ANTIBIOTHÉRAPIE PAR VOIE GÉNÉRALE DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES DE L'ADULTE EXACERBATIONS DE BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

1. Introduction

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie chronique inflammatoire des bronches, lentement progressive, caractérisée par une diminution non complètement réversible des débits aériens.
Seules certaines exacerbations de BPCO sont d'origine bactérienne, et justifient alors une antibiothérapie **pendant 7 à 10 jours**. Les indications du traitement antibiotique reposent sur la reconnaissance de l'exacerbation, de sa possible origine bactérienne et du risque évolutif dû à l'état respiratoire de base.

2. Diagnostic et traitement de la bronchopneumopathie chronique obstructive de l'adulte

Le diagnostic de BPCO repose sur les épreuves fonctionnelles respiratoires (spirométrie) effectuées en dehors de tout épisode d'exacerbation, chez des sujets à risque de BPCO (tabac) et/ou devant une symptomatologie chronique (toux, expectoration, dyspnée) et/ou devant des épisodes de bronchite aiguë à répétition.

Les explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) permettent de mesurer deux paramètres importants :

- le volume expiratoire maximum seconde (VEMS)/Capacité vitale (CV)
  → permet d'affirmer le trouble ventilatoire obstructif
- le VEMS qui évalue la sévérité de l'obstruction.

S'agissant d'une pathologie inflammatoire des bronches dont l'origine n'est pas toujours infectieuse (et notamment bactérienne), **il convient de ne pas traiter toute exacerbation de BPCO par des antibiotiques.**

L'argument clinique prépondérant en faveur de l'étiologie bactérienne d'une exacerbation de BPCO est la mise en évidence d'une purulence verdâtre franche des crachats.

Stades	Stade I : BPCO légère	Stade II : BPCO modérée	Stade III : BPCO sévère	Stade IV : BPCO très sévère
Caractéristiques de l'EFR	VEMS/CV < 70% VEMS ≥ 80% des valeurs prédites	VEMS/CV < 70% 50% ≤ VEMS < 80% des valeurs prédites	VEMS/CV < 70% 30% ≤ VEMS < 50% des valeurs prédites	VEMS/CV < 70% VEMS < 30% des valeurs prédites ou VEMS < 50% des valeurs prédites en présence d'insuffisance respiratoire (PaO2 < 60 mmHg) ou de signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite
Equivalence clinique	Absence de dyspnée	Dyspnée d'effort inconstante	Dyspnée d'effort	Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos
Indication à l'antibiothérapie	**PAS D'ANTIBIOTIQUE**		**Antibiothérapie seulement si expectoration franchement purulente verdâtre**	**ANTIBIOTHERAPIE SYSTEMIQUE** + recherche des autres causes d'exacerbation de la dyspnée
Choix de l'antibiothérapie			Amoxicilline Céfuroxime-axétil Cefpodoxime-proxétil* Céfotiam-hexétil* Macrolide Pristinamycine Télithromycine	Amoxicilline/acide clavulanique C3G injectable (Céfotaxime ou Ceftriaxone) FQAP (Lévofloxacine)*

*Si échec thérapeutique : éliminer une infection parenchymateuse par radiographie de thorax et rechercher une infection à *P. aeruginosa* chez les patients présentant une BPCO évoluée (ECBC).

Copyright MedQual©

Outre l'antibiothérapie, la prise en charge de la BPCO est basée sur d'autres mesures associées :

- l'arrêt du tabac ;
- un bronchodilatateur en aérosol-doseur ;
- la courte corticothérapie par voie générale en cas de bronchospasme ;
- la kinésithérapie respiratoire ;
- la contre-indication des antitussifs ;
- les vaccinations antigrippale et anti-pneumococcique.

SCHÉMAS D'ADMINISTRATION PRÉCONISÉS POUR LES ANTIBIOTIQUES RECOMMANDÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DES EXACERBATIONS DE BRONCHOPNEUMOPATHIES CHRONIQUES OBSTRUCTIVES

Antibiotique	Posologie
Pénicillines A	
Amoxicilline	PO : 1 g x 3/j
Amoxicilline/Acide clavulanique	PO (rapport 8/1) : 1 g x 3/j (dose exprimée en amoxicilline)
Céphalosporines	
Céfuroxime-axétil	PO : 250 mg x 2/j
Cefpodoxime-proxetil	PO : 200 mg x 2/j
Céfotiam-hexétil	PO : 400 mg x 2/j
Ceftriaxone	IV/IM/SC : 1 à 2 g x 1 /j - 5 jours
Céfotaxime	IV : 1 à 2 g x 3 /j
Macrolides	
Azithromycine	PO : 500 mg le 1er jour, puis 250 mg les 4 jours suivants. Durée de traitement : 5 jours
Erythromycine	IV : 1 g x 3 à 4 / j ; PO : 1 g x 3 / j
Clarithromycine	PO (standard) : 500 mg x 2/j PO (cp à libération prolongée) : 1 g x 1 / j - 5 jours
Josamycine	PO : 1 g x 2/j
Roxithromycine	PO : 150 mg x 2/j
Spiramycine	IV : 1.5 MUI x 3/j ; PO : 6 à 9 MUI/j en 2 ou 3 prises
Synergistine	
Pristinamycine	PO : 1 g x 3 / A prendre au moment des repas pendant 4 jours
Kétolide	
Télithromycine	PO : 800 mg x 1/j - 5 jours
Fluoroquinolone anti-pneumococcique	
Lévofloxacine	PO/IV : 500 mg x 1 à 2/j

Sources

[1] Mise au point Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l'adulte. Pneumonie aiguë communautaire. Exacerbations de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive. Juillet 2010. Afssaps.

Copyright MedQual©