

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE L'EXACERBATION AIGUË DE MPOC

Validé par Comité d'antibiogouvernance du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Approuvé par Direction adjointe des services professionnels – Soutien qualité

Date de révision 2024-04-29

1. Généralités

1.1 Considérations importantes

- Ce guide sert à proposer une ligne de conduite en fonction des meilleures pratiques existantes dans la prise en charge d'une exacerbation aiguë de la maladie pulmonaire obstructive chronique (EAMPOC). En aucun cas, le guide de pratique ne doit être considéré comme une ordonnance. Le jugement du clinicien a toujours sa place lors de la prise de décision.

1.2 Professionnels visés

- Médecins, médecins résidents, pharmaciens et personnel infirmier

2. Diagnostic, problématique ou besoin identifié

2.1 Abréviations

ATB : Antibiotique

EAMPOC : Exacerbation aiguë de la maladie pulmonaire obstructive chronique

MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique

SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

TMP-SMX: Triméthoprime-sulfaméthoxazole

VEMS: Volume expiratoire maximal en une seconde

VRS: Virus respiratoire syncytial

2.2 Définitions

EAMPOC	Augmentation des symptômes de MPOC au-delà de la variation quotidienne attendue et inclut généralement au moins un élément parmi les suivants : <ul style="list-style-type: none">• Augmentation de la toux• Augmentation de la dyspnée• Augmentation de la purulence des expectorations Cette condition ne nécessite pas nécessairement des antibiotiques
EAMPOC purulente	Augmentation de la purulence des expectorations, plus ou moins

	augmentation de la quantité d'expectorations
Exacerbation grave	Présence d'insuffisance respiratoire sévère: <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence respiratoire > 30 respirations / minute • Utilisation de muscles accessoires • Altération de l'état de conscience • Hypoxémie non corrigée ou nécessitant un apport en oxygène élevé (> 40 % FiO₂) • Hypercapnie marquée (PaCO₂ > 60 mm Hg) ou acidose (pH ≤ 7,25)

2.3 Agents étiologiques usuels

Les pathogènes les plus souvent retrouvés sont :

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Moraxella catarrhalis*
- *Pseudomonas aeruginosa*

- Plus rarement, *Staphylococcus aureus* et *Bordetella pertussis* peuvent causer des EAMPOC. Ces pathogènes ne doivent être ciblés que lorsqu'ils sont mis en évidence par les investigations.
- Pour la sensibilité des pathogènes, se référer à l'antibiogramme du CIUSSSE-CHUS, Hôpital Fleurimont et Hôtel Dieu, disponible au <https://www.santeestrie.qc.ca/professionnels/ressources-pour-les-professionnels/antibiogouvernance>
- Les virus respiratoires (rhinovirus, influenza) ainsi que les facteurs environnementaux sont des causes fréquentes d'EAMPOC.

2.4 Investigation recommandée

- Radiographie pulmonaire
- Culture d'expectorations (si expectorations purulentes)
- En saison grippale :
 - PCR influenza, Covid-19 et VRS.
 - Un test positif devrait permettre de ne pas initier ou de cesser des antibiotiques.

3. Principes de traitement ou d'intervention

- La couverture antibiotique n'est pas systématiquement requise chez les patients ayant une détérioration des symptômes respiratoires peu sévère sans expectorations purulentes.
- Les germes atypiques sont une cause marginale d'EAMPOC et ne justifient pas une couverture ciblée en l'absence de pneumonie.
- Le spectre antimicrobien doit être évalué en fonction des pathogènes identifiés et de leurs antibiogrammes. Lorsque possible, il est suggéré de restreindre le spectre au maximum
- Les effets indésirables non-négligeables associés à l'utilisation des quinolones ont fortement influencé la sélection d'agents proposés. En EAMPOC, l'utilisation des quinolones devrait être réservée aux patients dont l'allergie sévère à la pénicilline le justifie. Un bon questionnaire doublé d'une recherche dans le profil médicamenteux antérieur des patients permet souvent de retirer l'étiquette d'allergie.¹
- Une durée maximale de traitement de 5 jours devrait être ciblée, sauf si;
 - le patient ne démontre pas une évolution clinique favorable;
 - si certains pathogènes spécifiques sont identifiés (ex. : *Pseudomonas aeruginosa* ou SARM).

ENTITÉ CLINIQUE	CHOIX	TRAITEMENTS	COMMENTAIRES	
Exacerbation légère	Expectorations purulentes	1 ^{er} CHOIX	Cefprozil 500 mg PO BID [♦] OU TMP-SMX 160/800 mg PO BID [♦] OU Azithromycine 500 mg PO DIE X 3 jours [♦]	En cas d'allergie à la pénicilline, la céfuroxime 500 mg po BID [♦] par la voie orale est une alternative intéressante, en raison de ses propriétés structurales différentes des pénicillines ¹
		1 ^{er} CHOIX	Amoxicilline-clavulanate 875 mg PO BID [♦]	
	Comorbidités ² Prise récente d'ATB	2 ^e CHOIX	Lévofoxacine 750 mg PO DIE [♦] OU Moxifloxacine 400 mg PO DIE [♦]	
		Couverture anti- <i>Pseudomonas sp.</i> ³	1 ^{er} CHOIX	Ciprofloxacine ⁴ 750 mg PO BID [♦]
Dans la plupart des cas, la durée totale du traitement est de 5 jours si le patient a atteint une stabilité clinique. Une EAMPOC confirmée à SARM ou <i>P. aeruginosa</i> devrait recevoir de 7 à 10 jours de traitement				
Exacerbation grave	Traitement oral	1 ^{er} CHOIX	Amoxicilline-clavulanate 875 mg PO BID [♦]	Alternative lors d'allergie aux pénicillines ¹
		2 ^e CHOIX	Lévofoxacine 750 mg PO DIE [♦] OU Moxifloxacine 400 mg PO DIE [♦]	
	Traitement IV	1 ^{er} CHOIX	Ceftriaxone 2 g IV DIE	Alternative lors d'allergie aux pénicillines ¹
		2 ^e CHOIX	Lévofoxacine 750 mg IV DIE [♦] OU Moxifloxacine 400 mg IV DIE [♦]	
	Suspicion <i>P. aeruginosa</i>	1 ^{er} CHOIX	Pipéracilline-tazobactam 4.5 g IV q6h [♦]	En perfusion de 3 heures Alternative lors d'allergie peu sévère aux pénicillines Si allergie grave : consultation en médecine spécialisée
		2 ^e CHOIX	Méropénem 1 g IV q8h [♦]	
Dans la plupart des cas, la durée totale du traitement est de 5 jours si le patient a atteint une stabilité clinique. Une EAMPOC confirmée à SARM ou <i>P. aeruginosa</i> devrait recevoir de 7 à 10 jours de traitement.				
♦ Alternative si allergie à la pénicilline ♦ Nécessite un ajustement en insuffisance rénale				

- 1 En cas d'allergie à la pénicilline, se référer à l'algorithme de l'INESSS (ci-dessous en référence) pour aider à la prise de décision
- 2 Comorbidités : VEMS inférieur à 50 %, comorbidités majeures (ex : maladie cardiaque, néoplasie du poumon), oxygénothérapie, corticothérapie chronique
- 3 Bronchiectasies, culture antérieure positive dans la dernière année, ≥ 4 EAMPOC annuellement, hospitalisation dans les derniers 90 jours avec administration d'antimicrobiens IV
- 4 La ciprofloxacine ne devrait être utilisée en monothérapie que lorsque la suspicion clinique d'infection à *Pseudomonas aeruginosa* est très élevée ou confirmée, car son activité contre les pathogènes courants (ex. : *S. pneumoniae*) est sous-optimale. Une combinaison amoxicilline 500 mg PO TID et ciprofloxacine peut pallier à cette problématique dans des cas sélectionnés. Étant donné les taux de résistance élevés du *P. aeruginosa* à la ciprofloxacine (12 % en date du 17-04-2024), un suivi étroit de l'évolution clinique et des cultures est suggéré.

4. Suivi

- Dans la plupart des cas, la durée totale du traitement est de 5 jours si le patient a atteint une stabilité clinique. Une EAMPOC confirmée à SARM ou à *P. aeruginosa* devrait être traitée pendant 7 à 10 jours.
- Vaccination pneumocoque, influenza, covid-19 et VRS pour les patients éligibles

5. Principales références

- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Acute Exacerbation): Antimicrobial Prescribing | Guidance and Guidelines | NICE. Consulté le 9 février 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng114>.
- Falagas, Matthew E., Sofia G. Avgeri, Dimitrios K. Matthaiou, George Dimopoulos, et Ilias I. Siempos. « Short- versus Long-Duration Antimicrobial Treatment for Exacerbations of Chronic Bronchitis: A Meta-Analysis ». *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 62, n° 3 (septembre 2008): 442-50. <https://doi.org/10.1093/jac/dkn201>.
- Gold Reports 2018. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD* (blog). Consulté le 6 février 2019. <https://goldcopd.org/gold-reports/>.
- *Guide d'usage optimal - Exacerbation de maladie pulmonaire obstructive chronique*. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/Guides-seriel/INESSS_GUO_EAMPOC.pdf] INESSS. 2017
- *Liste des médicaments en vigueur*. http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/liste_med/2018/liste_med_2018_12_13_fr.pdf, RAMQ, 13/12/2018.
- Wedzicha, Jadwiga A., Marc Miravittles, John R. Hurst, Peter M.A. Calverley, Richard K. Albert, Antonio Anzueto, Gerard J. Criner, et al. « Management of COPD Exacerbations: A European Respiratory Society/American Thoracic Society Guideline ». *European Respiratory Journal* 49, n° 3 (mars 2017): 1600791. <https://doi.org/10.1183/13993003.00791-2016>.
- Metlay, J.P., Waterer, G.W., Long, A.C., Anzueto, A., et al. Diagnosis and treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia – An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crti Care Med* 200, 7, (2019) pp. e45-e67.

6. Processus d'élaboration

6.1 Rédaction

Nom :	Valiquette	Prénom :	Louis	MD, microbiologiste-infectiologue	Date :	14-11-2020
-------	------------	----------	-------	-----------------------------------	--------	------------

6.2 Consultation/collaboration

Nom :	Larrivée	Prénom :	Pierre	MD, pneumologue	Date :	14-11-2020
-------	----------	----------	--------	-----------------	--------	------------

Nom :	Comité d'antibiogouvernance du CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Date :	14-11-2020
-------	--	--------	------------

6.3 Approbation

- Comité pharmacologique (si le guide implique l'utilisation de médicament)
- Comité de Gestion des outils cliniques (CGOC)

7. Historique des révisions

Nom :	Gilbert	Prénom :	Mélanie	Date :	28-04-2024
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	