



Bronchite aiguë et exacerbation aiguë de la MPOC

Octobre 2009

Ce *guide clinique* est présenté à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien.

GÉNÉRALITÉS

Bronchite aiguë

VIRUS : majorité des bronchites aiguës

Dans les cas persistant plus de 10 jours, peuvent être responsables :

- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Chlamydomphila (Chlamydia) pneumoniae*
- *Bordetella pertussis*

Exacerbation aiguë de la MPOC

BACTÉRIES : majorité des cas

L'étiologie varie avec le degré de gravité de la maladie de base en fonction du VEMS.

Plus le VEMS est bas, plus les bactéries Gram- (entérobactéries et *Pseudomonas aeruginosa*) jouent un rôle important.

Pathogènes les plus fréquemment rencontrés :

- *Haemophilus influenzae*
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Moraxella catarrhalis*
- Bactéries Gram-
- Virus influenza A et B
- Virus parainfluenza
- Métapneumovirus

Un pourcentage non négligeable des exacerbations aiguës de la MPOC est attribuable à un virus ou à un mycoplasme :

DIAGNOSTIC

Bronchite aiguë

- Origine virale dans la majorité des cas
- Absence de fièvre (souvent)
- Toux peut persister plusieurs semaines

Exacerbation aiguë de la MPOC

Présence d'au moins 2 des symptômes suivants (critères d'Anthonisen) :

- Augmentation de la quantité des expectorations
- Présence de purulence dans les expectorations
- Augmentation de la dyspnée

Culture des expectorations : utile pour les patients hospitalisés et dans les cas de non-réponse au traitement après 72 heures d'antibiothérapie ou si infections répétées.

Radiographie pulmonaire : à considérer si suspicion de pneumonie ou d'insuffisance cardiaque congestive chez le patient. Test de routine chez les patients hospitalisés.

Fièvre : peu présente dans les cas d'exacerbation aiguë de la MPOC ; sa présence devrait évoquer d'autres diagnostics (influenza, pneumonie, etc.).

PRINCIPES DE TRAITEMENT

L'utilisation des stéroïdes en inhalation n'est pas indiquée dans les cas de bronchites aiguës.

Il est essentiel de considérer les mesures suivantes dans le traitement des exacerbations aiguës de la MPOC :

- Utilisation de bronchodilatateurs à courte action
- Utilisation de corticostéroïdes systémiques dans les cas modérés à graves
- Traitement des conditions associées (insuffisance cardiaque)
- Stratégies de prévention :
 - Cessation du tabac
 - Vaccination antigrippale

Traitement des bronchites aiguës et des exacerbations aiguës de la MPOC

État clinique	Symptômes et présence de facteurs de risque	Traitement oral de 1 ^{re} intention*	Traitement oral de 2 ^e intention*
(0) Bronchite aiguë	<ul style="list-style-type: none"> • Toux +/- productive • Expectorations +/- purulentes 	→ ANTIBIOTHÉRAPIE NON INDIQUÉE → TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE	SI LES SYMPTÔMES PERSISTENT PLUS DE 10 À 14 JOURS : Clarithromycine (Biaxin Bid ^{MC}) 500 mg BID x 7 jours ou (Biaxin XL ^{MC}) 1 000 mg DIE x 5 à 7 jours OU Azithromycine[†] (Zithromax ^{MC}) 500 mg DIE jour 1 puis 250 mg DIE x 4 jours
(1) Exacerbation aiguë de la MPOC simple	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la toux et expectorations • Expectorations purulentes • Dyspnée 	Amoxicilline 500 mg TID x 7 jours OU Céfuroxime axétil (Ceftin ^{MC}) 500 mg BID x 5 jours OU Clarithromycine (Biaxin Bid ^{MC}) 500 mg BID x 7 jours ou (Biaxin XL ^{MC}) 1 000 mg DIE x 5 à 7 jours OU Doxycycline (Vibra-Tabs ^{MC}) 100 mg BID x 10 jours OU TMP-SMX (Septra DS ^{MC} générique) 1 co BID x 10 jours OU Azithromycine[†] (Zithromax ^{MC}) 500 mg DIE jour 1 puis 250 mg DIE x 4 jours	Amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin ^{MC}) 875 mg BID ou 500 mg TID x 7 jours OU Lévofloxacine (Levaquin ^{MC}) 500 mg DIE x 7 jours ou 750 mg DIE x 5 jours OU Moxifloxacine (Avelox ^{MC}) 400 mg DIE x 5 jours
(2) Exacerbation aiguë de la MPOC complexe	Comme ci-dessus (1), plus 1 des facteurs de risque suivants : <ul style="list-style-type: none"> • VEMS < 50 % de la valeur prédite • ≥ 4 exacerbations/année • Maladie cardiaque ischémique • Oxygénothérapie • Corticothérapie orale chronique • Utilisation d'antibiotiques au cours des 3 derniers mois[‡] 	Lévofloxacine (Levaquin ^{MC}) 500 mg DIE x 7 jours ou 750 mg DIE x 5 jours OU Moxifloxacine (Avelox ^{MC}) 400 mg DIE x 5 jours OU Amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin ^{MC}) 875 mg BID ou 500 mg TID x 7 jours	Ciprofloxacine (Cipro ^{MC}) 500-750 mg BID x 7 à 10 jours OU Peut nécessiter une thérapie parentérale

* Les antibiotiques sont généralement inscrits par ordre alphabétique de dénomination commune. Une seule marque de commerce a été inscrite, bien que plusieurs fabricants puissent offrir les produits sous d'autres noms commerciaux.

† Une étude canadienne de cohorte prospective (Vanderkooi et al., 2005) a démontré un risque significativement plus bas d'émergence de résistance aux macrolides lors de l'utilisation de la clarithromycine (Biaxin Bid^{MC} ou Biaxin XL^{MC}) en comparaison avec l'azithromycine (Zithromax^{MC}).

‡ Dans ce cas, on devrait utiliser une classe différente d'antibiotiques.

RÉFÉRENCES

O'Donnell DE, Hernandez P, Kaplan A, et al. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease – 2008 update. Can Respir J. 2008;15(SA):1A-8A.

Vanderkooi OG, Low DE, Green K, et al. Predicting antimicrobial resistance in invasive pneumococcal infections. Clin Infect Dis. 2005 May 1;40(9):1288-97.

Il est à noter que d'autres références ont été consultées.

Bronchite aiguë et exacerbation aiguë de la MPOC

Ce guide a été élaboré en collaboration avec les ordres (CMQ, OPQ), fédérations (FMOQ, FMSQ) et associations de médecins et pharmaciens du Québec.

Conseil
du médicament

Québec

