), une prise en charge chirurgicale sera nécessaire en plus de l'antibiothérapie, dont le spectre devra généralement être élargi afin de couvrir les anaérobies en plus du SGA en raison de la composante le plus souvent polymicrobienne.<sup>18</sup>

## SINUSITE AIGÜE

La sinusite aiguë constitue, elle aussi, un motif extrêmement fréquent de consultation et la 5<sup>e</sup> cause de prescription d'antibiotiques en ambulatoire aux États-Unis.<sup>19</sup> L'épidémiologie est similaire à celle des pharyngites puisque les étiologies sont semblables, avec la différence notable que les causes virales sont responsables de l'immense majorité étant donné qu'une origine bactérienne n'est historiquement retrouvée que dans 0,5 à 2% des cas chez l'adulte et dans 6 à 13% des cas pédiatriques.<sup>20-22</sup> Bien que l'évolution naturelle de la maladie amène dans la plupart des cas à la disparition des symptômes après 7 à 10 jours, la prescription d'antibiotiques dépasse largement les 50%.<sup>23</sup>

Les bactéries responsables des sinusites aiguës diffèrent passablement de celles des pharyngites et angines. Ici, *Streptococcus pneumoniae* est le principal pathogène, suivi de *Haemophilus influenzae* et de *Moraxella catharralis*.<sup>24</sup> Plus rarement, on retrouve des germes plus virulents pouvant compliquer le tableau tels que *Staphylococcus aureus*, *S. pyogenes* ou encore une flore anaérobie oropharyngée qui est habituellement liée à la présence d'un foyer dentaire.

La sinusite est dite aiguë en cas de symptomatologie évoluant depuis moins de 4 semaines, alors qu'elle sera considérée comme subaiguë entre 4 et 12 semaines, et chronique au-delà de 12 semaines.<sup>19</sup> L'atteinte initiale est presque systématiquement virale et provoque une inflammation de la muqueuse rhinosinusienne avec œdème, obstruction des méats et diminution de l'activité mucociliaire. Il en résulte une stagnation des sécrétions créant un environnement favorable à une éventuelle surinfection bactérienne.

Les concepts thérapeutiques lors d'une sinusite aiguë découlent largement de cette physiopathologie et des rapports anatomiques des différents sinus. Ainsi, le traitement initial est symptomatique dans la grande majorité des cas et consiste en l'administration d'antalgiques (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens), d'irrigations nasales à l'aide de solutions salines et éventuellement de décongestionnants nasaux locaux (vasoconstricteurs topiques). Une antibiothérapie différée peut être considérée dans un second temps, en l'absence d'amélioration après 10 jours de symptomatologie ou en cas d'évolution biphasique avec amélioration initiale suivie d'une dégradation des symptômes, typiquement après 5 à 6 jours. Les autres indications à une antibiothérapie

empirique sont la présence de critères cliniques de sévérité: persistance d'une fièvre élevée ( $\geq 39$  °C) en présence d'un écoulement nasal purulent et/ou de douleurs faciales malgré un traitement symptomatique approprié depuis > 48 heures. La sinusite chez l'hôte immunocompromis justifie, elle aussi, une prise en charge prudente et un seuil plus bas pour initier une antibiothérapie empirique.

Les complications des sinusites sont rares mais potentiellement graves et doivent être reconnues puisqu'elles justifient une consultation ORL en urgence et la plupart du temps une hospitalisation pour antibiothérapie intraveineuse et possible prise en charge chirurgicale. Elles doivent être suspectées en cas de symptomatologie sévère et persistante, de diplopie, de cécité ou de symptômes neurologiques, ainsi que de tuméfaction périorbitaire ou d'exophtalmie. Elles dépendent du sinus impliqué, le risque principal étant l'infection par contiguïté de structures nobles. Ainsi, les complications ophtalmiques (cellulite orbitaire) sont essentiellement liées aux sinusites frontales et ethmoïdales, alors que les complications neuro-méningées (abcès cérébral, thrombose des sinus cérébraux, méningite purulente) sont liées aux sinusites frontales et sphénoïdales. Les sinusites maxillaires, les plus fréquentes, sont rarement à l'origine de complications, mais peuvent parfois justifier la recherche d'un foyer dentaire.

Les choix et durées d'antibiothérapie proposés par la SSI sont résumés dans le **tableau 1**. Si une antibiothérapie est jugée nécessaire, la première ligne pour les sinusites maxillaires non compliquées est l'amoxicilline qui couvrira *S. pneumoniae* ainsi que la plupart des *H. influenzae*, pour autant que la posologie soit adaptée. En cas de sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale, d'âge < 2 ans, d'antibiothérapie reçue dans le mois précédent, ou lorsque des critères cliniques de sévérité sont présents, on préférera l'utilisation d'amoxicilline/clavulanate afin d'améliorer la couverture de *H. influenzae* (20 à 25% produisent des bêta-lactamases et résistent donc à l'amoxicilline) et d'ajouter une couverture pour *M. catarrhalis*, *S. aureus* et la flore anaérobie. Un élargissement du spectre doit également être considéré en l'absence d'amélioration après 72 heures de traitement d'amoxicilline.

## OTITE MOYENNE AIGUË PURULENTE

Dans les pays développés, l'otite moyenne aiguë purulente (OMAP) est le premier motif de consultation et de prescription d'antibiotiques chez l'enfant,<sup>25</sup> et aura touché près de 100% de la population pédiatrique à l'âge de 3 ans. L'OMAP survient suite à une dysfonction de la trompe d'Eustache, le plus souvent en raison d'un œdème dans le cadre d'une IVRS. Pour des raisons anatomiques (trompe d'Eustache courte, relativement horizontale et de petite taille), il s'agit d'une pathologie avant tout pédiatrique.

Les pathogènes responsables de l'OMAP sont très similaires à ceux de la sinusite aiguë: *S. pneumoniae*, *H. influenzae* et plus rarement *M. catarrhalis*. Dans une moindre mesure, on retrouve *S. pyogenes*, associé à des tableaux plus sévères et une otorrhée prolongée,<sup>26</sup> ainsi que *S. aureus*, qui complique typiquement l'insertion de drains transtympaniques par une otite chronique suppurative.<sup>27</sup> À noter toutefois que l'ordre

d'importance de ces différents pathogènes a été passablement modifié depuis l'introduction de vaccination pédiatrique antipneumococcique, avec une diminution de l'importance de *S. pneumoniae* et une augmentation de *H. influenzae*, devenu le premier pathogène de l'OMAP.<sup>28</sup>

Les recommandations de prise en charge de l'OMAP chez l'enfant sont relativement homogènes dans la littérature, mais il en existe en revanche peu concernant l'adulte. Ainsi, un traitement symptomatique par antalgie et sans antibiothérapie est recommandé dans l'immense majorité des cas. En effet, les bénéfices de l'antibiothérapie dans l'OMAP sont marginaux tant sur la durée des symptômes que sur le risque de récurrence ou de complication telle que la mastoïdite.<sup>29</sup> Deux situations imposent toutefois l'initiation immédiate d'une antibiothérapie empirique: l'OMAP perforée et l'OMAP bilatérale chez l'enfant < 2 ans. Une antibiothérapie retardée doit également être considérée en l'absence d'amélioration ou en cas d'aggravations cliniques après 24 à 48 heures malgré un traitement symptomatique chez l'enfant < 2 ans, et après 48 à 72 heures chez l'enfant plus âgé et l'adulte. Les recommandations de la SSI concernant le choix et les modalités de l'antibiothérapie sont résumées dans le **tableau 1**. Ainsi, c'est l'amoxicilline qui est proposée en première ligne, avec un élargissement du spectre par amoxicilline/clavulanate à considérer en cas d'échec de traitement après 72 heures d'amoxicilline, d'antibiothérapie préalable dans les 30 derniers jours, ou d'OMAP récidivante.

Les complications de l'OMAP sont devenues rares depuis l'avènement des antibiotiques mais restent sévères lorsqu'elles surviennent avec des morbidité et mortalité significatives. On distingue les complications intratemporales (mastoïdite, paralysie faciale, labyrinthite) et extratemporales (méningite purulente otogène, thrombose des sinus cérébraux, empyème extradural).<sup>30</sup> La suspicion de l'une de ces complications nécessite, ici encore, une évaluation urgente par un spécialiste ORL et fréquemment une hospitalisation pour imagerie (CT-scan ± IRM), antibiothérapie intraveineuse et, parfois, prise en charge chirurgicale.

## PLACE DES BIOMARQUEURS DANS L'AIDE À LA DÉCISION

Comme discuté au fil de cet article, l'étiologie des IVRS est virale dans la grande majorité des cas, avec une faible proportion d'infections bactériennes qui pourraient bénéficier de l'administration d'une antibiothérapie. Bien que cette donnée soit connue des médecins, nous continuons d'observer un grand nombre de prescriptions d'antibiotiques lors d'IVRS, dont une importante proportion pourrait être évitée.

Ainsi, lorsque la prescription d'une antibiothérapie est envisagée dans ce contexte malgré l'absence de critères de sévérité clinique, l'utilisation de biomarqueurs sous forme de tests rapides réalisés au cabinet (point of care testing) tels que la protéine C-réactive (CRP) ou la procalcitonine pourrait s'avérer utile comme outil supplémentaire d'aide à la décision. En effet, plusieurs études ont montré que leur utilisation permettait une réduction marquée de l'utilisation d'antibiotiques dans les infections des voies respiratoires supérieures

**TABLEAU 1**
**Recommandations de la SSI lors d'infections de la sphère ORL**

OMA: otite moyenne aiguë; SSI: Société suisse d'infectiologie; UI: unité internationale.

Population	Contexte	Antibiotique	Posologie	Durée
<b>Pharyngite</b>				
Tous	Traitement symptomatique sans antibiothérapie à privilégier chaque fois que possible, d'entente avec le patient			
Adultes	Score de Centor 0-2 points OU Test de dépistage rapide négatif pour <i>S. pyogenes</i>	-	-	-
	Score de Centor 3-4 points ET Test de dépistage rapide positif pour <i>S. pyogenes</i>	Abstention thérapeutique OU Pénicilline V OU Amoxicilline	1 million UI/12 h 1000 mg/12 h	6 jours
	Allergie non sévère à la pénicilline (céphalosporines possibles)	Céfuroxime	500 mg/12 h	
	Allergie sévère à la pénicilline (contre-indication à toutes les bêta-lactamines)	Clarithromycine	500 mg/12 h	
Enfants	Score de Centor 0-2 points OU Test de dépistage rapide négatif pour <i>S. pyogenes</i>	-	-	-
	Score de Centor 3-4 points ET Test de dépistage rapide positif pour <i>S. pyogenes</i>	Abstention thérapeutique OU Amoxicilline	25 mg/kg/12 h	6 jours
	Allergie non sévère à la pénicilline (céphalosporines possibles)	Céfuroxime	15 mg/kg/12 h	
	Allergie sévère à la pénicilline (contre-indication à toutes les bêta-lactamines)	Clindamycine	7 mg/kg/8 h	
<b>Sinusite aiguë bactérienne</b>				
Adultes	Recommandation usuelle	-	-	-
	Absence d'amélioration/aggravation des symptômes après 10 jours d'évolution	Amoxicilline	1000 mg/12 h OU 1000 mg/8 h	5-7 jours
	Situations particulières • Cas sévères • Antibiothérapie reçue dans les 30 derniers jours • Sinusite frontale, ethmoïdale, sphénoïdale • Échec après 72 h de traitement de 1 <sup>re</sup> ligne • Immunosuppression	Amoxicilline/clavulanate	1000 mg/12 h OU 1000 mg/8 h	
	Allergie non sévère à la pénicilline (céphalosporines possibles)	Céfuroxime	500 mg/12 h	
	Allergie sévère à la pénicilline (contre-indication à toutes les bêta-lactamines)	Doxycycline (sauf si grossesse)	100 mg/12 h	
Enfants	Recommandation usuelle	-	-	-
	Absence d'amélioration/aggravation des symptômes après 10 jours d'évolution	Amoxicilline	25 mg/kg/12 h	10(-14) jours
	Situations particulières • Âge < 2 ans • Cas sévères • Antibiothérapie reçue dans les 30 derniers jours • Sinusite frontale, ethmoïdale, sphénoïdale • Échec après 72 h de traitement de 1 <sup>re</sup> ligne • Immunosuppression	Amoxicilline/clavulanate	40 mg/kg/12 h	
	Allergie non sévère à la pénicilline (céphalosporines possibles)	Céfuroxime	15 mg/kg/12 h	
	Allergie sévère à la pénicilline (contre-indication à toutes les bêta-lactamines)	Clarithromycine	7,5 mg/kg/12 h	

**TABLEAU 1** Recommandations de la SSI lors d'infections de la sphère ORL (suite)

OMA: otite moyenne aiguë; SSI: Société suisse d'infectiologie; UI: unité internationale.

Population	Contexte	Antibiotique	Posologie	Durée
<b>Otite moyenne aiguë</b>				
Adultes	Recommandation usuelle	-	-	-
	Absence d'amélioration ou aggravation des symptômes après 48-72 h d'évolution	Amoxicilline	1000 mg/8 h	5 jours
	Situations particulières <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiothérapie reçue dans les 30 derniers jours</li> <li>• OMA récidivante</li> <li>• Risque de <i>S. pneumoniae</i> résistant à la pénicilline</li> <li>• Échec après 48-72 h de traitement de 1<sup>re</sup> ligne</li> </ul>			
	Allergie non sévère à la pénicilline (céphalosporines possibles)	Céfuroxime	500 mg/12 h	
	Allergie sévère à la pénicilline (contre-indication à toutes les bêta-lactamines)	Triméthoprim/sulfaméthoxazole	160/800 mg/12 h	
Enfants	Recommandation usuelle	-	-	-
	Absence d'amélioration ou aggravation des symptômes après 24-48h d'évolution (< 2 ans) ou 48-72h (≥ 2 ans)	Amoxicilline	25 mg/kg/12 h	5(-7) jours (≥ 2 ans)
	OMA perforée			10 jours (< 2 ans)
	OMA bilatérale (< 2 ans)			
	Situations particulières <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiothérapie reçue dans les 30 derniers jours</li> <li>• OMA récidivante</li> <li>• Risque de <i>S. pneumoniae</i> résistant à la pénicilline</li> <li>• Échec après 72 h de traitement de 1<sup>re</sup> ligne</li> </ul>	Amoxicilline/clavulanate	40 mg/kg/12 h	
	Allergie non sévère à la pénicilline (céphalosporines possibles)	Céfuroxime	15 mg/kg/12 h	
	Allergie sévère à la pénicilline (contre-indication à toutes les bêta-lactamines)	Clarithromycine	7,5 mg/kg/12 h	

(Source: ssi.guidelines.ch).

et inférieures, sans modifier l'évolution clinique des patients.<sup>31-34</sup> Dans ces études, la prescription d'antibiotiques était découragée pour des valeurs de CRP < 100 mg/l ou de procalcitonine < 0,25 µg/l, et à considérer de manière différée pour des valeurs de CRP de 50 à 99 mg/l ou de procalcitonine de 0,1 à 0,25 µg/l.

**CONCLUSION**

Les infections de la sphère ORL sont la première cause d'utilisation d'antibiotiques en médecine ambulatoire, alors qu'une vaste majorité des antibiotiques prescrits dans ce contexte ne sont pas utiles. La SSI a récemment publié des recommandations à ce sujet qui sont disponibles en libre accès et sur lesquelles les praticiens peuvent s'appuyer afin de limiter la prescription d'antibiotiques qui ne sont pas nécessaires.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**IMPLICATIONS PRATIQUES**

- La plupart des antibiothérapies administrées lors d'infections de la sphère ORL sont inappropriées car ces infections sont d'origine virale dans la majorité des cas
- Le traitement symptomatique des angines à *Streptococcus pyogenes* est une alternative adéquate à l'antibiothérapie qui devrait être proposée à tous les patients, à moins qu'il n'y ait une complication suppurative en cours ou une immunosuppression sévère
- L'utilisation de biomarqueurs (CRP, procalcitonine) sous forme de test rapide effectué au cabinet pourrait être utile comme aide à la décision en cas de doute sur une prescription d'antibiotiques
- La Société suisse d'infectiologie a édicté des recommandations de prise en charge en libre accès sur le site suivant: ssi.guidelines.ch

1 Plüss-Suard C, Perisa D, Friedli O, Kronenerg A. Antibacterial Prescribing in the Outpatient Setting: Results from a Longitudinal Study and a Sentinel Network of Physicians, Switzerland.

Disponible sur : www.anresis.ch/wp-content/uploads/2020/09/ABUUse\_outpatient\_Pluess\_Geneva\_2020.pdf  
2 Sykes EA, Wu V, Beyea MM, Simpson MTW, Beyea JA. Pharyngitis:

Approach to Diagnosis and Treatment. Can Fam Physician 2020;66:251-7. Disponible sur : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32273409  
3 Hing E, Hall MJ, Xu J. National Hospital

Ambulatory Medical Care Survey: 2006 Outpatient Department Summary. Natl Health Stat Report 2008:1-31. Disponible sur : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18958995

- 4 Kalra MG, Higgins KE, Perez ED. Common Questions About Streptococcal Pharyngitis. *Am Fam Physician* 2016;94:24-31. Disponible sur : [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27386721](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27386721)
- 5 \*Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. The Rational Clinical Examination. Does this Patient Have Strep Throat? *JAMA* 2000;284:2912-8. DOI: 10.1001/jama.284.22.2912.
- 6 Centor RM, Atkinson TP, Ratliff AE, et al. The Clinical Presentation of Fusobacterium-Positive and Streptococcal-Positive Pharyngitis in a University Health Clinic: A Cross-Sectional Study. *Ann Intern Med* 2015;162:241-7. DOI: 10.7326/M14-1305.
- 7 \*Jensen A, Hansen TM, Bank S, Kristensen LH, Prag J. Fusobacterium Necrophorum Tonsillitis: An Important Cause of Tonsillitis in Adolescents and Young Adults. *Clin Microbiol Infect* 2015;21:266 e1-3. DOI: 10.1016/j.cmi.2014.09.020.
- 8 Jones RB, Rabinovitch RA, Katz BP, et al. Chlamydia Trachomatis in the Pharynx and Rectum of Heterosexual Patients at Risk for Genital Infection. *Ann Intern Med* 1985;102:757-62. DOI: 10.7326/0003-4819-102-6-757.
- 9 \*\*Group ESTG, Pelucchi C, Grigo-ryan L, et al. Guideline for the Management of Acute Sore Throat. *Clin Microbiol Infect* 2012;18(Suppl.1):1-28. DOI: 10.1111/j.1469-0691.2012.03766.x.
- 10 Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for Treatment of Sore Throat in Children and Adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;12:CD000023. DOI: 10.1002/14651858.CD000023.pub5.
- 11 \*Petersen I, Johnson AM, Islam A, et al. Protective Effect of Antibiotics Against Serious Complications of Common Respiratory Tract Infections: Retrospective Cohort Study with the UK General Practice Research Database. *BMJ* 2007;335:982. DOI: 10.1136/bmj.39345.405243.BE.
- 12 \*\*Berger HHY, Wingeier B, Huber B, et al. Traitement de l'angine à streptocoques sans antibiotiques. *Prim Hosp Care Med Int Gen* 2021;21:360-7. DOI: <https://doi.org/10.4414/fms.2019.08092>.
- 13 \*Hofmann YBH, Wingeier B, Huber B, et al. Traitement de l'angine à streptocoques. *Forum Med Suisse* 2019;19:481-8. DOI: <https://doi.org/10.4414/fms.2019.08092>.
- 14 Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The Diagnosis of Strep Throat in Adults in the Emergency Room. *Med Decis Making* 1981;1:239-46. DOI: 10.1177/0272989X8100100304.
- 15 Cohen JF, Bertille N, Cohen R, Chalumeau M. Rapid Antigen Detection Test for Group A Streptococcus in Children with Pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;7:CD010502. DOI: 10.1002/14651858.CD010502.pub2.
- 16 Cohen R, Levy C, Doit C, et al. Six-Day Amoxicillin vs. Ten-Day Penicillin V Therapy for Group A Streptococcal Tonsillopharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 1996;15:678-82. DOI: 10.1097/00006454-199608000-00008.
- 17 Peyramond D, Portier H, Geslin P, Cohen R. 6-Day Amoxicillin Versus 10-Day Penicillin V for Group A Beta-Haemolytic Streptococcal Acute Tonsillitis in Adults: A French Multicentre, Open-Label, Randomized Study. *The French Study Group Clamorange. Scand J Infect Dis* 1996;28:497-501. DOI: 10.3109/00365549609037947.
- 18 Galioto NJ. Peritonsillar Abscess. *Am Fam Physician* 2017;95:501-6. Disponible sur : [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28409615](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28409615)
- 19 Aring AM, Chan MM. Current Concepts in Adult Acute Rhinosinusitis. *Am Fam Physician* 2016;94:97-105. Disponible sur : [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27419326](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27419326)
- 20 Berg O, Carenfelt C, Rystedt G, Anggard A. Occurrence of Asymptomatic Sinusitis in Common Cold and Other Acute ENT-Infections. *Rhinology* 1986;24:223-5. Disponible sur : [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3775189](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3775189)
- 21 Wald ER, Guerra N, Byers C. Upper Respiratory Tract Infections in Young Children: Duration of and Frequency of Complications. *Pediatrics* 1991;87:129-33. Disponible sur : [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1987522](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1987522)
- 22 Dingle JH, Badger GF, Jordan WS. Illness in the Home: A Study of 25,000 Illnesses in a Group of Cleveland Families. *Cleveland: Western Reserve University*, 1964.
- 23 \*Piccirillo JF, Mager DE, Frisse ME, Brophy RH, Goggin A. Impact of First-Line vs Second-Line Antibiotics for the Treatment of Acute Uncomplicated Sinusitis. *JAMA* 2001;286:1849-56. DOI: 10.1001/jama.286.15.1849.
- 24 Talbot GH, Kennedy DW, Scheld WM, Granito K, Endoscopy Study G. Rigid Nasal Endoscopy Versus Sinus Puncture and Aspiration for Microbiologic Documentation of Acute Bacterial Maxillary Sinusitis. *Clin Infect Dis* 2001;33:1668-75. DOI: 10.1086/323813.
- 25 Teele DW, Klein JO, Rosner B. Epidemiology of Otitis Media During the First Seven Years of Life in Children in Greater Boston: A Prospective, Cohort Study. *J Infect Dis* 1989;160:83-94. DOI: 10.1093/infdis/160.1.83.
- 26 Segal N, Givon-Lavi N, Leibovitz E, et al. Acute Otitis Media Caused by Streptococcus Pyogenes in Children. *Clin Infect Dis* 2005;41:35-41. DOI: 10.1086/430605.
- 27 Hartnick CJ, Shott S, Willging JP, Myer CM, 3rd. Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus Otorrhea after Tympanostomy Tube Placement: An Emerging Concern. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;126:1440-3. DOI: 10.1001/archotol.126.12.1440.
- 28 Cohen R, Biscardi S, Levy C. The Multifaceted Impact of Pneumococcal Conjugate Vaccine Implementation in Children in France Between 2001 to 2014. *Hum Vaccin Immunother* 2016;12:277-84. DOI: 10.1080/21645515.2015.1116654.
- 29 \*Thompson PL, Gilbert RE, Long PF, et al. Effect of Antibiotics for Otitis Media on Mastoiditis in Children: A Retrospective Cohort Study Using the United Kingdom General Practice Research Database. *Pediatrics* 2009;123:424-30. DOI: 10.1542/peds.2007-3349.
- 30 Juilland N, Vinckenbosch P, Richard C. Otite moyenne aiguë et complications à court terme. *Rev Med Suisse* 2016;12:338-40, 342-3. Disponible sur : [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27039457](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27039457)
- 31 \*Briel M, Schuetz P, Mueller B, et al. Procalcitonin-Guided Antibiotic Use vs a Standard Approach for Acute Respiratory Tract Infections in Primary Care. *Arch Intern Med* 2008;168:2000-7; discussion 2007-8. DOI: 10.1001/archinte.168.18.2000.
- 32 \*Burkhardt O, Ewig S, Haagen U, et al. Procalcitonin Guidance and Reduction of Antibiotic Use in Acute Respiratory Tract Infection. *Eur Respir J* 2010;36:601-7. DOI: 10.1183/09031936.00163309.
- 33 \*Cals JW, Schot MJ, de Jong SA, Dinant GJ, Hopstaken RM. Point-of-Care C-Reactive Protein Testing and Antibiotic Prescribing for Respiratory Tract Infections: A Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med* 2010;8:124-33. DOI: 10.1370/afm.1090.
- 34 \*Little P, Stuart B, Francis N, et al. Effects of Internet-Based Training on Antibiotic Prescribing Rates for Acute Respiratory-Tract Infections: A Multinational, Cluster, Randomised, Factorial, Controlled Trial. *Lancet* 2013;382:1175-82. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60994-0.

\* à lire  
\*\* à lire absolument