

Mise en garde : ce guide ne remplace pas le jugement du clinicien

1. VERIFIER LES DERNIERES CULTURES RESPIRATOIRES effectuées et ajuster le traitement empirique en conséquence
2. ENVISAGER UNE CULTURE D'EXPECTORATIONS ou une BRONCHOSCOPIE lors des situations problématiques suivantes (et envisager une consultation en spécialité):
 - Surinfection chez patient ayant pris 2 séries d'antibiotique depuis moins de 3 mois
 - Aucune réponse après 72 heures d'antibiothérapie
 - Hospitalisation dans les 3 derniers mois
 - Corticothérapie systémique chronique (prednisone > ou = 10 mg/jour) ou immunosuppression
 - Connu porteur de SARM, *Pseudomonas* ou autre bactérie résistante

État clinique de base	Symptômes et facteurs de risque	Pathogènes probables	Antibiotiques en première ligne	Durée (jours)	Alternatives par ordre de préférence (si échec thérapeutique)
MPOC sans facteur de risque	Présence des 3 critères suivants ou d'au moins 2 des critères suivants (Anthonisen) incluant la purulence ou nécessitant support ventilatoire (invasif ou non invasif) : <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la purulence des expectorations • Augmentation du volume des expectorations • Augmentation de la dyspnée 	<i>H influenzae</i> <i>H species</i> <i>M catarrhalis</i> <i>S pneumoniae</i> Virus	Amoxicilline 500 mg po TID ou Cefprozil 500 mg po BID ou Doxycycline 100 mg po BID ou TMP-SMX DS 1 co po BID ou Clarithromycine 500 mg po BID*	5-7 5 5-7 5-7 5-7	Antibiotique recommandé en première ligne non donné encore (x 5-7 j) ou Amoxicilline-clavulanate 875 mg po BID x 5-7 j ou Si interactions avec clarithromycine : Azithromycine 500 mg po x 1 dose puis 250 mg po die x 4 j ou Dernière option per os: Moxifloxacine 400 mg po die x 5 j (ou Lévofloxacine 750 mg po die x 5 j si usager externe)**
MPOC avec facteurs de risque	Mêmes critères que MPOC sans facteur de risque en plus d'un facteur suivant : <ul style="list-style-type: none"> • VEMS < 50% valeur prédite • ≥4 exacerbations par année • Maladie cardiaque ischémique • Oxygénothérapie à domicile • Corticothérapie systémique chronique • Antibiotiques au cours du dernier mois 	Idem à MPOC sans facteur de risque en plus d'entérobactéries <i>Pseudomonas species</i>	Amoxicilline-clavulanate 875 mg po BID ou Antibiotiques recommandés dans exacerbation sans facteur de risque Si SARM dans cultures antérieures des VRI*** : Doxycycline 100 mg po BID ou TMP-SMX DS 1 co po BID	5-7 5-7 Au moins 10 Au moins 10	Antibiotique recommandé en première ligne non donné encore (x 5-7 j) ou Moxifloxacine 400 mg po die x 5 j (ou Lévofloxacine 750 mg po die x 5-7 j si usager externe*)
MPOC avec bronchiectasies	Mêmes critères que MPOC sans facteur de risque en présence de bronchiectasies	Idem à MPOC avec facteurs de risque en plus d'entérobactéries plus résistantes <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Si pas de suspicion de <i>Pseudomonas</i> : traiter comme MPOC avec facteurs de risque Si suspicion de <i>Pseudomonas</i> : **** Ciprofloxacine 750 mg po BID Si <i>Pseudomonas</i> confirmé ou porteur chronique : considérer double couverture (voir alternatives) et avis en spécialité	7-14 14	Ceftazidime 2 g IV q 8 h x 14 j ou Piperacilline-tazobactam 4,5 g IV q 6 h x 14 j et Ciprofloxacine 750 mg po q 12 h x 14 j (si po impossible: 400 mg IV q 8 h)

IMPORTANT: Favoriser la rotation de classe d'antibiotique entre les exacerbations en raison du risque élevé de résistance.

NOTES PARTICULIÈRES ET RAPPELS

- ❖ **Plans d'action MPOC:** Limiter le nombre de renouvellements à un seul
- ❖ **Durée de traitement :** Des études démontrent que chez les patients ne nécessitant pas une hospitalisation pour leur exacerbation, une durée de traitement de 5 jours est suffisante avec les β-lactamines, les quinolones respiratoires et les macrolides. Pour ce qui est de la doxycycline et du TMP-SMX, la durée de traitement pourrait également être de 5 à 7 jours
- ❖ **Lors de bronchite chez usager non atteint de MPOC :** cause fort probablement virale
- ❖ **Plus le VEMS est bas,** plus le rôle des bactéries Gram négatif est important
- ❖ Une intensification du traitement avec les bronchodilatateurs agonistes β₂ à courte action est recommandée. L'usage de corticostéroïdes systémiques peut contribuer au succès thérapeutique et est recommandé chez le patient dirigé vers l'hôpital ou lors d'une exacerbation importante.

LÉGENDE

- * Lévoﬂoxacine non au formulaire du CIUSSS MCQ
- ** 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
- *** VRI= culture d'expectorations ou de sécrétions endobronchiques
- **** Critères de suspicion de *Pseudomonas aeruginosa* : exacerbations fréquentes avec administration fréquente d'antibiotiques (≥4 exacerbations/an), exacerbations nécessitant ventilation mécanique, hospitalisation récente (≥2 jours dans les 90 derniers jours), connu porteur, maladie sévère soit VEMS <50% valeur prédite, antibiothérapie dans les 3 derniers mois, corticothérapie orale (>10 mg prednisone par jour dans les 2 dernières semaines)

Références

1. O'Donnell DE, Hernandez P, Kaplan A, Aaron S, Bourbeau J, Marciniuk D, Balter M, Ford G, Gervais A, Lacasse Y, Maltais F, Road J, Rocker G, Sin D, Sinuff T, Voduc N. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease - 2008 update - highlights for primary care. *Can Respir J*. 2008 Jan-Feb;15 Suppl A:1A-8A.
2. Delorme C, Lussier N. Guide d'utilisation des antibiotiques. 6ème Éd. Québec : Hôpital Charles LeMoine ; Octobre 2016
3. Bartlett JG, Sethi S. Management of infection in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. UpToDate. [En ligne] Waltham (MA): UpToDate Inc. Juin 2016. Disponible sur <http://uptodate.com>.
4. Guide pratique d'infectiologie; édition canadienne. 4e éd. Trois-Rivières: Formed; janvier 2013. p.100-102.
5. INESSS, Exacerbation aiguë de la MPOC, juin 2017. Disponible sur https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/Guides-seriel/INESSS_GUO_EAMPOC.pdf
6. Thirion D. Snippets for Snappy Antimicrobial therapy: Acute Exacerbation of COPD, 2013, p. 100-103.
7. Pulmonary infections. The John Hopkins Hospital Antimicrobial Stewardship Program. Antibiotic Guidelines 2015-2016. United States of America: Johns Hopkins Medicine; 2015. p. 82.
8. From the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Available from: <http://goldcopd.org>.
9. M. Woodhead, F and Joint Taskforce of the European Respiratory Society and European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases. *Clinical Microbiology and Infection* 2011; 17 (Suppl. 6): E1-E59
10. Falagas ME, Avgeri SG, Matthaïou DK, Dimopoulos G, Siempos II. Short- versus long-duration antimicrobial treatment for exacerbations of chronic bronchitis: a meta-analysis. *J Antimicrob Chemother*. 2008 Sep;62(3):442-50.
11. Bugs and Drugs consulté sur l'application iPhone; 10 février 2017
12. Sanford consulté sur application iPhone; 10 février 2017
13. Société canadienne de thoracologie. Plan d'action MPOC- Lignes directrices canadiennes en santé respiratoire. 2012
14. Dumaresq J. Guide régional d'antibiothérapie et profil de sensibilité des bactéries courantes. Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2016
15. Moussaoui RE, Roede BM, Speelman P et al. Short-course antibiotic treatment in acute exacerbations of chronic bronchitis and COPD: a meta-analysis of double-blind studies. *Thorax* 2008; 63: 415-22.
16. Blaser MJ, Dolin R, Bennett JE. Mandell, Douglas, And Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 8e édition. 2013. p.810-817.
17. Dixit D, Bridgeman MB, Andrews LB, Narayanan N, Radbel J, Parikh A, Sunderram J. Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: diagnosis, management, and prevention in critically ill patients. *Pharmacotherapy*. 2015 Jun;35(6):631-48.
18. Vollenweider DJ, Jarrett H, Steurer-Stey CA, Garcia-Aymerich J, Puhan MA. Antibiotics for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12;12
19. Dimopoulos G, Siempos II, Korbila IP, Manta KG, Falagas ME. Comparison of first-line with second-line antibiotics for acute exacerbations of chronic bronchitis: a metaanalysis of randomized controlled trials. *Chest*. 2007 Aug;132(2):447-55.
20. Siempos II, Dimopoulos G, Korbila IP, Manta K, Falagas ME. Macrolides, quinolones and amoxicillin/clavulanate for chronic bronchitis: a meta-analysis. *Eur Respir J*. 2007 Jun;29(6):1127-37
21. Moussaoui RE, Roede BM, Speelman P et al. Short-course antibiotic treatment in acute exacerbations of chronic bronchitis and COPD: a meta-analysis of double-blind studies. *Thorax* 2008; 63: 415-22.
22. Vanderkooi OG, Low DE, Green K, McGeer A. Predicting antimicrobial resistance in invasive pneumococcal infections. *Clin Infect Dis* 2005; 40 (9):1288-97.