BPCO : exacerbations sources documentaires

- AFSSAPS oct 2005
- SPLF 1997, actualisée 2003
- SPILF mai 2006++
- Prescrire++
  - février 2004 [Rev Prescr 2004; 24 (247) : 127..]
  - IDF sept 08

Mes liens d’intérêt

Spécialiste en médecine générale, je déclare n’avoir aucun lien, direct ou indirect, avec des entreprises ou établissements produisant ou exploitant des produits de santé non plus qu'avec des organismes de conseil intervenant sur ces produits*

* Mention obligatoire selon l'article L4113-13 du Code de la Santé Publique (inséré par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, art. 26 du Journal Officiel du 5 mars 2002)

Bronchite chronique : définition clinique

- Expectoration quotidienne
- Pendant 3 mois consécutifs
- Au cours d'au moins 2 années consécutives
- Post tabagique : 90% des cas

Indications du traitement antibiotique : les préalables

- Exacerbation ?
- Origine bactérienne ?
- Etat respiratoire de base (classification)
- AB :
  - l'état respiratoire
  - fréquence des exacerbations.

Eliminer les causes non infectieuses

- Insuffisance cardiaque gauche (8 à 26% des cas),
- Arythmie
- Médicaments
- Embolie pulmonaire
- Pneumothorax, bronchospasme, allergie, conditions climatiques, épaississement des sécrétions, irritants bronchiques, tabac, reflux gastro-oesophagien,cancer, chirurgie.

La fièvre ?

- Inconstante en cas d'infection
- En faveur de l'origine infectieuse
- Ne permet pas de distinguer une origine virale d'une origine bactérienne.
- Son intensité n'est pas un argument en faveur d'une origine bactérienne.
- **Persistance au 4ème jour d'évolution : infection bactérienne ?**

L'origine infectieuse de l'exacerbation : 50 % des cas

- 50 % des origines infectieuses sont…virales!
- L'aspect purulent de l'expectoration, pris isolément n'est pas un argument suffisant de l'origine bactérienne et aucune étude n'a validé ce signe isolé.
- C'est la persistance et surtout l'augmentation du volume et de la purulence de l'expectoration au cours du temps qui plaident en faveur de la responsabilité des bactéries.

Exacerbation : infection bactérienne ?

- Bactérienne, virale ou d'origine non infectieuse.

- Bactérienne : AB bénéfique si syndrome obstructif.

Diagnostic d'exacerbation bactérienne : la triade d'Anthonissen (B)

- augmentation du volume de l'expectoration,
- augmentation de la purulence de l'expectoration,
- augmentation de la dyspnée.

- L'existence d'au moins deux des critères de cette triade évoque une origine bactérienne.

Les limites d'Anthonissen ?

Actuellement, l'argument clinique prépondérant pour une étiologie bactérienne de l'exacerbation de la BPCO

est la mise en évidence d'une purulence verdâtre franche des crachats.

Une donnée indispensable : l'état de base

- Le VEMS et la CV
  - VEMS/CV (tiffeneau) < 70% = BPCO
  - VEMS / valeur attendue (age, taille, sexe) = stade de sévérité
- Une gazométrie si sévérité ou dyspnée de repos.
- En l'absence de VEMS (mais mauvaise corrélation)
  - dyspnée chronique ?
  - d'effort ?
  - de repos? préalable à l'exacerbation.

Exacerbation de bronchite chronique simple

- .
- En 1ère intention : pas d'AB (B)
- Réévaluation : AB si fièvre >38°C au-delà du 3ème jour (C).

Quels sont les critères d'indication de l'antibiothérapie ? (SPILF 2006 ++) : selon l'évaluation en dehors de toute exacerbation

- Absence de dyspnée (~ stades 0 et 1) : pas d'antibiotique (A)
- Dyspnée d'effort (~ stades 2 et 3) : antibiotique seulement si expectoration franchement purulente verdâtre (C)
- Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos (~ stade 4) : antibiotique systématique (A)

Quelle antibiothérapie en cas d'indication ? (SPILF 2006 ++) [1]

- Dyspnée d'effort et expectoration verdâtre :
  - **Amoxicilline 3g/j**
  - C2G orale (céfuroxime-axétil)
  - C3G orale (cefpodoxime-proxétil, céfotiam-hexétil)
  - Macrolide
  - Pristinamycine
  - [Télithromycine (cf.mise en garde AFSSAPS)]

Quelle antibiothérapie en cas d'indication ? (SPILF 2006 ++) [2]

- Dyspnée de repos :
  - Amoxicilline-acide clavulanique (3 g/j d'amoxicilline)
  - C3G injectable (céfotaxime I.V. ou ceftriaxone IV, IM ou SC)
  - Fluoroquinolone anti-pneumococcique (lévofloxacine, moxifloxacine) :

Les FluoQuinolones AntiPneumococciques : mise en garde +++

- **Ne doivent pas être prescrites si le malade a reçu un traitement par une FQ , quelle qu'en soit l'indication, depuis moins de 3 mois (A).**

- **Doivent être utilisées avec prudence**
  - **En institution** (risque de transmission de souches résistantes)
  - **Chez les sujets âgés sous corticothérapie par**

Durée de l'antibiothérapie

- 5 jours : ß-lactamines, macrolides, kétolide, fluoroquinolones) ; dans les formes peu sévères (stade 2) (AP). La clarithromycine à libération prolongée, la télithromycine et la moxifloxacine ont dans l'AMM une durée de traitement de 5 jours,
- 4 jours : la pristinamycine (A).
- 7 à 10 jours : dans certains cas sévères (A).

La métaanalyse de Cochrane de 2008 [Rev Prescr 2009; 29 (307) : 369]

- 21 essais randomisés de bonne qualité
- > 10 000 patients inclus
- Taux de guérison non amélioré > 5 jours de tt

Examen Cyto Bactériologique des Crachats (ECBC)

- Antibiothérapie ou une hospitalisation récentes : risque d'être porteur de bactéries résistantes.
- En cas d'échec, il est recommandé de réaliser un ECBC et une radio de thorax.
- L'ECBC peut permettre d'adapter l'antibiothérapie en cas de modification de la flore bactérienne avec notamment présence de Pseudomonas

Insuffisance respiratoire chronique

- Antibiothérapie recommandée d'emblée (B).

A retenir pour la pratique

- Exacerbation non synonyme de surinfection bactérienne : 50% infection dont 50% virus = 25% bactérienne
- Connaissance indispensable de l'état de base
  - Clinique : dyspnée
  - Spirométrique : VEMS stable / VEMS Théorique
- Pas de dyspnée : pas d'AB
- Choix de l'AB : amox souvent !

J’autorise le site de l’AMMPPU à publier le présent diaporama

J.Birgé