



# 22<sup>e</sup> CONGRÈS NATIONAL

Exercer  
et enseigner  
la médecine  
générale

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE

14 - 16  
DÉCEMBRE  
2022

Lille  
Grand Palais

Guide de pratique clinique sur le mal de  
gorge aigu

Mise à jour 2017

Odeurs Philippe, Matthys Jan, De Meyere Marc, Peremans Lieve, Van  
Royen Paul

À la demande du groupe de travail pour le développement des  
recommandations de première ligne de l'EBMPracticeNet

Version validée par le CEBAM en mai 2017

EBM PracticeNet  
Werkgroep  
ontwikkeling  
richtlijnen  
eerste lijn



# Coup d'œil sur Guide de pratique clinique sur le mal de gorge aigu WOREL 2017

Plénière du Conseil Scientifique

Antibiothérapie dans les infections ORL

JeanLuc Belche, MD-PHD-GP

LIÈGE université  
Département de  
Médecine Générale  
Unité de Recherche  
Soins primaires et Santé

#CNGE2022

www.congrescngge.fr

# Conflits d'intérêts

...ou intérêt d'avoir des conflits

- Guide de pratique clinique: ~~rédaction~~, ~~panel d'experts~~
- Moyens diagnostiques et/ou thérapeutiques mentionnés: rien à déclarer
- Master de spécialisation Médecine Générale: ateliers communication professionnelle centrée sur la prescription d'Antibiotique dans les IVR
- MG:



# Guide de pratique WOREL-2017

- Centré sur la forme infectieuse aigüe de la pharyngo-amygdalite
- Enfant et adulte
- Validé par le Centre Belge pour l'EBM (CEBAM)
- Confirmation BAPCOC 2022

## Guide de pratique clinique sur le mal de gorge aigu

Mise à jour 2017

Odeurs Philippe, Matthys Jan, De Meyere Marc, Peremans Lieve, Van Royen Paul

À la demande du groupe de travail pour le développement des recommandations de première ligne de l'EBMPracticeNet

Version validée par le CEBAM en mai 2017

EBMPracticeNet  
Werkgroep  
ontwikkeling  
richtlijnen  
eerste lijn



Guide belge  
de **traitement** anti-infectieux  
en pratique **ambulatoire**

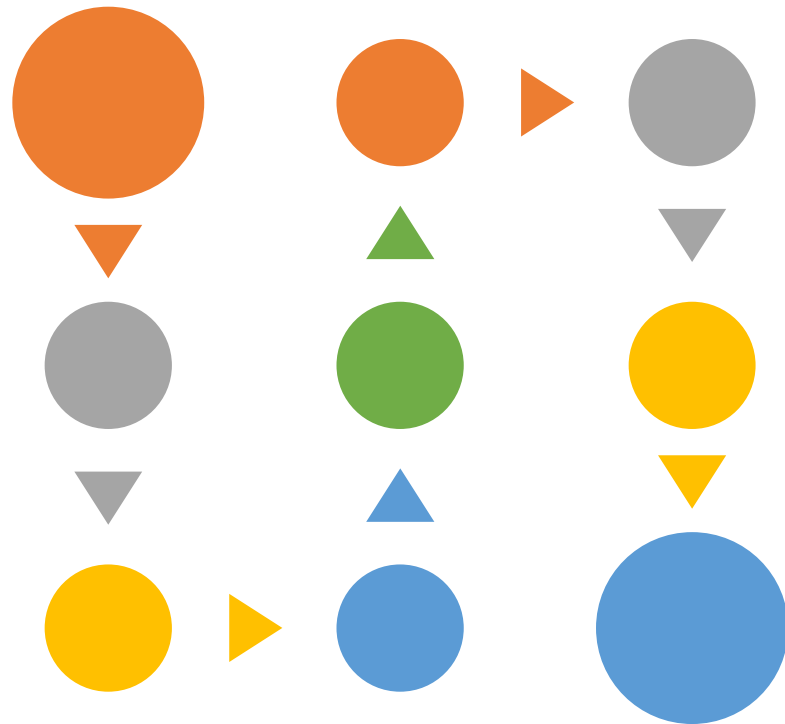
Novembre 2022

BAPCOC

Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee

.be

# Méthode



- Auteurs: MG
- Version précédente (1999)
  - ORL/Pédiatre/MG
- Sources principales
  - SIGN 2010
  - NHG Standaard V3-2015
  - ESCMID 2012
- Delphi avec MG et pédiatres
  - GPP= Good Practice Point (consensus car absence de données probantes)
- Traduction NL>FR

Complétée par quelques études récentes

# Questions cliniques

- 8 questions cliniques

**Guide de pratique clinique sur le mal de gorge aigu**

Mise à jour 2017

Odeurs Philippe, Matthys Jan, De Meyere Marc, Peremans Lieve, Van Royen Paul

À la demande du groupe de travail pour le développement des recommandations de première ligne de l'EBMPracticeNet

Version validée par le CEBAM en mai 2017

EBM PracticeNet  
Werkgroep  
ontwikkeling  
richtlijnen  
eerste lijn



1. À quoi faut-il être attentif lors de l'anamnèse et examen clinique?
2. Quelle est la démarche diagnostique?
3. Quels sont les symptômes d'alarme et quand faut-il réorienter?
4. Quels sont les patients qui entrent en ligne de compte pour un traitement par antibiotique? Quel antibiotique indiqué?
5. Quel traitement symptomatique?
6. Quelle explication donner au patient si on ne prescrit pas d'antibiotiques?
7. Quel suivi?
8. Quelle approche en cas de récurrences?

# Questions cliniques

- Faites une distinction entre les formes d'angine sévères et non sévères.
  - Les formes sévères sont la pharyngo-amygdalite chez un patient gravement malade, le phlegmon péri-amygdalien et l'épiglottite (GPP).
- En cas de forme d'angine non sévère, déterminez s'il y a un risque accru de complications (GPP).

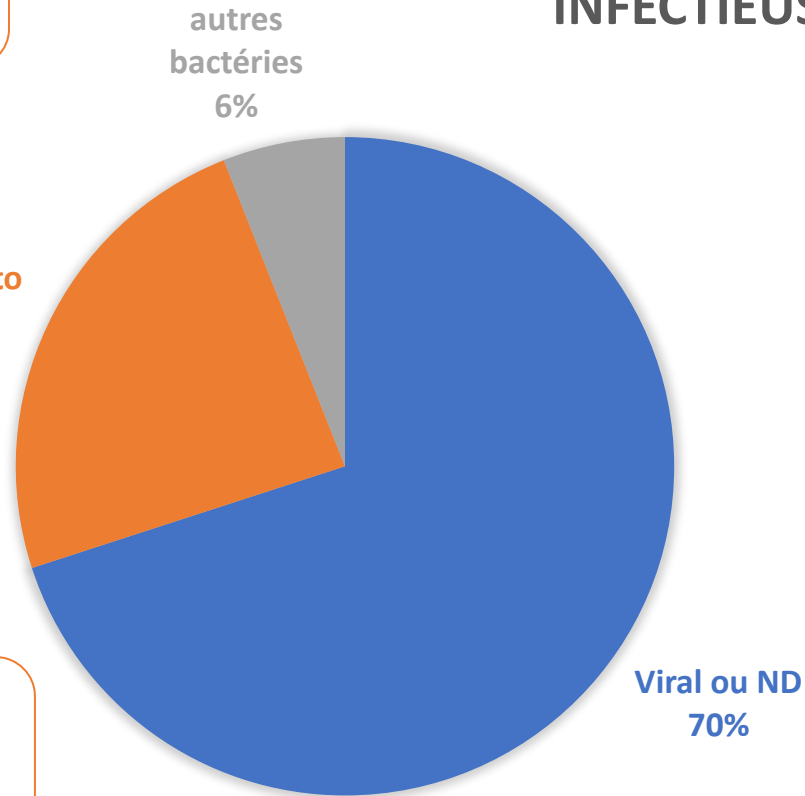
- Les antibiotiques ne sont généralement pas indiqués chez les patients souffrant d'un mal de gorge aigu (GRADE 1A).
  - Même si l'origine est bactérienne, une antibio-thérapie n'est généralement pas nécessaire
- Envisagez les antibiotiques chez les patients gravement malades et chez les patients à risque (GRADE 1C).
  - Pesez les avantages des antibiotiques par rapport aux effets secondaires, l'effet sur la flore commensale, le risque accru de résistance, la médicalisation et le coût (GRADE 2C).

1. À quoi faut-il être attentif lors de l'anamnèse et examen clinique?
2. Quelle est la démarche diagnostique?
3. Quels sont les symptômes d'alarme et quand faut-il réorienter?
4. Quels sont les patients qui entrent en ligne de compte pour un traitement par antibiotique? Quel antibiotique indiqué?
5. Quel traitement symptomatique?
6. Quelle explication donner au patient si on ne prescrit pas d'antibiotiques?
7. Quel suivi?
8. Quelle approche en cas de récurrences?

# Causes d'un mal de gorge aigu

(=pharyngo-amygdalite aigue infectieuse)

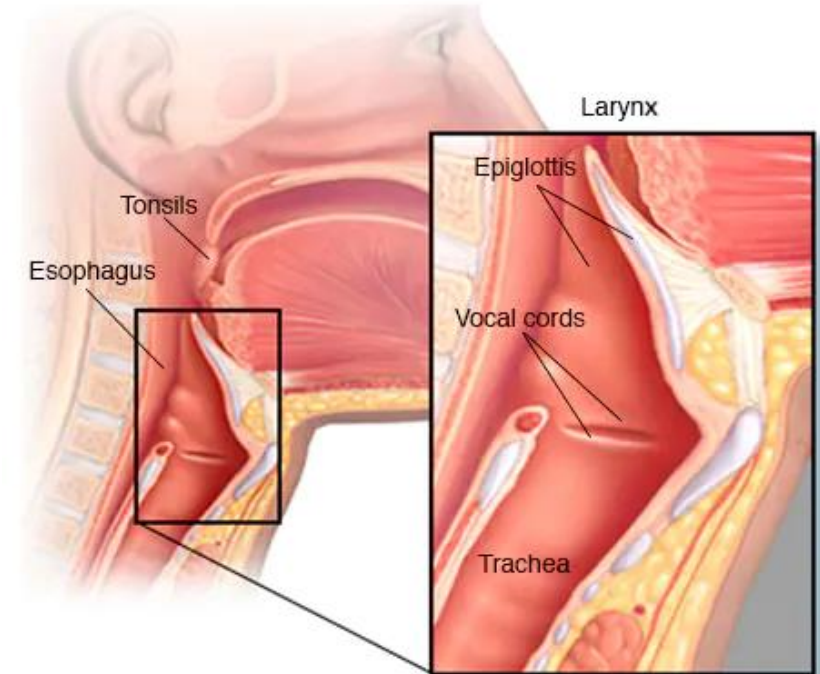
## CAUSES INFECTIEUSES



Adulte 5%  
Enfant 25%

Strepto  
24%

Portage sain?  
≈2-30%?



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED

Est-il possible de déterminer la cause en pratique clinique?

# Démarche diagnostique

**Scores de prédiction clinique**

**Identification du pathogène**

# Démarche diagnostique

## Scores de prédiction clinique

- Centor (1981), McIsaac

Aalbers *et al.* *BMC Medicine* 2011, **9**:67

<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/67>

**Table 4 Post-test probability of group A  $\beta$ -haemolytic streptococcal (GABHS) pharyngitis**

Points	Likelihood ratio	Pretest probability of GABHS pharyngitis (%)							
		5	10	15	20	25	30	35	40
$\geq 1$	1.16	6	11	17	22	28	33	38	44
$\geq 2$	1.76	8	16	24	31	37	43	49	54
$\geq 3$	2.68	12	23	32	40	47	53	59	64
4	3.85	17	30	40	49	56	62	67	72

# Démarche diagnostique

## Scores de prédiction clinique

- Centor (1981), McIsaac
- Isolé: VPP insuffisant quel que soit le contexte
  - VPN intéressante pour toux/coryza

Aalbers *et al.* *BMC Medicine* 2011, **9**:67  
<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/67>

**Table 4 Post-test probability of group A  $\beta$ -haemolytic streptococcal (GABHS) pharyngitis**

Points	Likelihood ratio	Pretest probability of GABHS pharyngitis (%)							
		5	10	15	20	25	30	35	40
$\geq 1$	1.16	6	11	17	22	28	33	38	44
$\geq 2$	1.76	8	16	24	31	37	43	49	54
$\geq 3$	2.68	12	23	32	40	47	53	59	64
4	3.85	17	30	40	49	56	62	67	72

# Démarche diagnostique

## Scores de prédiction clinique

- Centor (1981), McIsaac
- Isolément
- Situation clinique intermédiaire: VPP 8-37%

Aalbers *et al.* *BMC Medicine* 2011, **9**:67  
<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/67>

**Table 4 Post-test probability of group A  $\beta$ -haemolytic streptococcal (GABHS) pharyngitis**

Points	Likelihood ratio	Pretest probability of GABHS pharyngitis (%)							
		5	10	15	20	25	30	35	40
$\geq 1$	1.16	6	11	17	22	28	33	38	44
$\geq 2$	1.76	8	16	24	31	37	43	49	54
$\geq 3$	2.68	12	23	32	40	47	53	59	64
4	3.85	17	30	40	49	56	62	67	72

# Démarche diagnostique

## Scores de prédiction clinique

- Centor (1981), McIsaac
- Isolément
- Intermédiaire
- Au maximum: VPP 56%



Aalbers *et al.* *BMC Medicine* 2011, **9**:67  
<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/67>

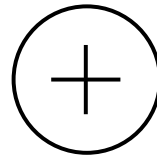
**Table 4 Post-test probability of group A  $\beta$ -haemolytic streptococcal (GABHS) pharyngitis**

Points	Likelihood ratio	Pretest probability of GABHS pharyngitis (%)							
		5	10	15	20	25	30	35	40
$\geq 1$	1.16	6	11	17	22	28	33	38	44
$\geq 2$	1.76	8	16	24	31	37	43	49	54
$\geq 3$	2.68	12	23	32	40	47	53	59	64
4	3.85	<b>17</b>	30	40	49	<b>56</b>	62	67	72

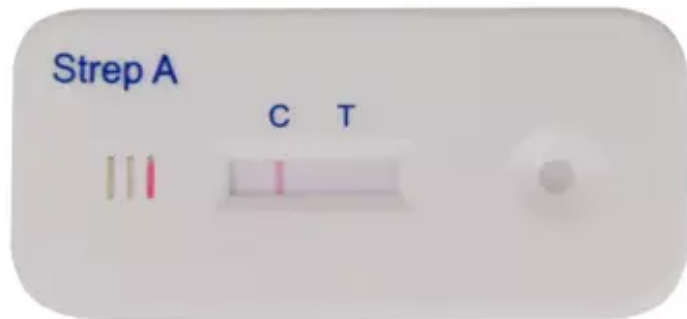
# Démarche diagnostique

**Scores de prédiction clinique**

**Identification du pathogène**



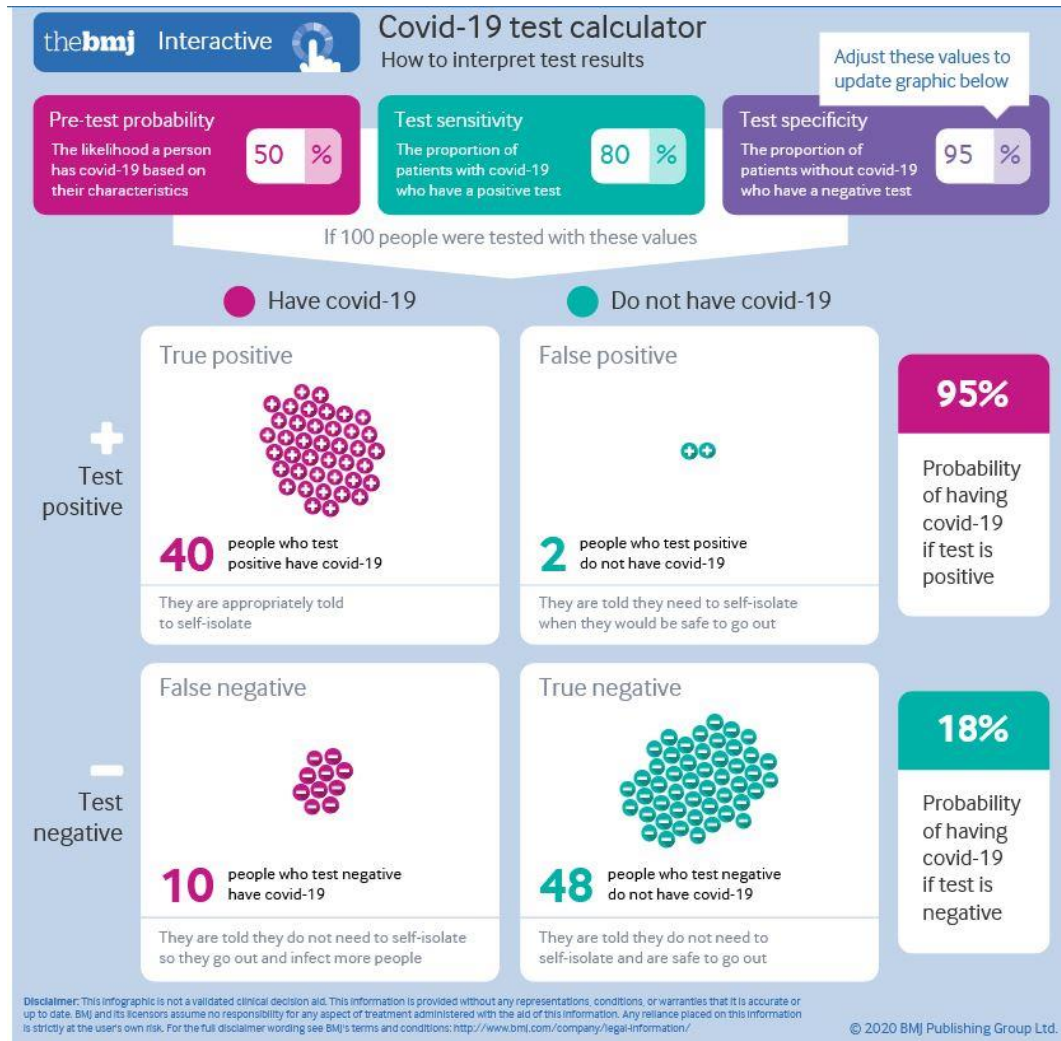
# Démarche diagnostique



## Identification du pathogène

- Tests rapides de détection antigénique
  - $Se \sim 85\%$
  - $Sp \sim 95\%$
- 2 situations cliniques selon probabilité pré-test
  - Adulte, Centor 1: 5%
  - Enfant, Centor 4: 50%

# Démarche diagnostique



## Identification du pathogène

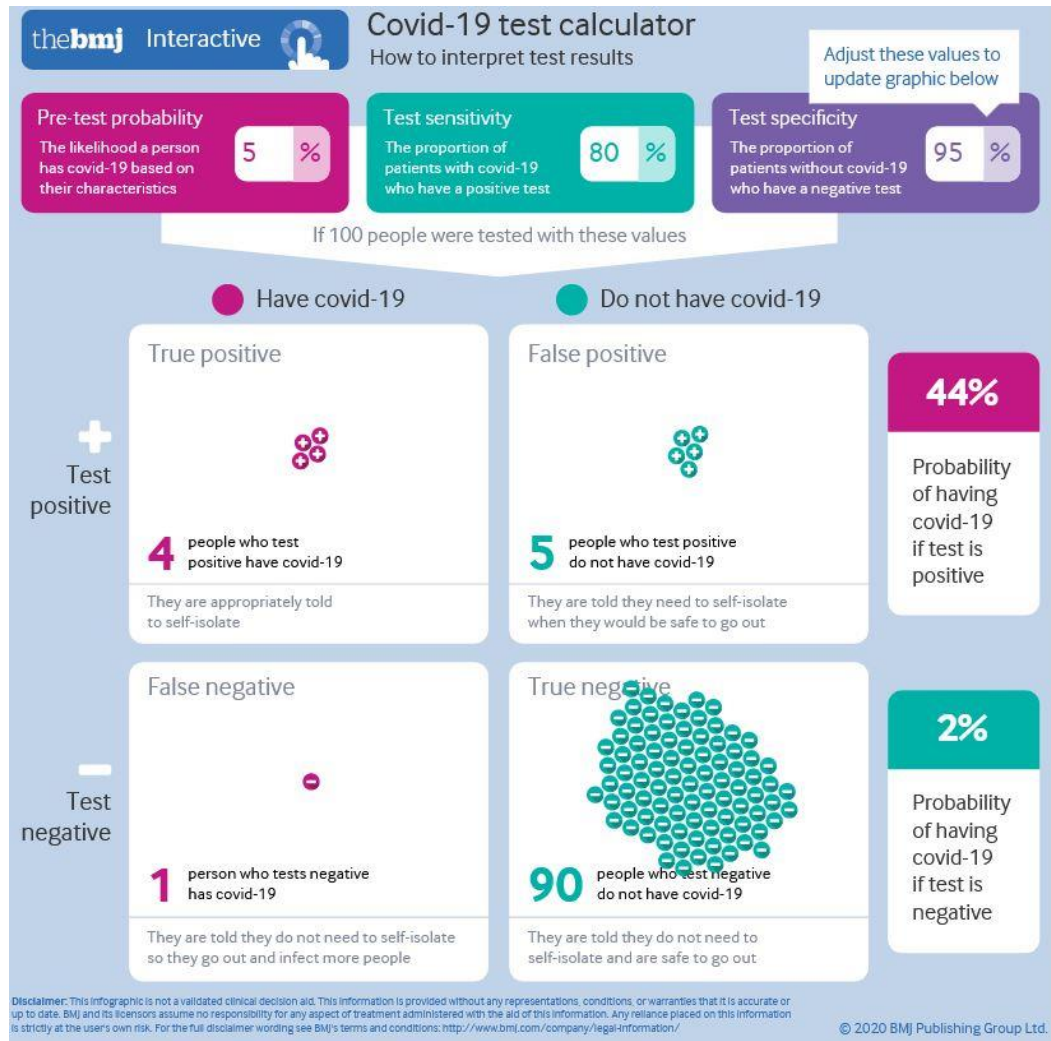
- Tests rapides de détection antigénique
  - $Sp \sim 85\%$
  - $Se \sim 95\%$
- 2 situations cliniques selon probabilité pré-test
  - 5%-**50%**

**CENTOR 4 / EPIDEMIE LOCALE**

Pouvoir de confirmation et d'exclusion suffisant

**PERMET DE REDUIRE la PRESCRIPTION d'AB (50%)**

# Démarche diagnostique



## Identification du pathogène

- Tests rapides de détection antigénique
  - $Sp \sim 85\%$
  - $Se \sim 95\%$
- 2 situations cliniques selon probabilité pré-test
  - 5%-50%

**CENTOR 1-Adulte**  
**Peu d'apport**

# Positionnement WOREL 2017: Pas d'utilisation de test diagnostique en pratique clinique (en MG)

- Qualité des données disponibles sur ce sujet : Il n'y a pas d'étude prospective disponible sur ces signes cliniques et leur impact sur la prise en charge
  - Les recommandations du guide de pratique reposent donc sur un consensus d'experts (MG et pédiatres)=  
**GPP**
- Le gain attendu d'un traitement antibiotique pour une possible angine à streptoA est jugé trop faible, même pour les personnes avec Centor 4-TRAD+, dans le contexte épidémiologique belge
  - (sauf si FR...)
- Autres risques identifiés par d'autres auteurs
  - Médicalisation et recours aux soins
  - Més-utilisation et perte d'efficacité

# Utilité des AB dans un mal de gorge Strepto A+

## Objectifs thérapeutiques

- Réduction des symptômes: douleur locale et fièvre
- Réduction de la contagion (scarlatine)
- Réduction complications suppuratives locales
- Réduction complications non suppuratives/générales

# Utilité des AB dans un mal de gorge Strepto A+

## Objectifs thérapeutiques

- Réduction des symptômes: douleur locale et fièvre
- Réduction de la contagion (scarlatine)
- Réduction complications non suppuratives/générales
- Réduction complications suppuratives locales

## Impact de l'antibiothérapie

- Évolution naturelle: 40% sans douleur à J3/80% à J7
- NNTB=5 pour J3 sans D+, 18 pour J7
- Réduction de 16h

# Utilité des AB dans un mal de gorge Strepto A+

## Objectifs thérapeutiques

- Réduction des symptômes: douleur locale et fièvre
- Réduction de la contagion (scarlatine)
- Réduction complications non suppuratives/générales
- Réduction complications suppuratives locales

## Impact de l'antibiothérapie

- RAA et Glomérulonéphrite
  - Complications rares
  - Conclusions non significantes sur le plan clinique
  - Études anciennes/contexte épidémiologique différent

# Utilité des AB dans un mal de gorge Strepto A+

## Objectifs thérapeutiques

- Réduction des symptômes: douleur locale et fièvre
- Réduction de la contagion (scarlatine)
- Réduction complications non suppuratives/générales
- Réduction complications suppuratives locales

Equivalent au risque de choc anaphylactique sur AB  
3/1000-1/10000

## Impact de l'antibiothérapie

- OMA/sinusite:
  - NNTB=200
  - Peu grave et traitable
- Pas de hausse observée dans les pays avec réduction de AB dans ces indications (Suède; -22%; 01 ans-BMJ Open 2017)
- Abscesses
  - NNTB: 150 vs peu d'efficacité des AB
  - **Risque rare**, scores clinique inefficaces

# Balance bénéfique/préjudice

- Faible réduction de la douleur
- Réduction de la contagion
- Faible effet sur risque d'abcès



- Risque allergique
- Impact sur la flore commensale
- Coût patient/société
- Risque de résistance

# Balance bénéfice/préjudice

- Faible réduction de la douleur
- Réduction de la contagion
- Faible effet sur risque d'abcès



- Risque allergique
- Impact sur la flore commensale
- Coût patient/société
- Risque de résistance

Les antibiotiques ne sont généralement pas indiqués chez les patients souffrant d'un mal de gorge aigu (GRADE 1A).

# Balance bénéfique/préjudice

Épidémie de forme Invasive de SGA?  
A suivre?

- Faible réduction de la douleur
- Réduction de la contagion
- Faible effet sur risque d'abcès



- Risque allergique
- Impact sur la flore commensale
- Coût patient/société
- Risque de résistance

Facteurs de risque de complications : cancer sous chimio/radiothérapie, troubles immunitaires, valvulopathie

Épiglottite, phlegmon

Envisagez les antibiotiques chez les **patients gravement malades et chez les patients à risque (GRADE 1C)**.

Formes sévères ou syndrome toxique

Impact Communautaire d'une épidémie, ex : communauté fermée (crèche, internat)

# Conclusions <sup>1/4</sup>:

## Esprit critique

- Dans une population saine, sans facteurs de risques et pour des situations non sévères, même si la cause bactérienne est prouvée, l'indication d'antibiotique n'est pas retenue, en vertu de cette balance préjudice/bénéfice négative.
- = Guide de pratique ancré dans un contexte épidémiologique donné, à un moment donné
  - Peu de données pédiatriques
  - Pas valable en 1950. Dépassé en 2023? A suivre!
  - Sous-populations spécifiques

# Conclusions <sup>2/4</sup>: Changement de paradigme et polémiques

- Ne pas chercher ce que l'on a pas besoin de traiter
- Stratégie: ANGINE AIGUE INFECTIEUSE=> PAS D'ANTIBIOTIQUE
- Paradigme pasteurien: cause → identification → traitement; à revoir?
- Débat toujours actuel
  - Influence du contexte de soins?

## **No Tests Recommended in Pharyngitis**

TO THE EDITOR—We are not supportive of a reflexive culture in patients with group A streptococcal pharyngitis when rapid antigen detection test is negative, as described in the article by Dingle et al [1],

**Jan Matthys**

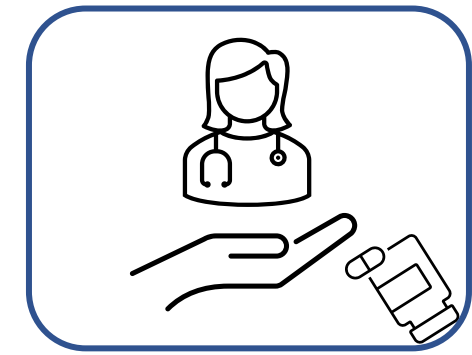
University of Ghent, Belgium

## **Reply to Matthys**

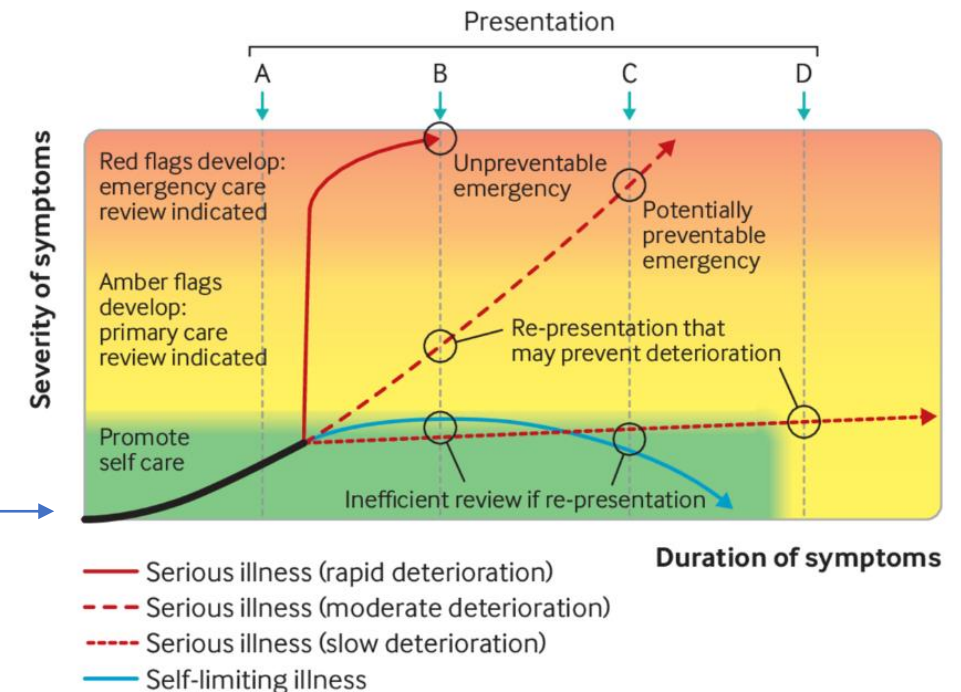
TO THE EDITOR—In the letter to the editor entitled “No Tests Recommended in Pharyngitis,” Dr Matthys makes a series of assertions about the management of pharyngitis with which we strongly disagree.

We are aware that some clinical guidelines, such as those cited by Dr Matthys, are advocating an increasingly nihilistic approach to acute pharyngitis, in which diagnostic testing is not performed and antibiotic treatment is not provided.

# Conclusions <sup>3/4</sup>: Investir le « rien »



- **Trier**
- **Rechercher** de la perspective du patient:
  - Durant la consultation d'entrée, attardez-vous sur les idées, les préoccupations et les attentes (ICE) du patient ainsi que sur les éléments d'ordre psychosocial qui ont une influence sur ces aspects (**GRADE 1C**).
  - Apprendre à communiquer peut être utile pour mieux prescrire...
- **Développer** le traitement symptomatique : douleur, fièvre, dysphagie.
- **Expliquer** au patient le changement de paradigme et de pratique qui en découle (pas de test, pas d'AB)
- **Filets de sécurité**:
  - Drapeaux verts: évolution attendue
  - Drapeaux oranges: complication à moyen terme
  - Drapeau rouge: complication à long terme



# Conclusions 4/4: spécial CNGE

- Matières d'enseignement:
  - Raisonnement clinique: Se, Sp, VPP, VPN
  - Données factuelles pour les filets de sécurité
  - Communication professionnelle en santé: recherche de la perspective du patient

Summary of outpatient antibiotic stewardship interventions and considerations.

Intervention	Considerations
Patient education	<ul style="list-style-type: none"><li>• The effectiveness of smaller scale interventions is uncertain</li><li>• Mass media campaigns may be effective</li></ul>
Clinician education	<ul style="list-style-type: none"><li>• Active, in-person education is more effective than passive education</li><li>• Factors that influence prescribing go beyond knowledge gaps, so education should be provided in combination with other interventions</li></ul>
Communication skills training	<ul style="list-style-type: none"><li>• Effective and has sustained benefits over time</li><li>• May improve patient satisfaction</li><li>• Effective elements of communication in conditions where antibiotics are not needed include:<ul style="list-style-type: none"><li>– Using both a negative and positive treatment recommendation</li><li>– Providing a contingency plan</li></ul></li></ul>
Diagnostics and point-of-care testing	<ul style="list-style-type: none"><li>• Can be useful in diagnosing bacterial causes<ul style="list-style-type: none"><li>– Accurate diagnosis decreases inappropriate use of antibiotics for viral infections</li></ul></li><li>• Diagnostic stewardship is needed for any intervention where diagnostics or point-of-care testing are used</li></ul>
Active monitoring and delayed prescribing	<ul style="list-style-type: none"><li>• Can reduce the use of antibiotics in conditions for which antibiotics are sometimes indicated</li><li>• Guideline recommended for some conditions (acute otitis media in children and acute sinusitis)</li><li>• Should never be used in conditions for which antibiotics are not indicated or are immediately indicated</li></ul>
Clinical decision support	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evidence of effectiveness is mixed</li><li>• Can range from low tech (such as printed clinical pathways) to high tech (integrated into electronic health record)</li><li>• Low uptake can be a barrier to effectiveness<ul style="list-style-type: none"><li>– More effective if integrated into existing systems and easy to use</li></ul></li></ul>
Audit and feedback plus peer comparison	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peer comparison rooted in behavioral science</li><li>• Effective in reducing inappropriate prescribing</li><li>• Should provide an appropriate prescribing target (not mean) to prevent regression to the mean effect</li></ul>
Accountable justification	<ul style="list-style-type: none"><li>• Based in behavioral science</li><li>• Effective in reducing inappropriate prescribing</li><li>• Must be integrated into the electronic health record</li></ul>
Public commitment posters	<ul style="list-style-type: none"><li>• Based in behavioral science</li><li>• Low cost, effective intervention</li><li>• Intended to affect the clinician's behavior rather than the patient's<ul style="list-style-type: none"><li>– Should be placed in the examination room (not the waiting room)</li></ul></li><li>• Templates available from the US Centers for Disease Control and Prevention and some state health departments</li></ul>



# 22<sup>e</sup> CONGRÈS NATIONAL

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE

Exercer  
et enseigner  
la médecine  
générale

14 - 16  
DÉCEMBRE  
2022

*Lille*  
*Grand Palais*

# Merci pour votre attention!

[jlbelche@uliege.be](mailto:jlbelche@uliege.be)

**#CNGE2022**

[www.congrescngge.fr](http://www.congrescngge.fr)