



## GUIDE DE TRAITEMENT DE L'EXACERBATION AIGÛE DE LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (EAMPOC)

Le présent guide s'adresse aux équipes de soins adultes du CHU de Québec-Université Laval (CHU) et se veut un outil pour déterminer l'antibiothérapie optimale à administrer pour l'adulte présentant une exacerbation aiguë de MPOC. Les recommandations sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens et de spécialistes en maladies infectieuses. Les choix de traitement proposés dans ce guide tiennent compte des sensibilités bactériennes locales et des caractéristiques des clientèles traitées au CHU. Bien que son contenu soit très similaire aux guides de l'INESSS ou d'autres lignes directrices, les recommandations proposées peuvent parfois diverger de ces derniers.

**Définition de l'EAMPOC :** détérioration aiguë des symptômes respiratoires d'un patient avec MPOC qui entraîne une modification de la thérapie médicamenteuse du patient.

### QUELS PATIENTS DEVRAIENT RECEVOIR UNE ANTIBIOTHÉRAPIE?

La place des antibiotiques dans l'EAMPOC demeure controversée, mais certaines données favorisent leur utilisation chez le patient avec une EAMPOC modérée à sévère qui requiert une hospitalisation.

### Les symptômes cardinaux à rechercher sont :

- purulence des expectorations;
- augmentation de la quantité des expectorations;
- augmentation de la dyspnée.

Les antibiotiques devraient être utilisés si le patient présente **au moins deux (2)** de ces symptômes. Certains patients qui ne remplissent pas tous ces critères peuvent bénéficier d'une antibiothérapie dans certaines situations cliniques.

### QUEL ANTIBIOTIQUE CHOISIR?

Le choix de l'antibiothérapie empirique est basé en partie sur les données locales de sensibilité du pneumocoque qui sont présentées au tableau 1. On constate que la quasi-totalité des souches est sensible à la pénicilline IV, à la ceftriaxone et au lévofloxacine. La pénicilline orale et le TMP/SMX conservent une très bonne activité (85 % et 90 % respectivement).

**TABLEAU 1**  
**Sensibilité des *Streptococcus pneumoniae* retrouvés au CHU, 2015-2017**

	Pénicilline orale	Pénicilline IV	Ceftriaxone	Doxycycline	Érythromycine	TMP/SMX	Lévofloxacine
<b>N = 454</b>	85 %	99 %	99 %	67 %	74 %	90 %	100 %

Les recommandations de traitement empirique sont présentées au tableau 2. Il est toujours recommandé de faire une culture d'expectorations lorsque cela est possible et le traitement devra être modifié en présence d'un germe résistant à l'antibiothérapie débutée. Le choix d'antibiotique dépendra de la présence de facteurs de risque et de la nécessité de couvrir le *Pseudomonas aeruginosa*. La lévofloxacine sera réservée aux patients avec facteurs de risque chez qui les  $\beta$ -lactamines sont contre-indiquées ou lorsque l'on désire une couverture du *Pseudomonas*.



Les raisons qui justifient de réserver les quinolones à un nombre restreint de patients sont nombreuses. Les quinolones sont associées à un risque substantiel de toxicité, raison pour laquelle Santé Canada a récemment recommandé de réserver cette classe d'antibiotiques aux infections sévères. Les quinolones représentent également un grand risque de contracter une diarrhée associée au *C. difficile*. À la suite de la surutilisation des quinolones, la résistance des bâtonnets Gram négatifs à cette classe d'antibiotiques augmente de façon inquiétante au CHU et il est impératif de limiter leur utilisation afin de préserver leur efficacité future.

**TABLEAU 2**

**Recommandations de traitement empirique de l'EAMPOC lorsqu'une antibiothérapie est justifiée**

Gravité de l'exacerbation	Facteurs de risque	Choix de traitement empirique*	Durée
<b>INFECTIONS NON SÉVÈRES</b>	<b>Absence</b> de facteur de risque	Amoxicilline 1 g PO tid ou TMP-SMX DS 160/800 mg, 1 co PO bid ou Clarithromycine 500 mg PO bid	5 à 7 jours
	<b>Tous les patients externes</b>	Facteurs de risque de <b>complications</b> : - VEMS : < 50 % prédite - EAMPOC : 2 à 3/année - O <sub>2</sub> à domicile - cortico. chronique - antibiotiques < 3 mois	5 à 7 jours
	<b>Patients hospitalisés :</b> - à l'étage - stables hémodynamiquement - pas de désaturation importante		
	Facteurs de risque de <b><i>Pseudomonas</i></b> : - bronchiectasies - culture antérieure positive - EAMPOC : ≥ 4/année - hospitalisation < 3 mois	Lévofoxacine 750 mg PO die**	5 jours**
<b>INFECTIONS SÉVÈRES</b>	<b>Absence</b> de facteur de risque de <b><i>Pseudomonas</i></b>	Ceftriaxone 2 g IV q 24h	7 jours
	Facteurs de risque de <b><i>Pseudomonas</i></b> : - bronchiectasies - culture antérieure positive - EAMPOC : ≥ 4/année - hospitalisation < 3 mois	Lévofoxacine 750 mg PO die ou Pipéracilline/tazobactam 4,5 g IV q 6h	7 jours

\* Le choix de l'antibiothérapie devrait tenir compte de la clairance de la créatinine, des allergies et des traitements antibiotiques reçus dans les trois (3) derniers mois et le traitement devrait être ajusté selon les résultats de cultures d'expectorations.

\*\* Si *Pseudomonas* documenté, le traitement peut être prolongé (7 à 14 jours) et la ciprofloxacine est généralement préférée lorsque sensible (750 mg PO bid).