

Editorial

Cher confrère prescripteur d'antibiotiques,

Comme vous pourrez le lire dans le texte de S.Hénard de ce même numéro, le risque d'infections sans solution thérapeutique en raison de l'augmentation des résistances se précise, y compris en ville.

Et c'est en ville¹ que sont prescrits 90% des antibiotiques.

Et c'est majoritairement lors des infections respiratoires, que les antibiotiques sont prescrits en ville.

Ce qui justifie les «nouvelles» recommandations (Nov.11)² concernant les infections respiratoires hautes avec comme principal message la proposition de **remplacer C3G et association amox/acide clavulanique par l'amoxicilline dans la quasi-totalité des infections respiratoires**. Or, l'amoxicilline ne représente en 2011 que 35% des antibiotiques prescrits en ville et ce chiffre est stable entre 2001 et 2011. Qu'en sera-t-il pour l'année 2012 ?

Vous trouverez, jointes à ce numéro d'Antibiolor-info, les nouvelles fiches Antibioville concernant ces infections respiratoires et le nouveau Cdrom qui les intègre.

Je voudrais attirer votre attention sur quelques points susceptibles de modifier votre pratique.

1. Peu d'infections respiratoires nécessitent impérativement une antibiothérapie :

- les pneumonies.
- Les exacerbations de BPCO (expectoration verdâtre) stade 3 (rares en médecine générale).
- L'angine TDR+ (et encore : le RAA a disparu en France), la scarlatine, et la rare angine de Vincent.

- Les vraies otites moyennes aiguës de l'enfant de moins de 2 ans (6 mois aux Pays Bas !).
- Les vraies sinusites frontales.

En ce qui concerne otites et sinusites, je vous invite à bien revoir la clinique décrite dans la fiche (B2 et B3) avant de prescrire...

Un tympan congestif au cours d'une rhinopharyngite, des sinusalgies diffuses et/ou récentes ne devraient pas aboutir systématiquement à une antibiothérapie.

2. Dans quelques situations, la prescription est facultative :

- l'otite moyenne aiguë de l'enfant de plus de 2 ans : elle est le plus souvent spontanément résolutive et les complications sont rares à cet âge. Ne pas prescrire d'antibiotiques dans cette situation est presque toujours possible et accepté par la famille (si le médecin est convaincu, donc convaincant).
- La sinusite maxillaire. Réserver la prescription aux formes majeures qui résistent au traitement symptomatique⁴.

3. Le plus souvent, l'antibiothérapie n'est pas indiquée et la non prescription ne dépend que de vous :

- la rhinopharyngite, même purulente et trainante.
- La sinusite maxillaire, quand elle n'est pas franche et intense
- La bronchite aiguë, même purulente et trainante, même chez le fumeur.
- La bronchite chronique, dans ses formes les plus fréquentes en médecine générale++.
- quand elle n'est pas obstructive (Tiffeneau > 70%).

- quand elle est obstructive mais qu'il n'y a pas de dyspnée avant l'exacerbation (ou que le VEMS est > 50% de la valeur théorique)
- quand l'expectoration n'est pas verdâtre !

- La grippe, bien sur et autres infections respiratoires hautes non systématisées

Et je vous rappelle que les indications de prévention de l'endocardite d'Osler ont été revues à la baisse (cf.fiche antibioville F3), que l'antibiothérapie lors des infections dentaires réclame de la circonspection (fiche B4), qu'une piqûre de tique se surveille (E3) et que seule la présence d'*Helicobacter pylori* dans les muqueuses digestives nécessite une antibiothérapie (D4).

Vous aurez compris que la liste des situations de non prescription est la plus longue et que plus longue également est la consultation où il faut expliquer l'absence légitime d'antibiothérapie.

Nos confrères allemands et néerlandais sont plus sages que nous puisque chaque habitant de ces pays voisins reçoit respectivement 2 et 3 fois moins d'antibiotiques que nos compatriotes. Et, en France, la prescription d'antibiotiques en ville est « médecin dépendant », puisqu'elle varie d'un facteur 1 à 20, chez les patients de 16 à 65 ans, hors ALD. (CPAM, P4P, avril 2012).

Gageons que les opportunes recommandations de nov.11 seront suivies d'effet et que, en 2012 et 2013, les prescriptions d'antibiotiques vont baisser avec une amélioration de leur pertinence (donc baisse des prescriptions de C3G et d'amox-acide clavulanique).

C'est le vœu que je formule en ce début d'année, pour que les antibiotiques soient remis à leur juste place et que les bactéries

AntibioTél

Le réseau Antibiolor a mis en place un numéro d'astreinte téléphonique destiné aux professionnels libéraux de santé de Lorraine. Il est tenu par des membres du réseau, répartis dans les 4 départements lorrains et référents en antibiothérapie pour répondre à toutes les questions concernant l'antibiothérapie.

Il fonctionne 5 jours par semaine de 8h30 à 19h30 hors jours fériés.

Un seul numéro d'appel

03 83 76 44 89

Ce numéro permet d'avoir accès par l'intermédiaire d'un secrétariat téléphonique à un médecin d'astreinte, bénévole pour cette fonction.

multirésistantes ne soient plus une menace pour la santé de nos patients.

J.Birgé, médecin généraliste et vice-président d'Antibiolor

1. Le rapport d'expertise de l'ANSM sur la consommation des antibiotiques (juin 2012) dix ans d'évolution..

2 <http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf> et http://www.antibiolor.org/site/medias/_documents_partages/7eme_Journee_Regionale/InfectionsRespiratoiresHautes_J_Birge.pdf

3. <http://www.puppem.com/Pages/Actualites.aspx>

4. sinusite aiguë : données factuelles 2012. Traiter ou non par antibiotiques. P. Gallois, JP. Vallée et Y. Le Noc Médecine 2012;8, 357-61.

Faut-il avoir peur de la multi-résistance en ville ?

Les bactéries multi-résistantes, notamment le Staphylocoque aureus métilcillino-résistant (SAMR), sont longtemps restées une problématique hospitalière, ne concernant que très occasionnellement la médecine communautaire. Cependant, **depuis quelques années, on assiste à la diffusion en ville d'entérobactéries multi-résistantes**, sécrétrices d'une enzyme appelée bêta-lactamase à spectre élargi (EBLSE), à l'origine d'infections urinaires ou digestives. La diffusion communautaire de ces bactéries résistantes à la plupart des antibiotiques disponibles en ville impose une prise en charge hospitalière avec des molécules de dernier recours. Celles-ci deviennent également de moins en moins efficaces, laissant présager à très court terme d'impasse thérapeutique avec une augmentation de la mortalité par infection bactérienne. Combiné à la raréfaction des nouveaux antibiotiques mis sur le marché ces dernières années, cette augmentation des résistances bactériennes représente une **menace majeure pour la santé publique**, avec la menace d'un retour à l'ère pré-antibiotique.

L'augmentation des EBLSE en ville est multifactorielle. Ainsi, il est maintenant bien établi que l'acquisition de ces souches en milieu communautaire est favorisée par la présence d'un animal domestique ou d'une personne elle-même colonisée ou souvent hospitalisée vivant sous le même toit. Le rôle des effluents, des voyages dans des pays d'endémie ou encore des animaux d'élevage est également bien reconnu. Cependant, le facteur le plus important reste le mésusage et le sur-usage des antibiotiques à l'hôpital comme en ville.

Ces dernières années, des progrès ont été réalisés dans de nombreux pays dont la France, grâce notamment à l'effet de la campagne « les antibiotiques, c'est pas automatique ». On a même observé une diminution de la consommation globale des antibiotiques entre 2000 et 2006. Mais depuis quatre ans, on note un **relâchement des efforts avec une légère augmentation des consommations sur les deux dernières années** (Figure 1). Quand on regarde la courbe de l'évolution des consommations d'antibiotiques, on remarque que plus de 90% des antibiotiques sont prescrits en ville.

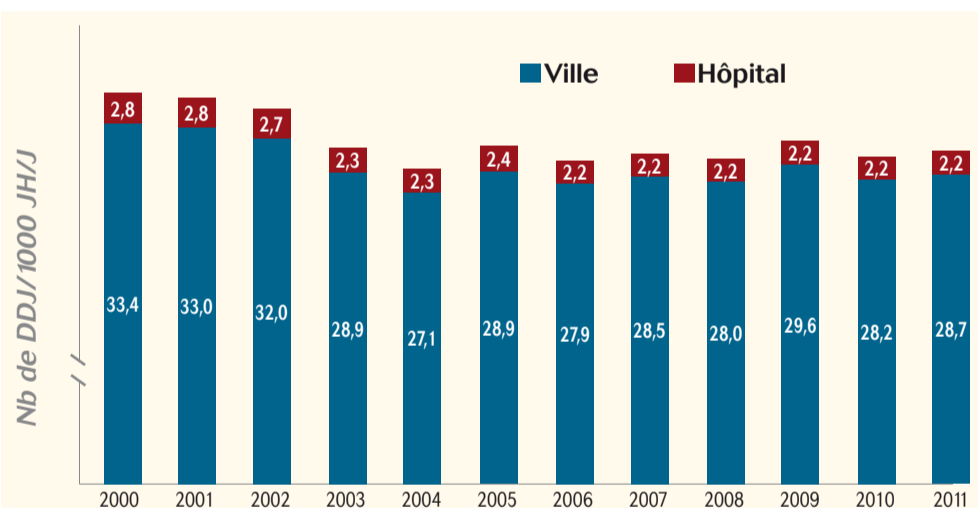


Figure 1 : Evolution de la consommation d'antibiotiques en France, de 2000 à 2011, en nombre de DDJ/1000JH/J

(Source : ANSM, Philippe Cavalé. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 42-43. Novembre 2012. 480-4).

Parallèlement à ce constat, la prévalence des souches d'EBLSE en communautaire explose, passant de 0,6% en 2006 à 6,1% en 2011 (Nicolas-Chanoine et al. J Antimicrob Chemother. 2012).

La prescription d'antibiotiques est un acte complexe, qui doit être rationalisé et professionnalisé. Plusieurs solutions sont actuellement disponibles pour vous aider :

- **Les tests d'orientation diagnostique rapide** : Le TDR angine permet d'éviter la prescription d'antibiotiques en cas d'infection ORL virale. Ce test est disponible gratuitement sur demande à votre CPAM. Pourtant, en Lorraine, au 30 septembre 2012, 632 médecins (généralistes, pédiatres et ORL exerçant à titre libéral) avaient commandé des boîtes de TDR. C'est trop peu (25%)

.../...

Rejoignez-nous en complétant le bulletin d'adhésion joint à cette lettre.

Issu d'un consensus fort, le réseau AntibioLor ne peut vivre que par l'adhésion de tous les acteurs concernés par l'antibiotique.

Renvoyez rapidement votre bulletin sous enveloppe à fenêtre accompagné de votre règlement.

Bulletin d'adhésion 2013

A glisser dans une enveloppe accompagné de votre règlement

Souhaite adhérer à l'Association du Réseau Lorrain d'Antibiotologie

J'adresse ci-joint ma cotisation pour l'année 2012

Montant : (cocher)

- 600 € pour les CHU/CHR
- 300 € pour les CHG/PSPH/Cliniques
- 150 € pour les Moyen Long Séjour/Retraite médicalisée
- 300 € pour les Associations professionnelles
- 15 € en adhésion individuelle

A retourner à :

ANTIBIOLOR

Mlle Christine. Barthélemy
Secrétariat du réseau Antibiolor - Maladies infectieuses
Bâtiment des Spécialités Médicales Philippe CANTON
Hôpitaux de Brabois - Allée du Morvan
54500 VANDŒUVRE-LES-NANCY

.../...
par rapport au nombre de médecins potentiellement utilisateurs.

Quant à la bandelette urinaire, qui permet d'éviter bon nombre de prescriptions d'antibiotiques inutiles en cas de cystalgies sans infection urinaire, elle reste également très sous-utilisée en France.

- Une activité de conseil en antibiothérapie est mise à disposition par le réseau Antibiolor pour les professionnels de santé libéraux de Lorraine (AntibioTél au 03 83 76 44 89). Un médecin référent en antibiothérapie répond bénévolement à vos questions 5 jours par semaine. Sont également à votre disposition dans votre pratique quotidienne des référentiels de prescription clairs, portant sur

les situations les plus fréquentes en médecine ambulatoire, sous la forme d'un classeur ou d'un CD disponibles sur simple demande à Antibiolor (contact@antibiolor.fr). Ces référentiels peuvent également être librement consultés sur le site Antibiolor (www.antibiolor.org/site/index.php).

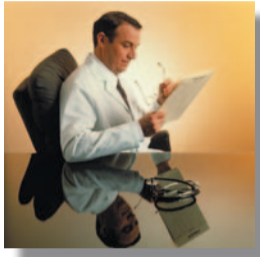
- Des logiciels d'aide à la prescription, tel que le site Web Antibioclic (http://antibioclic.com/) existent. Mais ils restent trop peu connus et utilisés par les médecins français.

Mieux prescrire les antibiotiques est donc devenu une urgence absolue, et chacun à son niveau peut contribuer à endiguer le phénomène de résistance. Le mot d'ordre aujourd'hui est « le juste usage des

antibiotiques » : chaque prescription doit être réfléchie. La prise de conscience existe, mais n'est pas encore assez partagée par tous les professionnels de santé, par tous les décideurs, et dans l'ensemble de la population. C'est ce qui a conduit à un certain nombre d'initiatives à travers le monde et en France, avec la création de l'Alliance ACde BMR (http://www.inectiologie.com/site/_actualite_detail.php?id_actualite=366). Elle est composée de professionnels de la médecine humaine, de la médecine vétérinaire et d'usagers de la santé, et a pour objectif de faire prendre conscience à tous de l'urgence et de l'importance de la problématique, et d'informer et de communiquer. Il ne tient qu'à nous de changer les choses !

Dr Sandrine Hénard, coordinatrice du réseau Antibiolor

En 2013, Antibiolor utilisera l'expérience et le savoir faire de la visite médicale pour promouvoir des outils d'aide au JUSTE USAGE des antibiotiques



Les infections urinaires (IU) et l'angine sont couramment rencontrées en médecine générale entraînant potentiellement une prescription d'antibiotiques. La bandelette urinaire (BU) et le Test de Diagnostic Rapide streptococcique (TDR) sont deux outils d'aide simples, pratiques et fiables qui, ajoutés à l'examen clinique, permettent de décider ou d'orienter immédiatement la thérapeutique. Ils restent pourtant insuffisamment utilisés.

En France, on estime à 9 millions le nombre d'angines tous les ans.

Près des 3/4 sont d'origine virale, pourtant 90% sont traitées par antibiotiques !! Avec une sensibilité de 90% et une spécificité de 95%, le TDR permet de diagnostiquer, au cours de la consultation, une angine streptococcique, seul cas où une prescription d'antibiotique reste d'actualité. Il est recommandé de pratiquer un TDR devant une angine, chez les patients de plus de 3 ans (avant, elle est toujours supposée virale). Aujourd'hui, un traitement antibiotique est justifié seulement si le TDR est positif ! Malgré tout, seulement 25% des généralistes déclarent l'utiliser. Et les commandes à l'assurance maladie ne cessent de diminuer (bien que ce « service » soit gratuit).

Le nombre d'IU en France est de 4 à 6 millions par an. La valeur prédictive négative de la BU est supérieure à 95% ; négative, elle élimine avec quasi certitude le diagnostic. La réalisation de la BU est recommandée dans la cystite aigue non compliquée. Pourtant, elle n'est réalisée que dans 24% des IU. Une étude initiée par Antibiolor en 2009-2010 a montré que 22% des patientes traitées pour une cystite avaient un ECBU négatifs. Ainsi, des diagnostics de « cystites » sont posés et traités à tort.

Cette année, Antibiolor souhaite promouvoir l'utilisation de la BU et du TDR auprès des généralistes afin qu'ils l'utilisent plus souvent dans leur pratique de routine, ce qui conduira mathématiquement à une diminution de prescription injustifiée d'antibiotiques. Cette campagne sera financée par notre Réseau. « La visite académique » est la méthode choisie pour transmettre nos messages aux prescripteurs, dialoguer avec eux, et faire ressortir les freins à l'utilisation. Après préparation et planification collégiale, un visiteur médical ayant l'expérience de ces interventions ira deux fois dans l'année rencontrer individuellement des médecins lorrains en leur apportant nos messages et des échantillons de BU/TDR qui pourront être commandés par notre intermédiaire. La deuxième rencontre permettra de faire le point sur l'utilisation, les commandes, répondre aux questions. Ce travail fait l'objet d'une thèse de médecine générale. Nous espérons que cette démarche par « visite académique » aura un impact favorable sur le taux d'utilisation des tests et sur la consommation d'antibiotiques.

Myriam El Fatmaoui

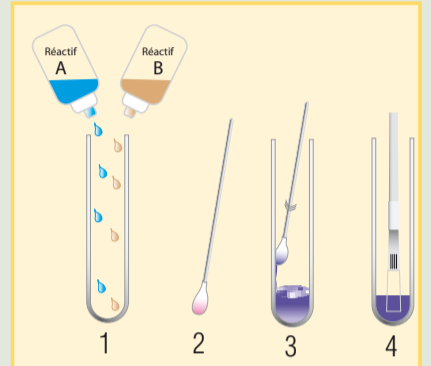
LE TDR : comment ?

Procédures d'extraction

Placer un tube sur le portoir.

- 1- Ajouter 4 gouttes de réactif d'extraction A puis 4 gouttes de réactif B dans le tube.
- 2- Procéder à un écouvonnage de gorge puis :
- 3- le déposer immédiatement dans le tube.

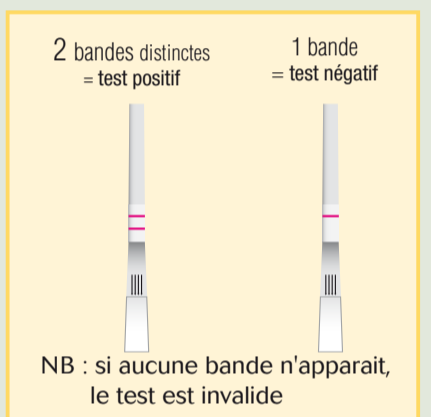
Agiter vigoureusement l'écouvillon dans la solution en le pressant contre la paroi pour que le liquide soit rejeté et absorbé par le réactif. Attendre 1 minute.



Procédure de test

- 4- Déposer la bandelette durant 1 mn dans le tube puis la déposer sur une surface sèche.

- Selon la quantité de micro-organismes contenu dans l'écouvillon, le résultat positif peut être visible dès la première mn. Cependant, un temps réactionnel de 5 mn est nécessaire pour confirmer un résultat négatif. (Ne plus lire après 10 mn).



Devant une angine qui traîne avec TDR négatif évoquer :

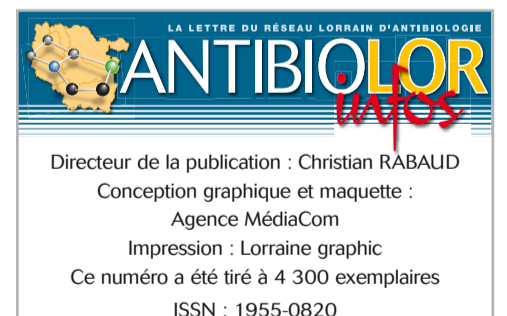
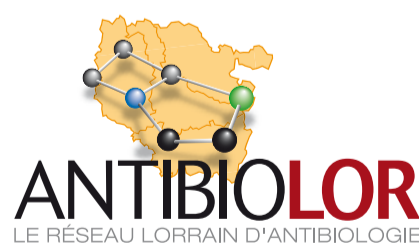
- MNI NFS + Sérologie EBV
- Angine de Vincent Prélèvement bactériologique (association fusospirillaire)
- Phlegmon Rechercher un trismus et une voussure de la loge amygdalienne unilatérale => avis ORL en urgence
- Hémopathie NFS



Adhères à Antibiolor

Rejoignez-nous en complétant le bulletin d'adhésion joint à cette lettre. Issu d'un consensus fort, le réseau AntibioLor ne peut vivre que par l'adhésion de tous les acteurs concernés par l'antibiologie.

Renvoyez rapidement votre bulletin sous enveloppe à fenêtre accompagné de votre règlement.



Je soussigné(e)
M - Mme - Mlle
(rayer la mention inutile)

NOM..... Prénom.....
Fonction..... Spécialité.....
Adresse prof.....
N° de téléphone..... E-mail.....

Le cas échéant
représentant :

NOM de l'Etablissement ou de l'Association.....
ADRESSE de l'Etablissement ou de l'Association.....

Je règle ma
cotisation :

par Chèque bancaire par Chèque postal Virement bancaire
RIB : code banque 14707 | code guichet 00035 | N° de compte : 03519091817 | clé 28
Banque..... Ville ou centre.....
N° du chèque..... Libellé au nom de «Association Antibiolor»

Je désire recevoir un reçu de ma cotisation Date Signature
oui non

