

# Traitement de l'exacerbation aiguë de la maladie pulmonaire obstructive chronique

(Comité provincial de gérance des antimicrobiens des régions de la santé du Nouveau-Brunswick, novembre 2015)

## Critères de traitement

- L'utilisation d'antibiotiques dans les exacerbations aiguës de la maladie pulmonaire obstructive chronique (EAMPOC) est controversée.
- Un traitement antimicrobien n'est recommandé que lorsque les EAMPOC s'accompagnent des 3 symptômes cardinaux ou d'au moins 2 des 3 symptômes cardinaux, si l'un des 2 symptômes est la production d'expectorations plus purulentes :
  1. dyspnée accrue
  2. plus grand volume d'expectorations
  3. expectorations plus purulentes
- Un traitement antimicrobien par voie intraveineuse doit être amorcé chez les patients qui reçoivent une ventilation effractive ou non effractive en raison des EAMPOC.
- Le choix de l'antibiotique doit être déterminé en fonction des symptômes du patient et des facteurs de risque.
- En cas d'infiltrat visible à la radiographie ou de pneumonie soupçonnée, veuillez vous reporter aux lignes directrices de traitement de la pneumonie.

Stratification des risques	Organisme probable	Schéma empirique privilégié	Autres schémas empiriques	Durée	Commentaires
<b>Bronchite aiguë</b> • patients présentant seulement 1 des 3 symptômes cardinaux	D'origine virale dans la plupart des cas	Un traitement antimicrobien <b>n'est pas</b> recommandé. Traitement des symptômes seulement			
<b>Simple (patients présentant un faible risque)</b> • Moins de 4 exacerbations par année	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i>	doxycycline 100 mg PO q12h	amoxicilline/clavulanate 875/125 mg PO q12h* <b>OU</b> sulfaméthoxazole/triméthoprime 800/160 mg PO q12h* <b>OU</b> céfuroxime 500 mg PO q12h* <b>OU</b> clarithromycine 500 mg PO q12h	5 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le patient a reçu un antibiotique au cours des 3 derniers mois, le traitement choisi doit être un schéma thérapeutique fondé sur un mode d'action différent, indépendamment du succès clinique.</li> <li>• Adapter l'antibiothérapie selon les résultats de la culture des expectorations, si possible.</li> </ul>
<b>Complicquée (patients présentant un risque élevé)</b> Au moins l'un des risques suivants : • volume expiratoire maximal (VEM) <sub>1</sub> inférieur à 50 % du volume prévu • Quatre exacerbations ou plus par année • Cardiopathie ischémique • Utilisation d'oxygène à la maison • Utilisation chronique de stéroïdes	Comme dans le cas de la bronchite aiguë simple plus : <i>Klebsiella spp</i> et autres bactéries Gram négatives Probabilité accrue de résistance aux bêta-lactamines	Traitement par voie orale : amoxicilline/clavulanate 875/125 mg PO q12h *  Thérapie intraveineuse : cefTRIAxone 1 à 2 g IV q24h	Traitement par voie orale : céfuroxime 500 mg PO q12h* <b>OU</b> clarithromycine 500 mg PO q12h * <b>OU</b> lévofloxacine 750mg PO q24h *  Thérapie intraveineuse : lévofloxacine 750 mg IV q24h* <b>OU</b>	De 5 à 10 jours  5 jours (pour la lévofloxacine)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le patient a reçu un antibiotique au cours des 3 derniers mois, le traitement choisi doit être un schéma thérapeutique fondé sur un mode d'action différent, indépendamment du succès clinique.</li> <li>• Adapter l'antibiothérapie selon les résultats de la culture des expectorations, si possible.</li> </ul>
<b>Bronchiectasie/ maladie pulmonaire terminale</b>	Comme dans le cas de la bronchite aiguë simple et complicquée plus : <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Staphylococcus Aureus</i> , SARM Autres bacilles Gram négatifs non fermentaires	Traitement par voie orale : amoxicilline/clavulanate 875/125 mg PO q12h* ± ciprofloxacine 500 à 750 mg PO q12h * (si la présence de <i>Pseudomonas aeruginosa</i> est soupçonnée) Thérapie intraveineuse : cefTRIAxone 1 à 2 g IV q24h <b>OU</b> pipéracilline/tazobactam 4.5 g IV q6h* (si la présence de <i>Pseudomonas aeruginosa</i> est soupçonnée)	Traitement par voie orale : lévofloxacine 750 mg PO q24h *  Thérapie intraveineuse : lévofloxacine 750 mg IV q24h*	De 7 à 14 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapter l'antibiothérapie selon les résultats (précédents ou actuels) de la culture des expectorations.</li> </ul>

### **Conseils cliniques**

- Les macrolides ne sont pas recommandés comme traitement empirique de première intention en raison des taux de résistance accrue à *Streptococcus pneumoniae* et à *Haemophilus influenzae*.
- L'utilisation des fluoroquinolones devrait être réservée aux cas très graves, aux patients pour lesquels les options de première intention ont échoué ou aux patients atteints de bronchite aiguë compliquée qui présentent une allergie aux bêta-lactamines en raison du potentiel de résistance accrue, du risque d'infection à *Clostridium difficile* et de l'importance de ces médicaments dans la prise en charge d'autres infections.
- Le traitement empirique contre des organismes atypiques (*Mycoplasma pneumoniae* et *Chlamydia pneumoniae*) n'est pas recommandé.
- Envisager d'obtenir des cultures si aucune amélioration n'est notée après 72 heures suivant le début du traitement antimicrobien.
- Envisager d'utiliser des corticostéroïdes par voie systémique pour traiter les exacerbations modérées à graves de la MPOC (40 mg de prednisone par voie orale une fois par jour pendant 5 jours).
- La vaccination contre l'influenza et le pneumocoque est recommandée.

\*Ajustement de la dose requis selon la fonction rénale..