

Département de médecine communautaire,
de premier recours et des urgences
Service de médecine de premier recours

INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPERIEURS (IVRS)

J-P. Humair¹, L. Kaiser²

¹Service de médecine de premier recours, HUG

²Service des maladies infectieuses, HUG

Octobre 2013

LES POINTS À RETENIR

- La majorité des IVRS sont d'origine virale
- Le diagnostic d'IVRS nécessite d'identifier les patients avec une forte suspicion d'infection bactérienne et ceux à risque de complications
- En cas d'IVRS, un traitement antibiotique n'est indiqué que pour la minorité de patients ayant une pharyngite aiguë, une rhino-sinusite aiguë ou une otite moyenne aiguë avec une forte probabilité d'infection bactérienne
- Le traitement symptomatique efficace des IVRS comprend des vasoconstricteurs par voie orale ou nasale et un anti-inflammatoire non-stéroïdien ou antalgique par voie orale

Rhume? Mal de gorge? Toux?
Otalgie? Fièvre? Myalgies?

0 symptôme prédominant
Symptômes généraux modérés

Symptômes nasaux prédominants

Mal de gorge prédominant

Symptômes généraux prédominants
+
Epidémie de grippe

Otalgie prédominante

IVRS
aspécifique

Critères de gravité:
Fièvre >=39 ?
Céphalées sévères?
Oedème péri-orbitaire?
Diplopie?

Critères de gravité:
Trismus?
Asymétrie voile palais?
Amygdale bombée?
Dysphagie à salive?
Dyspnée inspiratoire?

Grippe à
Influenza

Lésion du tympan:
Erythème?
Bombement?
Perte du reflet?
Niveau liquidien?
Perforation?
Ecoulement?

TTT
symptômes

Symptômes >=10 jours
sans amélioration
OU
Symptômes >=3 jours
d'embée sévères
OU
Evolution des symptômes
en 2 temps

Cellulite péri-orbitaire?
Méningite?

Score de Centor:
T >=38 ?
Pas de toux?
Exsudat?
Adénopathies cervicales
douleuruses?

Abcès para-/
rétro-
pharyngé? Epiglottite?

Critères de gravité:
Symptômes sévères?
Complication?
Péjoration?

Otite moyenne
aiguë bactérienne

TTT
symptômes

Rhino-sinusite
aiguë bactérienne

Rhino-sinusite
aiguë virale

Score = 0-1

Score = 2-4

Hospitalisation
urgente

Symptômes <48h &
Risque complication:
Age >=65 ans?
Co-morbidité?
Grossesse?

Antiviral + TTT
symptômes

Antibiotique +
TTT symptômes

Antibiotique +
TTT symptômes

TTT
symptômes

Pharyngite
aiguë virale

Test rapide
streptococcique

Hospitalisation
urgente

TTT
symptômes

Antiviral + TTT
symptômes

TTT
symptômes

Pharyngite aiguë
streptococcique

Antibiotique +
TTT symptômes

INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPERIEURES

1. INTRODUCTION

Les infections des voies respiratoires supérieures (IVRS) sont des affections aiguës dues à une infection virale ou bactérienne touchant les voies respiratoires supérieures, soit le nez, les sinus para-nasaux, le pharynx, le larynx et l'oreille moyenne.

Les IVRS constituent le motif de consultation le plus fréquent en pratique ambulatoire, qui se répartissent entre pharyngite (1/4), rhino-sinusite (1/4) et des infections non spécifiques (1/3).¹ Dans la population générale, les adultes développent en moyenne 2-3 épisodes d'IVRS par an alors que les enfants d'âge pré-scolaire en ont 5-7.²

La grande majorité des IVRS sont d'origine virale et causées par plus de 200 différents virus différents, alors que moins de 10% sont d'origine bactérienne. Cependant, 20-30% des épisodes d'IVRS restent de cause inconnue et présumés dus à des virus.²

Les IVRS se transmettent entre humains par les sécrétions respiratoires des individus atteints qui peuvent disséminer l'agent infectieux par l'éternuement, la toux et les mains directement ou indirectement par l'intermédiaire d'une surface.² Contrairement à une croyance largement répandue, il n'y a aucune preuve scientifique que le climat froid ou l'exposition au froid favorise la survenue d'une IVRS.

Bien que la grande majorité des IVRS soient d'origine virale, 60-80% des patients reçoivent une prescription d'antibiotique.³ Les IVRS sont à l'origine de coûts très élevés à cause du très grand nombre de consultations, de la sur-prescription d'antibiotiques et du fréquent absentéisme au travail ou à l'école.⁴

2. DEFINITION / CLASSIFICATION

Les IVRS peuvent être classée en fonction du symptôme prédominant:^{3,5}

1. IVRS aspécifique : symptômes infectieux à plusieurs niveaux, sans prédominance
2. Pharyngite aiguë : prédominance du mal de gorge
3. Rhino-sinusite aiguë : prédominance de symptômes nasaux
4. Otite moyenne aiguë : prédominance d'une douleur de l'oreille
5. Grippe : prédominance de symptômes généraux et notion d'épidémie

3. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

3.1 IVRS aspécifiques

Les IVRS aspécifiques sont d'origine virale, ont une évolution clinique bénigne et guérissent spontanément en 7-10 jours en moyenne mais pouvant durer jusqu'à 14 jours.^{2,5,6}

3.1.1 Diagnostic

Une IVRS aspécifique est clinique se manifeste par des symptômes révélant une atteinte à des niveaux multiples, dont aucun n'est clairement prédominant.^{2,5,6}

- Rhinorrhée d'abord claire puis souvent purulente avec obstruction nasale et éternuements, qui sont les symptômes plus fréquents, présents dès le début et prédominants aux 2^{ème} et 3^{ème} jours
- Mal de gorge avec odynophagie modérée et enrouement, prédominant au 1^{er} jour et disparaissant rapidement
- Toux sèche ou productive et devenant gênante aux 4^{ème} et 5^{ème} jours
- Symptômes généraux incluant fièvre, fatigue et myalgies, qui sont généralement modérés sauf en cas de grippe à Influenza où ils sont plus sévères.

A l'examen, les signes cliniques sont généralement absents ou minimales avec une congestion nasale et une hyperhémie pharyngée.

L'évolution clinique est spontanément favorable en 3-10 jours.

Le diagnostic d'IVRS aspécifique est clinique sur la base des symptômes et de l'examen clinique et il n'y a pas d'indication à des examens complémentaires, sauf en cas de suspicion de complication.^{2,5,6} La stratégie diagnostique consiste d'abord à identifier la minorité de patients ayant une haute probabilité d'IVRS bactérienne, telle qu'une pharyngite à streptocoques, un abcès pharyngé, une épiglottite (cf. 3.2), une rhino-sinusite bactérienne (cf. 3.3), une otite moyenne bactérienne (cf. 3.4). Le clinicien doit aussi identifier les patients à risque de complications des IVRS, notamment de la grippe en cas d'épidémie en cours (cf. 3.5). Chez ces patients, il importe de rechercher activement une éventuelle complication, notamment une pneumonie, une exacerbation de broncho-pneumopathie obstructive chronique ou un asthme.

3.1.2 Traitement

La prise en charge de tout patient avec une IVRS aspécifique non compliquée inclut des conseils généraux sur les points suivants:⁵

- Information sur la bénignité de la maladie, dont la durée moyenne est de 7-10 jours mais pouvant atteindre 14 jours
- Discussions des attentes et inquiétudes du patient
- Réassurance qu'un antibiotique n'est pas indiqué pour améliorer les symptômes et qu'il peut avoir des effets indésirables
- Proposition d'un traitement symptomatique
- Conseil de reconsulter en cas de péjoration ou de prolongation des symptômes au-delà de la durée attendue

Pour une IVRS aspécifique non compliquée, on recommande un traitement symptomatique pour réduire l'intensité et la durée des symptômes. Seuls les traitements suivants sont recommandés car ils apportent un bénéfice modéré sur les symptômes sans augmenter le risque d'effets indésirables:^{7,8}

- Vasoconstricteur par voie nasale en gouttes ou spray durant 1-3 jours:
 - Oxymetazoline: Nasivine gouttes nasales 0,05% ®, 2-3 x 1-2 gouttes/narine/jour ou Nasivine spray nasal 0,05% ®, 2-3 x 1 nébulisation/narine/jour.
 - Xylométazoline : Spray nasal Neo Spirig 0.1% ® 3-4 x 1 nébulisation/narine/jour.
 - Diminue le rhume et la toux mais son usage est limité à 3 jours en raison du risque de rhinite vasomotrice ; au-delà, il doit être remplacé par une solution saline.
- Vasoconstricteur par voie orale seul ou avec un anti-histaminique H1, durant 3-7 jours:
 - Pseudoéphédrine : Rinoral ®, 2 x 1 caps/j PO.

- Phényléphrine-chlophénamine : Triocaps R[®], 2 x 1 caps/j PO.
- Diminue le rhume et la toux surtout si celle-ci est persistante ; contre-indiqué en cas d'hypertension artérielle non contrôlée en raison de son effet hypertenseur; l'anti-histaminique H1 peut causer une sédation.
- Bromure d'ipratropium intranasal :
 - Rhinivent spray nasal 0.03% ® 2-3 x 2 nébulisations/narine/jour.
 - Améliore les symptômes nasaux mais cause sécheresse nasale et épistaxis.
- Anti-inflammatoire non-stéroïdien (AINS) :
 - Ibuprofène 3 x 400-600 mg/j PO
 - Diminue la fièvre, les myalgies et le mal de gorge.
- Antalgique :
 - Paracétamol 3-4 x 500-1000mg/j PO
 - Diminue la fièvre et les myalgies

Certaines mesures non médicamenteuses sont d'efficacité controversée, basée sur très peu d'études mais avec un faible risque de toxicité.⁷

- Solution saline de NaCl 0.9% ou eau de mer intra-nasale :
 - Physiologic Gifrer[®] 1-6 x rinçage/narine/jour.
 - Rhinomer spray nasal[®] 1-6 x rinçage/narine/jour
- Inhalations de vapeur d'eau chaude
- Gargarismes

Parmi les combinaisons de traitement systémique des IVRS, seule la combinaison d'un vasoconstricteur et anti-histaminique H1 est recommandée car elle a montré une efficacité supérieure aux autres sur la résolution des symptômes (NPT=4 [IC95% = 3-5.6]) sans augmenter significativement le risque d'effet indésirable.⁸

Les différents anti-tussifs avec des agents supprimant la toux (ex. dextrométhorphan, codéine) ou facilitant l'expectoration (ex. guaifénisine) ne sont pas recommandés car ils sont inefficaces ou d'efficacité controversée.⁷ La toux peut s'améliorer avec un traitement vasoconstricteur et il n'y a que très rarement une justification de prescrire un anti-tussif ni d'ajouter une composante antitussive à un autre traitement.

En cas d'IVRS aspécifique, les traitements par un antibiotique, un anti-histaminique H1 seul, un corticoïde nasal, la vitamine C et le sulfate de zinc (en comprimés ou sirop) ne sont pas recommandés car leur efficacité sur les symptômes n'est pas démontrée ou est incertaine alors que le risque d'effets indésirables augmente.⁷

Une IVRS peut nécessiter un arrêt de travail en cas de symptômes sévères et en fonction de l'activité professionnelle.

En cas de persistance des symptômes, il faut considérer le diagnostic d'une rhinosinusite aiguë (cf. 3.3), une hyperréactivité bronchique post-infectieuse ou un asthme ou une bronchite à éosinophiles ou encore une coqueluche (cf. Stratégie «Toux chronique»).

3.2 Pharyngite aiguë

La pharyngite est la troisième cause de consultation ambulatoire (4.3%). La grande majorité des pharyngites sont d'origine virale alors que seulement 5-15% sont d'origine bactérienne, pour la plupart dues au streptocoque β -hémolytique du groupe A (GABHS) qui nécessite un traitement antibiotique.⁹

3.2.1 Diagnostic

L'utilisation du score clinique de Centor améliore le jugement clinique et la prise en charge (Tableau 1). Ce score est basé sur la présence ou non de quatre symptômes ou signes clinique associées de manière indépendante à une culture positive de frottis de gorge pour GABHS: fièvre rapportée ou mesurée $\geq 38^{\circ}\text{C}$, absence de toux, exsudat de l'amygdale et adénopathies cervicales antérieures douloureuses.¹⁰ Individuellement, ces symptômes et signes cliniques ont une sensibilité (60-90%) et une spécificité (40-85%) très moyennes. Cependant, la combinaison de ces symptômes et signes cliniques dans un score clinique de 0 à 4 points permet de mieux déterminer la probabilité clinique de pharyngite à GABHS entre <5% et 60% (Tableau 1).¹⁰

Par rapport à la culture du frottis de gorge, le test streptococcique rapide (TSR) a une haute spécificité (environ 95%) pour le diagnostic de pharyngite à GABHS : très peu de patients sans pharyngite à GABHS auront un test positif et seront traités inutilement par antibiotique. La sensibilité du TSR est plus basse (70-90% selon les tests) mais elle est plus élevée (90%) pour les tests plus récents basés sur la technique *optical immunoassay*.⁹ La majorité des faux négatifs (pharyngite à GABHS avec un TSR négatif) s'explique par une plus faible charge bactérienne à la culture. La performance du TSR est influencée par la technique de prélèvement, qui consiste à frotter les 2 loges amygdaliennes et la paroi postérieure de l'oropharynx. Le TSR a aussi l'avantage de permettre un diagnostic et une décision thérapeutique immédiats.

La stratégie combinant le score clinique de Centor et le TSR pour les patients avec un score clinique de 2-4 permet d'améliorer les valeurs prédictives positives et négatives de pharyngite à GABHS et d'optimiser la démarche diagnostique (Tableau 1).^{9,11}

Score clinique de Centor	Probabilité clinique de pharyngite à GABHS	Probabilité de pharyngite à GABHS post-test rapide <i>positif</i>	Probabilité d' <i>absence</i> de pharyngite à GABHS post-test rapide <i>négatif</i>	Stratégie thérapeutique	Traitement antibiotique approprié
0-1	<5	NA	NA	Ø TSR, TTT symptomatique	NA
2	23.6	87.5	94	TSR + : Pénicilline TSR - : TTT symptomatique	94%
3	41	91	96.6		
4	60.3	97.5	92.9		

Tableau 1: Stratégie diagnostique et thérapeutique de la pharyngite selon le score clinique et le test rapide^{9,11}

Le clinicien doit être vigilant pour diagnostiquer 2 complications rares chez des patients se plaignant d'un mal de gorge :

- Abscess pharyngés péri-amygdalien ou rétro-pharyngé : la suspicion clinique se base sur un trismus, une asymétrie du voile du palais et un bombement amygdalien ; en cas de suspicion, le patient doit être référé au spécialiste ORL.
- Epiglottite bactérienne : chez un patient avec des symptômes d'IVRS, la suspicion clinique repose un état hautement fébrile, un aspect toxique, une difficulté à avaler la salive, une dyspnée de type inspiratoire et une péjoration rapide des symptômes. Toute suspicion d'épiglottite doit être immédiatement référée pour une hospitalisation en urgence avec une intubation dans la plupart des cas.

3.2.2 Traitement

Une stratégie combinant le score clinique et le test rapide est efficace et efficiente pour optimiser le traitement antibiotique pour les patients ayant une pharyngite à GABHS et limiter considérablement la sur-prescription d'antibiotique à ceux qui n'en ont pas ainsi que la sous-prescription aux rares faux-négatifs qui en ont une (Tableau 1).^{9,11}

Chez l'adulte, le traitement antibiotique prescrit dans les 2 premiers jours diminue la durée de la symptomatologie d'environ un jour et le nombre de patients symptomatiques à 3 jours (NPT=21). Cet effet est plus marqué en cas de pharyngite à GABHS qu'en cas de test négatif.¹² L'antibiothérapie diminue aussi la transmission de la maladie à autrui et le risque d'otite moyenne (RR = 0.30 [IC95% = 0.15-0.58]), de rhino-sinusite aiguë (RR = 0.48 [IC95% = 0.08-2.76]), d'abcès pharyngé (RR = 0.15 [IC95% = 0.05-0.47]) ou du très rare rhumatisme articulaire aigu avec cardite (RR = 0.22 [IC95% = 0.02-2.08]).¹³ Le traitement antibiotique tend aussi à réduire de manière non significative le risque de glomérulonéphrite aiguë. Cependant, dans les pays développés le bénéfice absolu du traitement est modeste en raison du faible taux de complications.

Le traitement antibiotique recommandé pour la pharyngite à GABHS est:⁹

- 1^{er} choix : Pénicilline V 3 x 1 Mio U/j PO durant 10 jours. La pénicilline a un spectre restreint avec une efficacité supérieure ou égale à tous les autres antibiotiques pour la pharyngite streptococcique.
- 2^{ème} choix si allergie à la pénicilline :
 - Clarithromycine 2 x 250 mg/j PO durant 10 jours
 - ou Azithromycine 1 x 500 mg/j PO durant 5 jours.

Pour réduire la douleur de gorge et de la fièvre, on recommande de prescrire un traitement symptomatique à tous les patients atteints de pharyngite aiguë virale ou bactérienne sous forme d'AINS ou analgésique par voie générale (cf. 3.1.2).⁹

Les traitements topiques sous forme de spray ou pastilles à sucer contenant un anesthésique local ou un antiseptique sont moins efficaces ou n'ont pas démontré leur efficacité.

3.3 Rhino-sinusite aiguë

La rhino-sinusite aiguë est une infection des muqueuses du nez et des sinus d'une durée inférieure à 4 semaines. Dans la très grande majorité des cas, la rhino-sinusite aiguë est d'origine virale, le plus souvent due à un rhinovirus, virus influenza ou parainfluenza. Seuls 0,5-2% des patients ont une rhino-sinusite d'origine bactérienne, causée le plus souvent par *Streptococcus pneumoniae* (41%), *Haemophilus influenza* (35%) *Moraxella*

catarrhalis (4%). La rhino-sinusite bactérienne résulte le plus souvent de la surinfection d'une rhino-sinusite virale et peut aussi être favorisée par une allergie, une obstruction nasale mécanique ou une immuno-déficience.¹³

3.3.1 Diagnostic

Le diagnostic d'une rhino-sinusite aiguë se base sur les symptômes et signes cliniques dont les plus caractéristiques sont: rhinorrhée purulente, congestion ou obstruction nasale, douleur faciale, souvent aggravée par l'inclinaison de la tête en avant. D'autres symptômes et signes sont plus inconstants : douleur dentaire maxillaire, fièvre, fatigue, toux, hyposmie ou anosmie, céphalées, douleur ou pression dans l'oreille, halitose. La rhino-sinusite virale se résout généralement en 7-10 jours, de même qu'une minorité des rhino-sinusites bactériennes.¹³

En effet plusieurs méta-analyses et études, de validité limitée car non basées sur un diagnostic bactériologique, n'ont pas permis d'identifier les caractéristiques cliniques permettant de distinguer une rhino-sinusite aiguë d'origine bactérienne ou virale.^{13,14} Un consensus d'experts a établi 3 présentations associées à une probabilité élevée de rhino-sinusite bactérienne:¹³

- Durée des symptômes et signes depuis ≥ 10 jours sans amélioration
- Début des symptômes et signes sévères tels que fièvre élevée ($> 39^{\circ}\text{C}$), rhinorrhée purulente ou douleur faciale durant au moins 3 jours consécutifs en début de maladie
- Evolution en 2 temps avec des symptômes et signes initiaux de rhino-sinusite virale qui s'améliorent en 5-6 jours puis s'aggravent

Les céphalées, écoulement postérieur, toux, expectorations, douleur à l'inclinaison de la tête, absence d'amélioration avec un décongestionnant ou transillumination anormale des sinus ne changent pas significativement la probabilité du diagnostic.^{13,14}

Le clinicien doit rechercher la présence de symptômes/signes de gravité suggérant une rhino-sinusite compliquée par une méningite ou une cellulite orbitaire ou péri-orbitaire et nécessitant une évaluation en urgence : fièvre élevée ($\geq 39^{\circ}$), céphalées importantes, dipopie, œdème ou érythème périorbitaire, baisse d'acuité visuelle, déficit neurologique, confusion mentale.¹³

L'imagerie par radiographie standard ou CT-scan des sinus n'a pas une performance suffisante et n'est pas recommandée en 1^{ère} intention. Elle est réservée aux cas avec complication ou absence d'amélioration. En effet un épaississement muqueux, un niveau hydro-aérique ou une opacification complète du sinus n'ont pas une sensibilité suffisante pour différencier entre une rhino-sinusite virale et bactérienne.¹³

Les examens bactériologiques ne sont pas fiables ni recommandés pour le diagnostic de rhino-sinusite.¹³

3.3.2 Traitement

On recommande chez tous les patients avec une rhino-sinusite aiguë suspectée d'origine virale ou bactérienne un traitement symptomatique comprenant les mêmes options que celui des IVRS aspécifiques:^{7,13}

- AINS ou antalgique pour diminuer la fièvre et les douleurs faciales (cf. 3.1.2).

- Vasoconstricteur par voie nasale en cas de rhino-sinusite virale uniquement (cf. 3.1.2)
- Vasoconstricteur par voie orale seul ou avec un anti-histaminique H1 (cf. 3.1.2)
- Solution saline de NaCl 0.9% ou eau de mer intra-nasale (cf. 3.1.2)

Un traitement de corticoïde intra-nasal en monothérapie pour une rhino-sinusite aiguë virale ou avec un antibiotique pour une rhino-sinusite aiguë bactérienne avec une efficacité modérée sur la résolution des symptômes (RR=1.11 [IC95% = 1.04-1.18], NPT=15) et un minimum d'effets indésirables.^{13,15}

Les traitements recommandés de corticoïde intra-nasal sont:^{13,15}

- Mometasone (Nasonex ®) 2 x 1-2 nébulisations/narine/j (200-400 µg/jour)
- Budesonide (Rhinocort 100 ®) 1-2 x 2 nébulisations/narine/j (200-400 µg/jour)

Le traitement antibiotique pour le traitement de la rhino-sinusite aiguë est controversé en raison d'études de validité limitée sur la définition et le standard diagnostique. La méta-analyse la plus récente confirme une efficacité modérée sur la résolution des symptômes (OR=1.44 [IC95% = 1.24-1.68], NPT=13 [IC95% = 9-22]) d'une rhino-sinusite aiguë clinique ou radiologique, ce qui n'est pas optimal. Un avis d'experts a conclu à recommander un traitement antibiotique aux patients avec une haute probabilité de rhino-sinusite bactérienne selon les critères définis ci-dessus (cf. 3.3.1).¹³ Les traitements antibiotiques recommandés pour la rhino-sinusite aiguë bactérienne sont:¹³

- 1^{er} choix :
 - Céfuroxime 2 x 250 mg/j PO durant 5-7 jours
 - ou Amoxiciline-acide clavulanique 2 x 1 g /j PO durant 5-7 jours
- 2^{ème} choix si allergie à la pénicilline :
 - Clarithromycine 2 x 250 mg/j PO durant 5-7 jours
 - ou Azithromycine 1 x 500 mg/j PO durant 3 jours
- 3^{ème} choix si allergie à la pénicilline, forme sévère ou résistance au traitement:
 - Levofloxacin 500 mg/j PO durant 7-10 jours
 - ou Moxifloxacin 400 mg/j PO durant 7-10 jours

3.4 Otite moyenne aiguë

L'otite moyenne aiguë (OMA) est nettement plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Si pratiquement 100 % des enfants ont eu une OMA à l'âge de trois ans, il n'y a, à notre connaissance, aucune donnée d'incidence chez l'adulte. Les germes les plus fréquents sont *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* et *Moraxella catarrhalis*.¹⁶ La cause la plus importante d'OMA est une dysfonction de la trompe d'Eustache.

3.4.1 Diagnostic

L'otite moyenne aiguë est facilement diagnostiquée par l'anamnèse et l'otoscopie.¹⁶

A l'anamnèse on relève une otalgie aiguë, une hypoacousie, un état fébrile, un écoulement purulent du conduit auditif s'il y a perforation du tympan et parfois la notion d'une IVRS les jours précédents.

A l'otoscopie, on peut observer au niveau du tympan : érythème, bombement, perte du reflet, niveau liquidien en transparence, parfois un écoulement et une perforation.

Les complications sévères de l'OMA, qui sont très rares chez l'adulte, incluent mastoïdite (82%) parfois associée à une paralysie faciale, abcès sous-périosté et labyrinthite, ainsi que des complications intracrâniennes (18%) telles que méningite, abcès intracrânien et

thrombose du sinus sphénoïde.¹⁷ Toute suspicion de complication doit être immédiatement référée pour une hospitalisation en urgence.

3.4.2 Traitement

Toutes les recommandations chez l'adulte sont extrapolées des études chez l'enfant. Pour le traitement de l'OMA chez l'adulte, on recommande d'emblée une antibiothérapie ciblant les germes les plus fréquents. Les traitements antibiotiques recommandés pour l'otite moyenne aiguë sont:¹⁷

- 1^{er} choix :
 - Céfuroxime 2 x 500 mg/j PO durant 5-7 jours
 - ou Amoxicilline 2 x 500 mg/j PO durant 5-7 jours
 - ou Amoxicilline-acide clavulanique 2 x 1 g /j PO durant 5-7 jours
- 2^{ème} choix si allergie à la pénicilline :
 - Clarithromycine 2 x 250 mg/j PO durant 5-7 jours
 - ou Azithromycine 1 x 500 mg/j PO durant 3 jours

On recommande aussi un traitement symptomatique comprenant les mêmes options que celui des IVRS aspécifiques.^{7,13}

- AINS ou antalgique pour diminuer la fièvre et l'otalgie (cf. 3.1.2).
- Vasoconstricteur par voie nasale (cf. 3.1.2) permettant un écoulement facilité du pus par la trompe d'Eustache

3.5 Grippe

Les virus Influenza A et B causent des épidémies de grippe saisonnières qui surviennent généralement en hiver, le plus souvent de fin décembre à mars. Ces virus ont une très grande variabilité génétique avec de fréquentes mutations permettant l'apparition de nouvelles souches virales qui causent de nouvelles épidémies chaque année. La grippe se transmet facilement entre humains, entraînant une augmentation rapide du nombre de personnes atteintes. En Suisse, chaque épidémie annuelle cause environ 100'000 à 300'000 cas, 5'000 à 15'000 pneumonies, 1'000 hospitalisations et 400 (100-1000) décès. Le système de surveillance de la grippe permet de suivre l'épidémie, qui est déclarée dès le franchissement du seuil épidémique de 50 affections grippales pour 100'000 habitants.¹⁸ La grippe peut se compliquer par une pneumonie virale primaire ou bactérienne secondaire ainsi que par la décompensation de maladies chroniques responsables de nombreuses hospitalisations et décès, dont la fréquence augmente avec l'âge et est 2-5 fois plus élevée au-dessus de 65 ans.¹⁸

3.5.1 Diagnostic

Cliniquement, la grippe à influenza est difficile à distinguer des autres IVRS. Le diagnostic de grippe doit être suspecté en période d'épidémie et lorsque le tableau clinique montre un début brutal avec des symptômes généraux sévères (Tableau 2).¹⁸

Le clinicien doit aussi identifier les patients à risque de complications de la grippe:¹⁹

- Personnes de ≥ 65 ans
- Adultes de tout âge avec une maladie chronique : pneumopathie ; cardiopathie ; diabète ; obésité morbide ; insuffisance rénale ; immunosuppression congénitale, acqui-

se ou iatrogène ; hémoglobinopathie ; maladie rhumatologique ou neurologique avec répercussion cardiaque, respiratoire ou rénale.

- Femmes enceintes à tout âge gestationnel et durant 2 semaines post-partum.
 - Résidents d'institutions de soins pour personnes âgées ou malades chroniques.
- Chez ces patients, la grippe se complique fréquemment chez les personnes âgées ou ayant une maladie chronique de pneumonie, rhino-sinusite aiguë, otite moyenne aiguë, bronchite et d'aggravation d'une maladie chronique (asthme, broncho-pneumopathie obstructive chronique (BPCO), diabète, insuffisance cardiaque). Il existe aussi de rares complications cardiaques et neurologiques.¹⁸

Grippe à Influenza	Etat grippal du à d'autres virus
Incubation : 1-4 jours	Incubation : 1-4 jours
Apparition soudaine	Apparition progressive
Symptômes généraux sévères : fièvre 38-40°C, frissons, malaise, myalgies, arthralgies, céphalées	Symptômes généraux modérés : Fièvre 37-38,5°, frissons, malaise, myalgies, arthralgies, céphalées
Symptômes respiratoires : Rhume, mal de gorge, toux non productive	Symptômes respiratoires : Rhume, mal de gorge, toux
Durée 7-10 jours	Durée < 7 jours

Tableau 2 : Diagnostic clinique de grippe à Influenza et d'IVRS due à d'autres virus

3.5.2 Traitement

On recommande chez tous les patients avec une suspicion de grippe à Influenza un traitement symptomatique comprenant les mêmes options que celui des IVRS aspécifiques:⁷

- AINS ou antalgique pour diminuer la fièvre, les myalgies et les douleurs (cf. 3.1.2).
- Vasoconstricteur par voie nasale en cas de rhino-sinusite virale uniquement (cf. 3.1.2)
- Vasoconstricteur par voie orale seul ou avec un anti-histaminique H1 (cf. 3.1.2)

Un traitement antiviral par des inhibiteurs de la neuraminidase n'est pas indiqué de manière systématique en raison de leur efficacité limitée, de leur coût élevé, du risque de résistance croissante et de la nécessité d'initier le traitement dans les 48h après le début des symptômes. Ces anti-viraux ont une efficacité modeste en réduisant la durée des symptômes d'environ un jour (-21 heures [IC95% = -12.9 à -29.5]) mais n'ont pas eu d'effet sur les hospitalisations (OR=0.95 [IC95% = 0.57-1.61]).¹⁹

Un traitement antiviral précoce est recommandé idéalement dans les 48 heures mais aussi au-delà en cas d'aggravation pour les indications suivantes:¹⁹

- Patients avec une grippe confirmée ou suspectée d'intensité sévère nécessitant une hospitalisation, avec une complication (pneumonie) ou une aggravation clinique.
- Patients avec une grippe confirmée ou suspectée et ayant un haut risque de complication grippale en raison de l'âge, d'une co-morbidité ou d'une grossesse.

Il n'y a pas d'indication au traitement anti-viral chez les patients avec une grippe non compliquée et une évolution des symptômes depuis plus de 48 heures.¹⁹

Si indication, le traitement anti-viral se prescrit de la manière suivante:¹⁹

- Oseltavimir (Tamiflu®) 2 x 75 mg/j PO durant 5 jours ; réduire la dose à 1 x 75 mg/j si insuffisance rénale avec une clearance < 30 ml/min ; contre-indication si insuffisance rénale avec clearance < 10 ml/min ; effets indésirables : nausées, vomissements.

- Zanamivir (Relenza®) 2 x 2 doses de 5 mg/j par *inhalation buccale* durant 5 jours ; effets indésirables : bronchospasme en cas d'asthme ou BPCO.

4. PREVENTION

On peut recommander 4 mesures de prévention des IVRS :

- Lavage ou désinfection des mains pour diminuer la transmission des virus d'IVRS.
- Vaccin anti-grippal (cf. Stratégie Vaccinations).¹⁹
- Prophylaxie par antiviral pour réduire le risque de grippe et de complication chez les personnes à haut risque non vaccinées durant 2 semaines en attendant l'effet de la vaccination et si le risque d'exposition au virus élevé.¹⁹
- Vaccin anti-pneumococcique (cf. Stratégie Vaccinations).
- Arrêt du tabac pour les fumeurs qui ont un risque 1.5 fois plus élevé d'IVRS qui pourrait être réduit par l'arrêt du tabac.

5. REFERENCES

1. Armstrong GL, Pinner RW. Outpatient visits for infectious diseases United States, 1980 through 1996. *Arch Intern Med* 1999;159:2531-2536.
2. Heikkinen T, Järvinen A. The common cold. *Lancet* 2003;361:51.
3. Gonzales R, Bartlett JG, Besser RE, et al. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of acute respiratory tract infections in adults: Background. *Ann Intern Med* 2001;134:479-486.
4. Fendrick AM, Monto AS, Nightengale B, et al. The economic burden of non-influenza-related viral respiratory tract infections in the United States. *Arch Intern Med* 2003;163:487.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Respiratory tract infections – antibiotic prescribing. Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. NICE, 2008.
6. Gonzales R, Bartlett JG, Besser RE, et al. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of nonspecific upper respiratory tract infections in adults: Background. *Ann Intern Med* 2001;134:490-494.
7. Fashner J, Ericson K, Werner S. Treatment of the common cold in children and adults. *Am Fam Physician* 2012;86:153-159.
8. De Sutter AI, van Driel ML, Kumar AA, et al. Oral anti-histamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;2:CD004976.
9. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW et al. Clinical Practice Guideline for the diagnosis and management of Group A streptococcal pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2012;55:e86-102.
10. Centor RM, Whitherspoon JM, Dalton HP, et al. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making* 1981;1:239-46.
11. Humair JP, Antonini Revaz S, Bovier P, et al. Management of acute pharyngitis in adults. Reliability of rapid streptococcal tests and clinical findings. *Arch Intern Med* 2006;166:640-644.
12. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Sys Rev* 2006;4:CD000023.
13. Chow A, Benninger MS, Brook I, et al. IDSA Clinical Practice Guideline for acute rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis* 2012;54:e71-112.

14. Young J, De Sutter A. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: A meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2008;371:908–914.
15. Zalmanovici A, Yaphe J. Intranasal steroids for acute sinusitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;4:CD005149.
16. Rovers M, Schilder A. Otitis media. *Lancet* 2004;363:465–473.
17. Kozyrskyj AL, Klassen TP, Moffatt M, et al. Short course antibiotics for acute otitis media. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;9:CD001095.
18. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations (CFV), Groupe de travail Influenza (GTI). Directives et recommandations. Recommandations pour la vaccination contre la grippe. Berne: Office fédéral de la santé publique, 2011.
19. Jefferson T, Jones MA, Doshi P, et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;1:CD008965.

Mise à jour : octobre 2013 par J-P. Humair

Pour tout renseignement, commentaire ou question : marie-christine.cansell@hcuge.ch

