



P.-A. Plan

Glomérulonéphrite post-infectieuse

Cette rubrique rapporte des cas réels pour lesquels les démarches diagnostique et thérapeutique présentent un intérêt particulier ou sont inhabituelles. Elle reflète l'activité du praticien et les divergences, parfois profondes, qui existent entre la médecine hospitalière, basée sur les preuves et celle, plus intuitive, que le praticien exerce au cabinet.

Participants : Gilbert Abetel (Orbe), Christian Danthe (Vallorbe), Philippe Hungerbühler (Yverdon), Jean-Dominique Lavanchy (Yvonand), Daniel Russ (Echallens).

Rédaction : Pierre-Alain Plan

Il s'agit d'une jeune femme de 21 ans, employée de commerce, sans aucun antécédent médical ou chirurgical notable, suivie depuis mars 1998 pour des affections banales (otite moyenne aiguë, mycose unguéale, ongle incarné, etc.). Elle pèse 50 kg, ne fume pas et prend comme seul médicament un contraceptif oral.

Le 7 mai, elle consulte en urgence dans un centre médical en raison d'un état fébrile accompagné de douleurs pharyngées et d'un état de malaise.

Le diagnostic communiqué à la patiente est celui d'une infection virale pour laquelle un traitement fébrifuge et anti-inflammatoire (acide méfénamique) est prescrit, puis elle rentre à domicile. Le test rapide pour la recherche d'un streptocoque β -hémolytique du groupe A est négatif.

Le 9 mai, elle appelle son médecin traitant, disant qu'elle est toujours fébrile, qu'elle ne se sent pas bien et qu'elle désire une consultation le jour même. Elle est reçue quelques heures plus tard, l'anamnèse révèle une dysphagie bilatérale apparue cinq à six jours auparavant, quasiment disparue depuis lors, une rhinite d'abord claire puis purulente, et un état fébrile persistant depuis 3-4 jours, sans toux.

A l'examen clinique, la patiente est fébrile à 38,7 °C, le fond de gorge est érythémateux sans signes d'angine pultacée, il existe des adénopathies latéro-cervicales sans atteinte de la chaîne ganglionnaire postérieure, et un écoulement postérieur purulent.

La radiographie des sinus maxillaires montre un épaississement muqueux bilatéral et un niveau à gauche. Aucun examen bactériologique n'est effectué lors de cette consultation.

Sur la base de l'impression clinique, et en l'absence de symptômes parlant en faveur d'un obstacle au drainage des sinus (une sinusite maxillaire est rarement accompagnée d'un état fébrile à 38,7°C à moins qu'il n'existe une obstruction), le diagnostic retenu est celui d'une sinusite maxillaire aiguë.

Un traitement par rinçage des cavités nasales et corticothérapie locale est prescrit, en association avec une antibiothérapie par Augmentin® à la dose de 2 x 1 g/j.

Cinq jours plus tard, le 14 mai en fin de journée, la patiente revient au cabinet pour un contrôle. Elle va beaucoup mieux, décrit une nette amélioration des symptômes et n'est plus fébrile. Toutefois elle signale que le soir, lorsqu'elle rentre de son travail, elle a les jambes lourdes et qu'elle a pris un peu de poids. Elle pèse alors 53,8 kg (+ 3,8 kg) et le médecin constate de légers œdèmes aux membres inférieurs. Sur le moment, cela ne motive pas d'examen complémentaires.

Le lendemain, elle téléphone au cabinet pour dire qu'elle a remarqué du sang dans ses urines. Le médecin lui demande si elle a ses règles, elle répond par l'affirmative mais insiste sur le fait que les urines sont vraiment rouges et que ce n'est pas comme d'habitude lors de ses périodes menstruelles.

Elle est revue en consultation le 16 mai et l'examen d'urine confirme la présence d'une hématurie macroscopique importante (l'urine contient plus que les débris cellulaires et les quelques globules rouges que l'on s'at-

tend à observer en cas de contamination d'un prélèvement effectué correctement, en tenant compte de la présence des règles). La culture d'urine est négative.

A l'examen clinique, la patiente est afebrile, les œdèmes ont encore augmenté et prennent le godet des deux côtés. Le poids est de 56 kg (+ 6 kg en une semaine). La pression artérielle (TA) est à 160/100 mmHg avec une fréquence cardiaque régulière à 80 par minute, l'auscultation cardio-pulmonaire est physiologique, il n'y a pas d'organomégalie, l'abdomen et les loges rénales sont souples et indolores.

La patiente rapporte qu'elle a les paupières gonflées le matin et se plaint d'une gêne respiratoire à l'effort.

Les tests biologiques révèlent une anémie avec une hémoglobine à 108 g/l, une créatinine augmentée à 127 mmol/l et une urée à 12,2 mmol/l.

Le diagnostic retenu est celui d'une atteinte rénale (insuffisance rénale aiguë avec syndrome néphrotique, anémie par hémodilution, hématurie macroscopique) probablement consécutive à une angine streptococcique non diagnostiquée (pour mémoire, le test rapide pratiqué en ville était négatif).

Discussion du cas entre confrères

– (Un confrère). **Les urines étaient vraiment rouges ? En cas de glomérulonéphrite – c'est le diagnostic auquel je pense – elles sont classiquement de couleur brune.**

– (Le médecin traitant). Les urines étaient rouges, avec des érythrocytes dans le sédiment urinaire.

– (Un confrère). **Les anti-streptolysines (ASLO) ont-elles été mesurées ?**

– (Le médecin traitant). Non, pas dans cette phase-là.

– (Un confrère). **A-t-on noté la présence d'un purpura ?**

– (Le médecin traitant). Non.

– (Un confrère). **Comment prouver qu'il s'agit d'une glomérulonéphrite post-streptococcique ?**

– (Le médecin traitant). A la fin de la consultation du 16 mai, ce n'était qu'une hypothèse. C'est a posteriori que ce diagnostic a été retenu par les néphrologues, sur la base d'une image histologique compatible.

– (Un confrère). C'est quand-même une histoire bizarre... Il est difficile d'imaginer poser un diagnostic de glomérulonéphrite secondaire à une angine streptococcique uniquement sur la base d'une histoire d'angine, dont l'évolution a été spontanément favorable en trois jours, avec un test rapide négatif, et cela d'autant plus que la patiente a été traitée dès le cinquième jour par de l'Augmentin®, médicament considéré comme efficace.

– (Le médecin traitant). **C'est pour le moins inhabituel. Qu'auriez-vous fait dans une telle situation ?**

– (Un confrère). Il est clair que ce cas sort de ma compétence de praticien.

– (Un confrère). Tout à fait d'accord, ce cas dépasse non seulement notre compétence mais aussi nos possibilités: même si l'on consulte d'abord un ouvrage médical de référence comme le *Harrison* ou le *Cécil*, afin de s'assurer que l'on n'oublie rien, nous ne pouvons pas, en pratique ambulatoire, effectuer rapidement tous les examens nécessaires, les uns après les autres, et selon une bonne logique.*

– (Le médecin traitant). **Je répète donc ma question. Que faut-il faire ? Ou que faut-il ne pas faire ? Peut-on différer la suite de la prise en charge ou faut-il au contraire agir très rapidement (admission en urgence) ?**

– (Un confrère). Pour cette patiente, il est nécessaire de savoir s'il faut commencer un traitement de prednisone. Se posent également les questions de la poursuite de l'antibiothérapie et de la manière dont doivent être traités l'hypertension et les œdèmes.

Le 17 mai, la patiente est référée à un spécialiste au CHUV (service de néphrologie), en raison de l'hypertension associée à la constellation de symptômes cliniques décrits plus haut. Il paraît important au médecin traitant

d'obtenir rapidement un avis spécialisé et, le cas échéant, que soit pratiquée une ponction-biopsie rénale (PBR). Cet examen a d'ailleurs été réalisé deux jours plus tard.

Dans le rapport du spécialiste, on peut lire que l'analyse du spot urinaire révèle: 1) un abaissement de la fraction d'excrétion du sodium à 0,2% qui pourrait être attribué à une hypovolémie efficace dans le cadre du tableau d'œdèmes et probablement dans le contexte d'une glomérulopathie; 2) une protéinurie d'ordre néphrotique attestée par le rapport protéines/créatinine à 354 g/mol et 3) une enzymurie (lysozyme) élevée comme on peut en observer dans le cadre d'une protéinurie importante.

Toujours selon le néphrologue, le sédiment urinaire au microscope en contraste de phase révèle la présence de 20-30 érythrocytes par champ, dont seulement moins de 5% sont dysmorphiques, d'origine glomérulaire (ce qui est atypique pour une atteinte glomérulaire). La présence de deux cylindres érythrocytaires permet cependant d'attribuer l'hématurie à une origine glomérulaire. On note encore 3-4 leucocytes par champ, quelques cylindres granuleux et de rares cylindres hyalins.

L'examen du tissu rénal prélevé (PBR) évoque la présence d'une glomérulonéphrite proliférative endocapillaire diffuse avec la présence, à l'examen par immunofluorescence, de dépôts granuleux mésangiaux pariétaux anti-C3, anti-IgG, -IgM et -IgA.

Sur la base de l'abaissement du complément, de l'élévation des ASLO et de l'image histologique, le diagnostic de glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique est retenu et un traitement combiné de lisinopril (10 mg/j) et d'hydrochlorothiazide (12,5 mg/j) est introduit.

Le 5 juin, lors d'un contrôle chez le médecin traitant, la TA reste très élevée à 190/120 mmHg et les œdèmes sont toujours présents. Après discussion avec le néphrologue, le traitement diurétique et antihypertenseur est intensifié avec la prescription associée d'un diurétique de l'anse (torasémide 5 mg/j) et de 20 mg/j de lisinopril.

Le 12 juin, la patiente va beaucoup mieux, son poids est revenu à la normale.

Depuis lors, l'évolution favorable s'est poursuivie, la patiente est actuellement normotendue et n'a plus d'œdèmes.

– (Le médecin traitant). **Aurait-on pu faire mieux ?**

– (Un confrère). On peut surtout se demander si on aurait pu prévenir l'apparition de cette glomérulonéphrite.

– (Un confrère). Je n'ai pas de réponse. En 30 ans de pratique, bien que j'aie soigné énormément d'angines, je n'ai vu qu'un seul cas de glomérulonéphrite post-streptococcique.

– (Le médecin traitant). C'est ce qui se passe habituellement pour la plupart d'entre-nous, mais il faut tout de même signaler que j'ai récemment vu deux cas de glomérulonéphrites de ce type en l'espace de deux mois. Il y a peut-être eu une petite épidémie dans ma région ?

– (Le médecin traitant). **N'aurait-il pas suffi de traiter la patiente avec un IECA et un diurétique d'abord, puis de pratiquer une PBR en cas d'évolution insatisfaisante ? Ou faut-il systématiquement effectuer une PBR de manière précoce ?**

– (Un confrère). Ce qui justifie en général la PBR – on en fait d'ailleurs de moins en moins – c'est la nécessité de différencier une atteinte rénale d'origine auto-immune, en particulier un lupus, d'une glomérulonéphrite de type post-streptococcique.

– (Un confrère). **Et si la patiente avait refusé la ponction-biopsie rénale ?**

– (Le médecin traitant). Elle était suffisamment inquiète de cette situation pour l'accepter. En tant que médecin traitant, je l'étais aussi, notamment parce que j'ai un autre patient de 60 ans avec une longue histoire de dialyse, de greffe rénale et de rejet chronique à la suite d'une glomérulonéphrite post-streptococcique. J'avais donc de la peine à imaginer cette jeune femme dans la peau de cet homme qui vit depuis trente ans entre le CHUV et son domicile.

En revanche, j'ai été surpris que le traitement ne comprenne pas l'administration, au moins pendant la période initiale, d'un stéroïde. Je ne connais pas les raisons pour lesquelles on peut décider de s'en passer.

* Tous les participants du groupe partagent unanimement cet avis (ndlr).

L'avis de l'infectiologue

(Dr Alain Cometta, médecin chef au Centre hospitalier Yverdon-Chamblon (CHYC), Yverdon-les-Bains)

– (P.-A. Plan). **Que pensez-vous de cette histoire ?**

– (A. Cometta). La présentation clinique au début de l'histoire est compatible avec une infection virale (adénovirus, rhinovirus, coxsackie). Ce type de maladie s'améliore la plupart du temps en quelques jours.

Deux jours plus tard, l'évolution et l'histoire clinique (persistance de l'état fébrile sans signes d'angine floride) évoquent toujours une virose. Compte tenu de l'âge de la patiente, il pourrait aussi s'agir d'une primo-infection à virus Epstein-Barr (VEB) ou à cytomégalovirus (CMV). La possibilité d'une primo-infection à VIH, qui peut parfois se manifester par des adénopathies et une pharyngite, doit aussi être évoquée.

Pour ce qui concerne la sinusite, dont l'origine n'est d'ailleurs pas forcément bactérienne (un épaississement de la muqueuse visible à la radiographie peut aussi avoir une origine virale), le traitement antibiotique prescrit (Augmentin®) couvre bien les bactéries généralement rencontrées dans cette situation (pneumocoques, *Haemophilus* et streptocoques). Toutefois, si la cause de la pharyngite avait été une infection à VEB, la patiente serait peut-être revenue en consultation quelques jours plus tard avec un rash cutané érythémateux diffus.

Une semaine après la première consultation, les symptômes infectieux semblent avoir disparu, mais un autre problème apparaît: d'abord les œdèmes puis, au cours des jours suivants, une possible néphropathie dont les causes peuvent être multiples.

Bien sûr, lorsqu'on associe les mots angine et œdèmes, on pense tout de suite à la complication rénale des infections streptococciques, même si les complications non suppuratives liées au streptocoque du groupe A sont devenues extrêmement rares en Suisse (moins de 20 cas de RAA par an). Ce qui est un peu étonnant, c'est le court délai (moins de 10 jours) entre le début de la symptomatologie et l'apparition des œdèmes. De plus, il faut noter que des atteintes glomérulaires peuvent aussi survenir après des infections virales (hépatite B ou C, VEB, rougeole, oreillons, etc.). Dans ce cas, des examens sérologiques seraient susceptibles d'apporter quelques informations.

– (PAP). **En plus des sérologies, aurait-il été justifié d'effectuer un prélèvement bactériologique au niveau nasal ?**

– (AC). Non, pas d'emblée. C'est l'anamnèse et l'évolution qui dictent la nécessité ou non de faire des examens. Cette histoire, en tout cas au début, est tellement fréquente et classique qu'elle ne justifie pas de tels examens. Par contre, lorsqu'on hésite à introduire un antibiotique pour une rhino-sinusite, la clinique ne permettant pas de différencier la sinusite bactérienne de la sinusite virale, le prélèvement bactériologique pourrait permettre de définir quelle infection rhino-sinusal peut bénéficier d'un traitement antibiotique.

Lorsqu'on effectue des sérologies très tôt au décours de la maladie, elles risquent d'être négatives, et il faudra de toute façon les répéter. Au deuxième jour, en évoquant une infection à VEB ou CMV, on aurait pu prélever du sérum, le congeler et surveiller l'évolution.

Concernant la recherche du streptocoque du groupe A avec un test rapide négatif lors de la première consultation, il était tout à fait justifié de ne pas mettre en route un traitement antibiotique. En revanche, la culture, dont le résultat aurait été en principe disponible deux jours plus tard, n'a pas été faite. A ce moment, si la culture avait été positive, un antibiotique aurait été prescrit.

En fait, bien que les choses se soient passées différemment, la patiente a reçu un antibiotique depuis le deuxième jour pour une raison non liée à l'angine, et malgré cela elle a quand même développé une glomérulonéphrite dont l'origine est apparemment post-streptococcique

(confirmée par l'histologie et la sérologie). Alors qu'il est bien démontré que le traitement antibiotique de l'infection streptococcique du groupe A prévient le RAA, cela n'a pas été clairement démontré pour la glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique: plusieurs auteurs ont rapporté l'apparition de glomérulonéphrite survenue malgré un traitement antibiotique.

– (PAP). **Quelles sont la spécificité et la sensibilité des tests rapides pour la recherche de *S. pyogenes* ?**

– (AC). Les tests rapides ont une bonne spécificité, en revanche la sensibilité n'est pas de 100%, mais plutôt de l'ordre de 80-90%.¹ En conséquence, un test rapide négatif n'apporte pas la preuve qu'il ne s'agit pas d'une angine à streptocoques. Dans ce cas, les recommandations sont de faire une culture sur gélose au sang (fig. 1).²

– (PAP). **La manière de faire le prélèvement pour la recherche de streptocoques peut-elle être responsable de résultats faussement négatifs ?**

– (AC). Le prélèvement doit être de bonne qualité: il faut bien frotter les amygdales et la paroi postérieure du pharynx avec l'écouvillon et ne pas se contenter de juste les effleurer. Il faut également éviter de toucher le palais mou ou l'uvule. La présence d'un réflexe nauséux peut être responsable d'un mauvais prélèvement, mais ce type de problème technique est en général compris dans les 10% de faux négatifs.

– (PAP). **Est-il possible de différencier cliniquement une angine virale d'une angine à streptocoques ?**

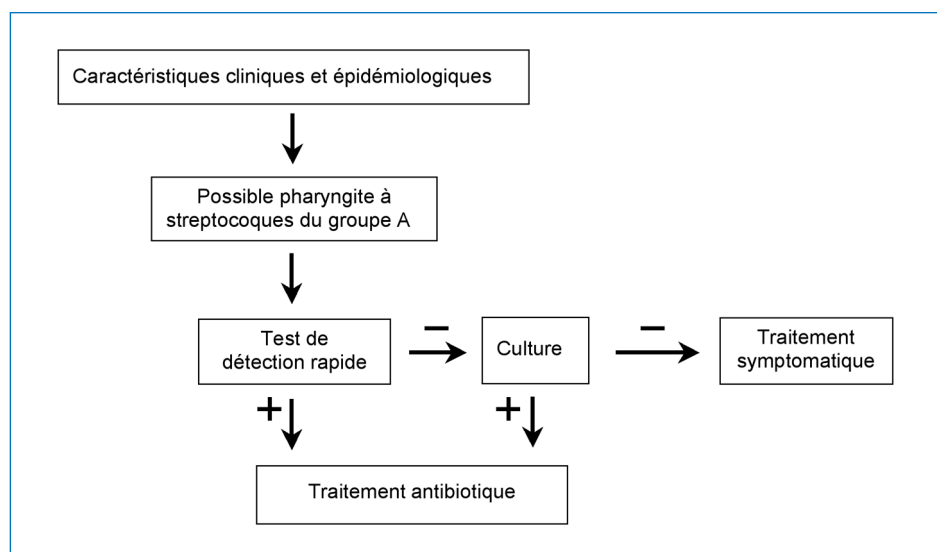


Fig. 1. Diagnostic et traitement des pharyngites aiguës.

Adapté de Bisno et coll.²

– (AC). Non, la clinique n'est pas spécifique. Lorsque le médecin se base uniquement sur son jugement clinique, il surestime en général la probabilité d'une infection à *S. pyogenes*.³

Environ 30% des angines ont une origine bactérienne, un tiers est d'origine virale et la cause n'est pas documentée pour les 30-35% restants. La clinique ne permet en aucun cas de faire la différence; on a une chance sur deux de se

tromper.⁴ Même en cas d'angine floride, avec un érythème très important et un exsudat au niveau des amygdales et de la paroi postérieure du pharynx, on n'est pas certain de mettre en évidence des streptocoques du groupe A. Les streptocoques du groupe C peuvent aussi provoquer des angines sévères et sont parfois responsables de complications locales, mais pas de RAA; des cas de glomérulonéphrite ont par contre été décrits.



L'avis du néphrologue

– (P.-A. Plan). **Que pensez-vous de cette histoire ?**

– (M. Bringolf). Elle évoque en premier lieu une glomérulonéphrite (GN) aiguë post-infectieuse, probablement post-streptococcique. Le délai d'apparition des signes cliniques, avec la survenue de l'atteinte rénale huit à dix jours après les premiers symptômes, est évocateur de ce diagnostic. Toutefois on sait que les streptocoques ne sont pas la seule cause de ce type d'atteinte rénale, beaucoup de bactéries peuvent aussi en être responsables. Des atteintes virales sont aussi possibles.

On pourrait aussi envisager la possibilité d'une maladie de Berger (glomérulonéphrite à dépôts mésangiaux d'IgA). Toutefois dans cette situation, l'hématurie macroscopique est en général concomitante à l'épisode infectieux.

Etant donné l'absence préalable d'anomalie du sédiment urinaire, comme par exemple une micro-hématurie, on peut raisonnablement exclure l'exacerbation d'une glomérulopathie sous-jacente par l'épisode infectieux.

On sait que la patiente a reçu de l'acide méfénamique, qui est une cause connue d'insuffisance rénale aiguë, mais la présentation aurait été différente: on aurait plutôt observé une insuffisance rénale secondaire à une néphrite interstitielle, éventuellement associée à des lésions glomérulaires minimales, une protéinurie et des œdèmes. Habituellement il n'y a pas d'hématurie dans cette situation.

Le diagnostic le plus probable reste celui d'une glomérulonéphrite aiguë post-infectieuse. Sur la base des résultats des examens et de l'image histologique, le diagnostic d'une atteinte post-streptococcique, bien que très rare actuellement, semble correct. Il est notamment confirmé par l'augmentation des ASLO et la diminution du complément

(abaissé surtout en cas de glomérulonéphrite post-infectieuse, de certaines formes de GN membrano-prolifératives ou de lupus).

– (PAP). **N'aurait-il pas suffi de traiter d'abord cette patiente avec un diurétique et un IECA puis, en cas d'amélioration insatisfaisante de pratiquer une PBR ? Ou faut-il systématiquement, dans ce type de situation, effectuer une PBR précocement ?**

– (MB). C'est une question difficile, il n'y a pas de règle absolue. Dans ce cas, l'indication à la PBR était la sévérité de la rétention hydrosodée et l'importance de la protéinurie. Comme il n'existait qu'une augmentation très modérée de la créatinine, il n'aurait pas été faux de traiter d'abord l'hypertension et les œdèmes, puis le cas échéant, d'effectuer la PBR plus tardivement, en fonction de l'évolution clinique et biologique (créatinine et protéinurie notamment).

Chez les enfants qui présentent une atteinte rénale aiguë post-streptococcique, on ne pratique souvent pas de biopsie. On se contente de suivre l'évolution qui est la plupart du temps favorable, comme cela a d'ailleurs été le cas chez cette jeune femme. Une PBR est effectuée seulement lorsqu'une micro-hématurie ou une protéinurie persiste au-delà de six mois.

Cette patiente va probablement encore présenter une micro-hématurie et une protéinurie pendant plusieurs mois. Il faudra surveiller la fonction rénale et réévaluer la situation si la protéinurie – dipstick positif (seuil de détection: environ 300 mg/l) ou mesure quantitative supérieure à 150 mg/24 h – persiste au-delà de six mois.

– (PAP). **Comment définit-on la microalbuminurie ?**

– (MB). La microalbuminurie est définie par la persistance d'une protéinurie au-dessous du seuil de détection par dip-

Bibliographie :

- 1 Rohner P, Auckenthaler R. Le diagnostic des angines. *Med Hyg* 1997; 57: 738-44.
- 2 Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM Jr, Kaplan EL, Schwartz RH. Diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: A practice guideline. *CID* 1997; 25: 574-83.
- 3 Poses RM, Cebul RD, Collins M, Fager SS. The accuracy of experiences physicians' probability estimates for patients with sore throat. Implications for decision making. *JAMA* 1985; 254: 925-9.
- 4 Wigton RS, Connor JL, Centor RM. Transportability of a decision rule for the diagnosis of streptococcal pharyngitis. *Arch Inter Med* 1986; 146: 81-3.

stick, mais au-dessus des valeurs normales (30-150 mg/24 h).

– (PAP). **A quoi faut-il faire attention lors du prélèvement d'urine pour éviter les erreurs de mesure de la protéinurie ou de la microalbuminurie ?**

– (MB). L'urine doit être prélevée au moyen d'un récipient en plastique adéquat (l'albumine adhère au verre), à distance des périodes d'exercice, de station debout prolongée ou d'un épisode fébrile.

– (PAP). **Qu'aurait-on fait si la patiente avait refusé la PBR ?**

– (MB). On aurait traité les symptômes et surveillé attentivement l'évolution de la maladie (environ deux fois par semaine). En cas d'évolution défavorable, de mauvaise réponse au traitement ou de complication, il aurait alors fallu rediscuter la biopsie et persuader la patiente de sa nécessité.

– (PAP). **Un traitement de stéroïdes aurait-il été justifié dans cette situation ? Pour quelle raison peut-on décider de s'en passer ?**

– (MB). Pour cette patiente, sur la base de l'examen histologique, il n'était pas justifié d'introduire un tel traitement. En revanche, cela l'aurait été en cas d'atteinte interstitielle médicamenteuse (acide méfénamique).

Dans les atteintes glomérulaires aiguës on utilise les stéroïdes lorsqu'il existe une maladie systémique (lupus par exemple) ou des lésions sévères avec une prolifération extra-capillaire. Dans ces situations on associe quasi systématiquement le cyclophosphamide.

L'introduction d'un traitement stéroïdien à haute dose, avec les risques et les inconvénients qui y sont associés, ne se fait pas sans disposer d'arguments histologiques fournis par la PBR. Pour introduire ce genre de traitement il faut vraiment un diagnostic de certitude, d'au-

L'ENVERS DES GUIDELINES

Le praticien au centre du système

tant plus que l'association stéroïdes et cyclophosphamide ou ciclosporine est parfois nécessaire.

– (PAP). Comment effectue-t-on un prélèvement urinaire adéquat pour confirmer sans aucune ambiguïté une

A posteriori, on peut considérer que l'état fébrile à 38,7 °C était en relation non pas avec l'état infectieux, mais qu'il s'agissait de l'expression d'un phénomène immunologique alors que la glomérulonéphrite était en train de s'installer.

Ce cas est très intéressant pour le praticien, parce qu'il commence insidieusement, de façon tout à fait banale, puis tout à coup on se retrouve face à une situation qui exige une réponse rapide. Cela nous ramène à quelque chose de très important: nous avons tous régulièrement – à peu près tous les cinq ans – des cas qui nous *sautent* à la figure et qui nous empêchent de dormir. Et c'est pratiquement toujours lorsqu'on se trouve installé dans un certain degré de routine; il y a alors une sorte d'endormissement, surtout face à des cas tels qu'une sinusite. Il n'y a rien de plus «endormissant» qu'une sinusite.

Dans cette situation, aucune erreur n'a été commise, mais cela aurait pu se

hématurie chez une patiente qui a ses règles ?

– (MB). Cela ne change pas fondamentalement de ce qui doit être fait pour un prélèvement urinaire dans des conditions normales. Il faut demander à la patiente



passer différemment. Une des difficultés de la médecine, c'est la rareté de ce type de pathologie chez le praticien. Des situations qui commencent toujours de façon très routinière, très banale. C'est un problème qui nous concerne tous une fois ou l'autre. On s'est tous déjà fait avoir, ou on se fera avoir au moins une fois par ce genre de situation.

Cela illustre d'ailleurs bien la position du médecin de premier recours qui doit anticiper, c'est-à-dire faire de la prévention et du dépistage précoce.

Enfin, il est intéressant de constater qu'aujourd'hui, en urgence, un confrère commence un traitement que le médecin traitant doit ensuite reprendre au vol en refaisant la synthèse de la situation. Ce n'est pas toujours facile, surtout si on ne vient pas de la même école ou si on ne connaît pas bien la manière de travailler et les habitudes thérapeutiques de ce confrère.

Faites-nous part de vos réactions (positives ou négatives) par e-mail (pierre-

d'utiliser un tampon vaginal, effectuer une bonne toilette locale et prélever l'urine au milieu du jet (*midstream*).

Conclusions du groupe

alain.plan@medhyg.ch) ou par courrier (Médecine et Hygiène, Rédaction, Case postale 456, 1211 Genève 4).

Adresse des participants :

Dr Gilbert Abetel
Médecine interne
Place du Marché 6
1350 Orbe

Dr Christian Danthe
Médecine générale
Rue de l'Ancienne-Poste 61
1337 Vallorbe

Dr Philippe Hungerbühler
Médecine interne
Rue d'Orbe 27
1400 Yverdon-les-Bains

Dr Jean-Dominique Lavanchy
Médecine générale
Rue des Vergers 3
1462 Yvonand

Dr Daniel Russ
Médecine générale
Rue du Temple 2
1040 Echallens

Bronchite aiguë

Dans les cas peu graves, un antibiotique ne fait pas mieux que la vitamine C

L'usage des antibiotiques n'est pas toujours fondé sur une évidence scientifique. Des chercheurs américains ont découvert qu'une prescription courante, du moins aux Etats-Unis, celle de l'azithromycine en cas de bronchite aiguë, n'apportait pas plus de bénéfice que la vitamine C.

Cette conclusion ressort d'une étude en double aveugle menée auprès de 220 adultes chez qui une bronchite aiguë a été diagnostiquée

durant l'hiver 1999-2000 au service ambulatoire du Cook County Hospital de Chicago (*Lancet* 2002; 359: 1648-54). Etaient exclus les patients souffrant de maladies respiratoires chroniques, atteints d'autres maladies infectieuses, toussant depuis plus de deux semaines, dont la température dépassait 38,9 degrés ou dont les radiographies pulmonaires présentaient des anomalies.

Tous les participants ont bénéficié

du même traitement symptomatique. A cela s'ajoutait de la vitamine C pour le groupe de contrôle et de l'azithromycine pour le groupe d'intervention. Après sept jours, le comité de pilotage a décidé de mettre un terme à l'intervention, la maladie évoluant de façon manifestement identique parmi les deux populations. La qualité de vie à trois et sept jours, estimée sur la base d'un questionnaire, la proportion des patients ayant repris leurs activités habituelles après trois ou sept jours ne présentaient aucune différence significative entre les deux groupes.

«La plupart des médecins suisses – en tout cas ceux que je rencontre

dans les cours de formation continue – n'auraient probablement pas prescrit d'antibiotiques aux patients répondant aux critères de sélection de l'étude, tempère Philippe Moreillon, de la Division des maladies infectieuses du CHUV. Il s'agissait de cas peu graves, sans maladie respiratoire sous-jacente. Ces résultats ont tout de même le mérite de nous rassurer, car ils confirment que la non-prescription d'antibiotiques se justifie dans certains cas».

J.-L. Vonnez