

AUDIT

« Antibiothérapie dans les angines, otites et sinusites »

ARGUMENTAIRE

Au début des années 2000, le développement des résistances bactériennes a conduit la France ainsi que d'autres pays européens à mettre en œuvre des actions favorisant un moindre et un meilleur usage des antibiotiques afin d'en préserver l'efficacité.

Malgré une baisse substantielle de la consommation des Antibiotiques depuis les années 2000, on observe depuis 2005 une tendance à la reprise de cette consommation.

La France reste parmi les plus gros consommateurs d'Antibiotiques, et les infections ORL représentent le principal motif de prescription d'antibiotiques.

Du fait de l'évolution préoccupante de la résistance aux antibiotiques-à l'hôpital comme en ville-, une réactualisation des recommandations de 2004 sur les infections ORL et l'utilisation des antibiotiques a été publiée en novembre 2011 mais malheureusement peu étendue.

Celle-ci ne constitue pas une refonte complète des anciennes recommandations qui restent valides dans l'ensemble, mais met l'accent sur certains éléments :

- L'évolution de résistance aux antibiotiques est largement attribuée à une surconsommation d'antibiotiques prescrits. En 2009, 157 millions de boîtes d'antibiotiques ont été vendues en France, dont 80% par la médecine de « ville ».
- L'incertitude de diagnostic, en particulier distinguer une infection virale d'une infection bactérienne, est un déterminant majeur de la prescription inutile d'antibiotiques.
La généralisation des TDR pour les angines et de la rhinoscopie pour les sinusites, l'usage de matériel de meilleure qualité et une meilleure définition des situations cliniques justifiant une antibiothérapie dans les infections ORL permettraient de réduire cette incertitude et de limiter ces prescriptions inutiles.
- Les Céphalosporines et les Quinolones représentent les classes les plus concernées par l'émergence de bactéries multi-résistances aux antibiotiques, d'où l'intérêt de limiter leur usage pour des situations cliniques bien précises.

Ceci souligne la nécessité de sensibiliser les prescripteurs à distinguer les antibiotiques de première ligne des molécules dont l'usage doit être limité, au risque de se confronter de plus en plus à des situations d'impasse thérapeutique, avec mise en jeu du pronostic vital des patients par manque d'antibiotiques efficaces.

Les recommandations de novembre 2011 détaillent les situations suivantes où il est recommandé de prescrire un antibiotique :

- **Otite Moyenne Aigue purulente** :
 - de l'enfant de moins de 2 ans, et
 - de l'enfant de plus de 2 ans après réévaluation à 48-72H en cas de symptômes peu bruyants ou d'emblée si le tableau clinique est bruyant (fièvre élevée, otalgie intense).
- **Sinusite aigue de l'adulte**
 - sinusite aigue maxillaire caractérisée ou échec d'un traitement symptomatique initial ou complications,
 - sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale,
 - sinusite unilatérale associée à une infection dentaire homolatérale).
- **Sinusite de l'enfant**
 - sinusite aigue sévère maxillaire ou frontale,
 - tableau de rhinopharyngite évoluant au-delà de 10 jours sans amélioration ou s'aggravant secondairement)
- **Angine à Streptocoque A** : TDR + chez les patients de plus de 3 ans.

L'AMOXICILLINE est l'antibiotique recommandé en première intention*.

(* sauf pour les sinusites maxillaires d'origine dentaire, les sinusites frontales, ethmoïdale ou sphénoïdale, où l'amoxicilline-acide clavulanique est indiqué en première intention).

Les situations dans lesquelles IL N'EST PAS RECOMMANDE de prescrire un antibiotique d'emblée :

- **Rhinopharyngite**, même en cas de sécrétions nasales d'aspect purulent ou mucopurulent, qui n'a pas valeur de surinfection bactérienne.
- **Otite congestive de l'enfant**
- **Otite sérumuqueuse de l'enfant**
- **Otite moyenne aiguë purulente de l'enfant de plus de 2 ans peu symptomatique**
- **Angine** avec TDR négatif chez l'enfant ou score de Mac-Isaac < 2 chez l'adulte.

Rappels sur l'audit :

L'audit médical est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises, pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients. Il s'agit d'une démarche volontaire qui respecte l'anonymat des participants et le secret médical.

Deux étapes se succèdent :

- La préparation : un groupe de médecin choisit un thème de travail (ici l'antibiothérapie dans les otites, sinusites et angines), et recherche l'existence de références auxquelles il adhère. Il conçoit le protocole de recueil de données.
- La réalisation : Le recueil de données est effectué par les médecins qui le souhaitent, appartenant ou non au groupe de préparation. L'analyse de ce premier recueil permet d'apporter une réponse à la question que posait le travail d'évaluation : la pratique est-elle en accord avec le référentiel ? Sinon, quel est l'écart entre les données recueillies et l'objectif souhaité ? Si le niveau souhaité n'est pas atteint, les membres du groupe vont tenter d'analyser les raisons de cet écart, puis déterminer le type d'action à mener pour modifier les pratiques.
- Une nouvelle enquête de pratique est réalisée après un certain délai, afin de vérifier la progression des participants.

Nous avons choisi cette méthode d'analyse, qui se déroulera de manière prospective, auprès des médecins généralistes libéraux de Lorraine.

Critères d'inclusion Tout patient vu en consultation, âgé de plus de 3 mois, présentant une angine, otite ou sinusite.

Critères d'exclusion : Par souci d'étoffer les résultats, nous avons choisi d'exclure de cette étude les patients présentant une rhinopharyngite.

Comment inclure ? Il suffit de reporter sur la grille de recueil de façon prospective, les 20 premiers patients vus en consultation et correspondant aux critères d'inclusion décrits ci-dessus.

Une annexe est jointe à la grille avec un descriptif des différentes pathologies retenues pour cet audit.

Vous préciserez sur la grille Nom et Prénom du patient (partie détachable, respectant l'anonymat) ainsi que l'âge du patient et cocherez les cases correspondant à la situation clinique, ainsi que le traitement antibiotique prescrit avec sa durée et sa posologie.

Une colonne « commentaire » a été ajoutée afin de rapporter les autres traitements mis en place ou décrire des situations cliniques si vous le jugez nécessaire.

Vous adresserez ensuite la partie destinée au recueil des données à l'adresse indiquée sur la grille, même si celle-ci n'est pas entièrement complétée.

Cet audit fait l'objet d'une thèse de médecine générale.

Nous vous rappelons qu'en participant à cet audit, vous acceptez que les données agrégées et anonymisées puissent faire l'objet d'une publication.

Bibliographie :

- Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant, source Antibiolor.
- Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France, ANSM, juillet 2012.