



L'amoxicilline demeure un antibiotique de choix pour traiter les infections des voies aériennes

Question clinique : Au besoin, les bêtalactamines (p. ex. l'amoxicilline) constituent-elles un choix raisonnable pour les infections bactériennes légères à modérées du tractus respiratoire en soins primaires?

Conclusion : Pour les infections légères à modérées du tractus respiratoire qui nécessitent des antibiotiques, il y a peu de preuves que les antibiotiques à spectre plus large procurent un plus grand effet bénéfique que les antibiotiques β -lactame traditionnels (p. ex. l'amoxicilline) en soins primaires. Seule exception, les antibiotiques à spectre plus large procureraient de légers effets bénéfiques chez les patients atteints de MPOC, mais ces résultats sont incohérents.

Données probantes

Infections des voies respiratoires inférieures dans leur ensemble :

- Revue Cochrane¹ de 16 essais cliniques randomisés (ECR) regroupant 2 648 patients atteints de n'importe quelle infection des voies respiratoires inférieures :
 - Aucune différence statistiquement significative entre l'azithromycine et l'amoxicilline avec ou sans clavulanate.

Pneumonie acquise dans la communauté (PAC) :

- Revue Cochrane² : Un seul ECR a comparé une bêtalactamine à un autre antibiotique chez des patients externes atteints d'une PAC.
 - Les auteurs n'ont pas pu extraire de données sur les résultats pour être en mesure de réaliser cette comparaison.
- Chez les patients atteints de PAC, y compris ceux qui étaient hospitalisés :
 - Revue Cochrane³ de 28 ECR regroupant 5 939 patients et deux ECR ultérieurs^{4,5} :
 - Aucun effet bénéfique sur la mortalité ou l'efficacité clinique, et couverture plus vaste des agents pathogènes atypiques, comparativement aux bêtalactamines en monothérapie.

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) :

- ECR regroupant 137 patients en soins primaires présentant des symptômes légers à modérés et atteints d'une exacerbation aiguë de la MPOC⁶.
 - Aucune différence quant à la guérison clinique entre l'amoxicilline et l'association amoxicilline/clavulanate (91 % par rapport à 93 %).
- Revue systématique⁷ de 12 ECR regroupant 2 261 patients atteints d'une bronchite chronique (pas nécessairement une MPOC), comparant les antibiotiques utilisés en « première ligne » (comme l'amoxicilline ou la doxycycline) aux antibiotiques utilisés en « deuxième ligne » (p. ex. les macrolides et les quinolones) pour les exacerbations aiguës :

- Résolution ou amélioration des symptômes : 85 % pour les antibiotiques de première ligne par rapport à 91 % pour ceux de deuxième ligne (différence statistiquement significative).
 - Les études ont présenté des résultats allant d'une aggravation de 19 % à une amélioration de 8 % pour les antibiotiques utilisés en première ligne. Aucun test d'hétérogénéité n'a été signalé.
 - Aucune différence quant à la mortalité.

Sinusite :

- Une revue systématique⁸ de huit ECR regroupant 2 133 patients n'a constaté aucune différence entre les bêta-lactamines et les fluoroquinolones pour ce qui est de la guérison clinique.
- Deux ECR (359 enfants en tout) ont comparé l'amoxicilline à l'association amoxicilline/clavulanate pour la sinusite aiguë. Aucun n'a constaté d'effets bénéfiques associés à l'association amoxicilline/clavulanate^{9,10}.

Contexte

- La plupart des infections du tractus respiratoire sont virales et ne nécessitent pas d'antibiotiques.
- La résistance aux macrolides dans le traitement du *Streptococcus pneumoniae* augmente rapidement (de 2 % en 1993 à 24 % en 2009), tandis que la résistance à l'amoxicilline est légèrement supérieure à 3 %¹¹.
- Des données limitées signalent une prévalence croissante de *Haemophilus influenzae* parmi les infections des voies respiratoires supérieures après l'introduction du vaccin antipneumococcique conjugué, mais les incidences cliniques n'ont pas été démontrées par les ECR bien conçus¹².

Autrices originales : Christina Korownyk, M.D., CCMF, et Sarah Forgie, M.D., FRCPC

Mise à jour :

Ricky Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D.

Révision :

G Michael Allan, M.D., CCMF

Références

1. Laopaiboon M, Panpanich R, Swa Mya K. Cochrane Database Syst Rev. 2015;3:CD001954.
2. Pakhale S, Mulpuru S, Verheij TJM, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2014;10:CD002109.
3. Eliakim-Raz N, Robenshtok E, Shefet D, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9:CD004418.
4. Garin N, Genne D, Carballo S, et al. JAMA Intern Med. 2014;174:1894-1901.
5. Postma DF, van Wekhoven CH, van Elden LJR, et al. N Engl J Med. 2015;372:1312-1323.
6. Llor C, Hernández S, Ribas A, et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2009;4:45-53.
7. Dimopoulos G, Siempos II, Korbila IP, et al. Chest. 2007;132:447-455.
8. Karageorgopoulos DE, Giannopoulou KP, Grammatikos AP, et al. CMAJ. 2008;178:845-854.
9. Wald ER, Chiponis D, Ledesma-Medina J. Pediatrics. 1986;77:795-800.
10. Garbutt JM, Goldstein M, Gellman E, et al. Pediatrics 2001;107:619-25.
11. Canadian Bacterial Surveillance Network. Lien : <http://microbiology.mtsinai.on.ca/research/cbsn/default.asp>. Dernière consultation le 5 décembre 2016.

12.Coker TR, Chan LS, Newberry SJ. JAMA. 2010;304:2161-2169

Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à <https://gomainpro.ca/francais/tools-for-practice/>.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.