
**Faut-il traiter par antibiotique toutes les angines
(ou réflexions sur la décision médicale)**

Un récent numéro de Bibliomed était consacré à l'analyse d'un article sur les angines¹. Les auteurs concluaient à l'intérêt de la diffusion et de l'utilisation large par les praticiens français des tests de détection rapide du streptocoque. Deux mois plus tard paraît dans la même revue une étude sur l'utilité de cette stratégie². L'analyse économique à laquelle se livrent les auteurs montre que la stratégie "test rapide systématique, prélèvement et examen bactériologique en cas de test négatif (en raison de la sensibilité insuffisante du test) et traitement antibiotique réservé aux tests ou cultures positifs" amènerait un surcoût significatif, en raison du coût du test, sans prendre en compte d'ailleurs la multiplication des consultations. Son intérêt est cependant d'ordre écologique, mais pour avoir son plein effet, cette stratégie devrait s'accompagner, selon les auteurs, d'une limitation de l'antibiothérapie des rhinopharyngites et des bronchites aiguës (virales pour la plupart).

Nous avons trouvé sur Internet une étude canadienne sur la stratégie diagnostique des angines³. au Canada, la recommandation officielle est de réaliser systématiquement un prélèvement de gorge en cas d'angine, et de ne traiter par pénicilline qu'en cas de prélèvement positif. Mais que font les médecins canadiens? Seulement 53% d'entre eux disent réaliser systématiquement un prélèvement, 78% débutent un traitement antibiotique avant d'obtenir les résultats,

12% continuent le traitement si les résultats sont négatifs (contre 50% de leurs collègues américains). Cette publication date de 1995, et les tests rapides étaient alors considérés comme ayant une sensibilité et une spécificité insuffisantes. Devant la discordance entre les recommandations officielles et la pratique réelle, ce travail visait à vérifier la validité du référentiel et à proposer une stratégie applicable. Les auteurs sont parvenus à établir un score, avec une méthodologie rigoureuse, sur 4 critères, permettant de décider de prélever et de traiter un patient consultant pour un mal de gorge. Ces 4 critères sont les suivants: la toux est-elle absente? Existe-t-il un épisode de fièvre supérieure à 38°C? Existe-t-il un exsudat amygdalien? Existe-t-il des adénopathies cervicales antérieures inflammatoires? Si le nombre des réponses positives à ces questions (score) est égal à 0 ou 1, il ne faut réaliser ni prélèvement, ni antibiothérapie. Dans ce cas, la probabilité d'être en présence d'une angine streptococcique est inférieure à 10%. En cas de score égal à 2 ou 3, réalisation d'un prélèvement systématique, traitement si les cultures sont positives. En cas de score égal à 4, prélèvement systématique, et traitement d'emblée en cas de symptomatologie sévère. Cette stratégie s'appuie sur la bibliographie disponible, et ne s'applique qu'aux patients âgés de 15 ans et plus, en raison de l'absence d'étude disponible pour des sujets plus jeunes.

Que penser d'articles présentant des stratégies aussi différentes? Le problème de départ est différent: en France antibiothérapie systématique, sans doute inutile dans 80% des cas; en Amérique du Nord, test préalable et limitation de l'antibiothérapie aux seules angines streptococciques. Le référentiel américain est solide mais mal appliqué. Le nouveau proposé le sera-t-il mieux? L'attitude française d'antibiothérapie systématique est simple, mais là aussi le référentiel officiel (10 jours de pénicilline V) est mal appliqué, puisque cet antibiotique ne représente que 10% des prescriptions (et sans doute sur moins de 10 jours), alors que les pénicillines A font 40% des ordonnances, les céphalo 1, 23% , les macrolides 13% (enquête DOREMA). Et pourtant, si l'argument économique n'est pas concluant, l'argument écologique est probablement beaucoup plus important pour l'avenir. Mais qui incitera les médecins à prescrire en fonction des données disponibles (et comment)? Il faut sans doute mieux analyser les conditions de la décision médicale. Si les éléments rationnels, ceux des référentiels, ne sont pas suffisamment déterminants, n'est-ce pas parce que notre décision est aussi influencée par d'autres facteurs: marketing de l'industrie bien sûr, mais aussi représentation que nos patients (et nous) se font du médicament. Tant que des études n'analyseront pas mieux ces éléments, et que la formation ne les intégrera pas, on ne pourra maîtriser les discordances constatées.

1- Groupe Divas. Comment reconnaître les angines à streptocoque (ou quelles angines traiter par les antibiotiques) Lettre de l'infectiologue 1996, 11, 6, 127-128

2- Raffi F. Faut-il traiter par antibiotique toutes les angines. Lettre de l'infectiologue 1996, 11, 12, 350-351

3- Ontario Health Care Evaluation Network. Sore throat: reconsidering the clinical approach

http://hiru.mcmaster.ca/OHCEN/GROUPS/ICES/sore_e.htm