



Que penser de la prescription différée d'antibiotiques en cas d'infection aiguë des voies respiratoires ?

Référence

Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, et al. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev 2017, Issue 9. DOI: 10.1002/14651858.CD004417.pub5

Analyse de

Barbara Claus, Vakgroep Farmaceutische Analyse, Faculteit Farmaceutische Wetenschappen, UGent; Apotheek, UZ Gent

Dans le cadre d'une stratégie rationnelle d'administration des antibiotiques, la prescription différée d'antibiotiques en cas d'infection des voies respiratoires non compliquée est une piste intéressante chez le patient ambulant. Minerva a publié des commentaires indiquant que la prescription différée n'était pas considérée comme inférieure par rapport à la prescription d'antibiotiques à prendre immédiatement. Tant dans les études randomisées contrôlées que dans les études avec une conception pragmatique, aucune différence statistiquement significative n'a été notée en ce qui concerne la maîtrise des symptômes, la durée et la gravité de l'infection aiguë des voies respiratoires (1-6). Chez les enfants atteints d'otite moyenne aiguë, la prescription différée a permis de limiter les effets indésirables sans perdre en efficacité (7-10).

En 2017 une synthèse méthodique de la Cochrane Collaboration (11) a recherché des études randomisées contrôlées qui examinaient l'effet d'une prescription différée d'antibiotiques sur les résultats cliniques, l'utilisation des antibiotiques, la résistance aux antibiotiques et la satisfaction des patients par comparaison avec la prescription d'antibiotiques à prendre immédiatement ou avec la non-prescription chez des enfants et des adultes présentant une infection des voies respiratoires. La prescription différée était définie comme le conseil d'attendre certainement 48 heures avant d'aller chercher les antibiotiques.

En tout, 11 études totalisant 3555 patients ont été incluses dont quelques-unes ont déjà fait l'objet d'une discussion dans Minerva (4,8). Sur la base de l'étude de Little et al. (n = 807 patients) (4), nous avions conclu que, dans la pratique du médecin généraliste, chez les patients qui avaient de la toux et des symptômes au niveau des voies respiratoires inférieures (entre autres de la fièvre et des expectorations colorées), mais sans pneumonie ni affection chronique des voies respiratoires, ne pas prescrire d'antibiotiques ou donner une prescription différée d'antibiotiques (que le patient pouvait aller chercher plus tard) n'avait pas d'influence sur la durée et la gravité des symptômes. La mise à jour a inclus une nouvelle étude supplémentaire (n = 405) (12). Dans l'ensemble, la qualité méthodologique des études incluses était modérée (13). Trois études seulement ont été menées **en double aveugle**, et l'évaluation de l'effet a été réalisée en simple aveugle dans quatre études.

Un résultat clair a été observé sur le plan de l'utilisation des antibiotiques : les patients qui n'avaient pas reçu de prescription en ont utilisé moins que ceux qui avaient reçu une prescription différée : fréquence d'utilisation 14% versus 28% ; **OR** de 2,55 avec IC à 95% de 1,59 à 4,08 en défaveur de la prescription différée. Ceux qui avaient reçu une prescription différée en ont utilisé moins que ceux qui pouvaient les prendre immédiatement (fréquence d'utilisation de 31% versus 93% ; OR de 0,04 avec IC à 95% de 0,03 à 0,05 en faveur de la prescription différée).

Sur le plan des résultats cliniques (douleur, malaise, fièvre), il n'y avait pas de différence notable entre les trois stratégies (niveau de preuve modéré selon GRADE). On n'a pas observé de différence quant aux effets indésirables tels que nausée, vomissements, diarrhée, éruption cutanée... (critères de jugement secondaires ; niveau de preuve faible à modéré selon GRADE). En comparaison avec la prescription d'antibiotiques à prendre immédiatement, la prescription différée d'antibiotiques n'a pas non plus entraîné plus de complications graves, telles que pneumonie, abcès péri-amygdalien, gloméruleonéphrite post-streptococcique.

Cependant, alors qu'aucune différence significative n'a été notée quant à la satisfaction des patients entre la prescription différée et la prescription immédiate (OR de 0,65 avec IC à 95 % de 0,39 à 1,10), les patients qui n'avaient pas reçu de prescription étaient moins satisfaits que ceux qui avaient reçu une prescription différée (OR de 1,49 avec IC à 95% de 1,08 à 2,06). Il y avait trop peu de données pour pouvoir tirer des conclusions concernant la résistance aux antibiotiques.

Conclusion

Cette mise à jour d'une synthèse méthodique de la Cochrane Collaboration permet de conclure que la prescription différée d'antibiotiques reste une stratégie acceptable pour limiter la consommation d'antibiotiques en cas d'infection aiguë non compliquée des voies respiratoires.

Pour la pratique

Le guide des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire (BAPCOC) (14) préconise de ne pas prescrire d'antibiotiques en cas de bronchite aiguë, d'inflammation aiguë de l'oreille moyenne, de mal de gorge ou de rhume sans complication ni symptômes d'alarme. Cette approche est étayée par les récentes mises à jour des Folia du Centre belge d'information pharmacothérapeutique (octobre 2018) (15) et par les récentes recommandations de NICE (16,17). La mise à jour de 2017 de la synthèse méthodique de la Cochrane Collaboration montre que ne pas prescrire d'antibiotiques et conseiller de revenir si les symptômes persistent ou s'aggravent entraîne le niveau le plus faible de consommation d'antibiotiques et que l'évolution clinique est comparable à ce que l'on observe avec une prescription différée d'antibiotiques. Pour les médecins qui ne se sentent pas à l'aise s'ils ne prescrivent pas d'antibiotiques, la prescription différée d'antibiotiques peut être une alternative acceptable.

Références

1. Coenen S. Est-il vraiment possible de réduire le nombre de consultations et l'usage des antibiotiques dans les infections aiguës des voies respiratoires chez l'enfant ? MinervaF 28/10/2012.
2. Andrews T, Thompson M, Buckley DI, et al. Interventions to influence consulting and antibiotic use for acute respiratory tract infections in children: a systematic review and meta-analysis. PLoSOne 2012;7:e30334. DOI: 10.1371/journal.pone.0030334
3. Coenen S., van Driel M. Antibiotiques en cas d'infection respiratoire inférieure : prescription immédiate, différée ou absente? MinervaF 2006;5(5):77-8.
4. Little P, Rumsby K, Kelly J, et al. Information leaflet and antibiotic prescribing strategies for acute lower respiratory tract infection: a randomized controlled trial. JAMA 2005;293:3029-35. DOI: 10.1001/jama.293.24.3029
5. Matthys J, De Meyere M. Prescription différée d'antibiotiques en cas d'infection aiguë des voies respiratoires ? MinervaF 2015;14(4):46-7.
6. Little P, Moore M, Kelly J, et al. Delayed antibiotic prescribing strategies for respiratory tract infections in primary care: pragmatic, factorial, randomised controlled trial. BMJ 2014;348:g1606. DOI: 10.1136/bmj.g1606
7. Chevalier P. Otite moyenne aiguë chez l'enfant : balance bénéfices/risques des antibiotiques (mise à jour). Minerva bref 15/04/2016.
8. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, et al. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev 2015, Issue 6. DOI: 10.1002/14651858.CD000219.pub4
9. Chevalier P. Uitgesteld antibioticumvoorschrift bij acute otitis media. Minerva 2002;31(4):206-8.
10. Little P, Gould C, Williamson I, et al. Pragmatic randomised controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otitis media. BMJ 2001;322:336-42. DOI: 10.1136/bmj.322.7282.336
11. Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, et al. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev 2017, Issue 9. DOI: 10.1002/14651858.CD004417.pub5
12. De la Poza Abad M, Dalmau GM, Bakedano MM, et al. Prescription strategies in acute uncomplicated respiratory infections. JAMA2016;176:21-9. DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.7088
13. Higgins JP, Altman DG, Sterne JA. Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JP, Green S, editor(s). Cochrane Handbook for systematic reviews of interventions Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Available at handbook.cochrane.org
14. BAPCOC. Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire. Edition 2012.
15. Usage rationnel des antibiotiques dans les infections aiguës des voies respiratoires en première ligne. Folia Pharmacotherapeutica octobre 2018.
16. National Institute for Health and Care Excellence. Sore throat (acute): antimicrobial prescribing. NICE guideline [NG84] Published date: January 2018.
17. National Institute for Health and Care Excellence. Otitis media (acute): antimicrobial prescribing. NICE guideline [NG91] Published date: March 2018.