



Le présent guide d'usage optimal s'adresse aux professionnels de la santé. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du clinicien. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique; elles sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour obtenir plus de détails, consulter inesss.qc.ca.

GÉNÉRALITÉS

CONSIDÉRATIONS IMPORTANTES

- ▶ La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) se diagnostique par la présence d'une obstruction bronchique mesurée par une spirométrie (VEMS/CVF¹ < 0,7).
- ▶ La gravité de l'atteinte de la fonction respiratoire chez le patient MPOC est basée sur le résultat du VEMS : *légère* (VEMS ≥ 80 % de la valeur prédite); *modérée* (VEMS entre 50 % et 79 %); *sévère* (VEMS entre 30 % et 49 %); *très sévère* (VEMS < 30 %).
- ▶ Chez les patients qui subissent régulièrement une exacerbation aiguë de la MPOC (EAMPOC), la dégradation de leur fonction pulmonaire est plus rapide et le pronostic est mauvais.

AGENTS PATHOGÈNES

La cause d'une EAMPOC peut être infectieuse (principalement bactérienne, mais également virale) ou environnementale. À noter : environ 30 % des EAMPOC sont de causes inconnues.

Bactéries

Chez les patients souffrant d'une MPOC légère à modérée (VEMS ≥ 50 %) :

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

Chez les patients atteints d'une MPOC sévère (VEMS < 50 %) ou qui subissent de fréquentes exacerbations, d'autres bactéries peuvent jouer un rôle important :

- *Pseudomonas aeruginosa*
- Autres bactéries Gram-

Virus

Adénovirus, coronavirus, influenza, parainfluenza, rhinovirus, virus respiratoire syncytial

¹ VEMS : volume expiratoire maximal par seconde; CVF : capacité vitale forcée

DIAGNOSTIC

Une **EAMPOC** est définie comme :

- une aggravation aiguë des symptômes respiratoires — p. ex. : dyspnée, expectoration — au-delà des variations quotidiennes usuelles associées à la MPOC sous-jacente;
- de façon soutenue (> 48 h).

- ▶ Réviser les symptômes respiratoires, vérifier l'adhésion aux traitements d'entretien et s'assurer d'une utilisation adéquate des dispositifs d'inhalation.
- ❗ La fièvre est généralement absente lors d'une EAMPOC; sa présence devrait indiquer la possibilité d'un autre diagnostic (p. ex. : influenza, pneumonie).
- ▶ Considérer de faire une radiographie pulmonaire lorsqu'une autre pathologie (p. ex. : pneumonie, insuffisance cardiaque) est suspectée. Test de routine chez le patient hospitalisé.

Une EAMPOC est présumée **bactérienne** et nécessite un traitement antibiotique s'il y a :

- présence d'expectorations colorées (purulentes)

et au moins **un** des deux critères suivants :

- augmentation de la dyspnée;
- augmentation de la quantité d'expectorations.

Note: L'identification de l'agent infectieux peut s'avérer utile dans certaines situations chez les patients hospitalisés ou lors d'infections répétées.

CATÉGORISATION DE L'EAMPOC

- ▶ L'EAMPOC bactérienne peut être divisée en deux catégories qui requerront une antibiothérapie différente.
 - **Simple:** Présence de 2 ou 3 des critères d'une EAMPOC bactérienne indiqués ci-dessus
 - **Complexe:** EAMPOC simple combinée à au moins **un** des facteurs de risque suivants:
 - VEMS < 50 %
 - Exacerbations fréquentes (> 3 exacerbations/année)
 - Comorbidité majeure (p. ex. : maladie cardiaque, cancer du poumon)
 - Oxygénothérapie
 - Corticothérapie orale chronique
 - Utilisation d'antibiotiques au cours du dernier mois

PRINCIPES DE TRAITEMENT

- ▶ La décision de diriger un patient vers l'hôpital se base sur plusieurs facteurs — p. ex. : l'état général du patient, la saturation, la dyspnée, l'autonomie, l'aide disponible à domicile.
- ▶ **Bronchodilatateur:** Augmenter la dose ou la fréquence d'utilisation des bronchodilatateurs agonistes β_2 à courte action (BACA).
- ▶ **Corticostéroïdes systémiques:** Leur usage peut améliorer la fonction pulmonaire, l'oxygénation et réduire la durée de l'exacerbation et de l'hospitalisation. Ils devraient être utilisés de routine lorsque le patient est dirigé vers l'hôpital ou lors d'une exacerbation importante (prednisone 25 à 50 mg/jour pendant 5 à 10 jours).

ANTIBIOTHÉRAPIE

EXACERBATION AIGÜE DE LA MPOC (EAMPOC)

ANTIBIOTHÉRAPIE POUR TRAITER UNE EAMPOC BACTÉRIENNE

	Antibiotique ¹	Durée recommandée
ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1^{RE} INTENTION		
❗ Il est important de changer de classes d'antibiotiques² entre les épisodes d'EAMPOC		
EAMPOC simple	Amoxicilline³ 500 mg PO TID OU	7 jours
	Céfuroxime axétil³ 500 mg PO BID OU	5 jours
	Cefprozil^{3,4} 500 mg PO BID OU	5 jours
	Clarithromycine 500 mg PO BID OU	7 jours
	Clarithromycine XL 1000 mg PO DIE OU	7 jours
	Doxycycline 100 mg PO BID OU	7 jours
	Triméthoprime-sulfaméthoxazole 160/800 mg PO BID OU	7 jours
EAMPOC complexe	Azithromycine⁵ 500 mg PO DIE le 1^{er} jour puis 250 mg PO DIE du 2^e au 5^e jour	5 jours
	Amoxicilline-Clavulanate^{3,6} 875/125 mg PO BID OU	7 jours
	Lévofloxacine 500 mg PO DIE OU Moxifloxacine 400 mg PO DIE	7 jours 5 jours
ANTIBIOTHÉRAPIE DE 2^E INTENTION		
Indication : Échec du traitement de 1^{re} intention		
EAMPOC simple	Amoxicilline-Clavulanate^{3,6} 875/125 mg PO BID OU	7 jours
	Lévofloxacine 500 mg PO DIE OU	7 jours
	Moxifloxacine 400 mg PO DIE	5 jours
EAMPOC complexe	Faire une réévaluation médicale, rechercher l'agent pathogène ⁷ et consulter un spécialiste au besoin.	

1. Les antibiotiques sont inscrits par ordre alphabétique de dénomination commune.
2. Les classes concernées sont : céphalosporine, macrolide, pénicilline, quinolone, sulfamidé ou tétracycline (classification AHFS).
3. Concernant un patient ayant un antécédent d'allergie aux pénicillines, consulter [l'outil d'aide à la décision en cas d'allergie aux pénicillines](#).
4. 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.
5. 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.
6. La formulation 7:1 (875/125 mg) PO BID de l'amoxicilline-clavulanate est préférée en raison de sa meilleure tolérance digestive.
7. **La ciprofloxacine (750 mg PO BID; 7-10 jours) peut être employée pour traiter une EAMPOC complexe en deuxième intention à la suite de la détection d'une infection causée par *P. aeruginosa*.**

SUIVI

- ▶ S'il y a aggravation des symptômes 72 à 96 heures après le traitement, envisager une réévaluation médicale.
- ▶ Rappeler au patient de poursuivre le traitement d'entretien ainsi que le suivi médical habituel.
- ▶ Un suivi médical doit être entrepris chez tout patient qui reçoit un nouveau diagnostic de MPOC.

INTERVENTIONS EN PRÉVENTION DE FUTURES EAMPOC

- ▶ Révision et optimisation de la médication d'entretien et de l'utilisation des dispositifs d'inhalation lors d'exacerbations fréquentes
- ▶ Cessation du tabagisme
 - La cessation du tabagisme est la mesure de prévention la plus importante chez les patients atteints d'une MPOC afin d'améliorer et de ralentir la détérioration de leur fonction pulmonaire et de réduire le risque de mortalité.
 - La cessation du tabagisme devrait être encouragée à chaque consultation, parce que dans la population générale :
 - une brève intervention (< 20 min.) portant sur l'arrêt de fumer comparée à aucune intervention augmente significativement le taux de cessation (RR : 1,66; IC à 95 % [1,42-1,94]).
 - une intervention plus intensive (> 20 min.) a un effet supérieur sur le taux de cessation (RR 1,86, IC à 95 % [1,60-2,15]).
 - Lorsqu'un traitement pharmacologique accompagne l'intervention intensive, une augmentation significative du taux de cessation est observée, comparativement à l'intervention intense seule (RR 2,53 IC à 95 % [1,83-3,50]).
- ▶ Vaccination
 - La vaccination contre l'influenza et contre *S. pneumoniae* des patients atteints de MPOC devrait être encouragée afin de réduire les risques d'EAMPOC et de pneumonies. Consulter le [protocole d'immunisation du Québec \(PIQ\)](#).
 - Lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, planifier, avec le patient, les différentes vaccinations dont il pourrait bénéficier afin de diminuer les risques d'EAMPOC.
- ▶ Programme de soutien
 - Envisager de diriger le patient vers une clinique MPOC ou un programme de réadaptation pulmonaire, lorsque ces services sont disponibles dans son milieu.
- ▶ Plan d'autogestion (*aussi connu sous le nom de « plan d'action »*)
 - Envisager l'usage d'un plan d'autogestion qui enseigne aux patients comment reconnaître les signes avant-coureurs d'une EAMPOC et comment réagir pour la contrôler.
 - ❗ L'usage d'ordonnances anticipées (antibiotiques, corticostéroïdes oraux) dans un plan d'autogestion devrait être rigoureusement limité et réservé uniquement aux patients susceptibles de bien l'employer.

CRITÈRES DE CONSULTATION EN PNEUMOLOGIE

- ▶ Diriger le patient vers un spécialiste dans les cas suivants :
 - le patient a subi plus de 3 EAMPOC au cours de l'année;
 - pour une évaluation des besoins en oxygène;
 - baisse rapide de la fonction respiratoire (VEMS);
 - besoin d'entreprendre ou de réévaluer une prophylaxie antibiotique;
 - présence d'une MPOC chez un patient âgé de moins de 40 ans.

PRINCIPALES RÉFÉRENCES

- British Columbia Medical Association. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Chronic Obstr. Pulm. Dis.* 496, 1–17 (2011).
- Chick, D. A. Chronic obstructive pulmonary disease. *Chronic obstructive pulmonary disease. Univ. Michigan Heal. Syst.* 137, 251–269 (2012).
- GOLD. Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Updated 2016. *Glob. Initiat. Chronic Obstr. Lung Dis. Inc* 1–94 (2016).
- NICE. Chronic obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. (2010).
- Vanderkooi OG, Low DE, Green K, Powis JE, McGeer A. Predicting antimicrobial resistance in invasive pneumococcal infections. *Clin Infect Dis* 2005;40(9):1288-97.
- Woodhead, M. et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections - Full version. *Clin. Microbiol. Infect.* 17, E1–E59 (2011).

Il est à noter que d'autres références ont été consultées.