

Recommandations sur l'Antibiothérapie par Voie Générale  
en Pratique Courante dans les Infections Respiratoires  
Hautes de l'Adulte et de l'Enfant  
SPILF – SFP – GPIP  
Novembre 2011

Recommandations accessibles sur: [infectiologie.com](http://infectiologie.com) rubrique  
« consensus et recommandations »

E. Senneville  
Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur Hôpital  
Gustave Dron Tourcoing

# Conflits d'intérêts

## Novartis

- Investigateur EU-CORE
- Orateur
- Consultant

## Pfizer

- Participation congrès
- Consultant

## BMS

- Participation congrès

## Gilead

- Orateur

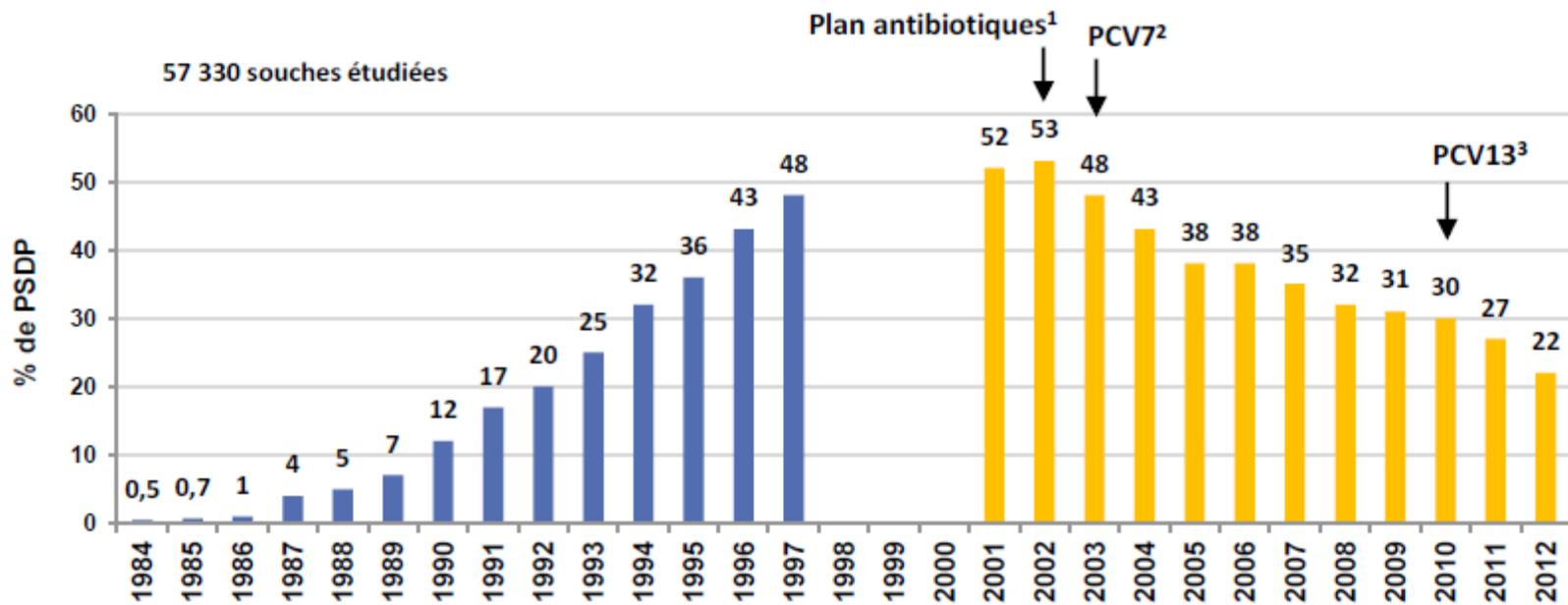
## Sanofi-Aventis

- Orateur

# Plan

- Rhinopharyngites aiguës
- Otite moyenne purulente
  - Enfant
  - Adulte
- Sinusites aiguës
- Angines

# Résistance du Pneumocoque en France

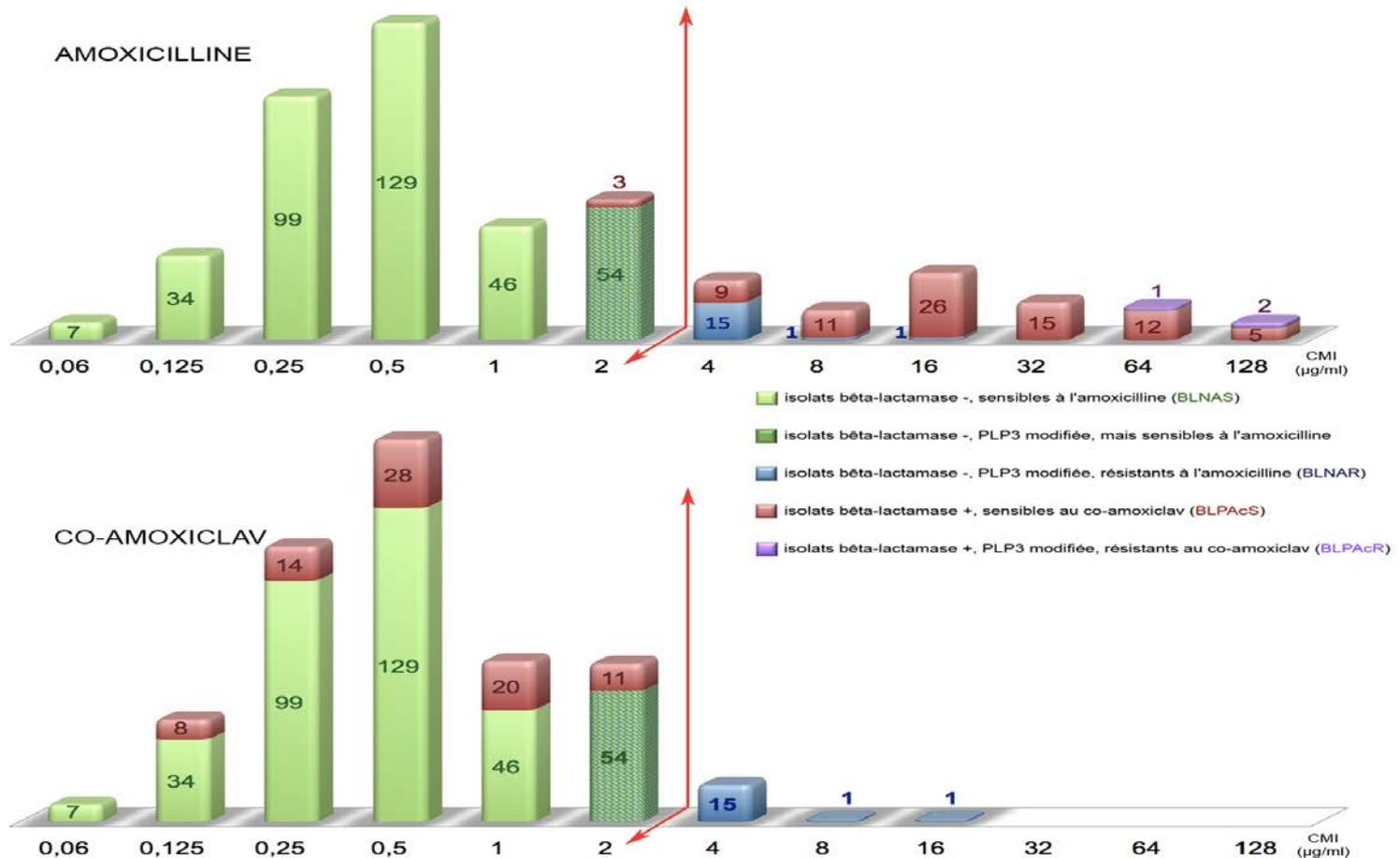


Rapport d'activité du CNR des  
Pneumocoques, 2013

# Résistance naturelle du Pneumocoque

- Pénicillines M
- Aminosides (bas niveau)
- Acide nalidixique
- Fluoroquinolones (sauf lévofloxacine et moxifloxacine)
- Colistine

# Résistance d'*Haemophilus influenzae* en France



Rapport d'activités du C.N.R. *Haemophilus influenzae*

Année 2013

# Résistance d'*Haemophilus influenzae* en France

| Résistance       | % de résistance (nombre) des isolats de <i>Haemophilus influenzae</i> , CNR 2013 |                       |                                     |                                  |                   |
|------------------|--|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------|
|                  | tous<br>(n = 470)  | invasifs<br>(n = 156) | respiratoires, adultes<br>(n = 143) | pédiatriques (âge, 2 mois-5 ans) |                   |
|                  |  |                       |                                     | OMA* (n = 48)                    | hors OMA (n = 99) |
| Bêta-lactamase + | 17,8 (84)  | 18,5 (29)             | <b>21</b> (30)                      | 14,5 % (7)                       | 14,1 % (14)       |
| Co-amoxiclav     | 4,2 (87)   | 1,3 (2)               | 4,9 (7)                             | <b>12,5 %</b> (6)                | 1 % (1)           |
| Céfotaxime       | 1,5 (7)  | <b>0</b>              | <b>0</b>                            | <b>6,3</b> (3)                   | <b>0</b>          |
| Ceftriaxone      | <b>0,2</b> (1)   | <b>0</b>              | <b>0</b>                            | <b>2</b> (1)                     | <b>0</b>          |
| Cotrimoxazole    | 32,6 (153)   | 24,3 (38)             | 35 (50)                             | <b>43,8</b> (21)                 | <b>39</b> (39)    |
| Fluoroquinolones | 1,5 (7)  | 0,6 (1)               | <b>4,2</b> (6)                      | 0                                | 0                 |

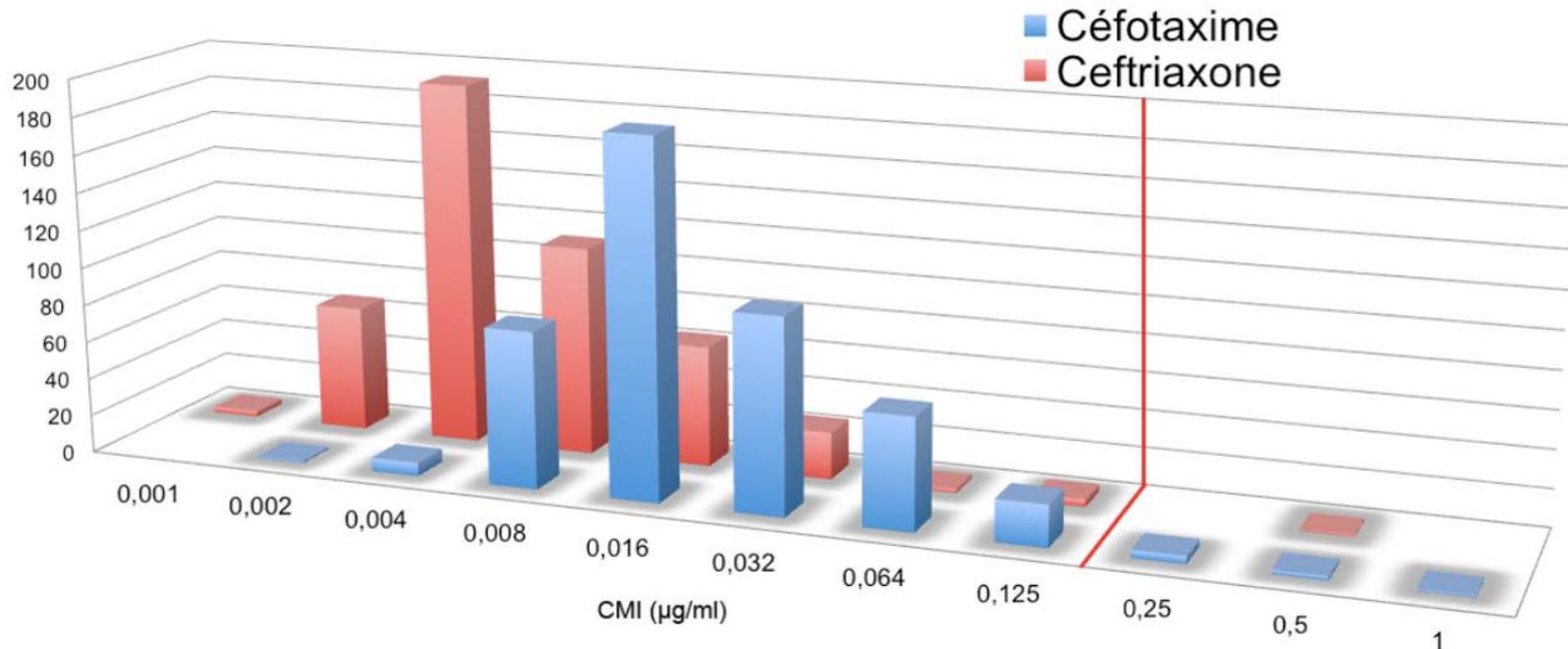
\* Otite moyenne aiguë

Rapport d'activités du C.N.R. *Haemophilus influenzae*

**Année 2013**

# *H. Influenzae* :

## Sensibilité à la ceftriaxone vs cefotaxime



Rapport d'activités du C.N.R. *Haemophilus influenzae*

**Année 2013**

# Rhinopharyngite Aiguë

- Atteinte inflammatoire du pharynx et des fosses nasales.
- Touche le plus souvent les enfants de moins de 6 ans.
- Principalement d'origine virale.

# Rhinopharyngite Aiguë

- **Tableau clinique**
  - Associe de façon variable : rhinorrhée, éternuements, obstruction nasale, fièvre et toux.
  - Examen clinique pauvre :
    - Aspect inflammatoire ± important de l'oropharynx et de la muqueuse nasale,
    - Rhinorrhée antérieure et/ou postérieure
      - séromuqueuse (visqueuse et claire),
      - purulente (colorée, plus ou moins épaisse)
      - mucopurulente (visqueuse et colorée).
  - But essentiel : éliminer une complication ou une autre pathologie associée :
    - OMA : enfant de 6 mois à 4 ans
    - Sinusites aiguës purulentes moins fréquentes

L'aspect purulent ou mucopurulent des sécrétions nasales n'a pas valeur de surinfection bactérienne, justifiant une antibiothérapie

# Rhinopharyngite Aiguë : Traitement

- Antibiotiques non justifiés, chez l'adulte comme chez l'enfant (Grade A).
- Efficacité non démontrée sur la
  - durée des symptômes
  - prévention des complications (sinusites et OMA purulentes)
- Expose à des effets indésirables cliniques et écologiques.
- Traitement symptomatique possible pour améliorer le confort
  - Lavage de nez
- Vasoconstricteurs par voie générale, comme par voie nasale, non recommandés avant 15 ans
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens et corticoïdes par voie générale non indiqués

Aucune rhinopharyngite ne justifie la prescription d'un traitement antibiotique. Celle-ci doit être proscrite au regard des conséquences différées, individuelles et collectives, qu'elle entraîne.

# Otite Moyenne Aiguë Purulente

Enfant > 3 mois immunocompétent

- Enfant < 3 mois, enfant immunodéprimé = avis spécialisé
- Diagnostic : SF +SG + signes otoscopiques évocateurs
- Signes Fonctionnels :
  - Otalgie et équivalents (irritabilité, pleurs, insomnie, enfant qui se touche les oreilles).
- Signes Généraux :
  - Dominés par la fièvre et signes d'accompagnement (frissons, myalgies, céphalées.).
  - Peuvent s'associer les symptômes suivants : toux, rhinorrhée, encombrement des voies aériennes supérieures, vomissements, diarrhée...
- Signes Otoscopiques :
  - Inflammation de la membrane tympanique
  - associée à un épanchement rétrotympanique,
    - extériorisé (otorrhée)
    - ou non extériorisé

# Otite Moyenne Aiguë Purulente

Enfant > 3 mois immunocompétent

- L'OMAP doit être distinguée de :
  - L'otite congestive: Le plus souvent virale et spontanément résolutive.
    - Tympan rouge (par dilatation des vaisseaux tympaniques) mais transparent et non bombé,
    - Pas d'épanchement rétrotympanique.
    - Peut être douloureuse.
    - De plus, des tympans congestifs avec respect des reliefs normaux sont fréquemment observés lors des premiers jours d'une rhinopharyngite
  - L'Otite séromuqueuse
    - Se manifeste par un épanchement rétrotympanique
    - Sans inflammation marquée de la membrane tympanique
    - ni otalgie intense, ni signes généraux

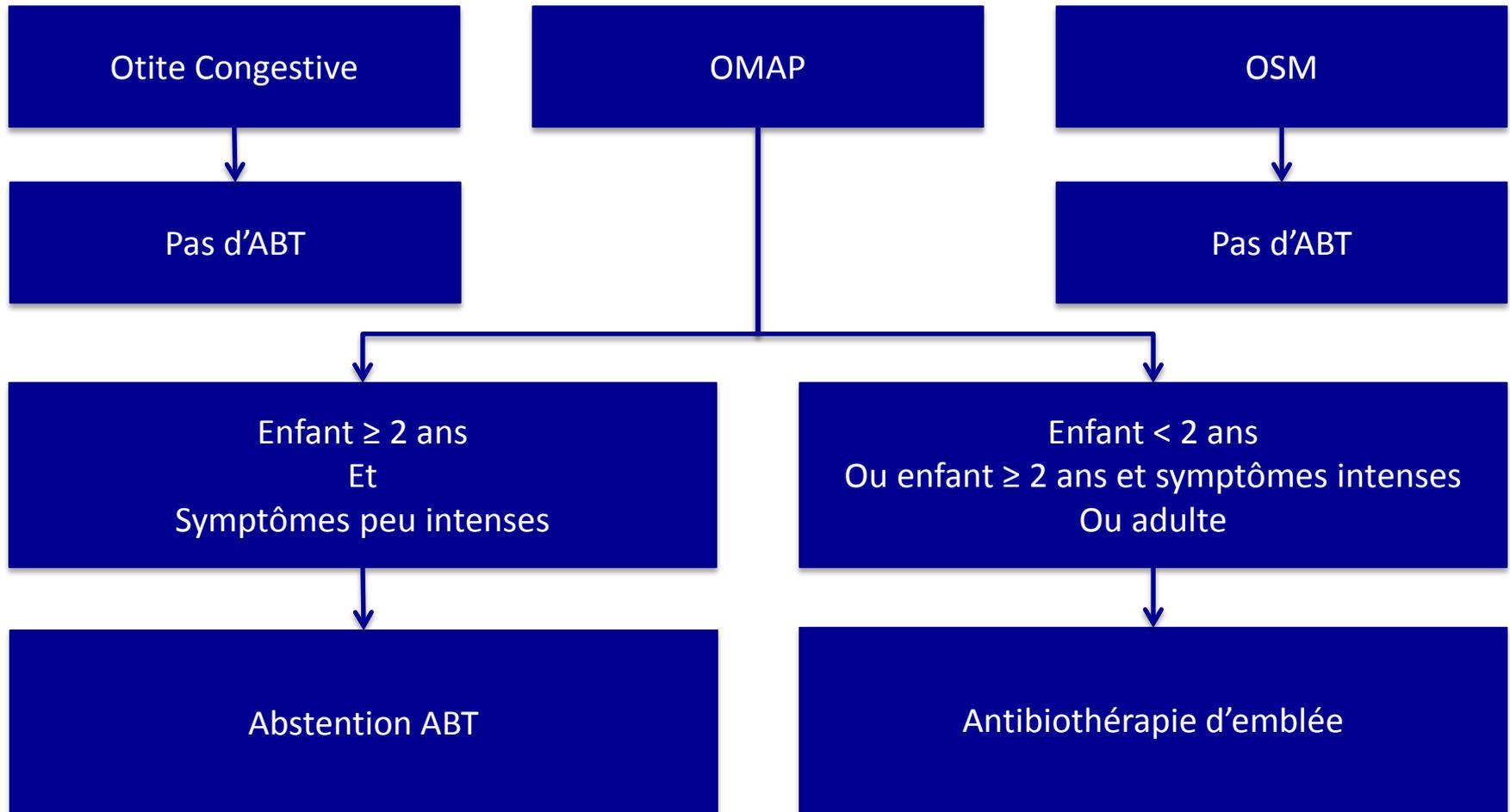
# Otite Moyenne Aiguë Purulente

Enfant > 3 mois immunocompétent

- Orientation clinique vers bactérie responsable d'OMA purulente :
  - *H. influenzae* :
    - Si associée à conjonctivite purulente, syndrome otite-conjonctivite
    - le plus souvent peu fébriles et peu douloureuses
  - *S. pneumoniae* :
    - si  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
    - souvent douloureuses

# Otite Moyenne Aiguë Purulente Enfant > 3 mois

## Indications de l'Antibiothérapie



# Otite Moyenne Aiguë Purulente Enfant > 3 mois

Quelle Antibiothérapie ?

OMAP

Enfant  $\geq$  2 ans  
Et  
Symptômes peu intenses

Abstention ABT

Traitement symptomatique  
Et Réévaluation à 48-72h

Guérison en fin de tt  
Évolution OSM

Si persistance  
symptômes 48-72 h

Enfant < 2 ans  
Ou enfant  $\geq$  2 ans et symptômes intenses  
Ou adulte

Antibiothérapie d'emblée

- 1ère intention : amoxicilline
- Otite-conjonctivite : amoxicilline-acide clavulanique
- Allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines :
  - cefpodoxime (enfant) ou céfuroxime-axétil ou céfotiam
- Contre-indication aux bêta-lactamines :
  - TMP/SMX ou pristinamycine ou lévofloxacine chez l'adulte
  - TMP/SMX ou érythromycine-sulfafuroxazole chez l'enfant

3 ans  
hyperthermie depuis 24h  
otalgie droite.  
rhinopharyngite depuis 3 jours.  
L'auscultation est normale.  
muqueuse pharyngée inflammatoire



Malgré ce traitement, l'enfant est revu à 48h pour la persistance de fièvre et l'apparition d'une rougeur retro-auriculaire.



# Otite Moyenne Aiguë Purulente Enfant > 3 mois

## Quelle Antibiothérapie en Cas d'Échec ?

Echec

Si tt initial = amoxicilline

échec en cours de traitement :  
amoxicilline-acide clavulanique ou cefpodoxime ;  
échec à la fin du traitement :  
amoxicilline-acide clavulanique  
Si 2ème échec :  
Avis ORL recommandé, paracentèse, pvt  
bactériologique et traitement probabiliste :  
amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/jour) +  
amoxicilline (70 mg/kg/jour)  
ou ceftriaxone (50 mg/kg/jour) 3 jours

Si tt initial autre que amoxicilline

Avis ORL recommandé, paracentèse, pvt bactériologique

# Otite Moyenne Aiguë Purulente Enfant > 3 mois

## Autres Traitements ?

- Traitement antalgique-antipyrétique recommandé en fonction des symptômes observés.
- Utilité des anti-inflammatoires non stéroïdiens à doses anti-inflammatoires et des corticoïdes non démontrée.
- Gouttes auriculaires contenant des antibiotiques :
  - Aucune indication dans l'OMAP
  - Réservées au traitement des otites externes

# Otite Moyenne Aiguë de l'Adulte

## Quelle Antibiothérapie ?

- Première intention
  - **Amoxicilline**
- Allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines
  - Cefpodoxime ou céfuroxime-axétil ou céfotiam
- Contre-indication aux bêta-lactamines (péni et céphalo)
  - Pristinamycine\* ou TMP/SMX\* ou lévofloxacine\*.
- En cas d'échec
  - Amoxicilline-acide clavulanique,
- Traitement de 5 jours

\* pristinamycine, TMP/SMX, lévofloxacine : recommandés sur la base d'arguments microbiologiques en l'absence d'étude clinique

Seules les otites moyennes aiguës purulentes confirmées par la visualisation des tympans justifient une antibiothérapie. La prescription d'une antibiothérapie pour toute autre otite ou lorsque les tympans n'ont pas été vus, doit être proscrite au regard des conséquences individuelles et collectives, qu'elle entraîne.

## AMM: Posologies et durées de traitement des ABT utilisables dans les OMA purulentes

| Antibiotiques                      | Posologies quotidiennes<br>(établies pour un adulte/enfant à la fonction rénale normale)  | Durée de traitement  |
|------------------------------------|---|--|
| <b>Bétalactamines</b>              |   |  |
| <b>Pénicilline</b>                 |   |  |
| Amoxicilline                       | - Enfant :<br>En première intention : 80 à 90 mg/kg et par j en 2 à 3 prises<br>En cas d'échec : 150 mg/kg/j en 3 prises par jour<br>- Adulte : 2 ou 3 g/j en 2 ou 3 prises | 8-10 jours avant < 2 ans<br>5 jours après 2 ans<br><br>5 jours |
| Amoxicilline-acide<br>clavulanique | - Enfant : 80 mg/kg/jour (dose exprimée en amoxicilline) en 3 prises<br>- Adulte : 2 ou 3 g/j en 2 ou 3 prise   | 8-10 jours avant < 2 ans<br><br>5 jours                        |
| <b>Céphalosporines</b>             |   |  |
| C2G : Céfuroxime-axetil            | - Adulte : 500 mg/jour en 2 prises  | 5 jours  |
| C3G : Céfotiam                     | - Adulte : 400 mg:j en 2 prises   | 5 jours  |
| C3G :Cefpodoxime                   | - Enfant : 8 mg/kg/jour en 2 prises<br>- Adulte : 400 mg/j en 2 prises à 12 heures d'intervalle   | 5 jours à partir de 2 ans<br><br>5 jours                       |

---

## AMM: Posologies et durées de traitement des ABT utilisables dans les OMA purulentes

| Antibiotiques                  | Posologies quotidiennes<br>(établies pour un adulte/enfant à la fonction rénale normale)                | Durée de traitement                             |
|--------------------------------|---|---|
| <b>Autres</b>                  |   |   |
| Erythromycine-sulfafurazole    | - Enfant : 50 mg/kg/jour d'érythromycine et 150 mg/kg/jour de sulfafurazole                             | 10 jours  |
| Cotrimoxazole                  | - Enfant : SMX 30 mg/kg/j / TMP 6 mg/kg/j en 2 prises<br>- Adultes : SM 800 mg / TMP 160 mg en 2 prises | 8-10 jours avant < 2 ans<br>5 jours après 2 ans |
| Pristinamycine ( $\geq 6$ ans) | - Enfant : 50 mg/kg/jour en 2 prises<br>- Adulte : 2 g/jour en 2 prises                                 | 5 jours   |
| Lévofloxacine                  | - Adulte : 500 mg en une prise  | 5 jours   |

---

# Sinusite aiguë

## Définition clinique

- Sinusite aiguë purulente
  - Infection d'une ou plusieurs cavités sinusiennes de la face par des bactéries (généralement *S. pneumoniae* et *H. influenzae*).
- Sinusites aiguës maxillaires
  - Les plus fréquentes
- Sinusites frontales et autres localisations plus rares (ethmoïdale, sphénoïdale)
  - Risque plus élevé de complications orbitaires ou cérébro-méningées.
- Signes cliniques de sinusite compliquée (syndrome méningé, exophtalmie, œdème palpébral, troubles de la mobilité oculaire, douleurs insomniantes)
  - Hospitalisation, prélèvements bactériologiques, TDM
  - Antibiothérapie IV urgente

# Sinusite maxillaire aiguë de l'adulte

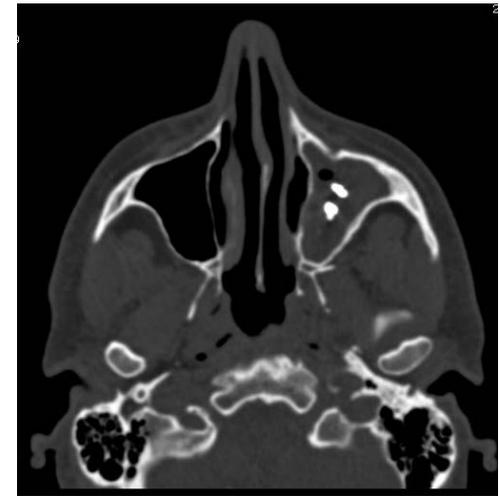
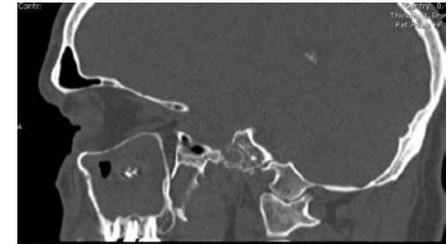
## Diagnostic (I)

- Au moins deux des trois critères majeurs suivant une rhinopharyngite:
  - Persistance ou augmentation des douleurs sinusiennes infra-orbitaires malgré au moins 48h de TT symptomatique
  - Type de la douleur :
    - Unilatérale et/ou son augmentant la tête penchée en avant, et/ou pulsatile, et/ou acmé en fin d'après-midi et la nuit ;
  - Augmentation de la rhinorrhée et le caractère continu de la purulence.
    - Ces signes ont d'autant plus de valeur qu'ils sont unilatéraux.
- Critères mineurs associés renforcent la suspicion diagnostique :
  - Fièvre qui persiste au delà du troisième jour d'évolution de la sinusite ;
  - Obstruction nasale, éternuements, gêne pharyngée, toux, s'ils persistent au-delà de 10 jours.

# Sinusite maxillaire aiguë de l'adulte

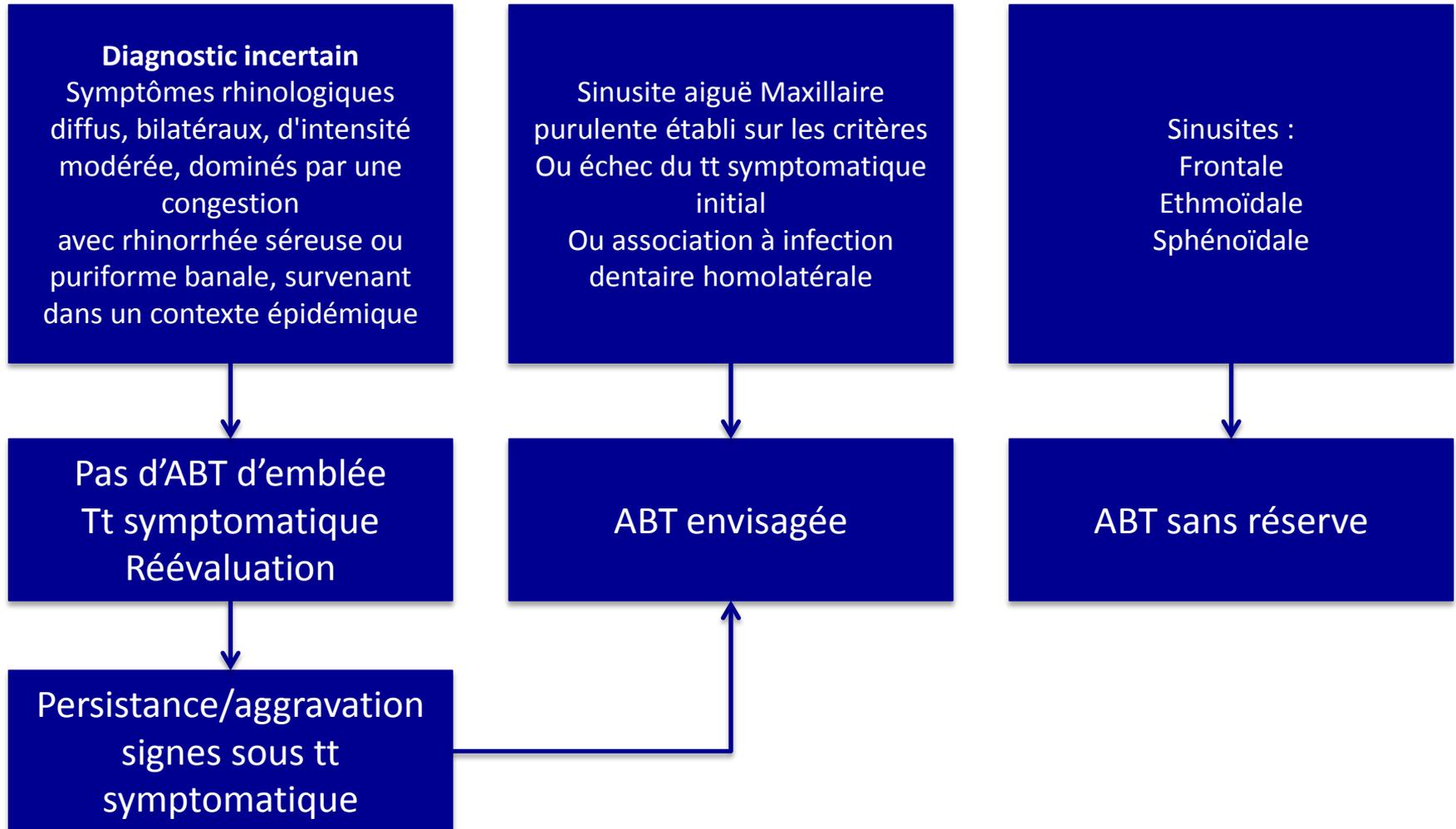
## Diagnostic (II)

- En 1ère intention: pas d'imagerie, ni de prélèvements
- Scanner recommandé si suspicion
  - Sinusite maxillaire aiguë purulente compliquée
  - Sinusite frontale (douleurs frontales)
  - Sinusite sphénoïdale (douleurs rétro-orbitaires ou au vertex)
  - Sinusite ethmoïdale (oedème périorbitaire) ;
- Prélèvement bactériologique (ponction ou prélèvement au méat moyen) si:
  - sinusites compliquées
  - ou survenant chez un patient immunodéprimé
  - ou ayant reçu une antibiothérapie récente
- Avis odontologique si
  - Sinusite maxillaire unilatérale sans contexte de rhinite
  - surtout si la rhinorrhée est fétide



# Sinusite maxillaire aiguë de l'adulte

## Indications de l'antibiothérapie



# Sinusite maxillaire de l'adulte

## Quelle antibiothérapie ?

- **Amoxicilline 7 à 10 jours = Première intention**
  - Molécule PO la plus active sur les PSDP et active sur > 80% des H. influenzae
- **Autres ABT: plus mauvais rapport bénéfice-risque:**
- **Amoxicilline-acide clavulanique :**
  - échec de traitement d'une sinusite aiguë maxillaire par amoxicilline,
  - sinusite aiguë maxillaire d'origine dentaire,
  - sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale.
- **C2G, C3G po 5 jours: allergie péni sans allergie céphalo:**
  - céfotiam ou cefpodoxime ou céfuroxime-axétil.
- **Pristinamycine 4 jours ou télithromycine 5 jours:**
  - CI aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines).
- **Lévofloxacine : situations cliniques les plus sévères et susceptibles de complications graves**
  - Sinusites frontales, sphénoïdales, ethmoïdales, pansinusites ou échec 1<sup>ère</sup> ligne dans sinusites maxillaires.
- **Risque plus élevé de survenue d'effets indésirables graves / ? Toxicité:**
  - Télithromycine et moxifloxacine

# Autres sinusites de l'adulte

|                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| <b>Frontale</b>    | AAC<br>ou<br>-FQAP * |
| <b>Ethmoïdale</b>  | AAC<br>ou<br>-FQAP * |
| <b>Sphénoïdale</b> | AAC<br>ou<br>-FQAP * |

\* La moxifloxacine est réservée au traitement des sinusites radiologiquement et/ou bactériologiquement documentées lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé

## AMM : POSOLOGIES ET DURÉES DE TRAITEMENT DES ANTIBIOTIQUES RECOMMANDÉS DANS LES SINUSITES AIGÜES

| Antibiotiques                   | Posologies<br>(posologies quotidiennes établies pour un adulte/enfant à la fonction rénale normale)   | Durée de traitement     |
|---------------------------------|---|-------------------------|
| <b>Bétalactamines</b>           |   |                         |
| Pénicilline :<br>Amoxicilline   | -Adulte : Sinusites maxillaires aiguës 2 ou 3 g/j en 2 ou 3 prises<br>Autres formes de sinusites : 3 g/j en 3 prises<br>- Enfant > 30 mois: 80-90 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte) | 7 à 10 jours            |
| Amoxicilline-acide clavulanique | -Adulte : Sinusites frontales 2 ou 3 g/j en 2 ou 3 prises<br>Autres formes de sinusites : 3 g/j en 3 prises<br>- Enfant : Sinusite frontale : 80 mg/kg/jour (dose exprimée en amoxicilline) en 3 prises   | 7 à 10 jours            |
| C2G : Céfuroxime-axétil         | - Adulte : 500 mg/j en 2 prises à 12 heures d'intervalle  | 5 jours                 |
| C3G : Céfotiam-hexétil          | - Adulte : 400 mg/j en 2 prises à 12 heures d'intervalle  | 5 jours                 |
| Cefpodoxime-proxétil            | - Adulte : 400 mg/j en 2 prises en 12 heures d'intervalle<br>- Enfant : 8 mg/kg/jour en 2 prises  | 5 jours<br>8 à 10 jours |

---

## AMM : POSOLOGIES ET DURÉES DE TRAITEMENT DES ANTIBIOTIQUES RECOMMANDÉS DANS LES SINUSITES AIGÜES

| Antibiotiques | Posologies<br>(posologies quotidiennes établies pour un adulte/enfant à la fonction rénale normale) | Durée de traitement |
|---------------|---|---------------------|
|---------------|---|---------------------|

---

### Macrolides

|                |                                  |         |
|----------------|----------------------------------|---------|
| Télithromycine | - Adulte : 800 mg/j en une prise | 5 jours |
| Pristinamycine | - Adulte : 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  | - Adulte : 500 mg/jour en une prise | 8 à 10 jours |
| Moxifloxacine* | - Adulte : 400 mg/jour en une prise | 8 à 10 jours |

\* La moxifloxacine est réservée au traitement des sinusites radiologiquement et/ou bactériologiquement documentées lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé

# Angine aiguë à streptocoque du groupe A

- Infection des amygdales palatines voire de l'ensemble du pharynx.
- Origine virale prépondérante
- Streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A (SGA) : 1<sup>ère</sup> bactérie en cause
  - 25 à 40% des angines de l'enfant
  - 10 à 25% des angines de l'adulte.
  - Pic d'incidence se situe entre 4 et 15 ans.
  - Evolution des angines à SGA :
    - Favorable le plus souvent en 3-4 jours même en l'absence de traitement antibiotique
    - Complications possibles potentiellement graves prévenues par antibiothérapie
      - Syndromes post-strepto: rhumatisme articulaire aigu (RAA), glomérulonéphrite aiguë (GNA),
      - Complications septiques loco-régionales
- Autres causes d'angine bactérienne :
  - Rares: bacille diphtérique, gonocoque et bactéries anaérobies
  - Souvent contexte épidémiologique, clinique ou évolutif particulier.

# Angine aiguë à streptocoque du groupe A

## Complications

- RAA

- Risque extrêmement faible dans les pays industrialisés
- Reste préoccupant dans les pays en voie de développement
- Réduction risque de RAA observée avant l'apparition des ATB dans les pays industrialisés
  - Modifications environnementales et sociales, évolution des souches

- GNA post-streptococciques

- Point de départ le plus souvent cutané et rarement pharyngé
- Pas de démonstration de réduction du risque par les ATB

# Angine aiguë à streptocoque du groupe A

## Complications

- Résistance

- Pas de souches de SGA résistantes aux bêtalactamines.
- Encore 10% de souches résistantes aux macrolides (en baisse depuis 2005)
  - ATB Gramme systématique plus nécessaire tant que résistance < 10%.

- Efficacité ATB sur angines à SGA:

- accélération de la disparition des symptômes,
- réduction de la contagiosité à l'entourage,
- prévention des complications infectieuses locorégionales,
- prévention des complications non suppuratives (RAA)

# Angine aiguë

## Indications de l'antibiothérapie

- Angines à SGA
- Angines à *C. diphtheriae* , *N. gonorrhoeae* et à anaérobies
- Angine érythémateuse ou érythémato-pultacée de l'enfant
  - Aucun signe ou score clinique n'a 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
- Les ABT sont inutiles dans les angines virales

# Angine aiguë à streptocoque du groupe A

## Indications de l'Antibiothérapie

- Culture du prélèvement pharyngé
  - Peu réalisée en France - résultat en 1 à 2 jours.
- Tests de diagnostic rapide (TDR):
  - Réalisables en 5 minutes
  - Spécificité : 95%, sensibilité : 90%
- Nourrisson et enfant < 3 ans
  - TDR ou une culture inutiles
  - Angines rares, le plus souvent virales
  - Pas de RAA décrit avant l'âge de 3 ans.
- Adulte
  - TDR si score de Mac-Isaac  $\geq 2$
- Les scores cliniques n'ont par contre aucune valeur chez l'enfant

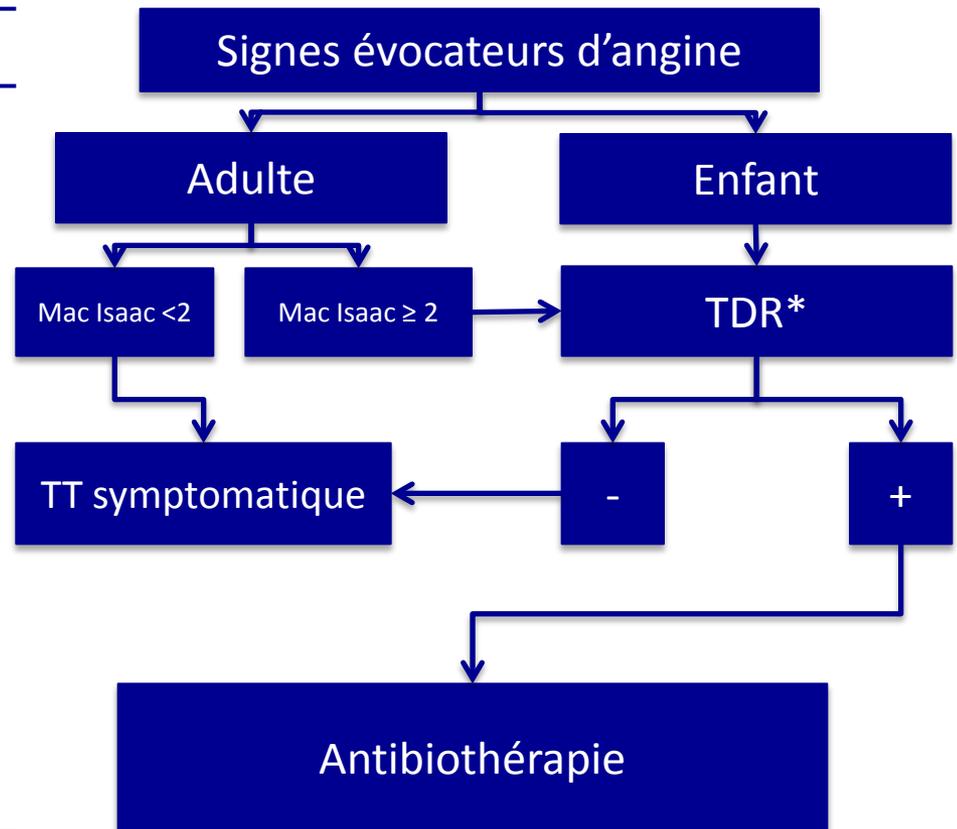
# Angine aiguë à streptocoque du groupe A

## Indications de l'Antibiothérapie

### Score de Mac-Isaac à utiliser chez l'adulte

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

Score < 2 : probabilité d'infection à SGA de 5% au maximum. Un tel score, chez l'adulte, permet de décider de ne pas faire de TDR et de ne pas prescrire d'antibiotique.



\*Systématique chez l'enfant > 3 ans et l'adulte si score de Mac-Isaac ≥ 2

# Angine aiguë à streptocoque du groupe A

## Quelle Antibiothérapie ?

- **Amoxicilline 6 jours = Première intention**
- Allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines :
  - Enfant : cefpodoxime
  - Adulte : céfuroxime-axétil ou cefpodoxime ou céfotiam
- Contre-indication aux bêta-lactamines :
  - Macrolide : azithromycine 3J, clarithromycine 5J ou josamycine 5J
- Pristinamycine :
  - non recommandée : efficacité non prouvée dans l'angine streptococcique.
- Persistance des symptômes (fièvre, dysphagie) après 3 jours
  - Evoquer une infection intercurrente et réexaminer le patient..
- Rechutes à l'arrêt du traitement sont plus fréquentes :
  - Pas de consensus pour leur prise en charge.
- Prise en charge scarlatine non sévère non compliquée (traitement et éviction) idem angine streptococcique.
  - Eviction limitée à 48h de traitement ATB.

## Schémas d'administration des traitements antibiotiques utilisables pour les angines à SGA

| Antibiotiques                 | Posologies quotidiennes<br>établies pour un adulte/enfant à fonction rénale normale)                                    | Durée de<br>traitement |
|-------------------------------|---|------------------------|
| <b>Bétalactamines</b>         |   |                        |
| Pénicilline :<br>Amoxicilline | adulte : 2 g/j en 2 prises<br>enfant > 30 mois : 50 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)             | 6 jours                |
| C2G : Céfuroxime-axétil       | adulte : 500 mg/j en 2 prises   | 4 jours                |
| C3G : Céfotiam-hexétil        | adulte : 400 mg/j en 2 prises   | 5 jours                |
| Cefpodoxime-proxétil          | adulte : 200 mg/j en 2 prises<br>enfant : 8 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)                     | 5 jours                |
| <b>Macrolides*</b>            |   |                        |
| Azithromycine                 | adulte : 500 mg/j en une prise unique journalière<br>enfant : 20 mg/kg/j, en 1 prise, sans dépasser la posologie adulte | 3 jours                |
| Clarithromycine<br>(standard) | adulte : 500 mg/j en 2 prises<br>enfant : 15 mg/kg/j en 2 prises sans dépasser la posologie adulte                      | 5 jours                |
| Clarithromycine (LP)          | adulte : 500 mg/j en une prise journalière  | 5 jours                |
| Josamycine                    | adulte : 2 g/j en 2 prises<br>enfant : 50 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)                       | 5 jours                |

\* Après pvt de gorge pour culture bactériologique et antibiogramme si le taux de résistance du SGA aux macrolides est > à 10%.