

Guide d'antibiothérapie empirique des exacerbations aiguës* de la MPOC – CIUSSS MCQ

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 (prednisonne > 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 d'Anthonisen (augmentation de la purulence, augmentation du volume des expectorations et augmentation de la dyspnée) OU d'au moins 2 des critères incluant la purulence ou nécessitant support ventilatoire (invasif ou non invasif) :	<i>H influenzae</i> <i>M catarrhalis</i> <i>S pneumoniae</i> Virus	Amoxicilline 1000 mg po TID ou Cefprozil 500 mg po BID ou Clarithromycine 500 mg po BID ou Si SARM dans cultures antérieures récentes des VRI: Doxycycline 100 mg po BID ou TMP-SMX DS 1 co po BID	5 7**-10 (si SARM)	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 si allergie aux macrolides et aux beta-lactamines: 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 • ≥2 exacerbations par année • Hospitalisation pour une exacerbation au cours des 3 derniers mois • Maladie cardiaque ischémique ou insuffisance cardiaque • Oxygénothérapie à domicile • Corticothérapie systémique chronique 	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 récentes des VRI: Doxycycline 100 mg po BID ou TMP-SMX DS 1 co po BID	5 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	10-14 10-14	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)

* Ce guide s'applique seulement aux exacerbations modérées à sévères et lorsque l'aggravation des symptômes respiratoires est soutenue depuis au moins 48 heures et au-delà des variations quotidiennes usuelles.

** Si évolution clinique rapidement favorable, la durée la plus courte devrait être privilégiée.

Culture VRI= expectorations ou sécrétions endotrachéales

NOTES PARTICULIÈRES ET RAPPELS

- ❖ Favoriser la rotation de classe d'antibiotique entre les exacerbations en raison du risque élevé de résistance et traiter avec une classe d'antibiotique différente de celle utilisée en prophylaxie, le cas échéant.
- ❖ Plans d'action MPOC : Limiter le nombre de renouvellements à UN SEUL
- ❖ 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
- ❖ 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 Vanderkooij
- ❖ 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 prednisonne par jour dans les 2 dernières semaines). Procéder à une culture et un antibiogramme des VRI

Références

Guide d'antibiothérapie empirique des exacerbations aiguës* de la MPOC – CIUSSS MCQ

1. Delorme C, Lussier N. Guide d'utilisation des antibiotiques. 6ème Éd. Québec : Hôpital Charles LeMoine ; MAJ 2016 version 6 consulté en ligne le 22 novembre 2022 à l'adresse : https://www.santemonteregion.qc.ca/sites/default/files/2019/01/guide_utilisation_des_antibiotiques.pdf
2. Sethi S, Murphy TF. Management of infection in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. UpToDate. [En ligne] Waltham (MA): UpToDate Inc. Oct 2022. Disponible sur <http://uptodate.com>
3. 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
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 report. Consulté en ligne le 22 novembre 2022 à : https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2022/11/GOLD-2023-ver-1.0-14Nov2022_WMV.pdf
5. Papi A, Rabe KF, Rigau D, et al. Management of COPD exacerbations: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. Eur Respir J 2017; 49: 1600791, <https://doi.org/10.1183/13993003.00791-2016>
6. 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.
7. Bugs and Drugs 2.0 consulté sur l'application iPhone; 8 novembre 2022
8. Sanford consulté sur application iPhone; 8 novembre 2022
9. Bourbeau J, Bhutani M et al. Canadian Thoracic Society Clinical Practice Guideline on pharmacotherapy in patients with COPD – 2019 update of evidence. , Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine, DOI: 10.1080/24745332.2019.1668652 repéré à : https://cts-sct.ca/wp-content/uploads/2019/10/CTS-COPD-Rx-2019-Guideline_Final.pdf
10. 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.,
11. 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.
12. Blaser MJ, Dolin R, Bennett JE. Mandell, Douglas, And Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 8e édition. 2013. p.810-817. 9è édition 2020 en possession infectio?
13. 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.
14. Vollenweider DJ, Frei A, Steurer-Stey CA, Garcia-Aymerich J, Puhan MA. Antibiotics for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Oct 29;10(10):CD010257. doi: 10.1002/14651858.CD010257.pub2. PMID: 30371937; PMCID: PMC6517133.
15. 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.
16. 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
17. 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.
18. Vanderkooi OG, Low DE, Green K, McGeer A. Predicting antimicrobial resistance in invasive pneumococcal infections. Clin Infect Dis 2005; 40 (9):1288-97.
19. Gauzit R, Stahl JP. Durées des traitements anti-infectieux. Recommandations francaises SPILF et GPIP. Infect Dis Now 2021; 51 (2): 114-119
20. Eklöf J, Gliese KM, Ingebrigtsen TS, Bodtger U, Jensen JS. Antibiotic treatment adequacy and death among patients with Pseudomonas aeruginosa airway infection. PLoS One. 2019 Dec 31;14(12):e0226935. doi: 10.1371/journal.pone.0226935. PMID: 31891624; PMCID: PMC6938358, repéré à: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6938358/#:~:text=aeruginosa%20infection%20in%20bronchiectasis%20and,lactam%20in%20the%20present%20study>
21. Grant J, Saux NL; members of the Antimicrobial Stewardship and Resistance Committee (ASRC) of the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease (AMMI) Canada. Duration of antibiotic therapy for common infections Consulté en ligne à : <https://jammi.utpjournals.press/doi/pdf/10.3138/jammi-2021-04-29>
22. Grant J, Saux NL; members of the Antimicrobial Stewardship and Resistance Committee (ASRC) of the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease (AMMI) Canada. Duration of antib