

USAGE RATIONNEL DES ANTIBIOTIQUES DANS LES INFECTIONS AIGUES DES VOIES RESPIRATOIRES EN PREMIERE LIGNE

La plupart des infections respiratoires aiguës évoluent spontanément de façon favorable et ne nécessitent pas systématiquement des antibiotiques chez les personnes immunocompétentes, même s'il s'agit d'une infection bactérienne. Une exception importante est la pneumonie acquise en communauté (« Community-Acquired Pneumonia » ou CAP) dans laquelle une antibiothérapie s'impose d'emblée.

Lorsqu'une antibiothérapie est indiquée pour une infection aiguë des voies respiratoires, l'amoxicilline est généralement le premier choix (sauf dans l'angine à streptocoque dans laquelle la phénoxyméthylpénicilline peut être indiquée). L'association amoxicilline + acide clavulanique n'est en principe pas un premier choix, sauf en cas de pneumonie acquise en communauté chez des personnes âgées ou présentant une comorbidité. Les quinolones plus récentes lévofloxacine et moxifloxacine ne sont indiquées dans le traitement d'une exacerbation de BPCO et de la pneumonie acquise en communauté que chez les patients allergiques aux antibiotiques β -lactames.

L'augmentation de la résistance des bactéries aux antibiotiques est inquiétante, et s'explique entre autres par l'usage irrationnel des antibiotiques [voir Folia d'octobre 2000]. Suite à la Recommandation de Copenhague publiée en 1998, l'Organisation Mondiale de la Santé ainsi que les autorités de la santé en Europe plaident pour un usage plus rationnel des antibiotiques dans le but de lutter contre la résistance croissante des bactéries et la nécessité de recourir à des antibiotiques de plus en plus coûteux.

En Belgique, plusieurs recommandations sur l'usage des antibiotiques dans les infections des voies respiratoires ont été publiées par divers organismes. Ces documents ont déjà été envoyés à certains groupes-cibles.

- Le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments: conclusions de la réunion de Consensus du 17 octobre 2000 sur l'usage adéquat des antibiotiques dans les infections aiguës oto-rhino-laryngologiques ou respiratoires inférieures. Celles-ci peuvent être consultées via <http://inami.fgov.be/drug/fr/pharmanet/consensus/index.htm>
- La Commission belge de coordination de la politique antibiotique (« Belgian Antibiotic Policy Co-ordination Committee »): recommandations sur l'otite moyenne aiguë et sur le mal de gorge aigu. Celles-ci peuvent être consultées via <http://www.health.fgov.be/antibiotics/ndl/guideline.htm>

Les recommandations concernant la rhino-sinusite aiguë paraîtront prochainement, celles concernant la BPCO et les infections des voies respiratoires inférieures chez l'adulte et chez l'enfant sont actuellement en cours de préparation.

- La Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG): recommandations de bonne pratique sur la toux aiguë et sur l'otite moyenne aiguë, via <http://www.ssmg.be/new/index.php?Page=91>
- La *Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen* (WVVH): recommandations de bonne pratique sur la toux aiguë et sur le mal de gorge aigu, via <http://www.wvvh.be/text/download.html>

La Cochrane Collaboration a publié un certain nombre de revues. Les résumés peuvent être consultés via <http://www.cochrane.org>

Cet article tente, sur base de ces recommandations et revues, de faire une synthèse sur la place des antibiotiques dans les infections aiguës des voies respiratoires les plus fréquentes.

Otite moyenne aiguë

L'otite moyenne aiguë (OMA) est une affection qui touche surtout les jeunes enfants et qui guérit spontanément dans au moins 80% des cas.

Chez les *enfants âgés de 6 mois à deux ans*, un faible bénéfice sur les symptômes d'OMA a été observé au quatrième jour dans une étude avec l'amoxicilline, mais 7 à 8 enfants devaient être traités pour obtenir une amélioration chez un seul d'entre eux (*number needed to treat* ou NNT de 7 à 8). Les antibiotiques diminuaient d'un jour la durée moyenne de la fièvre (de 3 jours à 2 jours) mais ils ne diminuaient pas la durée de la douleur [voir aussi Folia de février 2001].

Chez les *enfants âgés de 2 à 15 ans*, une diminution de la douleur a été observée avec les antibiotiques après 2 jours de traitement, et il a été calculé dans une étude qu'environ 20 enfants devaient être traités par des antibiotiques pour obtenir, par rapport au placebo, une diminution de la douleur chez un seul d'entre eux (NNT de 20).

Les données disponibles ne permettent pas de conclure quant à un effet des antibiotiques sur le risque de complications et de récurrences. Les antibiotiques ont en outre un certain nombre d'effets indésirables (vomissements, diarrhée, éruption cutanée).

Chez *l'adulte*, les études sont rares ou font défaut.

Sur base de ces données, une antibiothérapie est recommandée dans l'OMA dans les situations suivantes.

- Chez les *enfants de moins de 6 mois*, par prudence en raison de la crainte de complications.
- Chez les *enfants de 6 mois à 2 ans*, uniquement en cas de mauvais état général ou en cas d'aggravation ou d'absence d'amélioration des symptômes après 48 heures.
- Chez les *enfants de plus de 2 ans*, uniquement en cas d'aggravation ou d'absence d'amélioration des symptômes après 3 jours.

- Chez les *patients avec un risque élevé de complications* (p.ex. syndrome de Down, malformation palatine, dépression immunitaire).
- En présence d'une *otorrhée aiguë* (sans autre symptôme) persistant depuis plusieurs jours.

Quel antibiotique prescrire lorsqu'une antibiothérapie est indiquée dans l'OMA?

- *L'amoxicilline* (chez l'adulte: 1,5 g p.j. en 3 prises; chez l'enfant: 40 à 50 mg/kg/j. en 3 prises) est le premier choix. Une dose plus élevée (par ex. chez l'enfant: 75 à 80 mg/kg/j.) est recommandée en cas de risque de pneumocoque résistant (par ex. chez les enfants de moins de deux ans fréquentant une crèche ou qui ont reçu des antibiotiques dans les trois mois précédents).
- Le *céfuroxime axétil* (chez l'adulte: 1,5 g p.j. en 2 à 3 prises; chez l'enfant: 30 à 50 mg/kg/j. en 2 à 3 prises) est une alternative possible chez les patients allergiques à la pénicilline (voir note de la rédaction à ce sujet); environ 10% de ces patients sont toutefois aussi allergiques aux céphalosporines, ce qui contre-indique leur emploi en cas d'allergie médiée par des IgE. Le céfuroxime axétil n'est pas plus efficace que l'amoxicilline sur les pneumocoques résistants.
- Les *macrolides* ne constituent pas un bon choix étant donné le taux élevé de résistance des pneumocoques en Belgique (environ 35%).
- Le *co-trimoxazole* ne peut, en raison du risque d'effets indésirables parfois graves (dyscrasies sanguines, réactions cutanées) et de la résistance élevée des pneumocoques (environ 25%), être utilisé dans cette indication que lorsque les autres antibiotiques sont contre-indiqués.
- *L'association amoxicilline + acide clavulanique* (p.ex. chez l'enfant: 30 à 40 mg/kg/j. en 3 prises) n'est pas plus efficace que l'amoxicilline seule à doses élevées sur les pneumocoques résistants; cette association ne devrait être utilisée qu'en cas d'échec des autres traitements ou d'otites à répétition par ex. en cas d'infection par un *Haemophilus influenzae* producteur de β -lactamases.

En ce qui concerne la durée du traitement dans l'OMA, il ressort d'une méta-analyse d'études randomisées contrôlées qu'un traitement de longue durée (7 à 10 jours) n'est pas plus efficace qu'un traitement de courte durée (2 à 5 jours). Une durée de traitement de 5 jours est généralement recommandée; certains experts recommandent 10 jours de traitement chez les enfants de moins de 2 ans, en cas d'otite perforée ou de récidive.

Rhinosinusite aiguë

La rhinosinusite aiguë est une affection dont l'évolution est généralement spontanément favorable.

Chez *l'adulte*, dans la plupart des études dans lesquelles les patients ont été inclus uniquement sur base de critères cliniques, les antibiotiques n'étaient pas plus efficaces qu'un placebo en ce qui concerne l'évolution des symptômes et la prévention des récives et des complications. Trois études dans lesquelles

les patients ont été inclus sur base d'autres critères de diagnostic (scanner, bactériologie, signes inflammatoires à la biologie) ont toutefois montré un effet favorable limité avec les antibiotiques, ce qui suggère que les antibiotiques peuvent être utiles dans certains sous-groupes de patients; ceux-ci sont cependant difficiles à identifier en pratique ambulatoire.

Chez *l'enfant*, une revue de plusieurs études contrôlées par placebo montre que les antibiotiques peuvent avoir un effet bénéfique à court ou à moyen terme sur l'écoulement nasal persistant, mais cet effet est faible, et il a été calculé que 8 enfants environ devaient être traités pour obtenir une guérison supplémentaire (NNT de 8).

Les différentes recommandations sur lesquelles se base cet article s'accordent à dire qu'une antibiothérapie n'est en principe pas indiquée dans la rhinosinusite aiguë. Une antibiothérapie peut toutefois être envisagée en cas de persistance des symptômes plus de 10 à 14 jours, en cas de rhinosinusite aiguë sévère (fièvre élevée, état général altéré) ou chez les patients à risque (par ex. les immunodéprimés).

Quel antibiotique prescrire lorsqu'une antibiothérapie est indiquée dans la rhinosinusite aiguë?

La situation est assez comparable à celle de l'otite moyenne aiguë.

- *L'amoxicilline* (chez l'adulte: 1,5 g p.j. en 2 à 3 prises; chez l'enfant: 40 à 50 mg/kg/j. en 3 prises) est clairement le premier choix. Une dose plus élevée est recommandée en cas de suspicion de pneumocoques résistants.
- Le *céfuroxime axétil* (chez l'adulte: 1,5 g p.j. en 2 à 3 prises; chez l'enfant: 30 à 50 mg/kg/j. en 2 à 3 prises) peut être proposé comme deuxième choix. Le céfuroxime axétil n'est pas plus efficace que l'amoxicilline en cas d'infection par un pneumocoque résistant.
- Le *co-trimoxazole* est une autre possibilité mais étant donné le risque d'effets indésirables et le taux élevé de résistance des pneumocoques en Belgique, il ne devrait être utilisé dans cette indication que lorsque les autres antibiotiques sont contre-indiqués.
- Les *macrolides* et les *tétracyclines* ne sont pas recommandés en raison du taux élevé de résistance des pneumocoques.
- Les antibiotiques avec un spectre plus large, tels *l'association amoxicilline + acide clavulanique*, et les nouvelles quinolones *lévofloxacine* et *moxifloxacine* [voir aussi Folia de janvier 2001], ne sont pas plus efficaces que l'amoxicilline; étant donné le risque d'apparition de résistances et leur coût plus élevé, ce ne sont pas des antibiotiques de premier choix.

La durée de l'antibiothérapie dans la rhinosinusite aiguë varie selon les recommandations de 5 à 10 jours.

Pharyngo-amygdalite aiguë

Le mal de gorge aigu est un motif fréquent de consultation en pratique générale. Dans 40% des cas, il s'agit d'une infection virale; dans 30% des cas, un streptocoque est mis en évidence, mais chez environ 20% de ces patients, le streptocoque n'est pas responsable de l'infection; dans 30% des cas de mal de gorge aigu, l'étiologie n'est pas connue. La pharyngo-amygdalite aiguë est une affection qui guérit presque toujours spontanément en une semaine, même dans le cas d'une infection à streptocoque.

Les antibiotiques n'ont un effet bénéfique sur l'évolution clinique (diminution de la durée des symptômes de 1 à 2 jours) que dans les infections à streptocoques, et ce, à condition que le traitement soit débuté dans les 2 jours suivants l'apparition des symptômes. Il est cependant difficile pour le praticien sur base de l'examen clinique de savoir s'il s'agit d'une infection à streptocoque. La probabilité est plus grande en présence des critères de Centor: fièvre > 38,5°, absence de toux, ganglion cervical antérieur douloureux et exsudat amygdalien, mais même ces critères ne permettent pas de poser un diagnostic de certitude.

Il n'est pas clairement prouvé que les antibiotiques diminuent le risque de complications locales (abcès, otite, sinusite). La prévention du rhumatisme articulaire aigu et de la glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique ne justifie actuellement plus l'instauration d'une antibiothérapie étant donné la forte régression de ces affections depuis de nombreuses années, et le fait qu'il n'est pas prouvé que les antibiotiques diminuent la morbidité et la mortalité.

Sur base de ces données, il apparaît que les antibiotiques n'ont qu'un intérêt limité dans la pharyngo-amygdalite aiguë, même dans le cas d'une infection à streptocoque. L'instauration immédiate d'une antibiothérapie ne se justifie dès lors que dans les infections sévères (état général très altéré) ou chez les patients à risque (par ex. antécédents de rhumatisme articulaire aigu, dépression immunitaire, valvulopathie). Un tel traitement peut également être envisagé en cas d'épidémie streptococcique dans des communautés fermées (par ex. dans les maisons de repos). En cas de suspicion d'abcès, le patient doit être hospitalisé immédiatement.

Quel antibiotique prescrire lorsqu'une antibiothérapie est indiquée dans la pharyngo-amygdalite aiguë?

- La *pénicilline* (phénoxyméthylpénicilline: chez l'adulte 3.000.000 UI p.j. en 3 prises, chez l'enfant 25.000 UI/kg/j. en 4 prises; clomécocilline: chez l'adulte 1 g p.j. en 2 prises) est encore toujours l'antibiotique de premier choix. [N.d.l.r.: une préparation magistrale de sirop de pénicilline est proposée dans « Ce mois-ci dans les Folia » à la page intérieure de la couverture.]
- *Les néomacrolides* sont une alternative en cas d'hypersensibilité à la pénicilline (voir note de la rédaction à ce sujet).

- *L'amoxicilline* et les *céphalosporines du premier groupe* tel le *céfadroxil* sont également efficaces mais ces antibiotiques ont un spectre trop large et un risque plus élevé d'effets indésirables.
- Les *quinolones*, les *tétracyclines* et le *co-trimoxazole* (en raison de problèmes de résistance) et *l'association amoxicilline + acide clavulanique* (en raison de son spectre trop large et de ses effets indésirables) sont à déconseiller.

Dans la pharyngo-amygdalite aiguë, une durée de traitement de 7 jours est généralement recommandée. Dans 10 à 15% des cas, des streptocoques sont encore retrouvés après l'antibiothérapie, mais cela n'a pas de signification clinique et ne nécessite pas de prolonger ou de modifier l'antibiothérapie.

Bronchite aiguë

La bronchite aiguë évolue le plus souvent spontanément de façon favorable, même lorsqu'il s'agit d'une infection bactérienne. Il ressort de deux méta-analyses d'études randomisées contrôlées que dans les infections des voies respiratoires associées à une toux aiguë, telles les bronchites et trachéites aiguës, les antibiotiques n'influencent pas la durée de la toux, ni les conséquences de celle-ci sur le travail ou les activités du patient.

Sur base de ces données, il apparaît donc clairement que les antibiotiques ne sont en principe pas indiqués dans la bronchite aiguë. Une antibiothérapie ne se justifie que chez les patients à risque, par ex. les immunodéprimés et peut-être aussi les diabétiques mal équilibrés. Dans la trachéite aiguë, les antibiotiques ne sont en principe jamais indiqués, sauf dans la diphtérie.

Quel antibiotique prescrire lorsqu'une antibiothérapie est indiquée dans une bronchite aiguë?

- *L'amoxicilline* (chez l'adulte: 1,5g p.j. en 3 prises; chez l'enfant: 40 à 50 mg/kg/j. en 3 prises) est le traitement de premier choix. Une dose plus élevée est recommandée en cas de suspicion de pneumocoques résistants.
- La *doxycycline* ou un *macrolide*, souvent proposés comme alternatives en cas d'hypersensibilité à la pénicilline (voir note de la rédaction à ce sujet), ne sont pas des bons choix vu le taux élevé de résistance des pneumocoques. Les tétracyclines sont en outre contre-indiquées chez les enfants de moins de 12 ans.
- *L'association amoxicilline + acide clavulanique*, les *céphalosporines* et les *quinolones* récentes ont un spectre trop large et ne sont pas des antibiotiques de premier choix.

Dans une bronchite aiguë, l'antibiothérapie est généralement poursuivie pendant au moins 5 jours.

Exacerbation aiguë de bronchite chronique

Une exacerbation aiguë de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) se caractérise généralement par une augmentation de la dyspnée et des expectations.

torations, et par un caractère plus purulent de celles-ci. Il n'est toutefois pas possible de faire cliniquement la distinction entre une étiologie non infectieuse, virale ou bactérienne. Peu d'études seulement ont été réalisées sur le traitement des exacerbations aiguës de BPCO en pratique ambulatoire. D'après les données disponibles, la probabilité qu'une antibiothérapie ait un effet favorable sur l'évolution d'une exacerbation aiguë de BPCO est plus grande en présence d'une augmentation de la dyspnée (notamment au repos), de la fréquence respiratoire, de la fréquence cardiaque, du volume des expectorations et du caractère purulent de celles-ci, et de la cyanose.

En cas d'exacerbation aiguë de BPCO, une antibiothérapie est à réserver aux patients suivants.

- Patients atteints d'une BPCO modérée à sévère (classes 2 et 3 dans la classification de GOLD ou *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*) présentant une exacerbation aiguë modérée à sévère.
- Patients avec une exacerbation aiguë entraînant une détresse respiratoire, quel que soit le degré de gravité de la BPCO.
- Patients ne présentant pas d'amélioration après 4 jours malgré l'optimisation du traitement bronchodilatateur.

Quel antibiotique prescrire lorsqu'une antibiothérapie est indiquée pour une exacerbation aiguë de BPCO ?

- *L'amoxicilline* à doses élevées (2 à 3 g p.j. en 3 prises) reste l'antibiotique de premier choix.
- *L'association amoxicilline + acide clavulanique* n'est pas un premier choix. Il est toutefois actuellement admis qu'en l'absence d'amélioration après 48 heures sous amoxicilline, la première et la dernière dose journalières d'amoxicilline peuvent être remplacées par une dose d'*amoxicilline + acide clavulanique* (500/125 mg par prise).
- En cas d'allergie aux antibiotiques β -lactames médiée par des IgE (œdème de Quincke, choc anaphylactique, urticaire généralisée), l'administration d'une nouvelle quinolone, *lévofloxacine* ou *moxifloxacine*, peut être envisagée. Il faut toutefois être conscient du fait que les quinolones peuvent provoquer des ruptures tendineuses, notamment chez les patients traités par des corticostéroïdes. Les anciennes quinolones ne sont pas suffisamment actives contre les pneumocoques.
- Le *co-trimoxazole*, les *tétracyclines* et les *macrolides*, qui étaient classiquement proposés comme alternatives en cas de contre-indication aux β -lactames, ne sont plus recommandés vu le taux élevé de résistance des pneumocoques.

Dans l'exacerbation aiguë de la BPCO, le traitement est généralement poursuivi pendant 8 jours.

Pneumonie acquise en communauté

Les principaux symptômes de pneumonie sont: toux, fièvre, douleur thoracique, dyspnée, tachypnée, éventuellement associés à de nouveaux signes thoraciques à l'auscultation. Chez les personnes âgées, les symptômes typiques peuvent toutefois manquer. Le diagnostic différentiel entre une bronchite aiguë et une pneumonie n'est pas simple en pratique, et une radiographie du thorax s'avère dès lors nécessaire pour confirmer le diagnostic.

Bien qu'on ne dispose pas d'études randomisées contrôlées par placebo sur le traitement de la pneumonie acquise en communauté (« Community Acquired Pneumonia » ou CAP) (entre autres pour des raisons éthiques), il est admis que les antibiotiques constituent la pierre angulaire du traitement de la pneumonie acquise en communauté. En cas de suspicion de pneumonie, un traitement antibiotique doit dès lors être instauré sans attendre. Le choix de l'antibiotique est en pratique générale presque toujours empirique.

- Chez l'adulte

- *L'amoxicilline* à doses élevées (2 à 3 g p.j. en 3 prises) est l'antibiotique de premier choix lorsqu'un pneumocoque est l'agent étiologique le plus probable (patients < 60 ans sans comorbidité). En Belgique, le taux de résistance partielle des pneumocoques est de 13 %, mais à doses élevées, l'amoxicilline reste suffisamment efficace sur la plupart de ces pneumocoques.
- *L'association amoxicilline + acide clavulanique* (2,6 g p.j. en 3 prises, ou pour la forme Retard 4 g p.j. en 2 prises) est un choix raisonnable en cas de suspicion d'une infection par l'H. influenzae, M. catarrhalis ou une entérobactérie, en particulier en cas de comorbidité ou chez les patients de plus de 60 ans [voir aussi Folia de mai et septembre 1999].
- Les *quinolones* récentes *lévofloxacine* et *moxifloxacine* peuvent être envisagées dans le traitement de la pneumonie acquise en communauté chez les patients avec une allergie aux antibiotiques β -lactames médiée par les IgE [voir aussi Folia de janvier 2001].
- Un *néomacrolide* doit être associé à *l'amoxicilline* lorsqu'une pneumonie atypique est suspectée sur base de l'examen radiologique, ou en l'absence d'amélioration après 48 heures de traitement par l'amoxicilline.

La durée du traitement de la pneumonie acquise en communauté est généralement de 5 à 10 jours (au moins 3 à 4 jours après disparition de la fièvre).

- Chez l'enfant

- Chez *l'enfant de moins de 6 mois*, une hospitalisation s'impose en cas de suspicion de pneumonie bactérienne.
- Chez *l'enfant de 6 mois à 5 ans*, un traitement ambulatoire peut être envisagé pour autant que son état général ne soit pas trop altéré et que l'enfant puisse être suivi de près. *L'amoxicilline* (80 à 100 mg/kg/j. en 3 à 4 prises pendant 5 jours) est le premier choix. L'utilisation de l'association amoxi-

cilline + acide clavulanique ne se justifie pas en pratique ambulatoire.

En cas d'allergie avérée à la pénicilline ou de suspicion de pneumocoques résistants, l'enfant doit être hospitalisé pour être traité par voie intraveineuse par une *céphalosporine du troisième groupe*.

- Chez l'enfant de plus de 5 ans, la probabilité qu'il s'agisse d'une infection à *Mycoplasma pneumoniae* est plus grande, et sur base de l'examen clinique et radiologique, un *néomacrolide* (par ex. l'*azithromycine* 10 mg/kg le 1^{er} jour suivi de 5 mg/kg pendant 4 jours, ou la *clarithromycine* 15 mg/kg/j. en deux prises pendant 5 jours) est un choix raisonnable.

Notes de la rédaction

- L'incidence de l'allergie à la pénicilline est souvent surestimée: seuls 10 à 20% des patients avec des antécédents **d'allergie à la pénicilline** ont une allergie médiée par des IgE. En cas d'antécédents de réactions anaphylactiques (< 1 heure après la prise) ou de symptômes tels urticaire, œdème angio-neurotique, œdème laryngé ou bronchospasme dans les 72 heures suivant la prise, il faut certainement renoncer à la prescription de pénicilline.
- Plusieurs **antibiotiques développés récemment**, tels la lévofloxacine, la moxifloxacine et la télithromycine, font l'objet d'une publicité importante. La question se pose dès lors de savoir si ces nouveaux médicaments ont un avantage thérapeutique par rapport aux autres antibiotiques, et quelle est leur place dans le traitement ambulatoire des infections respiratoires.

Les quinolones récemment développées *lévofloxacine* (Tavanic[®]) et *moxifloxacine* (Avelox[®], Proflox[®]), ne sont pas plus efficaces que l'amoxicilline à doses élevées, et leur utilisation irrationnelle entraînera rapidement l'apparition de résistances. Leur utilisation doit dès lors être limitée au traitement de la pneumonie acquise en communauté et de l'exacerbation de BPCO chez les patients allergiques aux antibiotiques β-lactames [voir plus haut].

La *télithromycine* (Ketek[®]) est un dérivé semi-synthétique de l'érythromycine dont le spectre antibactérien est assez proche de celui des macrolides. Bien que la télithromycine soit plus active in vitro sur la majorité des pneumocoques résistants à l'érythromycine, aucune étude clinique n'a démontré une supériorité par rapport aux macrolides. Outre les effets indésirables communs aux macrolides, la télithromycine a des effets indésirables spécifiques tels des troubles visuels, et de nombreuses interactions médicamenteuses par inhibition du CYP3A4 sont possibles. Tenant compte en outre de son coût, la place de la télithromycine dans le traitement des infections respiratoires est très limitée. La télithromycine n'est pas enregistrée pour l'usage pédiatrique.

- Certains estiment que **la prescription différée**, c.-à-d. la remise d'une prescription à n'utiliser qu'en l'absence d'amélioration après quelques jours, est une manière de réduire l'utilisation inutile d'antibiotiques dans les infections respiratoires aiguës.