Fiche informative et aide à la décision relative à la prescription d'antibiotiques en cas de toux due à une infection aiguë des voies respiratoires

Ce document s'adresse aux médecins et synthétise les données importantes à connaître en vue d'une prise de décision partagée avec leurs patient.e.s.

Épidémiologie

Épidémiologie

- La toux est une des causes de consultation les plus fréquentes dans les soins médicaux de base ; elle concerne environ 8 % des cas. [1,2]
- La prévalence de la toux dans la population se situe entre 9 et 33 %. La plupart des cas (73-92 %) sont dus à des infections des voies respiratoires.[1,3-5]

Classification :

Il n'y a pas de définition unique pour la toux aiguë d'origine infectieuse. La toux peut être causée par une infection des voies respiratoires supérieures ou inférieures survenant souvent en même temps.[1,6] L'anamnèse et un examen médical précis sont nécessaires pour poser un diagnostic correct.[7-9] Dans le cas de maladies aiguës du système respiratoire (y c. bronchite), la toux est le symptôme principal et est accompagnée par au moins un **autre symptôme respiratoire** (mucosités, sifflement, douleurs thoraciques) qui **ne peut être expliqué autrement**.[8,10] La toux dure environ 4 semaines (dans 75 % des cas) ou plus longtemps (dans 25 % des cas). [1,3,4,7]

Pathogenèse[3,4,7,11,12] :

Origine virale : **> 90 %**

- Rhinovirus (30-50 %)
- Virus de la grippe
- Adénovirus
- Coronavirus (même SARS-CoV-2)
- Autres: VRS et virus para-influenza

Origine bactérienne: **< 10 %**

- Pneumocoque
- Haemophilus influenzae
- Mycoplasma pneumoniae
- Chlamydia pneumoniae
- Bordetella pertussis / Bordetella parapertussis

Tableau clinique[1,3,4,7,13,14]

- toux (productive ou non unproductive / sèche)

Symptômes facultatifs :

- fièvre
- écoulement nasal / éternuements
- maux de gorge / rougeur du pharynx
- maux de tête ou douleurs musculaires
- malaise / fatigue

Examens cliniques :

- Des mucosités, une respiration bruyante (p. ex. sifflement) et de la fièvre sont souvent observables.

Drapeaux rouges[1,7,13]

- mauvais état clinique général (LR^+ 6.3)
- pression artérielle systolique < 90mmHg
- tachypnée (> 24 respirations/min.) (LR^+ 3.8)
- crachement de sang ou toux
- stridor
- maladie pulmonaire telle que BPCO sévère ou tuberculose
- malignité ou immunodéficience

→ Examens complémentaires ou redirection vers un spécialiste

Diagnostic

Diagnostic[13-17]

Affection respiratoire aiguë avec toux

Faible risque de pneumonie (< 1-3 %) :
Présence de symptômes des voies respiratoires supérieures (≥ 2) :
- écoulement nasal
- maux de gorge ou enrouement
- légère fièvre (< 38.5 °C)

mais pas de détresse respiratoire, de tachycardie ou de crépitement lors de l'auscultation (LR^- 0.25)[13,14,16,17]

Risque moyen de pneumonie (3-20 %) :
Pas de symptômes des voies respiratoires supérieures (LR^+ 1.5) **et ≤ 2** des troubles suivants :
- détresse respiratoire (LR^+ 1.5)
- crépitement lors de l'auscultation (LR^+ 2)
- température > 38.5 °C (rectale / auriculaire), mais pendant < 3 j (LR^+ 3.5)
- pulsation > 100/min (LR^+ 2.1)

et bon état clinique général (LR^- 0.54) [10,13,14,17-20]

Risque élevé de pneumonie (> 20 %) :
Pas de symptômes des voies respiratoires supérieures (LR^+ 1.5) **et ≥ 3** des troubles suivants :
- détresse respiratoire (LR^+ 1.5)
- crépitement lors de l'auscultation (LR^+ 2)
- fièvre ≥ 3 j à > 38.5 °C (rectale / auriculaire) (LR^+ 3.5)
- pulsations cardiaques > 100/min (LR^+ 2.1)[13,14,17,20]

Préférences du patient concernant le traitement **(utilisation de l'OuSaC)**

Pas d'examen complémentaire

Procédez à l'examen de votre choix

CRP[14,15,18,19,21,22]

< 50 mg/l

> 50 ou < 100 mg/L

> 100 mg/L

OuSaC

Infiltrat sur la radiographie du thorax ou ultrasons[23,24]

Oui

Non

Traitement symptomatique

Antibiotique

Traitement symptomatique

Le **rapport de vraisemblance positif (*Likelihood Ratio*, LR^+)** indique le changement de probabilité du diagnostic d'un patient présentant un examen positif.
Le **rapport de vraisemblance négatif (*Likelihood Ratio*, LR^-)** indique le changement de probabilité du diagnostic d'un patient présentant un examen négatif.
La procalcitonine n'est actuellement pas remboursée par les caisses-maladie dans les cabinets médicaux (18.8.2023).

Possibilités de traitement :

Traitement symptomatique

1. Traitement symptomatique

- Les **AINS** sont à prescrire **uniquement** aux patients adultes présentant de la fièvre, des maux de tête et/ou des douleurs musculaires.[25]
- **Les antitussifs / opioïdes** (p. ex. dextrométorphane ou codéine) : le dextrométorphane peut soulager une toux non productive, mais son efficacité est contestée.[26] D'après les directives du NICE[7,27], la codéine n'est pas plus efficace que le placebo.
- Les **bronchodilatateurs** ne devraient être prescrits que lorsque la toux aiguë est causée par une maladie des voies respiratoires préexistante.[28]
- **Stéroïdes oraux** : Aucune preuve n'a été trouvée pour soutenir l'usage des corticostéroïdes pour les patients avec asthme cliniquement non confirmé.[41,42]
- **Stéroïdes locaux** : Les preuves sont insuffisantes pour recommander l'usage de corticoïdes inhalé régulièrement.[43]
- **Phytothérapie / miel** : l'association du lierre et du thym peut soulager la toux.[29,30] L'échinacée n'a aucun effet.[31]
  Le miel peut calmer la fréquence et la violence des quintes de toux et améliorer la qualité du sommeil.[32,33]
- **Les antihistaminiques et les solutions décongestionnantes** ne soulagent pas la toux .[25,26]
- **Les expectorants** : l'acétylcystéine montre un léger effet (toux plus faible après 7 jours), mais les preuves sont insuffisantes.[40]

Traitement antibiotique

2. Traitement antibiotique

- **Avantages**[3,4,27,29,34-37] :
  Après 7 jours sous antibiotiques, sur 100 personnes, 4 de plus montrent une amélioration de la toux (62 % dans le groupe placebo et 66 % dans le groupe sous antibiotiques).
  Après 14 jours sous antibiotiques, sur 100 personnes, 6 de plus montrent une amélioration de la toux (75 % dans le groupe placebo et 81 % dans le groupe sous antibiotiques), mais le temps nécessaire à la guérison totale de la toux n'est pas influencé par le traitement antibiotique. Dans l'ensemble, les antibiotiques améliorent la toux une demi-journée (en moyenne 0,46 jour) plus rapidement que les placebos. Ce petit avantage est contrebalancé par d'éventuels effets secondaires des antibiotiques.[2]
  Les antibiotiques réduisent le risque de pneumonie de < 1 % (NNT > 120) chez les personnes de moins de 65 ans et de 3 % au maximum (NNT min. 39) chez les personnes de plus de 65 ans.[7]
  La durée des symptômes est la même dans le groupe sous antibiotiques et dans le groupe placebo, même si des bactéries potentiellement réceptives aux antibiotiques étaient présentes.[26]
- **Inconvénients / risques** :
  des effets secondaires indésirables tels que nausée, vomissements, diarrhée, maux de tête, éruptions cutanées et vaginite apparaissent dans 5 à 29 % des cas (NNH 4-20).[29,35,38]

Choix, dosage et durée du traitement antibiotique[24]

Secteur ambulatoire (pneumonie sans gravité) : - sans comorbidité : amoxicilline 1 g/8 h per os, dose journalière maximale 3 g
- avec comorbidité : amoxicilline/acide clavulanique 1 g/8 h per os

Alternative : enfants et adultes ≥ 8 ans sans comorbidité : doxycycline 100 mg/12 h per os (sauf pendant la grossesse) ou clarithromycine 500 mg/12 h per os

Durée du traitement : 2 à 3 jours après la disparition de la fièvre ou la stabilisation ; normalement après 5 jours. Un traitement plus court est possible en cas de pneumonie sans gravité ou de gravité moyenne si l'amélioration clinique est rapide.[40]

Prescrire moins d'antibiotiques comporte des avantages

- Frein à la progression de l'antibiorésistance des bactéries et absence d'effets secondaires indésirables dus à la prise d'antibiotiques.
- Un traitement antibiotique immédiat incite les patients à attendre un nouveau traitement antibiotique dès qu'ils se sentent malades.[35]

References: see https://www.biham.unibe.ch/research/tools_to_facilitate_shared_decision_making/index_eng.html