

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE L'EXACERBATION AIGUË DE LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (EAMPOC)

Approuvé par CMDP
Comité d'antibiogouvernance

Date d'approbation 2021-02-23

1. Généralités

1.1 Considérations importantes

- Ce guide sert à proposer une ligne de conduite en fonction des meilleures pratiques existantes dans la prise en charge d'une exacerbation aiguë de la maladie pulmonaire obstructive chronique (EAMPOC). En aucun cas, le guide de pratique ne doit être considéré comme une ordonnance. Le jugement du clinicien a toujours sa place lors de la prise de décision.

1.2 Professionnels visés

- Médecins, médecins résidents, pharmaciens et personnel infirmier

2. Diagnostic, problématique ou besoin identifié

2.1 Définitions et critères

EAMPOC	Augmentation des symptômes de MPOC au-delà de la variation quotidienne attendue et inclut généralement au moins un élément parmi les suivants <ul style="list-style-type: none">■ Augmentation de la toux■ Augmentation de la dyspnée■ Augmentation de la purulence des expectorations Cette condition ne nécessite pas nécessairement des antibiotiques
EAMPOC purulente	Augmentation de la purulence des expectorations, plus ou moins augmentation de la quantité d'expectorations.
Exacerbation grave	Présence d'insuffisance respiratoire sévère : <ul style="list-style-type: none">■ Fréquence respiratoire supérieure à 30 respirations/minute■ Utilisation de muscles accessoires■ Altération de l'état de conscience■ Hypoxémie non corrigée ou nécessitant un apport en oxygène élevé (FiO₂ plus de 40 %)■ Hypercapnie marquée (PaCO₂ supérieure à 60 mmHg) ou acidose (pH 7,25 ou moins)

2.2 Agents étiologiques actuels

Pathogène	Sensibilité des souches respiratoires chez les adultes hospitalisés (1 ^{er} janvier 2018 au 25 novembre 2019)	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Azithromycine	79 %
	Pénicilline	98 %
	Lévofloxacine/moxifloxacine	99 %
<i>Haemophilus influenzae</i>	Ampicilline	76 %
	TMP-SMX	75 %
	Cefprozil	90 %
	Ceftriaxone	100 %
<i>Moraxella catarrhalis</i>	La majorité produisent une bêta-lactamase, donc seront résistants à l'amoxicilline seule.	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ciprofloxacine	87 %
	Pipéracilline-tazobactam	92 %
	Tobramycine	91 %
	Ceftazidime	93 %
	Méropénem	90 %

- Les virus respiratoires (Rhinovirus, Influenza) ainsi que les facteurs environnementaux sont des causes fréquentes d'EAMPOC.
- Plus rarement, *Staphylococcus aureus* et *Bordetella pertussis* peuvent causer des EAMPOC. Ces pathogènes ne doivent être ciblés que lorsqu'ils sont mis en évidence par les investigations.

2.3 Investigations recommandées

- Radiographie pulmonaire
- Culture d'expectorations (si expectorations purulentes)
- PCR influenza (en saison grippale) - Un test positif devrait permettre de ne pas initier ou de cesser des antibiotiques.

3. Principes de traitement ou d'intervention

- La couverture antibiotique n'est pas systématiquement requise chez les patients ayant une détérioration des symptômes respiratoires peu sévère sans expectorations purulentes.
- Les germes atypiques sont une cause marginale d'EAMPOC et ne justifient pas une couverture ciblée en l'absence de pneumonie.
- Le spectre antimicrobien doit être évalué en fonction des pathogènes identifiés et de leurs antibiogrammes. Lorsque possible, il est suggéré de restreindre le spectre au maximum.
- Une durée maximale de traitement de 5 jours devrait être ciblée, sauf si le patient ne démontre pas une évolution clinique favorable ou si certains pathogènes spécifiques sont identifiés (ex. : *Pseudomonas aeruginosa* ou SARM).

3.1 Recommandations générales

Les effets secondaires non-négligeables associés à l'utilisation des quinolones ont fortement influencé la sélection d'agents proposés dans ces lignes directrices. En EAMPOC, l'utilisation des quinolones devrait être réservée aux patients dont l'allergie sévère à la pénicilline le justifie. Un bon questionnaire doublé d'une recherche dans le profil médicamenteux antérieur des patients permet souvent de retirer l'étiquette d'allergie.¹

ENTITÉ CLINIQUE	CHOIX	TRAITEMENTS	COMMENTAIRES
Exacerbation légère	1 ^{er} CHOIX	Cefprozil 500 mg PO BID [♦] OU	
		TMP-SMX 160/800 mg PO BID [♦] OU	
	2 ^e CHOIX	Azithromycine 500 mg PO X1 puis 250 mg PO DIE (J2-5) [♦]	Alternative lors d'allergie aux pénicillines
		Amoxicilline-clavulanate 875 mg PO BID [♦]	
Usagers ambulatoires ou hospitalisés sans désaturation	1 ^{er} CHOIX	Lévoﬂoxacine 750 mg PO DIE [♦] OU	
	2 ^e CHOIX	Moxifloxacine 400 mg PO DIE [♦]	
	1 ^{er} CHOIX	Ciprofloxacine ⁴ 750 mg PO BID [♦] [♦]	
Dans la plupart des cas, la durée totale du traitement est de 5 jours si l'utilisateur a atteint une stabilité clinique. Toutefois, l'utilisateur avec une EAMPOC confirmée à SARM ou <i>P. aeruginosa</i> devrait recevoir de un traitement d'une durée de 7 à 10 jours.			
Exacerbation grave	1 ^{er} CHOIX	Amoxicilline-clavulanate 875 mg PO BID [♦]	Alternative lors d'allergie aux pénicillines
		2 ^e CHOIX	
	2 ^e CHOIX	Moxifloxacine 400 mg PO DIE [♦]	Alternative lors d'allergie aux pénicillines
		1 ^{er} CHOIX	
	2 ^e CHOIX	Lévoﬂoxacine 750 mg IV DIE [♦] OU	Alternative lors d'allergie aux pénicillines
		Moxifloxacine 400 mg IV DIE [♦]	
Suspicion <i>P. aeruginosa</i>	1 ^{er} CHOIX	Pipéracilline-tazobactam 4,5 g IV q6h [♦]	En perfusion de 3 heures
	2 ^e CHOIX	Méropénem 1 g IV q8h [♦] [♦]	Alternative lors d'allergie peu sévère aux pénicillines Si allergie grave : consultation en médecine spécialisée
Dans la plupart des cas, la durée totale du traitement est de 5 jours si l'utilisateur a atteint une stabilité clinique. Toutefois, l'utilisateur avec une EAMPOC confirmée à SARM ou <i>P. aeruginosa</i> devrait recevoir de un traitement d'une durée de 7 à 10 jours.			
♦ Alternative si allergie aux pénicillines ♦ Nécessite un ajustement en insuffisance rénale			

¹ En cas d'allergie à la pénicilline, se référer à l'algorithme de l'INESSS (ci-dessous en référence) pour aider à la prise de décision.

² VEMS inférieure à 50 %, comorbidités majeures (ex. : maladie cardiaque, néoplasie du poumon), oxygénothérapie, corticothérapie chronique

³ Bronchiectasies, culture antérieure positive, 4 ou plus EAMPOC annuellement, hospitalisation dans les derniers 90 jours.

⁴ La ciprofloxacine ne devrait être utilisée en monothérapie que lorsque la suspicion clinique d'infection à *Pseudomonas aeruginosa* est très élevée ou confirmée, car son activité contre les pathogènes courants (ex. : *S. pneumoniae*) est sous-optimale. Une combinaison amoxicilline 500 mg PO TID et ciprofloxacine peut pallier à cette problématique dans des cas sélectionnés. Étant donné les taux de résistance élevés de *P. aeruginosa* à la ciprofloxacine, un suivi étroit de l'évolution clinique et des cultures est suggéré.

4. Suivi

- Dans la plupart des cas, la durée totale du traitement est de 5 jours si l'usager a atteint une stabilité clinique. Toutefois, l'usager avec une pneumonie confirmée à SARM ou *P. aeruginosa* devrait recevoir un traitement d'une durée de 7 à 10 jours.

5. Principales références

1. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Acute Exacerbation): Antimicrobial Prescribing | Guidance and Guidelines | NICE. Consulté le 9 février 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng114>.
2. Falagas, Matthew E., Sofia G. Avgeri, Dimitrios K. Matthaiou, George Dimopoulos, et Ilias I. Siempos. « Short-versus Long-Duration Antimicrobial Treatment for Exacerbations of Chronic Bronchitis: A Meta-Analysis ». *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 62, no 3 (septembre 2008): 442-50. <https://doi.org/10.1093/jac/dkn201>.
3. Gold Reports 2018. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD (blog). Consulté le 6 février 2019. <https://goldcopd.org/gold-reports/>.
4. Guide d'usage optimal - Exacerbation de maladie pulmonaire obstructive chronique. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/Guides-seriel/INESSS_GUO_EAMPOC.pdf] INESSS. 2017
5. Liste des médicaments en vigueur. http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/liste_med/2018/liste_med_2018_12_13_fr.pdf, RAMQ, 13/12/2018.
6. Wedzicha, Jadwiga A., Marc Miravittles, John R. Hurst, Peter M.A. Calverley, Richard K. Albert, Antonio Anzueto, Gerard J. Criner, et al. « Management of COPD Exacerbations: A European Respiratory Society/American Thoracic Society Guideline ». *European Respiratory Journal* 49, no 3 (mars 2017): 1600791. <https://doi.org/10.1183/13993003.00791-2016>.
7. Metlay, J.P., Waterer, G.W., Long, A.C., Anzueto, A., et al. Diagnosis and treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia – An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med* 200, 7, (2019) pp. e45-e67.

6. Processus d'élaboration

6.1 Rédaction

Nom : D^r Valiquette Prénom : Louis , médecin Date : 2020-11-14

6.2 Consultation/collaboration

Nom : D^r Larivée Prénom : Pierre , pneumologue Date : 2020-11-14

- Comité d'antibiogouvernance du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (novembre 2020)

6.3 Approbation

- Comité pharmacologique (si l'ordonnance implique l'utilisation de médicament)
- Comité des outils, formulaires et documents d'encadrement clinique

7. Historique des révisions

Nom :	Dr Valiquette	Prénom :	Louis	Date :	2020-11-10
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	
Nom :		Prénom :		Date :	