INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

JUIN 2023

CORTICOSTÉROÏDE ET ANTIBIOTIQUES

EXACERBATION AIGÜE DE LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE

Le présent guide d'usage optimal s'adresse principalement aux cliniciens de première ligne. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement clinique de la personne qui exerce les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique et sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens québécois de différentes spécialités et expertises. Cet outil est complémentaire au protocole médical national Nº628007, et à l'aide-mémoire destiné aux personnes atteintes de la maladie pulmonaire obstructive chronique. Pour plus de détails, consulter la section guide d'usage optimal du site inesss.qc.ca.

GÉNÉRALITÉS

- Une **exacerbation aigüe de la maladie pulmonaire obstructive chronique** (EAMPOC) se définie ainsi :
  - une augmentation des symptômes respiratoires et inflammatoires – p. ex. dyspnée, expectorations – qui s'aggravent au-delà des variations quotidiennes associées à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) sous-jacente ;
  - de façon soutenue (48 h et plus et moins de 14 jours), qui nécessite l'ajustement du traitement inhalé et qui peut nécessiter l'ajout d'autres traitements selon la gravité.

ÉTIOLOGIE

- La cause d'une EAMPOC peut être infectieuse (50-70 %), environnementale (10 %) ou indéterminée (30 %).

Bactérienne		Virale	Environnementale
Principales bactéries liées à l'EAMPOC • *Haemophilus influenzae* • *Streptococcus pneumoniae* • *Moraxella catarrhalis*	Si exacerbations fréquentes, hospitalisation récente, bronchiectasie ou faible fonction pulmonaire, d'autres bactéries sont possibles • *Pseudomonas aeruginosa* • Autres bactéries Gram- • *Staphylococcus aurewus*	Principaux virus liés aux EAMPOC • Adénovirus • Coronavirus (p. ex. SRAS-CoV-2) • Influenza • Parainfluenza • Rhinovirus • Virus respiratoire syncytial (VRS)	• Particules en suspension de ≤ 2,5 µm et ≤ 10 µm de diamètre • Dioxyde de soufre • Dioxyde d'azote

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

- Le diagnostic clinique d'EAMPOC repose sur
  - L'appréciation des symptômes et des signes respiratoires suggestifs d'une EAMPOC avec des variations quotidiennes au-delà de celles généralement associées à la MPOC sous-jacente
    - Intensification de la dyspnée
    - Rythme respiratoire augmenté
    - Nouvelle toux ou aggravation de la toux
    - Changement dans les expectorations (coloration, consistance, quantité)
  - La vérification de l'adhésion aux traitements d'entretien et d'une technique d'utilisation adéquate des dispositifs d'inhalation
  - L'appréciation de tous facteurs pouvant être associés à une exacerbation aigüe – p. ex. exposition à des facteurs aggravants, des allergènes, des virus respiratoires

Québec

© Gouvernement du Québec, juin 2023.

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE (SUITE)

- L'exclusion d'autres conditions de santé et l'appréciation de l'étiologie de l'EAMPOC
  - Si d'autres pathologies sont suspectées – p. ex. pneumonie, COVID-19, influenza, pneumothorax, épanchement pleural, embolie pulmonaire, œdème pulmonaire, arythmie cardiaque, insuffisance cardiaque – envisager une radiographie pulmonaire et d'autres analyses et examens (p. ex. angiographie, échocardiographie), et ce, dans le respect des recommandations en vigueur dans l'établissement.
  - L'identification de l'agent infectieux peut s'avérer utile dans certaines situations et contextes, notamment en cas d'hospitalisation ou d'infections respiratoires répétées.
- La documentation des épisodes d'exacerbation survenus au cours de la dernière année et des hospitalisations
  - Chez les personnes qui subissent régulièrement une EAMPOC, la dégradation de leur fonction pulmonaire est plus rapide et le pronostic est mauvais
  - La recension du nombre d'exacerbations au cours de la dernière année permet de déterminer le risque d'exacerbation, lequel permet d'ajuster le traitement pharmacologique de la MPOC et de déterminer le risque d'échec thérapeutique, ou de complications, dans le cas d'une EAMPOC présumée bactérienne
- La détermination de la gravité de l'EAMPOC

REPÈRES EN CAS DE SUSPICION D'ÉTIOLOGIE INFECTIEUSE

Une EAMPOC est **présumée bactérienne** s'il y a un changement dans les expectorations (purulence) **ET au moins un** des deux critères suivants :

- l'augmentation de la dyspnée OU
- l'augmentation de la quantité d'expectorations

(!) La fièvre est **généralement absente lors d'une EAMPOC bactérienne** – sa présence indique la possibilité d'une autre condition, p. ex. EAMPOC virale, pneumonie.

Étiologie bactérienne – culture d'expectorations	En milieu hospitalier, la culture bactérienne des expectorations est généralement d'intérêt si : • exacerbations aigües récurrentes • bactérie antibiorésistante suspectée • besoin d'une hospitalisation
Étiologie virale *vs* bactérienne	Durant la saison grippale, de VRS et de SRAS-CoV-2, des **analyses de virus respiratoires** peuvent être d'intérêt en milieu hospitalier pour départager une étiologie virale d'une bactérienne. Les recommandations d'utilisation judicieuse dans un tel contexte ou celles pour des populations particulières devraient être suivies. Dans certains milieux ou pour certains cas cliniques, même en présence d'un résultat positif pour un virus, une infection bactérienne ne pourra être exclue par le clinicien. L'augmentation de certains biomarqueurs de phase aigüe comme la procalcitonine (PCT) peut aider à déterminer si une infection est d'origine bactérienne ou virale, même si le niveau de preuve scientifique en contexte d'EAMPOC est encore faible. Ainsi, en milieu hospitalier, particulièrement à l'urgence, la décision d'utiliser la PCT devrait être prise conjointement avec un médecin spécialiste, en se basant sur la pertinence clinique, la disponibilité du test, les recommandations locales, puis les avantages et inconvénients de ne pas offrir d'antibiotique, ou de l'arrêter le cas échéant, selon le tableau clinique. *Les seuils de PCT ne devraient pas être retenus dans la décision d'amorcer ou de cesser un antibiotique en cas d'EAMPOC sévère nécessitant des soins intensifs.*

Consulter les mises à jour de ce guide à inesss.qc.ca

GRAVITÉ DE L'EAMPOC	
GRAVITÉ	**Symptômes et signes cliniques** (les seuils indiqués ne se substituent pas au jugement clinique)
LÉGÈRE	• Dyspnée accentuée légèrement comparativement à l'état habituel • Rythme respiratoire augmenté (< 24 respirations/minute) • Rythme cardiaque augmenté (< 5 bpm) • Saturation de ≥ 92 % ET variation de ≤ 3 % (lorsque connues)
MODÉRÉE	• Dyspnée accentuée de modérément à fortement comparativement à l'état habituel • Rythme respiratoire accéléré (≥ 24 respirations/minute) • Rythme cardiaque accéléré (≥ 95 bpm) • Saturation de < 92 % ET/OU variation de > 3 % (lorsque connues)
SÉVÈRE	• Augmentation de la dyspnée, rythme respiratoire et rythme cardiaque, puis diminution de la saturation comme pour l'exacerbation de gravité modérée ET - hypercapnie ($PaCO_2$ > 45 mm Hg) avec acidose (pH < 7,35) OU - état nécessitant une hospitalisation

RETOUR À LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

PRINCIPES DE TRAITEMENT

- Les objectifs de traitement sont de
  - garder une approche préventive en s'assurant que le traitement de maintenance de la MPOC est optimisé pour ainsi prévenir les EAMPOC subséquentes ou récurrentes
  - soulager la personne de ses symptômes et éviter les complications – p. ex. insuffisance respiratoire, hospitalisations, etc.
  - favoriser la prescription appropriée d'antibiotiques si une EAMPOC présumée bactérienne est suspectée, et ce, selon les principes d'antibiogouvernance – p. ex. administrer le bon antibiotique à la bonne dose et privilégier la durée la plus courte – afin de limiter les complications, les dommages au microbiome et le développement d'antibiorésistance
- Les éléments suivants font partie du traitement de base de toute EAMPOC
  - une optimisation de la dose ou de la fréquence d'utilisation du bronchodilatateur agoniste β2 à courte action (BACA), et ce, quelle que soit la gravité de l'EAMPOC ou son étiologie
  - le maintien ou l'optimisation des inhalateurs à longue durée d'action et du corticostéroïde inhalé selon les recommandations du traitement de la MPOC
- À moins d'une contre-indication, la prednisone est administrée lors d'une exacerbation modérée ou sévère, et ce, quelle que soit son étiologie.
- Le recours à une antibiothérapie est fait seulement lorsque l'EAMPOC, de modérée à sévère, est présumée bactérienne.
  - Idéalement, le choix de l'antibiotique devrait être basé sur la résistance antimicrobienne locale, si disponible, et sur les résultats antérieurs récents obtenus de la personne.

Consulter les mises à jour de ce guide à inesss.qc.ca

MÉDICAMENTS		ACTIONS
Bronchodilatateur (agonistes β2 à courte action avec ou sans anticholinergique)		▸ Augmenter la dose ou la fréquence d'utilisation
Methylxanthines		▸ Usage déconseillé
Corticostéroïde systémique (prednisone)		▸ Amorcer lorsque la personne est dirigée vers l'hôpital ou lorsd'une exacerbation modérée ou sévère *Leur usage peut améliorer la fonction pulmonaire, l'oxygénation et réduire la durée de l'exacerbation et de l'hospitalisation.*
Antimicrobiens	**Antiviraux**	▸ Envisager, si EAMPOC présumée virale (p. ex. influenza, SARS-CoV-2), selon les recommandations d'usage optimal, des traitements précoces contre ces infections pour limiter les complications, et ce, en fonction du statut vaccinal, de la multiplicité des facteurs de risque et de la gravité de l'exacerbation
	Antibiotiques	▸ Amorcer si EAMPOC présumée bactérienne de gravité modérée ou sévère

MODALITÉS D'USAGE

PREDNISONE		
Population	**Posologie**	**Durée**
Sans situation particulière	50 mg PO DIE	5 jours
Dans une des situations particulières suivantes : • Personne frêle ou de petit poids • Polymédication (p. ex. ≥ 5 médicaments) • Antécédent de délirium (p. ex. causé par la prise de corticostéroïdes, polymédication) • Maladie psychiatrique concomitante • Diabète mal contrôlé	25 mg PO DIE	5 jours

Consulter les mises à jour de ce guide à inesss.qc.ca

EN CAS D'ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE À UNE PÉNICILLINE

- Chez un adulte rapportant une histoire de réaction allergique à une pénicilline, une **réelle allergie** sera confirmée dans **moins de 10 % des cas**.
- C'est pourquoi il est important de bien évaluer le statut allergique en tenant compte de la sévérité de la réaction antérieure. La décision de recourir ou non à une bêta-lactamine devrait reposer sur les avantages et les inconvénients de chacune des options possibles, en tenant compte des particularités, des valeurs et des préférences de la personne.

ANTIBIOTHÉRAPIE DE PREMIÈRE INTENTION SI EAMPOC PRÉSUMÉE BACTÉRIENNE DE GRAVITÉ MODÉRÉE OU SÉVÈRE

Il est important de changer de classes d'antibiotiques[1] entre les épisodes d'EAMPOC présumée bactérienne.

Risque d'échec thérapeutique ou de complications	Antibiotiques[2] et posologie	Durée à privilégier (fenêtre possible selon jugement)
FAIBLE • < 2 épisodes/an et aucun épisode ayant nécessité une hospitalisation **ET** • VEMS >50 % **ET** • Comorbidité avec risque limité **ET** • Personne en milieu ambulatoire	**Amoxicilline**[3] → 1000 mg PO TID[8] **OU** **Azithromycine**[4] → 500 mg PO DIE j1 puis 250 mg PO DIE j2 à j5 **OU** **Clarithromycine** → 500 mg PO BID[5] **OU** **Clarithromycine XL** → 1000 mg PO DIE[5] **OU** **Doxycycline** → 100 mg BID **OU** **Triméthoprime-sulfaméthoxazole** → 160/800 mg PO BID[5]	**5 jours** (5 à 7 jours)
	Autres options Les céphalosporines de 2e génération ont un risque plus élevé de diarrhée/colite à *Clostridioides difficile*	
	Céfuroxime axétil[3] → 500 mg PO BID[5] **OU** **Cefprozil**[3,6] → 500 mg PO BID[5]	
ÉLEVÉ • ≥ 2 épisodes/an dont un dans les 6 derniers mois (≥ 4 épisodes/an = risque + de *P. aeruginosa*) ou ≥ 1 épisode ayant nécessité une hospitalisation **OU** • Comorbidité majeure établie • VEMS < 50 % **OU** • Hypoxémie ou hypercarpnie **OU** • Antibiorésistance au traitement 1ère intention **OU** • Personne hospitalisée ou avec désaturation	**Amoxicilline-Clavulanate**[3,7] → 875/125 mg PO BID[5] **OU** Si *P. aeruginosa* suspectée : **Lévofloxacine**[8,9] → 750 mg PO DIE[5] Ces antibiotiques ont un risque plus élevé de diarrhée/colite à *Clostridioides difficile*	**5 jours** (5 à 7 jours)

1. Les classes concernées sont : céphalosporine, macrolide, pénicilline, quinolone, sulfamidé ou tétracycline (classification AHFS).
2. Les antibiotiques sont inscrits par ordre alphabétique de dénomination commune.
3. Si personne avec un antécédent de réaction allergique aux pénicillines et qu'aucun autre antibiotique de 1ère intention ne peut être prescrit, consulter l'algorithme décisionnel.
4. Un risque significativement plus faible d'émergence de résistance aux macrolides lors de l'usage de la clarithromycine en comparaison avec l'azithromycine a été démontré par le groupe de Vanderkooi et coll.
5. Nécessite un ajustement en cas d'insuffisance rénale. Pour plus d'information, consulter le protocole médical national Nº 628007, d'autres ouvrages de référence ou un pharmacien.
6. Le cefprozil n'est pas homologué par Santé Canada pour le traitement de l'EAMPOC. Il est toutefois couramment prescrit à cette fin et il est de l'avis des experts que cet antibiotique constitue une option de traitement valable. Par ailleurs, il a cette indication aux États-Unis.
7. La formulation 7:1 (875/125 mg) PO BID de l'amoxicilline-clavulanate est préférée en raison de sa meilleure tolérance digestive.
8. Si la bactérie P. aeruginosa est identifiée, recourir à la ciprofloxacine (750 mg PO BID; 7-10 jours) pour traiter l'EAMPOC à risque élevé.
9. La moxifloxacine pourrait aussi être employée pour traiter une EAMPOC à risque élevé, mais elle possède une couverture des anaérobes plus large que les autres fluoroquinolones de la même classe.

Consulter les mises à jour de ce guide à inesss.qc.ca

ANTIBIOTHÉRAPIE DE DEUXIÈME INTENTION SI EAMPOC PRÉSUMÉE BACTÉRIENNE DE GRAVITÉ MODÉRÉE OU SÉVÈRE

! Il est important de changer de classes d'antibiotiques[1] entre les épisodes d'EAMPOC présumée bactérienne.

Risque d'échec thérapeutique ou de complications	Antibiotiques[2] et posologie	Durée à privilégier (fenêtre possible selon jugement)
FAIBLE • < 2 épisodes/an et aucun épisode ayant nécessité une hospitalisation **ET** • VEMS >50 % **ET** • Comorbidité avec risque limité **ET** • Personne en milieu ambulatoire	**Amoxicilline-Clavulanate**[3,4] ⇢ 875/125 mg PO BID[5] **OU** Si *P. aeruginosa* suspectée : **Lévofloxacine**[6,7] ⇢ 750 mg PO DIE[5] ! Ces antibiotiques ont un risque plus élevé de diarrhée/colite à *Clostridioides difficile*	**5 jours** (5 à 7 jours)
ÉLEVÉ • ≥ 2 épisodes/an dont un dans les 6 derniers mois (≥ 4 épisodes/an = risque + de *P. aeruginosa*) ou ≥ 1 épisode ayant nécessité une hospitalisation **OU** • Comorbidité avec risque potentiel • VEMS < 50 % **OU** • Hypoxémie ou hypercapnie **OU** • Antibiorésistance au traitement 1ère intention **OU** • Personne hospitalisée ou avec désaturation	Faire une réévaluation médicale, rechercher l'agent pathogène[6,7] et consulter un spécialiste au besoin.	

1. Les classes concernées sont : céphalosporine, macrolide, pénicilline, quinolone, sulfamidé ou tétracycline (classification AHFS).
2. Les antibiotiques sont inscrits par ordre alphabétique de dénomination commune.
3. Concernant un patient qui a un antécédent d'allergie aux pénicillines, consulter l'algorithme décisionnel.
4. La formulation 7:1 (875/125 mg) PO BID de l'amoxicilline-clavulanate est préférée en raison de sa meilleure tolérance digestive.
5. Nécessite un ajustement en cas d'insuffisance rénale. Pour plus d'information, consulter le protocole médical national № 628007, d'autres ouvrages de référence ou un pharmacien.
6. Si la bactérie *P. aeruginosa* est identifiée, recourir à la ciprofloxacine (750 mg PO BID; 7-10 jours) pour traiter l'EAMPOC.
7. La moxifloxacine pourrait être employée aussi pour traiter une EAMPOC en 2e intention, mais elle possède une couverture des anaérobes plus large que les autres fluoroquinolones de la même classe.

Consulter les mises à jour de ce guide à inesss.qc.ca

SUIVI

- S'il y a aggravation des symptômes 48 à 72 heures après le traitement, envisager une réévaluation médicale.
  - La décision de diriger un patient vers l'hôpital se base sur plusieurs facteurs ⟶ p. ex. : l'état général de la personne, la saturation, la dyspnée, l'autonomie, l'aide disponible à domicile.
- Rappeler à la personne de poursuivre le traitement d'entretien pour la MPOC ainsi que le suivi médical habituel.
- Vérifier la technique d'inhalation et évaluer la tolérance et la satisfaction par rapport au traitement de MPOC en période de stabilité.
- Rappeler à la personne que les symptômes d'une exacerbation peuvent durer entre 7 et 10 jours et parfois plus, mais qu'une détérioration n'est pas normale.
- Une démarche diagnostique concernant la MPOC devrait être amorcée à la suite d'un épisode d'exacerbation aigüe s'il n'y a pas un tel diagnostic au dossier, et ce, malgré un traitement adéquat. Le cas échéant, la personne devrait être informée de consulter un professionnel de la santé en mesure de poser un diagnostic, et ce, en période de stabilité.

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Dans une optique d'autogestion

- Encourager la personne à :
  - Entreprendre une démarche de cessation tabagique, s'il y a lieu, et offrir des ressources
  - Limiter l'exposition aux irritants (p. ex. fumées, biomasse, pollution)
  - Se faire vacciner en prévention des infections respiratoires (influenza, pneumocoque, SRAS-CoV-2)
  - Adopter de saines habitudes de vie (activité physique, alimentation, consommation d'alcool)
  - S'informer sur la maladie et obtenir des réponses à ses questions relatives à celle-ci
- Éduquer et viser des changements de comportement au quotidien afin que la personne puisse :
  - Utiliser adéquatement les dispositifs en inhalation
  - Améliorer l'autogestion de ses symptômes – techniques de respiration et de conservation de l'énergie, stratégies de gestion du stress, reconnaissance des facteurs aggravants d'exacerbation aigüe
  - Reconnaître une aggravation de son état de santé (exacerbation aigüe), avoir et comprendre son plan d'action et prendre les bonnes décisions pour diminuer les complications ; l'aide-mémoire aide à soutenir la personne dans son autogestion en complément à son plan d'action « écrit »

CONSULTATION EN PNEUMOLOGIE

- Dans le contexte d'une EAMPOC, envisager une consultation avec un médecin spécialiste en pneumologie ou un collègue expérimenté lorsque :
  - La personne a subi plus de trois EAMPOC au cours de l'année
  - Il y a lieu d'entreprendre ou de réévaluer une prophylaxie antibiotique

RÉFÉRENCES

Les références sont disponibles dans le rapport de l'INESSS associé à ce guide d'usage optimal et au protocole médical national N° 628007.

Consulter les mises à jour de ce guide à inesss.qc.ca

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Québec

ANTÉCÉDENT D'ALLERGIE À UNE PÉNICILLINE **SI BÊTA-LACTAMINE ENVISAGÉE ET AUCUN AUTRE ANTIBIOTIQUE DE 1ÈRE INTENTION NE PEUT ÊTRE PRESCRIT** POUR TRAITER EAMPOC PRÉSUMÉE BACTÉRIENNE

ÉVALUER LA SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION INITIALE ET ÉVALUER LES RISQUES EN COURS

SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION ALLERGIQUE ANTÉRIEURE

Histoire floue

ou

Histoire peu convaincante rapportée par le patient ou sa famille

Réaction non sévère

Réaction immédiate[1]
Atteinte cutanée isolée
(urticaire et/ou angiœdème)

ou

Réaction retardée[2]
Atteinte cutanée isolée
(EMP et/ou urticaire et/ou angiœdème)

Réaction dans l'enfance[4]

Réaction à l'âge adulte

Lointaine (≥ 10 ans)

Récente

Réaction sévère

Réaction immédiate[1]
Anaphylaxie[3]

ou

Réaction retardée
Réaction cutanée sévère
(présence de desquamation, pustules, vésicules, purpura avec fièvre ou arthralgie, mais **sans** DRESS, SJS/TEN, AGEP)
Maladie sérique

ou

Allergie aux pénicillines CONFIRMÉE[5]
(réaction non sévère et sévère uniquement)

Réaction très sévère

Réaction immédiate
Choc anaphylactique
(avec ou sans intubation)

ou

Réaction retardée
Anémie hémolytique
Atteinte rénale
Atteinte hépatique
DRESS, SJS/TEN, AGEP

PRISE DE DÉCISION CONCERNANT L'ADMINISTRATION D'UNE NOUVELLE BÊTA-LACTAMINE

JE PRESCRIS DE FAÇON SÉCURITAIRE

Céphalosporine DIFFÉRENTE
Céfuroxime axétil

Céphalosporine SIMILAIRE
Cefprozil *si l'antécédent d'allergie ne suggère pas uneréaction immédiate*

En cas de doute quant à la possibilité d'une réaction immédiate, une période d'observation d'une heure après l'administration de la 1ère dose de **Cefprozil** sous la supervision d'un professionnel de la santé, pourrait être conseillée selon le jugement du clinicien.

ou

JE PRESCRIS AVEC PRUDENCE

Amoxicilline

La 1ère dose devrait **toujours** être administrée sous surveillance médicale.

Si antécédents de réactions :

- **immédiates,** un test de provocation devrait être utilisé ;
- **retardées,** le patient ou sa famille doivent être avisés du risque de récidive possible au cours des jours suivant l'utilisation de l'antibiotique.

JE PRESCRIS AVEC PRUDENCE

Céphalosporine DIFFÉRENTE
Céfuroxime axétil

Céphalosporine SIMILAIRE
Cefprozil SEULEMENT pour les antécédents de réactions non sévères récentes chez l'adulte OU pour les réactions de type maladie sérique survenue dans l'enfance[4].

La 1ère dose devrait **toujours** être administrée sous surveillance médicale.

Si antécédents de réactions :

- **immédiates,** un test de provocation devrait être utilisé ;
- **retardées,** le patient ou sa famille doivent être avisés du risque de récidive possible au cours des jours suivant l'utilisation de l'antibiotique.
- utilisation de l'antibiotique.

et

J'ÉVITE DE PRESCRIRE

Amoxicilline

Céphalosporine SIMILAIRE
Cefprozil

Pour toute autre situation clinique (exception faite pour les antécédents de réactions non sévères récentes chez l'adulte, pour les réactions de type maladie sérique survenue dans l'enfance[4] tels que décrits ci-dessus).

SI UNE BÊTALACTAMINE NE PEUT ÊTRE DONNÉE, JE PRESCRIS

Lévofloxacine[6]

J'ÉVITE DE PRESCRIRE

Toute bêta-lactamine

Privilégier une autre classe d'antibiotique.

Si forte indication d'une bêta-lactamine, obtenir une consultation auprès des services spécialisés.

JE PRESCRIS

Lévofloxacine[6]

1. Réaction immédiate (de type I ou IgE-médiée) : se déclare généralement en moins d'une heure suivant la prise de la **première dose** d'un antibiotique.
2. Réaction retardée (de types II, III et IV) : peut survenir à tout moment à partir d'une heure suivant l'administration de l'antibiotique.
3. Anaphylaxie sans choc ou intubation : nécessite un niveau supplémentaire de vigilance.
4. Les réactions cutanées retardées et les réactions de type maladie sérique qui apparaissent chez les enfants en antibiothérapie sont généralement non allergiques et peuvent être d'origine virale.
5. Sans recommandations pour d'autres bêta-lactamines.
6. La ciprofloxacine peut être employée pour traiter une EAMPOC à risque élevé en deuxième intention SI P. aeruginosa. La moxifloxacine aussi, mais elle possède une couverture des anaérobies plus large.

Pour plus d'informations sur les manifestations cliniques, consultez l'outil interactif.

AGEP : *acute generalized exanthematous pustulosis*
DRESS : *drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*
EMP : éruption maculo-papuleus
SJS : *Stevens–Johnson syndrome*
TEN : *toxic epidermal necrolysis*

RETOUR À ANTIBIOTHÉRAPIE