

Alternatives thérapeutiques à l'amoxicilline pour les affections pédiatriques courantes

L'amoxicilline pour suspension orale pourrait être en rupture de stock dans certaines régions du Canada. Avant de choisir une alternative thérapeutique à l'amoxicilline, s'assurer d'abord de la nécessité d'une antibiothérapie. Les infections virales sont courantes et l'antibiothérapie est inappropriée pour traiter ces infections. Elle est inappropriée notamment dans les cas de bronchite, de pharyngite virale, de COVID-19, etc. Envisager de proposer aux [enfants](#) et aux [adultes](#) atteints d'une infection virale une « ordonnance pour les maladies virales », qui valide leurs symptômes, explique pourquoi les antibiotiques sont inappropriés et propose des stratégies de prise en charge.

Comme les capsules d'amoxicilline sont toujours disponibles au Canada, on peut y avoir recours lorsque l'antibiothérapie s'avère nécessaire. Les enfants capables d'avaler des capsules en toute sécurité devraient recevoir des capsules lorsque la posologie s'y prête. Lorsque la sécurité ou la capacité d'avaler sont incertaines et que la posologie s'y prête, les experts estiment qu'il convient d'ouvrir la capsule et de mélanger son contenu avec une petite quantité d'aliments mous, froids ou à température ambiante, comme de la compote de pommes; le mauvais goût peut toutefois s'avérer problématique^{[1][2][3]}. La quantité de nourriture utilisée doit être au maximum de 15 mL (1 cuillère à soupe) afin d'éviter le gaspillage. Le tableau suivant présente les alternatives thérapeutiques à l'amoxicilline pour les affections pédiatriques courantes. Opter pour les agents dont le spectre est le plus étroit.

Indication	Dose d'amoxicilline ^[a]	Durée du traitement	Alternatives thérapeutiques à l'amoxicilline ^{[b][c]}		Commentaires cliniques
			Première intention	Alternatives	
Otite moyenne aiguë ^[4]	Enfant : Dose standard : 45–60 mg/kg/jour en doses fractionnées Q8H Dose élevée : 75–90 mg/kg/jour en doses fractionnées Q12H; dose maximale de 4 g/jour	≥2 ans : 5 jours <2 ans : 10 jours	Céfuroxime axétil ^[d] 30 mg/kg/jour en doses fractionnées Q8–12H (même durée que l'amoxicilline)	En cas d'échec du traitement initial (aucune amélioration des symptômes après 48–72 h) : amoxicilline/acide clavulanique ^[d] : • ≤35 kg : 45–60 mg/kg/jour (composant d'amoxicilline); préparation à 7:1; 400 mg/5 mL) en doses fractionnées Q8H x 10 jours; dose maximale de 500 mg/dose • >35 kg, comprimé de 500/125 mg Q8H x 10 jours	Réévaluer le patient qui ne répond pas au traitement dans un délai de 48–72 h. Pour plus d'informations, voir les lignes directrices et/ou le chapitre sur l'otite moyenne aiguë chez l'enfant ^[e] . Lorsque l'amoxicilline est disponible, réserver la dose standard d'amoxicilline pour le nombre restreint d'enfants à faible risque d'être infectés par une bactérie résistante ^[f] .

Indication	Dose d'amoxicilline ^[a]	Durée du traitement	Alternatives thérapeutiques à l'amoxicilline ^{[b][c]}		Commentaires cliniques
			Première intention	Alternatives	
Rhinosinusite aiguë ^{[5][6][7]}	<p>Enfant :</p> <p>Dose standard : 40–50 mg/kg/jour en doses fractionnées Q8H; dose maximale 1500 mg/jour</p> <p>Dose élevée : 80–90 mg/kg/jour en doses fractionnées Q8–12H; dose maximale de 2–3 g/jour</p> <p>Adulte :</p> <p>Dose standard : 500 mg Q8H</p> <p>Dose élevée : 1 g Q8H</p>	5–10 jours	<p>Clindamycine^[d]</p> <p>20–30 mg/kg/jour en doses fractionnées Q6–8H (dose maximale de 1,2–1,8 g/jour) <i>en association avec la céfixime</i>^[d]</p> <p>8 mg/kg/jour en doses fractionnées Q12H (dose maximale de 400 mg/jour) x 10 jours; <i>ou</i></p> <p>Céfuroxime axétil^{[d][e]}</p> <p>30 mg/kg/jour en doses fractionnées Q12H x 10 jours</p>	<p>En cas d'échec du traitement initial (aucune amélioration des symptômes après 48–72 h)^[8] : amoxicilline/acide clavulanique^[d] (préparation à 7:1; 400 mg/5 mL)</p> <p>90 mg/kg/jour (amoxicilline) en doses fractionnées Q12H (dose maximale de 3 g/jour) x 10 jours</p> <p>Si tous les autres traitements ont été écartés et que les bénéfices sont supérieurs aux risques, la lévofloxacine ou la moxifloxacine peuvent être envisagées.</p>	<p>La rhinosinusite aiguë a souvent une étiologie virale; les lignes directrices recommandent d'envisager une antibiothérapie uniquement si les symptômes persistent >7 jours. Réévaluer le patient qui ne répond pas au traitement dans un délai de 48–72 h.</p> <p>Pour plus d'informations, voir les lignes directrices et/ou le chapitre sur la rhinosinusite aiguë^[e].</p> <p>Lorsque l'amoxicilline est disponible, réserver la dose standard d'amoxicilline pour le nombre restreint d'enfants à faible risque d'être infectés par une bactérie résistante^[f]. Si le traitement avec la dose standard d'amoxicilline a échoué, administrer l'association amoxicilline/acide clavulanique en plus de l'amoxicilline (si disponible) pour augmenter la dose totale d'amoxicilline tout en réduisant au maximum la diarrhée due à l'acide clavulanique.</p> <p>Si l'état du patient ne s'est pas amélioré après un traitement à une dose élevée d'amoxicilline, l'association amoxicilline/acide clavulanique seule est adéquate pour couvrir les organismes producteurs de bêta-lactamase.</p>

Indication	Dose d'amoxicilline ^[a]	Durée du traitement	Alternatives thérapeutiques à l'amoxicilline ^{[b][c]}		Commentaires cliniques
			Première intention	Alternatives	
Pneumonie extrahospitalière ^[9]	Enfant : Dose standard : 40-50 mg/kg/jour en doses fractionnées Q8H Dose élevée : 80-90 mg/kg/jour en doses fractionnées Q8H; dose maximale de 4 g/jour Adulte : Dose standard : 500 mg Q8H Dose élevée : 1 g TID	7-10 jours	Céfuroxime ^[d] ou cefprozil ^[d] (emploi non approuvé par Santé Canada; aucune information sur la posologie dans les lignes directrices)	Pour la pneumonie à <i>M. pneumoniae</i> ou à <i>C. pneumoniae</i> suspectée ou confirmée : • Clarithromycine ^[d] 15 mg/kg/jour en doses fractionnées Q12H x 7 jours; <i>ou</i> • Azithromycine ^[d] 10 mg/kg 1 fois/jour x 1 jour, puis 5 mg/kg 1 fois/jour x 4 jours, dose maximale de 500 mg/jour; <i>ou</i> • Doxycycline ^[e] (si ≥8 ans) : 4 mg/kg/jour en doses fractionnées Q12H x 5-7 jours	Réévaluer le patient qui ne répond pas au traitement dans un délai de 48-72 h. Poursuivre le traitement pendant 48-72 h après la disparition complète des symptômes ou l'obtention de preuves de l'éradication de l'agent pathogène. La durée du traitement est habituellement de 7-10 jours; les infections graves ou persistantes peuvent nécessiter un traitement de plusieurs semaines. Pour plus d'informations, voir les lignes directrices et/ou le chapitre sur la pneumonie extrahospitalière ^[e] . Lorsque l'amoxicilline est disponible, réserver la dose standard d'amoxicilline pour le nombre restreint d'enfants à faible risque d'être infectés par une bactérie résistante ^[f] .
Pharyngite à streptocoque du groupe A ^{[10][11]}	Enfant et adulte : 50 mg/kg/jour en doses fractionnées Q12-24H x 10 jours; dose maximale de 1 g/jour	10 jours	Pénicilline V : • ≤27 kg : 300 mg Q8-12H (ou 40 mg/kg/jour en doses fractionnées Q12H) ^[g] x 10 jours • >27 kg : 600 mg Q8-12H x 10 jours	En cas d'antécédents d'allergie aux bêta-lactames ou de non sensibilité à la pénicilline V : • Céphalexine ^[d] 40 mg/kg/jour en doses fractionnées Q12H (dose maximale de 1 g/jour) x 10 jours; <i>ou</i> • Céfadroxil 30 mg/kg 1 fois/jour (dose maximale de 1 g/jour) x 10 jours; <i>ou</i> • Clindamycine ^[d] 21 mg/kg/jour en doses fractionnées Q8H (dose maximale de 900 mg/jour) x 10 jours; <i>ou</i> • Clarithromycine ^[d] 15 mg/kg/jour en doses fractionnées Q12H (dose maximale de 500 mg/jour) x 10 jours; <i>ou</i> • Azithromycine ^[d] 12 mg/kg 1 fois/jour (dose maximale de 500 mg/jour) x 5 jours	La pharyngite à streptocoque du groupe A étant une maladie spontanément résolutive, les antibiotiques sont souvent inutiles; pour plus d'informations, voir les lignes directrices et/ou le chapitre sur la pharyngite à streptocoque du groupe A ^[e] . Réévaluer le patient qui ne répond pas au traitement dans un délai de 48-72 h.
Endocardite infectieuse, prévention ^{[12][13]}	Enfant : 50 mg/kg x 1 dose Adulte : 2 g x 1 dose	1 dose, 30-60 min avant la procédure	• Céphalexine ^[d] 50 mg/kg (dose maximale de 2 g) x 1 dose; <i>ou</i> • Azithromycine ^[d] 15 mg/kg (dose maximale de 500 mg) x 1 dose; <i>ou</i> • Clarithromycine ^[d] 15 mg/kg (dose maximale de 500 mg) x 1 dose; <i>ou</i> • Doxycycline (si ≥8 ans) : • <45 kg : 2,2 mg/kg (dose maximale de 100 mg) x 1 dose • >45 kg : 100 mg x 1 dose		Pour plus d'informations, notamment pour savoir dans quels cas une prophylaxie est recommandée, voir les lignes directrices et/ou le chapitre sur l'endocardite infectieuse ^[e] (voir la section Prévention).

Indication	Dose d'amoxicilline ^[a]	Durée du traitement	Alternatives thérapeutiques à l'amoxicilline ^{[b][c]}		Commentaires cliniques
			Première intention	Alternatives	
Maladie de Lyme, traitement ^{[14][15]}	Enfant : 50 mg/kg/jour en doses fractionnées Q8H; dose maximale de 1,5 g/jour Adulte : 500 mg Q8H	Les recommandations concernant la durée du traitement varient en fonction de l'âge du patient, de l'indication et de l'antibiotique choisi. Pour l'amoxicilline (chez l'enfant) : · Érythème migrant (une seule lésion ou plusieurs lésions; première intention) : 14 jours · Cardite avec bloc cardiaque de premier degré (intervalle PR <30 ms) (première intention) : 14–21 jours · Arthrite (première intention) : 28 jours · Paralysie du nerf facial (deuxième intention) : 14–21 jours	· Doxycycline 4–4,4 mg/kg/jour en doses fractionnées Q12H (dose maximale de 200 mg/jour); <i>ou</i> · Céfuroxime ^[d] 30 mg/kg/jour en doses fractionnées Q12H (dose maximale de 1 g/jour)	Azithromycine ^[d] 10 mg/kg/jour (dose maximale de 500 mg/jour) 1 fois/jour	En 2018, l'American Academy of Pediatrics a publié ses recommandations mises à jour sur le traitement de la maladie de Lyme chez l'enfant. Il est à noter que dans ces recommandations, l'usage de la doxycycline n'est pas déconseillé chez l'enfant de <8 ans ^[16] . Pour plus d'informations, notamment concernant la durée du traitement pour chaque forme de maladie de Lyme lorsqu'une alternative à l'amoxicilline est utilisée, voir les lignes directrices et/ou le chapitre sur la maladie de Lyme ^[e] .

^a Les capsules d'amoxicilline (250 mg, 500 mg) peuvent également être ouvertes et saupoudrées sur de la nourriture (p. ex., de la compote de pommes); le mauvais goût peut toutefois s'avérer problématique^{[1][2][3]}.

^b Seules les pharmacothérapies offrant une formulation orale sont présentées.

^c Si nécessaire, une culture et un test de sensibilité doivent être effectués pour s'assurer que l'antibiothérapie la plus efficace est utilisée.

^d Le produit pour suspension est approuvé par Santé Canada; il pourrait toutefois être en rupture de stock. Un traitement alternatif pourrait s'avérer nécessaire.

^e Disponible en version papier ou en ligne à l'adresse cps.pharmacists.ca (abonnement requis).

^f Facteurs de risque d'organismes résistants aux médicaments : utilisation récente d'antibiotiques (<3 mois), fréquentation de la garderie, épisode récent d'otite moyenne aiguë, échec thérapeutique ou récurrence précoce.

Références :

- Royal Pharmaceutical Society. (Juin 2011.) *Pharmaceutical issues when crushing, opening or splitting oral dosage forms* [Document PDF.] [En ligne.] www.rpharms.com/Portals/0/RPS%20document%20library/Open%20access/Support/toolkit/pharmaceuticalissuesdosageforms-%282%29.pdf.
- Jerzsele A, Nagy G. The stability of amoxicillin trihydrate and potassium clavulanate combination in aqueous solutions. *Acta Vet Hung* 2009;57(4):485-93. [En ligne.] <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19897453>.
- Thambavita D, Galappatthy P, Mannapperuma U et al. Biowaiver monograph for immediate-release solid oral dosage forms: amoxicillin trihydrate. *J Pharm Sci* 2017;106(10):2930-45. [En ligne.] <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28483422>.
- Le Saux N, Robinson JL: Canadian Paediatric Society, Infectious Diseases and Immunization Committee. Management of acute otitis media in children six months of age and older. *Paediatr Child Health* 2016;21(1):39-50. [En ligne.] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26941560>.
- Desrosiers M, Evans GA, Keith PK et al. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2011;7(1):2. [En ligne.] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21310056>.
- Chow AW, Benninger MS, Brook I et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis* 2012;54(8):e72-e112. [En ligne.] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22438350>.
- INESSS. (Mars 2016.) *Rhinosinusite aiguë chez l'enfant* [Document PDF.] [En ligne.] www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/Guides-seriel/Guide-Rhinosinusite-Enfant.pdf.
- Alberta Health Services. Bugs & Drugs [Application mobile.] Edmonton: Alberta Health Services (2022.) [Trouvé sur la plateforme en ligne.] <https://googleplay.com>.
- Le Saux N, Robinson JL: Canadian Paediatric Society, Infectious Diseases and Immunization Committee. *Uncomplicated pneumonia in healthy Canadian children and youth: practice points for management* [Internet.] 31 octobre 2018. [En ligne. Page consultée le 14 novembre 2022.] <https://cps.ca/en/documents/position/pneumonia-management-children-youth>.
- Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2012;55(10):e86-e102. [En ligne.] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22965026>.
- Sauve L, Forrester M, Top KA: Canadian Paediatric Society, Infectious Diseases and Immunization Committee. *Group A streptococcal (GAS) pharyngitis: a practical guide to diagnosis and treatment* [Internet.] 29 juillet 2021. [En ligne. Page consultée le 14 novembre 2022.] <https://cps.ca/en/documents/position/group-a-streptococcal>.
- Wilson WR, Gewitz M, Lockhart PB et al. Prevention of viridans group streptococcal infective endocarditis: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2021;143(20):e963-e978. [En ligne.] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33853363>.
- Allen UD: Canadian Paediatric Society, Infectious Diseases and Immunization Committee. Infective endocarditis: updated guidelines. *Paediatr Child Health* 2010;15(4):205-8. [En ligne. Page consultée le 14 novembre 2022.] <https://academic.oup.com/pch/article/15/4/205/2639432>.
- Lantos PM, Rumbaugh J, Bockenstedt LK et al. Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA), American Academy of Neurology (AAN), and American College of Rheumatology (ACR): 2020 guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of Lyme disease. *Clin Infect Dis* 2021;72(1):e1-e48. [En ligne.] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33417672>.
- Ornyett H: Canadian Paediatric Society, Infectious Diseases and Immunization Committee. *Lyme disease in Canada: focus on children* [Internet.] 28 juillet 2020. [En ligne. Page consultée le 14 novembre 2022.] <https://cps.ca/en/documents/position/lyme-disease-children>.
- American Academy of Pediatrics. Lyme disease. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA et al, editors. *Red book: 2018 report of the Committee on Infectious Diseases*. 31^e éd. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics; 2018. p. 515-23.