

Mots clés :

BPCO,  
Exacerbation,  
Bronchodilatateur  
Corticoïde  
Antibiotique  
Médecine  
générale

## Exacerbations de BPCO : les données des études

Chez les patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), au-delà des symptômes qui permettent longtemps une vie normale ou acceptable, les exacerbations constituent le risque principal et marquent très souvent un tournant évolutif. C'est à la capacité de réduction de leur fréquence et leur sévérité qu'est apprécié le bénéfice des traitements des formes symptomatiques<sup>1</sup>. Quelle est la définition des exacerbations, leur fréquence et leurs risques ? Comment les traiter, quelle y est la place des corticoïdes et des antibiotiques ? Les études apportent des données utiles, avec la réserve de leur hétérogénéité et de leur provenance essentiellement hospitalières<sup>2-5</sup>.

### Une définition clinique, des conséquences notables

Elle est fondée sur l'augmentation de la dyspnée, de la toux, de l'expectoration et de sa purulence. Elle est dite **légère** si un seul symptôme est concerné et n'entraîne pas de consultation (ceci dans 50% des cas), **modérée** avec au moins deux symptômes et une consultation médicale avec le plus souvent un traitement ambulatoire, **sévère** nécessitant une hospitalisation. Le diagnostic est clinique.

La fréquence des exacerbations croît avec les stades de la BPCO<sup>6</sup> : 2,7 par an pour les stades moyens (2A) et 3,9 pour les stades sévères (2B et 3) ; elle croît aussi avec le tabagisme. La sévérité et la mortalité croissent aussi avec les stades, les saisons, l'âge, les comorbidités<sup>5</sup>. La mortalité chez les hospitalisés est de 3 à 4%, mais chez ceux nécessitant le passage en soins intensifs elle est de 11 à 24% et autour de 45% dans l'année qui suit. Après un épisode aigu, la plupart des patients voient diminuer leur statut fonctionnel et leur qualité de vie, et 50% seront réhospitalisés dans les 6 mois<sup>2</sup>.

### Une étiologie dominée par les infections

L'origine est infectieuse (bactérienne ou virale) dans 50 à 70% des cas, liée à la pollution pour 10%, indéterminée pour 30%. Les 3 principales bactéries sont *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*. *Pseudomonas aeruginosa* est à rechercher en cas de formes sévères, d'hospitalisations antérieures, d'antibiothérapie récente. L'analyse des sécrétions nasopharyngées et des expectorations, recommandée en cas d'antibiothérapie antérieure, ou d'exacerbation modérée à sévère, ne doit pas retarder le traitement.

### Que conclure pour notre pratique ?

**Les exacerbations rythment souvent les tournants évolutifs de la BPCO.** Les prévenir est le but principal du traitement des formes légères à modérées<sup>1</sup> ; les traiter vise à en réduire les conséquences.

**Les études sur les moyens thérapeutiques sont en majorité d'origine hospitalière :** en dehors des moyens spécifiques pour les formes sévères, corticoïdes et les antibiotiques ont prouvé leur efficacité, mais seulement dans les formes modérées à sévères.

**Les exacerbations légères à modérées sont en majorité « affaire de généraliste »<sup>7</sup>.** Mais comment adapter des recommandations fondées sur des données d'origine hospitalière et concernant les formes modérées à sévères aux patients avec exacerbation légère à modérée que le généraliste sera le plus souvent amené à prendre en charge ? Nous y reviendrons à partir de quelques études récentes.

L'origine virale est notée dans 20 à 40% des cas, pouvant se compliquer d'atteinte bactérienne. Le virus grippal est responsable d'une morbidité et mortalité non négligeables<sup>5</sup>.

### Des traitements dominés par les antibiotiques

**Les bronchodilatateurs**, déjà utilisés en général peuvent être poursuivis, mais les études sont disparates et peu nombreuses. La théophylline est déconseillée en raison d'un risque d'effets secondaires<sup>2</sup>.

**Les corticostéroïdes par voie systémique** sont efficaces en cures courtes (5 à 15 jours) dans les cas sévères hospitalisés. Versus placebo ils réduisent les échecs de traitement, la durée d'hospitalisation, les récurrences précoces des 3 premiers mois, améliorent passagèrement la spirométrie. Les données sont plus incertaines pour les BPCO non hospitalisées<sup>2</sup>.

**Les antibiotiques** ont largement prouvé leur efficacité dans les formes modérées à sévères hospitalisées. Sur une méta-analyse de 11 essais randomisés, ils diminuent la mortalité de 77%, les risques d'échec du traitement de 53%, la purulence des crachats de 44%. Les antibiotiques conseillés sont l'amoxicilline ou les tétracyclines, pour une durée de 5 à 10 jours, et en cas de facteurs de risque de *pseudomonas*. Mais ces études sont très hétérogènes, le plus souvent avant l'émergence des formes bactériennes multirésistantes, avec de nombreux facteurs confondants, et surtout ont une très faible représentation d'études ambulatoires. Les deux études en soins primaires n'ont pas mis en évidence de bénéfice du traitement antibiotique<sup>2,3</sup>

#### Références :

- 1- Collectif. BPCO, traitement des formes symptomatiques. *Bibliomed*. 2007;469.
- 2- Bach PB et al. Management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. A summary and appraisal of published evidence. *Ann Int Med*. 2001;134:600-20.
- 3- Woodhead M et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. *Eur Respir J*. 2005;26:1138-80.
- 4- Prescrire rédaction. Bronchopneumopathie chronique obstructive. *Rev Prescrire*. 2004;24(247):118-28.
- 5- Cavassini M et al. Place de l'antibiothérapie dans la prise en charge des exacerbations de BPCO. *Rev Med Suisse*. 2007;3:939-42.
- 6 Collectif. La BPCO, de plus en plus fréquente, mais sous-diagnostiquée. *Bibliomed*. 2007;465.
- 7- Fournier M. Bronchopneumopathie chronique obstructive. *Rev Prat*. 2004;54:1405-18.