

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

(Comité provincial de gérance des antimicrobiens des régions de la santé du Nouveau-Brunswick, Mai 2019)

Critères de traitement

- L'utilisation d'antibiotiques pour 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 |
|---|--|---|--|------------------|--|
| Bronchite aiguë • patients présentant seulement 1 des 3 symptômes cardinaux | D'origine virale dans la plupart des cas | Un traitement antimicrobien <u>n'est pas</u> recommandé. Traitement des symptômes seulement | | | |
| Simple (patients présentant un faible risque) • Moins de 4 exacerbations par année | <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> | doxycycline 200 mg PO pour 1 dose ensuite 100 mg PO q12h | sulfaméthoxazole+triméthoprime 800+160 mg PO q12h* OU céfuroxime 500 mg PO q8-12h* OU clarithromycine 500 mg PO q12h* | 5 jours | <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Adapter l'antibiothérapie selon les résultats de la culture des expectorations, si possible. |
| Complicquée (patients présentant un risque élevé) Au moins l'un des risques suivants : • volume expiratoire maximal en une minute (VEM ₁), inférieur à 50 % du volume prévu • Quatre exacerbations ou plus par année • Cardiopathie ischémique • Utilisation d'oxygène à la maison • Utilisation chronique de corticostéroïdes | <u>Comme dans le cas de la bronchite aiguë simple plus :</u> <i>Klebsiella spp</i> et autres bactéries Gram négatif Probabilité accrue de résistance aux bêta-lactamines | <u>Traitement par voie orale :</u> amoxicilline+clavulanate 875+125 mg PO q12h * <u>Thérapie intraveineuse :</u> cefTRIAxone 1 à 2 g IV q24h | <u>Traitement par voie orale :</u> céfuroxime 500 mg PO q8-12h* OU lévoFLOxacine 750mg PO q24h * <u>Thérapie intraveineuse :</u> lévoFLOxacine 750 mg IV q24h* | De 5 à 7 jours | <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Adapter l'antibiothérapie selon les résultats de la culture des expectorations, si possible. |
| Bronchiectasie/ maladie pulmonaire terminale | <u>Comme dans le cas de la bronchite aiguë simple et complicquée plus :</u> <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Staphylococcus aureus</i> , SARM Autres bacilles Gram négatif non fermentaires | <u>Traitement par voie orale :</u> amoxicilline+clavulanate 875+125 mg PO q12h* ± ciprofloxacine 750 mg PO q12h * (si la présence de <i>Pseudomonas aeruginosa</i> est soupçonnée) <u>Thérapie intraveineuse :</u> cefTRIAxone 1 à 2 g IV q24h OU pipéracilline+tazobactam 4,5 g IV q6h* | <u>Traitement par voie orale :</u> lévoFLOxacine 750 mg PO q24h * <u>Thérapie intraveineuse :</u> lévoFLOxacine 750 mg IV q24h* | De 10 à 14 jours | <ul style="list-style-type: none"> • Adapter l'antibiothérapie selon les résultats (précédents ou actuels) de la culture des expectorations. |

Conseils cliniques

- Les macrolides ne sont pas recommandés comme traitement empirique de première intention en raison des taux de résistance accrue au *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 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 bactéries atypiques (*Mycoplasma pneumoniae* et *Chlamydia pneumoniae*) n'est pas recommandé.
- Selon l'évaluation du patient, envisager d'obtenir des cultures avant le début du traitement et 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 à 50 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.

References:

1. O'Donnell DE, Hernandez P, Kaplan A *et al.* Canadian Thoracic Society Recommendations for Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease – 2008 update – Highlights for primary care. *Can Respir J* 2008; 15(Suppl A):1A – 8A.
2. O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau J *et al.* Canadian Thoracic Society Recommendations for Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease – 2007 update. *Can Respir J* 2007; 14(Suppl B):5B – 32B.
3. Wilson R, Sethi S, Anzueto A *et al.* Antibiotics for treatment and preventions of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Infection* (2013) 67, 497 – 515
4. Stockley RA, O'Brien C, Pye A *et al.* Relationship of Sputum Color to Nature and Outpatient Management of Acute Exacerbations of COPD. *Chest* 2000;117:1638 – 1645.
5. Moussaoui RE, Roede BM, Speelman P *et al.* Short-course antibiotic treatment in acute exacerbations of chronic bronchitis and COPD: a meta-analysis of double-blind studies. *Thorax* 2008; 63:415-422
6. Falagas ME, Avgeri SG, Matthaiou DK *et al.* Short- versus long-duration antimicrobial treatment for exacerbations of chronic bronchitis: a meta-analysis. *J Antimicrob Chemother.* 2008 May; 62: 442 – 450.
7. Siempos II, Dimopoulos G, Korbila IP *et al.* Macrolides, Quinolones and amoxicillin/clavulanate for chronic bronchitis: a meta-analysis. *Eur Respir J* 2007; 29:1127 – 1137
8. Wilson R, Anzueto A, Miravittles M *et al.* Moxifloxacin versus amoxicillin/clavulanic acid in outpatient acute exacerbations of COPD: Maestral results. *Eur Respir J* 2012; 40:17 – 27
9. Miravittles M, Llor C, Molina J *et al.* Antibiotic treatment of exacerbations of COPD in general practice: long-term impact on health-related quality of life. *Int J COPD* 2010;5:11 – 19
10. Dimopoulos G, Siempos II, Korbila IP *et al.* Comparison of First-Line with Second-Line Antibiotics for Acute Exacerbations of Chronic Bronchitis A Metaanalysis of Randomized Controlled Trials. *Chest* 2007; 132:447 – 455
11. Leuppi JD, Schuetz P, Bingisser R *et al.* Short-term vs Conventional Glucocorticoid Therapy in Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease The REDUCE Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2013; 309(21):2223-2231
12. Walters JAE, Gibson PG, Wood-baker R, *et al.* Systemic corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systemic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.:CD001288. DOI"10.1002/14561858.CD001288.pub3
13. Anthonisen NR, Manfreda J, Warren CPW *et al.* Antibiotic Therapy in Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Ann Int Med* 1987; 106:196-204
14. Walters JAE, Tan DJ, Whit CJ, Wood-Baker R. Different durations of corticosteroid therapy for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD006897. DOI:10.1002/14651858.CD006897.pub3.
15. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2018 Report)
16. Wedzicha JA, Miravittles M, Hurst JR, *et al.* Management of COPD exacerbations: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. *Eur Respir J* 2017; 49: 1600791 [<https://doi.org/10.1183/13993003.00791-2016>]