

# Antibiothérapie

## par voie générale en pratique courante : infections respiratoires basses de l'adulte

Réactualisation 2002

Par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps),  
143-147, boulevard Anatole-France,  
93285 Saint-Denis cedex.  
Site : [www.afssaps.santé.fr](http://www.afssaps.santé.fr)

**L**e groupe de travail a limité sa réflexion aux infections des voies respiratoires basses de l'adulte : les bronchites aiguës

du sujet sain et les pneumonies communautaires.

Les infections des voies respiratoires basses sont fréquentes et leur incidence augmente avec l'âge.

Elles représentent l'un des motifs les plus fréquents de consultation et de prescription d'antibiotiques.

### Diagnostic des infections respiratoires basses de l'adulte

Pour le praticien, il convient de distinguer les infections respiratoires basses avec atteinte parenchymateuse (les pneumonies), des infections respiratoires basses sans atteinte parenchymateuse (les bronchites aiguës). En effet, compte tenu de l'étiologie bactérienne prédominante et de la mortalité possible (2 à 15 %) rapportée aux pneumonies à pneumocoque, les pneumonies justifient une antibiothérapie. Ce n'est pas le cas des bronchites aiguës du sujet sain qui ne nécessitent pas en principe d'antibiothérapie, du fait de leur origine virale prédominante. Cette distinction peut être difficile en pratique; certains signes ou symptômes permettent de suspecter cliniquement le diagnostic (Tabl. 1).

La présence de râles crépitants, surtout s'ils sont focalisés, est un bon signe en faveur d'une pneumonie (grade B) ainsi que l'impression globale de gravité (accord professionnel).

Du fait de la fréquence des tableaux cliniques atypiques, le recours à la radiographie thoracique initiale (face et profil, en position debout) est justifié pour confirmer le diagnostic:

- lorsque les données cliniques sont évocatrices du diagnostic de pneumonie;
- ou, lorsque les données cliniques sont peu évocatrices du diagnostic de pneumonie, mais que le contexte de survenue (comorbidité, âge > 75 ans, vie en institution) expose à une sémiologie trompeuse et à un risque potentiel d'évolution compliquée (accord professionnel).

Le diagnostic radiologique de pneumonie repose sur la présence d'une opacité parenchymateuse (opacité alvéolaire parfois systématisée).

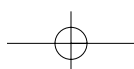
### Pneumonie communautaire de l'adulte

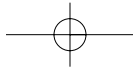
La pneumonie est dite communautaire si elle est acquise en milieu extrahospitalier ou si, à l'hôpital, elle survient au cours des 48 premières heures du séjour. C'est une

- Devant toute suspicion clinique de pneumonie, il est recommandé de confirmer le diagnostic par une radiographie thoracique.
- L'antibiothérapie est probabiliste. Elle doit être démarrée dès le diagnostic posé.
- Il est recommandé de contrôler l'efficacité du traitement à 3 jours.

Tabl. 1 – Signes et symptômes suggestifs des infections des voies respiratoires basses

Signes suggestifs d'infection des voies respiratoires basses	Signes suggestifs de pneumonie	Signes suggestifs de bronchite aiguë
Association ou succession de : - toux souvent grasse; - au moins un signe fonctionnel ou physique d'atteinte respiratoire basse : dyspnée, douleur thoracique, sifflement, signes auscultatoires récents diffus ou en foyer; - au moins un signe général suggestif d'infection : fièvre, sueurs, céphalées, arthralgies, mal de gorge, « rhume ».	- Fièvre > 37,8 °C ; - Tachycardie > 100/min ; - Polypnée > 25/min ; - Douleur thoracique ; - Absence d'infection des voies respiratoires hautes ; - Impression globale de gravité - Signes auscultatoires en foyer (râles crépitants). Mais symptomatologie trompeuse chez le sujet âgé, en cas de comorbidité et/ou de vie en institution.	- Fièvre inconstante, généralement peu élevée ; - Brûlure rétrosternale ; - Toux parfois précédée d'infection des voies respiratoires hautes.  - Auscultation normale ou râles bronchiques diffus.
	La radiographie confirme le diagnostic : opacité parenchymateuse.	





# R E C O M M A N D A T I O N S A F S S A P S



## GRUPE DE TRAVAIL

- F. TREMOLIERES (président, médecine interne et maladies infectieuses, Mantes-la-Jolie).
- R. AZRIA (médecine générale, Vétheuil).
- M. BUDOWSKI (médecine générale, Paris).
- C. CHIDIAC (maladies infectieuses et parasitaires, Lyon).
- R. COHEN (pédiatrie, Saint-Maur).
- P. GEHANNO (ORL, Paris).
- J.-P. GRIGNET (pneumologie, Denain).
- C. MAYAUD (pneumologie, Paris).
- C. OLIVIER (pédiatrie, Colombes).
- P. PETITPRETZ (pneumologie, Le Chesnay).
- B. SCHLEMMER (réanimation, Paris).
- A. WOLLNER (pédiatrie, Nogent-sur-Marne).

### Afssaps

- C. BÉLORGEY BISMUT.
- C. DENIS.
- N. DUMARCET, responsable du projet.
- I. PELLANNE.
- P. OVETCHKINE.

## GRUPE DE LECTURE

- D<sup>r</sup> ACQUART, généraliste, Prouvy.
- D<sup>r</sup> BEUCLER, interniste, Juvisy-sur-Orge.
- D<sup>r</sup> BINGEN, microbiologiste, Paris.

- D<sup>r</sup> BISOT, généraliste, Coullons.
- P<sup>r</sup> BOURILLON, pédiatre, Paris.
- P<sup>r</sup> DUBREUIL, ORL, Pierre-Bénite.
- D<sup>r</sup> DUCARNE, généraliste, Denain.
- P<sup>r</sup> FLORET, pédiatre, Lyon.
- D<sup>r</sup> GAILLAT, interniste, Annecy.
- P<sup>r</sup> GAY, généraliste, Rions.
- P<sup>r</sup> JANBON, interniste, Montpellier.
- D<sup>r</sup> LANGUE, pédiatre, Lyon.
- P<sup>r</sup> LÉOPHONTE, pneumologie, Toulouse.
- P<sup>r</sup> LEPORT, infectiologue, Paris.
- P<sup>r</sup> MOUTON, infectiologue, Tourcoing.
- D<sup>r</sup> NAVEL, pédiatre, Ancenis.
- P<sup>r</sup> PESSAY, ORL, Toulouse.
- P<sup>r</sup> PORTIER, infectiologue, Dijon.
- D<sup>r</sup> QUEYROUX, ORL, Gueret.
- D<sup>r</sup> ROBERT, pédiatre, Decines.
- D<sup>r</sup> SAPÈNE, pneumologue, Bordeaux.
- P<sup>r</sup> SCHMIT, infectiologue, Amiens.
- P<sup>r</sup> STAHL, infectiologue, Grenoble.
- D<sup>r</sup> VEYSSIER, interniste, Compiègne.
- D<sup>r</sup> WEBER, microbiologiste, Vaires-sur-Marne.

## COMITÉ DE VALIDATION

- P<sup>r</sup> BOUVENOT Gilles, président, thérapeutique, Marseille.

- P<sup>r</sup> BERGMANN Jean-François, vice-président, thérapeutique, Paris.
- P<sup>r</sup> CAULIN Charles, président de la commission d'AMM, Paris.
- P<sup>r</sup> DUPUIS Bernard, président de la commission de transparence, Lille.
- P<sup>r</sup> AUBIER Michel, pneumologue, Paris.
- P<sup>r</sup> BANNWARTH Bernard, pharmacologue, rhumatologue, Bordeaux.
- D<sup>r</sup> CAMELLI Bruno, généraliste, Paris.
- P<sup>r</sup> FUNCK-BRENTANO Christian, pharmacologue Clinicien, Cardiologue, Paris.
- P<sup>r</sup> LE JEUNNE Claire, thérapeutique, Paris.
- P<sup>r</sup> PETIT Michel, psychiatre, Sotteville-lès-Rouen.
- D<sup>r</sup> REVEILLAUD Olivier, généraliste, Bièvres.
- P<sup>r</sup> RICHÉ Christian, pharmacologue, Brest.
- P<sup>r</sup> THERY Claude, cardiologue, Lille.
- D<sup>r</sup> TREMOLIÈRES François, infectiologue, interniste, Mantes-la-Jolie.
- D<sup>r</sup> WONG Olivier, généraliste, Paris.
- D<sup>r</sup> BELORGEY Chantal, Afssaps.
- D<sup>r</sup> DENIS Catherine, Afssaps.
- D<sup>r</sup> DUMARCET Nathalie, Afssaps.
- D<sup>r</sup> ROSTOCKER Guy, Afssaps.
- P<sup>r</sup> TROUVIN Jean-Hugues, Afssaps.

affection potentiellement grave dont la mortalité peut être expliquée par :

- le retard au diagnostic et à la mise en route du traitement,
- la gravité immédiate de l'infection,
- la présence de facteurs de risque,
- l'agent pathogène incriminé (pneumocoque).

La symptomatologie clinique est souvent trompeuse et le cliché thoracique est nécessaire pour confirmer le diagnostic (Tabl. 2).

Compte tenu de :

- l'absence de tableau clinique ou radiologique suffisamment sensible et spécifique pour prédire le micro-organisme responsable,
- l'absence d'examen permettant d'obtenir, en pratique courante, un diagnostic microbiologique rapide et fiable,
- l'absence de molécule permettant de couvrir l'ensemble des germes potentiellement en cause ayant un rapport bénéfice/risque favorable et un recul d'utilisation suffisant,
- l'importance pronostique d'un traitement

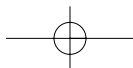
initial adapté et rapidement mis en œuvre, l'antibiothérapie des pneumonies communautaires est probabiliste par rapport au(x) pathogène(s) supposé(s). Elle est fondée sur des éléments liés l'épidémiologie et au terrain.

La réflexion sur l'antibiothérapie d'une pneumonie communautaire diagnostiquée, procède d'étapes successives :

**1 – Devant une pneumonie communautaire, il convient dans un premier temps de**

**Tabl. 2 – Indication de la radiographie thoracique**

RADIOGRAPHIE INITIALE	RADIOGRAPHIE ULTÉRIEURE (en cas d'absence d'amélioration ou d'aggravation clinique sous traitement bien suivi)
<p><b>1 – pour le diagnostic positif de pneumonie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en cas de suspicion clinique (absence d'infection associée des voies aériennes supérieures, polypnée &gt; 25/min, tachycardie &gt; 100/min, température &gt; 37,8 °C, anomalies auscultatoires/râles crépitants en foyer);</li> <li>• sémiologie d'infection respiratoire basse et comorbidité, âge &gt; 75 ans ou vie en institution.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• recherche de complication</li> <li>• diagnostic initial erroné.</li> </ul>
<p><b>2 – elle permet également :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la recherche d'une complication (épanchement pleural, excavation...);</li> <li>• d'une comorbidité (néoplasie).</li> </ul>	



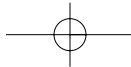
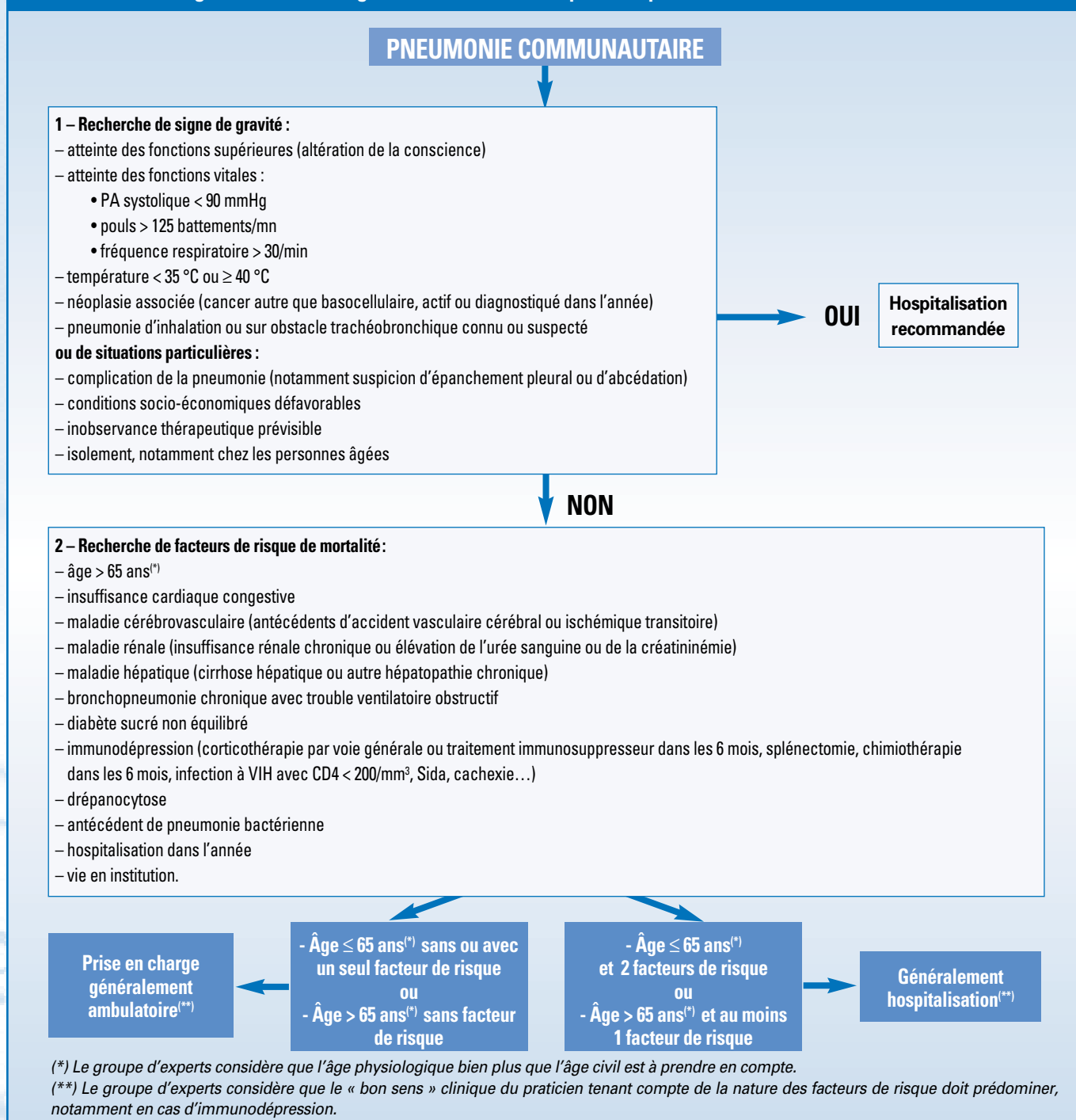


Fig. 1 – Prise en charge ambulatoire ou à l'hôpital des pneumonies communautaires



rechercher la présence de critères de gravité ou de facteurs de risque de mortalité, qui conditionne la prise en charge thérapeutique ambulatoire ou à l'hôpital.

Des recommandations générales de prise en charge sont proposées (Fig. 1).

Il est considéré que les patients sans aucun facteur de risque ni signe de gravité ont un risque de mortalité faible et peuvent être généralement pris en charge en ambulatoire (grade A); il en est généralement de même pour les sujets de moins de

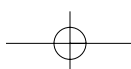
65 ans avec un seul facteur de risque. Ces recommandations ne doivent cependant pas remettre en cause le « bon sens » clinique du praticien qui tient compte de la nature de chaque facteur de risque: à titre d'exemple, un patient immunodéprimé quel que soit son âge appelle une grande vigilance (accord professionnel).

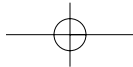
**2 – Le diagnostic étiologique orientant le choix du traitement repose sur des données épidémiologiques.**

L'examen microbiologique de l'expectoration n'est pas utile en pratique courante de ville.

*Streptococcus pneumoniae* est l'agent étiologique le plus fréquent particulièrement chez le sujet de plus de 40 ans et/ou avec comorbidité.

Chez les sujets de moins de 40 ans, sans comorbidité, surtout s'ils présentent par ailleurs une infection des voies respiratoires supérieures, et si l'infection a été acquise dans un contexte épidémique, on évoquera les bactéries « atypiques » notamment *Mycoplasma pneumoniae*.





R E C O M M A N D A T I O N S A F S S A P S

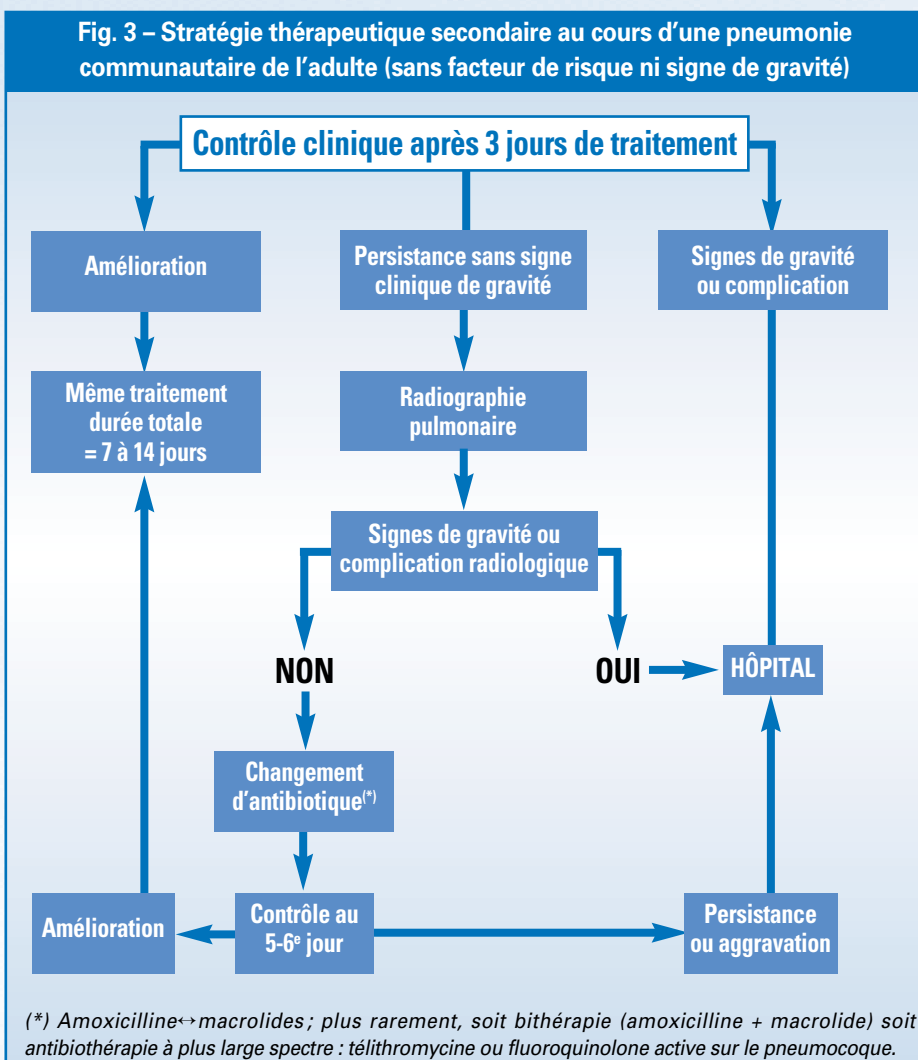
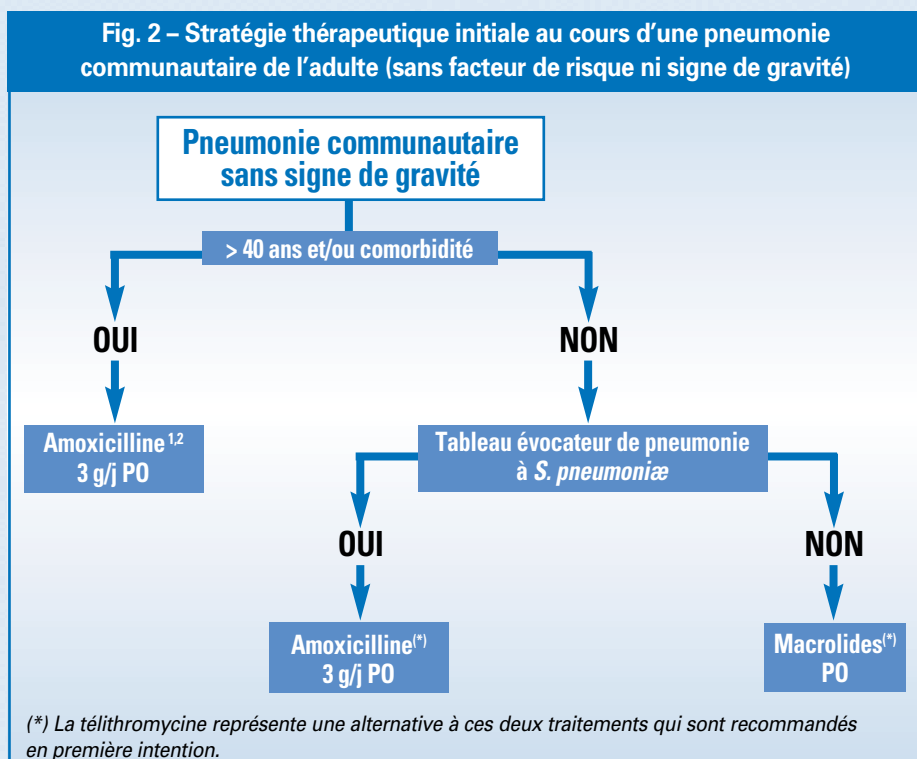


3 – Le choix du traitement tient compte de l'activité *in vitro* des antibiotiques.

En France la fréquence des souches de *S. pneumoniae* de sensibilité anormale à la pénicilline (CMI > 0,1 mg/l), provenant des voies respiratoires inférieures est élevée (environ 35 % chez l'adulte) et encore en augmentation; 30 à 50 % des souches de sensibilité diminuée sont résistantes à la pénicilline (CMI > 1 mg/l).

Chez un patient adulte, les critères cliniques prédictifs d'un risque élevé de sensibilité diminuée du pneumocoque à la pénicilline sont:

- l'âge supérieur à 65 ans,
- la prescription de bêta-lactamines,
- une hospitalisation dans les trois mois précédents,
- l'existence d'une maladie chronique (bronchopathie chronique, cancer, splénectomie, infection par le VIH),
- le caractère nosocomial de la pneumonie,
- sa gravité initiale.



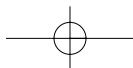
La résistance de *S. pneumoniae* aux macrolides est également préoccupante (40 à 60 %) souvent associée à la résistance aux β-lactamines. Cette double résistance est observée trois fois sur quatre en cas d'infection de *S. pneumoniae* de sensibilité anormale à la pénicilline; elle doit être envisagée chez les sujets présentant des facteurs de risque de portage de *S. pneumoniae* de sensibilité diminuée à la pénicilline.

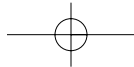
Les bactéries « atypiques » sont naturellement résistantes aux β-lactamines et sensibles aux macrolides.

Chez l'adulte sans facteur de risque, ni signe de gravité, relevant d'un traitement ambulatoire dans le cadre d'une attitude probabiliste, le traitement initial recommandé (grade A) est (Fig. 2 et 3):

- soit l'amoxicilline orale à la posologie de 3 g/24 heures, qui est le traitement de référence des pneumonies à pneumocoque (notamment chez l'adulte de plus de 40 ans et/ou avec comorbidité). L'utilisation de posologies supérieures n'est pas justifiée.
- soit les macrolides par voie orale, qui sont le traitement de référence des pneumonies à bactéries « atypiques » (adulte de moins de 40 ans, sans comorbidité, contexte épidémique).

La tétracycline, du fait de son activité,





# R E C O M M A N D A T I O N S A F S S A P S



représente une alternative à ces deux traitements qui sont recommandés en première intention.

Il n'y a pas de justification actuelle, au seul motif de l'évolution des résistances de *S. pneumoniae* à l'utilisation systématique en ville de  $\beta$ -lactamines injectables (accord professionnel).

Compte tenu des germes en cause, il n'y a pas de justification à l'utilisation d'association aminopénicilline-inhibiteur de  $\beta$ -lactamase (accord professionnel).

Les antibiotiques suivants : cyclines, triméthoprime - sulfaméthoxazole, céphalo-

sporines orales de première génération, ne sont pas recommandés en raison soit d'une activité insuffisante sur les souches de pneumocoque de sensibilité anormale à la pénicilline, à redouter chez les sujets présentant des facteurs prédictifs d'un risque élevé de sensibilité diminuée du pneumocoque à la pénicilline, soit de l'absence d'activité sur les germes « atypiques » (céphalosporines, triméthoprime-sulfaméthoxazole). Les céphalosporines orales de deuxième et troisième générations, actives *in vitro* sur *S. pneumoniae* de sensibilité intermédiaire à la pénicilline, ne sont cependant pas

recommandées, notamment car elles sont inactives sur les pneumocoques résistants à la pénicilline.

Parmi les fluoroquinolones, seules celles à activité antipneumococcique peuvent être utilisées (lévofloxacine, moxifloxacine). Elles ne sont cependant pas recommandées en première intention du fait des incertitudes quant à leur tolérance et leur impact sur les résistances (accord professionnel).

Il n'y a pas de justification chez le sujet sain à une bithérapie d'emblée prescrite au motif d'élargir le spectre d'activité du traitement (accord professionnel).

## MÉTHODE GÉNÉRALE

L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a confié à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) la mission d'établir les recommandations de bonne pratique et les références médicales, concernant le médicament et les produits biologiques. Elle stipule d'autre part que les recommandations de bonne pratique et références existantes doivent être régulièrement actualisées, en fonction des données nouvelles de la science.

C'est dans ce contexte que l'Afssaps propose une réactualisation des recommandations de bonne pratique : « Antibiothérapie par voie générale en pratique courante : infections respiratoires basses de l'adulte » élaborées en 1999.

Ces recommandations définissent une stratégie médicale optimale en fonction de l'état actuel des connaissances et précisent ce qui est utile ou inutile, voire dangereux, de faire dans une situation clinique donnée.

Elles résultent de l'analyse des données actuelles de la science issues de la littérature, et prennent en compte les évaluations réalisées pour délivrer l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments concernés, apprécier le service médical rendu (SMR) et élaborer les fiches de transparence.

Le groupe de travail constitué par l'Afssaps a regroupé des experts de compétence, de mode d'exercice (hospitalo-universitaires ou hospitaliers) et d'origine géographique divers, ainsi que des représentants de l'Afssaps. Les experts ont analysé la littérature et rédigé le document sous la direction d'un président de groupe et l'encadrement d'un responsable de projet.

L'argumentaire et les recommandations de ce travail ont été établis par le groupe selon la méthodologie proposée par l'Anaes (Anaes : Les recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France, 1999 ; Guide d'analyse de la littérature et gradations des recommandations, 2000). Chaque article a été analysé en appréciant la qualité méthodologique des études, afin d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique.

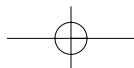
Les grades A, B, et C sont attribués aux recommandations selon le niveau de preuve scientifique attribué aux études sur lesquelles elles reposent (cf. tableau *infra*). Lorsque les

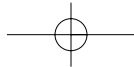
données de la littérature sont insuffisantes ou incomplètes, les recommandations sont basées sur un accord professionnel pour prendre en compte l'état des pratiques et les opinions d'experts.

Le texte a été soumis à un groupe de lecture avant d'être finalisé. Le groupe de lecture était composé d'experts de compétence, de mode d'exercice et d'origine géographique divers. Les experts de ce groupe de lecture, consultés par courrier, ont apprécié la qualité méthodologique et la validité scientifique du contenu, ainsi que la lisibilité, la faisabilité et l'applicabilité du texte. Leurs remarques ont été prises en compte par le groupe de travail qui a pu modifier son texte.

Le texte a ensuite été soumis au comité de validation des recommandations et références médicales de l'Afssaps puis à l'avis de la commission de transparence.

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE DES ÉTUDES	FORCE DES RECOMMANDATIONS (GRADE)
<p><b>Niveau 1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Essais comparatifs randomisés de forte puissance.</li> <li>– Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés.</li> <li>– Analyse de décision basée sur des études bien menées.</li> </ul>	<p><b>A</b></p> <p>Preuve scientifique établie.</p>
<p><b>Niveau 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Essais comparatifs randomisés de faible puissance.</li> <li>– Études comparatives non randomisées bien menées.</li> <li>– Études de cohorte.</li> </ul>	<p><b>B</b></p> <p>Présomption scientifique.</p>
<p><b>Niveau 3 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Études cas-témoin</li> </ul> <p><b>Niveau 4 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Études comparatives comportant des biais importants.</li> <li>– Études rétrospectives.</li> <li>– Séries de cas.</li> <li>– Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).</li> </ul>	<p><b>C</b></p> <p>Faible niveau de preuve scientifique.</p>





# R E C O M M A N D A T I O N S A F S S A P S



Le traitement antibiotique doit être instauré dès le diagnostic porté.

La durée de traitement proposée est de 7 à 14 jours (grade B).

Un contrôle de l'efficacité du traitement après 3 jours est recommandé.

Sous traitement efficace, l'amélioration symptomatique survient avant 48-72 heures; le traitement ne doit donc pas être modifié dans les 72 premières heures, sauf si survient une détérioration clinique indiquant une éventuelle hospitalisation ou l'élargissement de l'antibiothérapie.

L'absence d'amélioration ou l'aggravation clinique après 3 jours de traitement bien suivi, doit conduire à une évaluation clinique et radiologique (surtout si cette dernière n'avait pas été pratiquée initialement), qui peut aboutir:

– soit une modification de l'antibiothérapie, si l'absence d'amélioration est attribuée à un traitement anti-infectieux initial inapproprié:

le maintien de la monothérapie en changeant la molécule initiale, lorsque l'amoxicilline ou un macrolide ont été prescrit, est recommandé chez l'adulte sain sans facteur de risque, dans l'hypothèse d'un germe usuel (accord professionnel);

plus rarement peut être envisagé l'élargissement du spectre d'activité du traitement soit par l'adjonction d'un deuxième antibiotique, si l'amoxicilline ou un macrolide avait été prescrit (bithérapie: amoxicilline + macrolide), soit par le changement au profit d'un nouvel antibiotique à spectre large (monothérapie: soit tétracycline en connaissant son activité modérée sur *H. influenzae*, soit fluoroquinolone active sur le pneumocoque);

l'échec d'une antibiothérapie à spectre large (par exemple: amoxicilline et macrolide administrés simultanément ou en deux temps, tétracycline, fluoroquinolone anti-pneumococcique...) doit conduire à l'hospitalisation (accord professionnel).

– soit une hospitalisation en raison de l'apparition de signes de gravité ou pour cause d'échec lié à la survenue d'une complication (empyème), à la persistance d'une porte d'entrée ou de l'existence d'une localisation secondaire, ou en raison d'un diagnostic initial erroné (maladie non infectieuse: infarctus

pulmonaire, pneumonie d'hypersensibilité...).

En cas d'absence d'amélioration au 5-6<sup>e</sup> jour malgré les modifications thérapeutiques, la règle est d'hospitaliser compte tenu de l'éventualité d'une infection à germe inusuel (*M. tuberculosis*, *Pneumocystis carinii*...) ou d'une évolution particulière de la pneumonie (pneumonie organisée).

**Chez l'adulte avec facteur de risque mais sans signe de gravité**, le choix de l'antibiothérapie doit être discuté individuellement en tenant compte de:

– la nature des facteurs de risque;

– l'état clinique;

– les divers germes potentiellement responsables.

Néanmoins, l'étiologie pneumococcique reste au premier plan; le risque de pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline doit être considéré.

L'antibiothérapie peut se conformer aux recommandations établies pour l'adulte sain (amoxicilline 3 g/j) ou être élargie à des traitements de spectre plus large (amoxicilline-acide clavulanique ou céphalosporines de deuxième ou troisième génération injectables ou fluoroquinolones antipneumococques) (grade B).

## Bronchite aiguë de l'adulte sain

Les sujets ayant une pathologie respiratoire chronique ou une comorbidité associée (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, pathologie néoplasique, immunodépression, cirrhose hépatique) et les sujets âgés en état physiologique altéré sortent du cadre de ces recommandations.

La grande majorité des bronchites aiguës est d'origine virale. Les bactéries pouvant être, rarement, responsables de bronchite aiguë sont *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* et *Bordetella pertussis*.

Devant la simplicité du tableau clinique et son absence de spécificité, il importe de ne pas ignorer un autre diagnostic (pneumonie, exacerbation de bronchite chronique) ou la présence de comorbidités, au cours desquelles l'attitude thérapeutique peut être différente.

L'évolution est généralement spontanément favorable, en une dizaine de jours, la toux pouvant durer parfois plus.

Il n'est pas démontré qu'une colonisation

- La majorité des bronchites aiguës de l'adulte sain est d'origine virale.
- Il importe de ne pas ignorer un autre diagnostic (pneumonie, exacerbation de bronchite chronique) ou la présence de comorbidité, au cours desquels l'attitude thérapeutique peut être différente.
- L'abstention de toute antibiothérapie au cours des bronchites aiguës de l'adulte sain est la règle.
- La prescription d'AINS à dose anti-inflammatoire ou de corticoïdes par voie générale n'est pas recommandée.

des voies aériennes hautes et basses par des bactéries pathogènes, favorisée par l'infection virale des voies respiratoires, puisse être responsable de surinfection bactérienne chez le sujet sain.

L'apparition d'une expectoration purulente lors d'une bronchite aiguë du sujet sain est sans relation avec une surinfection bactérienne.

La fièvre persistante au-delà de 7 jours doit faire reconsidérer le diagnostic (accord professionnel).

L'intérêt de l'antibiothérapie n'est pas démontré, ni sur l'évolution de la maladie ni sur la survenue de complications (grade B). La démonstration qu'un traitement antibiotique prévienne les surinfections n'est pas faite. Aussi l'abstention de toute prescription antibiotique en cas de bronchite aiguë de l'adulte sain est la règle.

La prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose anti-inflammatoire ou de corticoïdes par voie générale n'est pas justifiée. ■

*Nous remercions l'Afssaps de nous avoir autorisés à reproduire ce texte.*

*Ce texte est disponible sur le site de l'Afssaps Rubrique*

*< documentation et publications >*

[www.afssaps.sante.fr](http://www.afssaps.sante.fr)

