



AVIS DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DU COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS

A Paris, le 02/05/24,

ANTIBIOTIQUES DANS L'ANGINE A STREPTOCOQUE A : FAUT-IL CONTINUER ?

Les recommandations françaises invitent à prescrire un antibiotique chez les adultes et les enfants âgés de plus de 3 ans atteints d'une angine aiguë avec test de diagnostic rapide (TDR) positif (1). Chez les adultes, le TDR n'est réalisé qu'après calcul du score de Mac Isaac s'il est \geq à 2 (1).

Les arguments français pour recommander une antibiothérapie en cas d'angine à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SGA) reposent principalement sur le risque de rhumatisme articulaire aigu (RAA), les complications locales et la nécessité de limiter la contagiosité.

Le risque de RAA est $< 1/100\ 000$ angines en France métropolitaine, il concerne essentiellement les enfants âgés de 5 à 15 ans et est dû à des souches de streptocoques peu circulantes (2). Par ailleurs, les essais montrant un intérêt de l'antibiothérapie pour prévenir le RAA datent d'avant 1960 et étaient de faible qualité méthodologique (3,4).

Le risque de complications locales, comme le phlegmon, a été évalué par une méta analyse Cochrane. Celle-ci indique une réduction du risque de phlegmon passant de 1% sans antibiothérapie à 0,16% avec antibiothérapie. Cette revue était essentiellement basée sur une étude publiée en 1951 à haut risque de biais (4). Ainsi, les recommandations européennes ne considèrent pas la prévention des complications locales telles que les phlegmons comme une indication d'antibiothérapie, les bénéfices cliniques n'étant pas supérieurs aux risques (effets indésirables et antibiorésistance induite) (5).

La limitation de la contagiosité est le principal argument pour proposer une antibiothérapie selon les recommandations de nombreux pays, afin de limiter les infections invasives à streptocoques du groupe A (IISGA) (6). Toutefois, les données pour le démontrer formellement sont ténues : selon deux études, la durée du portage serait de 24-48h sous antibiothérapie, sans groupe témoin (7,8) ; une troisième étude a montré que 72% des patients non traités étaient toujours porteurs à 2 semaines contre 32% des patients traités pendant une semaine par pénicilline (9).

En France, une recrudescence des IISGA, dont le taux de mortalité est estimé à 20%, est signalée par le Centre national de référence depuis plusieurs années (10). L'incidence des IISGA est passée de 2,2/100 000 en 2003 à 4,4/100 000 en 2019 (11,12). Une diminution de l'incidence a été observée en 2020 et 2021, à 1,5/100 000 pendant l'épidémie de Covid-19, probablement en raison des mesures barrières (13). Cependant, une recrudescence a été observée en 2022 avec une incidence proche de

Collège National des Généralistes Enseignants – Collège académique

155 rue de Charonne 75011 Paris

Tel. 01 75 62 22 90 – Courriel : [cngc@cngc.fr](mailto:cnge@cnge.fr)

celle de 2019 (14). La présentation clinique initiale de ces IISGA est ORL dans moins de 3% des cas chez les adultes, et dans moins de 20% des cas chez les enfants (10).

Les bénéfices cliniques individuels attendus de l'antibiothérapie sont de réduire l'intensité des maux de gorge au 3^e jour : risque relatif (RR) = 0,70 ; IC95% = 0,60-0,80, sans améliorer la fièvre : RR 0,75 ; IC95% = 0,53-1,07 (4). Cet effet bénéfique doit être confronté aux risques d'antibiorésistance (15). À ce jour, il n'y a pas de preuve que l'utilisation d'amoxicilline induise des résistances aux SGA. En 2021, toutes les souches de SGA analysées en France étaient sensibles aux bêtalactamines (10). À l'inverse, une étude a montré que la consommation de pénicilline était associée à une augmentation du risque d'entérobactéries multirésistantes en cas d'infection urinaire dans les 3 mois (16).

Les recommandations belges et écossaises divergent de celles publiées en France par la SPILF (17-18). Les auteurs de ces recommandations préconisent de ne pas identifier la cause bactérienne ou virale, ni de prescrire un antibiotique chez un patient atteint d'une angine non compliquée. Ils considèrent que l'infection sera spontanément résolutive dans tous les cas. Les patients à risque de forme grave (immunodépression, antécédent de RAA, chirurgie prothétique récente, valvulopathie cardiaque avec risque d'endocardite, etc.) doivent faire exception et être traités d'emblée (17-19). Les prescriptions d'antibiotiques en soins primaires chez les enfants ont diminué en Belgique entre 2010 et 2019 (20). L'augmentation des IISGA ne semble pas plus importante en Belgique qu'en France malgré la recommandation belge dont les auteurs ont confirmé leur position au début 2023 (21).

En conclusion, devant un patient souffrant d'une angine, si la douleur est tolérable, sans risque de forme grave et que l'entourage du patient n'est pas à risque de forme grave en cas de contamination, il est raisonnable de ne traiter que par antalgiques, sans faire de TDR ni prescrire d'antibiotiques. Dans tous les autres cas, un TDR est légitime avec prescription d'antibiotique s'il est positif. L'évaluation clinique globale de la situation du patient est donc nécessaire pour poser l'indication du TDR et d'un éventuel traitement antibiotique qui ne doit pas dépendre que du résultat du test.

De nouveaux essais doivent être rapidement menés pour répondre aux interrogations sur la balance bénéfique/risque des antibiotiques dans l'angine. Ils permettraient d'argumenter et de mettre à jour de nouvelles recommandations pour la France.

NB : La scarlatine, pour laquelle une antibiothérapie est nécessaire, n'est pas considérée dans cet avis.

Références

1. Haute autorité de santé. Rhinopharyngite aiguë et angine aiguë de l'enfant. 2021. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-08/fiche_memo_rhinopharyngite_angine_adulte_durees_antibiotherapies.pdf
2. Sudeep DD, Sredhar K. The Descriptive Epidemiology of Acute Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease in Low and Middle-Income Countries. *Am J Epidemiol Infect Dis* 2013;1:34-40.
3. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(11):CD000023.
4. Spinks A, Glasziou PP, Mar CBD. Antibiotics for treatment of sore throat in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2021. Disponible sur : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000023.pub5/full>
5. Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, et al. Guideline for the management of acute sore throat: ESCMID Sore Throat Guideline Group. *Clin Microbiol Infect* 2012;18:1-27.
6. Supper I, Gratadour J, François M, Jaafari N, Boussageon R. A critical appraisal of acute sore throat guidelines using the AGREE II instrument: a scoping review. *Fam Pract* 2023;cmad060.
7. Schwartz RH, Kim D, Martin M, Pichichero ME. A Reappraisal of the Minimum Duration of Antibiotic Treatment Before Approval of Return to School for Children With Streptococcal Pharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 2015;34:1302-4.
8. Snellman LW, Stang HJ, Stang JM, Johnson DR, Kaplan EL. Duration of Positive Throat Cultures for Group A

Collège National des Généralistes Enseignants – Collège académique

155 rue de Charonne 75011 Paris

Tel. 01 75 62 22 90 – Courriel : cng@cng.fr

- Streptococci After Initiation of Antibiotic Therapy. *Pediatrics* 1993;91:1166-70.
9. Zwart S, Rovers MM, Melker RA de, Hoes AW. Penicillin for acute sore throat in children: randomised, double blind trial. *BMJ* 2003;327(7427):1324.
 10. Centre National de Référence des Streptocoques. Rapport d'activité 2017-2021. Disponible sur: https://cnr-strep.fr/images/CNR-STREP/rapport/RA_CNR_2017-2021_vf.pdf
 11. Haut Conseil de la santé publique. Relatif à la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas d'infection invasive ainsi que de cas groupés d'infection non invasive à *Streptococcus pyogenes* (ou streptocoque du groupe A). 2023. Disponibles sur : https://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_181105_streptococcus.pdf
 12. EPIBAC. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infections-a-pneumocoque/articles/epibac>
 13. Lassoued Y, Assad Z, Ouldali N, C et al. Unexpected Increase in Invasive Group A Streptococcal Infections in Children After Respiratory Viruses Outbreak in France: A 15-Year Time-Series Analysis. *Open Forum Infect Dis* 2023;10:ofad188.
 14. Santé publique France. Situation des infections invasives à streptocoque A en France au 08 décembre 2022. Disponible sur : file:///Users/mathilde/Downloads/pe_streptoA_2022108vf.pdf
 15. Carlet J, Le Coz P. Rapport du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques 2015. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_antibiotiques.pdf
 16. Rossignol L, Vaux S, Maugat S, Blake A, Barlier R, Heym B, et al. Incidence of urinary tract infections and antibiotic resistance in the outpatient setting: a cross-sectional study. *Infection* 2017;45:33-40.
 17. Guide belge de traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire. 2021. Disponible sur: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/guide_belge_bap_coc_fr_2021_a4_0.pdf
 18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of sore throat and indications for tonsillectomy: a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010. Disponible sur : <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/management-of-sore-throat-and-indications-for-tonsillectomy/>
 19. Chiappini E, Regoli M, Bonsignori F, et al. Analysis of different recommendations from international guidelines for the management of acute pharyngitis in adults and children. *Clin Ther* 2011;33:48-58.
 20. Dillen H, Burvenich R, De Burghgraeve T, Verbakel JY. Using Belgian pharmacy dispensing data to assess antibiotic use for children in ambulatory care. *BMC Pediatrics*. 2021;22(1):12. . Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12887-021-03047-7>
 21. Risk Management Group. Increasing number of invasive infections with group A streptococci (iGAS). 2023. Disponible sur: https://www.sciensano.be/sites/default/files/rag_advice_igas_170123.pdf