

PRISE EN CHARGE DES EXACERBATIONS DE LA BPCO DANS LA PRATIQUE AMBULATOIRE

Le présent article reprend les messages-clés de la recommandation de BAPCOC sur la prise en charge des exacerbations aiguës de la BPCO dans la pratique ambulatoire, et discute de façon un peu plus approfondie de la définition d'une « exacerbation aiguë de la BPCO », de l'évaluation de la gravité d'une exacerbation, de la technique d'inhalation ainsi que de la place et du choix des antibiotiques.

Dans les Folia de janvier 2007, un article a été consacré au traitement d'entretien de la BPCO, sur base des recommandations de GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*, une initiative internationale concernant la pneumopathie chronique obstructive, voir www.goldcopd.com). Le présent article porte sur la recommandation de la Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC) parue en 2009, concernant la prise en charge des exacerbations aiguës de la BPCO dans la pratique ambulatoire (voir www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/Care/Properuse/Antibiotics/BAPCOC, cliquer successivement à gauche sur « Pratique ambulatoire » et à droite sur « Recommandations »).

Les **messages-clés** de cette recommandation sont les suivants.

- Il est important de distinguer une exacerbation non sévère d'une exacerbation (très) sévère, étant donné que la prise en charge est différente.
- En cas d'exacerbation *non sévère*, il convient en premier lieu de contrôler l'observance thérapeutique et la technique d'inhalation, d'optimiser le traitement bronchodilatateur, et d'envisager un traitement par des corticostéroïdes (par voie orale) en cas d'effet insuffisant. L'usage systématique d'antibiotiques n'est certainement pas recommandé.
- En cas d'exacerbation *sévère*, on peut ren-

voyer aux mesures à prendre en cas d'exacerbation non sévère, sauf que, dans ce cas-ci, la théophylline peut également être envisagée, des corticostéroïdes (par voie orale) seront instaurés plus rapidement, et l'usage d'antibiotiques est en principe recommandé.

- En cas d'exacerbation *très sévère*, le patient doit être immédiatement adressé à un spécialiste.

Définition d'une « exacerbation aiguë de la BPCO »

Les définitions utilisées reprennent en principe un ou plusieurs des critères suivants: apparition de certains symptômes (surtout dyspnée, production d'expectorations, toux, expectorations purulentes), nécessité d'adapter le traitement médicamenteux, et parfois aussi modification du VEMS et nécessité d'hospitalisation. L'absence d'unanimité fait que différentes définitions sont utilisées dans les études cliniques, ce qui complique la comparaison de ces études.

Dans les recommandations de GOLD, une « exacerbation aiguë de la BPCO » est définie comme: une aggravation de la dyspnée (symptôme principal), souvent accompagnée d'une respiration sifflante, d'une augmentation de la toux et/ou de la production d'expectorations, d'un changement de la couleur et de la viscosité des expectorations, et enfin de fièvre; l'aggravation des symptômes est plus prononcée que les variations journalières habituelles, et commence de manière aiguë,

nécessitant éventuellement une adaptation du traitement médicamenteux. La fréquence des exacerbations varie fortement d'un patient à l'autre, mais elle est généralement en corrélation avec la gravité et la durée de la BPCO sous-jacente. Ainsi, on sait que les exacerbations sont plus fréquentes lorsque le VEMS est < 50% de la valeur prédite.

Evaluation de la gravité

Il n'existe pas d'instrument clinique valide en pratique ambulatoire permettant de distinguer une exacerbation sévère d'une exacerbation non sévère. On a donc essayé de distinguer les exacerbations non sévères des exacerbations sévères à très sévères en

fonction des degrés d'aggravation ou de la modification des symptômes par rapport à la phase stable: voir Tableau 1.

Technique d'inhalation

Lors de chaque exacerbation, il convient de vérifier si la technique d'inhalation est bien appliquée (voir Tableau 2). En même temps, il convient de contrôler si la forme d'administration est toujours la plus adéquate. Lorsque le flux inspiratoire devient insuffisant, il est préférable de prescrire un aérosol doseur avec une chambre d'expansion. En cas d'exacerbation très sévère, il est conseillé d'administrer temporairement les bronchodilatateurs par aérosol avec un embout

Tableau 1: Gradations pour l'aggravation ou la modification des symptômes versus phase stable (repris de la recommandation de BAPCOC)

Exacerbation non sévère	Exacerbation sévère	Exacerbation très sévère / symptômes d'alarme
<ul style="list-style-type: none"> - Absence de symptômes d'une exacerbation aiguë (très) sévère - Dyspnée ↑ à l'effort - Modification des crachats + - Toux ↑ - Fièvre < 38,5°C et < 3 jours - Absence de symptômes persistants après le traitement initial - Pas de facteur de risque d'une infection à <i>P. aeruginosa</i>* 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de symptômes d'alarme - Dyspnée (accrue) au repos - Modification des crachats +++ - Toux ↑↑ - Fièvre > 38,5°C - Fréquence respiratoire > 25/min. - Fréquence cardiaque > 110/min. - Mobilisation (accrue) des muscles respiratoires accessoires au repos (augmentation de la dyspnée au repos) - Difficulté pour formuler une phrase complète, impossibilité de repos couché - (Augmentation de la) cyanose - Mal-être sévère - Survenue de protusion labiale (<i>purse lip breathing</i>) - Survenue d'œdème périphérique - Diminution marquée des activités de la vie quotidienne(ADL) - Pas de facteur de risque d'une infection à <i>P. aeruginosa</i>* 	<ul style="list-style-type: none"> - Dyspnée jusqu'à l'épuisement - Dyspnée aiguë sévère et absence d'effet d'une bronchodilatation dans les 30 minutes - Troubles de l'équilibre et confusion ++ (peut indiquer la présence d'une hypercapnie) - Fréquence respiratoire ↓ - Etat de conscience ↓ - Augmentation de l'hypoxémie - Pression artérielle systolique anormalement basse (peut indiquer la présence d'une embolie pulmonaire, certainement en l'absence de réponse à une oxygénothérapie). - Facteurs de risque d'une infection à <i>P. aeruginosa</i>*

* Facteurs de risque d'une infection à *P. aeruginosa*:

- hospitalisation récente
- usage fréquent d'antibiotiques (4 cures par an)
- BPCO très sévère en phase stable
- *P. aeruginosa* isolé lors de précédentes exacerbations ou colonisation en phase stable.

buccal et non plus au masque. Il convient alors de veiller à ce que l'exposition des yeux soit réduite au maximum, étant donné que les bronchodilatateurs peuvent provoquer un glaucome à angle fermé; il est aussi important de garder l'aérosol bien propre, vu qu'il peut être contaminé par des bactéries Gram négatives éventuellement résistantes, telles que *Pseudomonas aeruginosa*. [N.d.l.r.: après l'inhalation, il est important de bien rincer la bouche (risque de candidose)].

Place et choix des antibiotiques

- En cas d'exacerbations *non sévères*, aucune étude ne justifie la prescription systématique d'antibiotiques. Les antibiotiques sont toutefois recommandés chez:

- les patients gravement malades;
- les patients dont l'état ne s'améliore pas après 4 jours, ou dont l'état s'aggrave malgré un usage optimal de bronchodilatateurs et de corticostéroïdes.

- En cas d'exacerbations *sévères*, les antibiotiques sont en principe recommandés, surtout en cas de mauvaise fonction pulmonaire en phase stable (VEMS < 50% de la valeur prédite), en présence d'expecto-

rations fortement purulentes, chez les patients gravement malades, et lorsque l'état du patient s'aggrave malgré l'application optimale des autres mesures (surtout des bronchodilatateurs et des corticostéroïdes). Le choix de l'antibiotique dans le "Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire" (BAPCOC) est formulé comme suit.

- Premier choix: amoxicilline par voie orale 1 g, 3 x par jour pendant 8 jours.
- En cas d'amélioration insuffisante après 48 heures, on remplace la moitié de la dose quotidienne totale d'amoxicilline par l'association amoxicilline + acide clavulanique (voir Note dans l'article "Usage rationnel des antibiotiques dans les infections aiguës des voies respiratoires en première ligne" dans ce même numéro des Folia).
- En cas d'allergie à la pénicilline non médiée par des IgE, le céfuroxime axétil par voie orale (500 mg, 3 x par jour pendant 8 jours) constitue une alternative.
- En cas d'allergie à la pénicilline médiée par des IgE, la moxifloxacine par voie orale (400 mg, 1 x par jour pendant 8 jours) constitue une alternative.

Tableau 2. Technique d'inhalation pour les différentes formes d'administration

<p><i>Aérosol doseur</i></p> <p>Secouer l'inhalateur avant usage, se tenir bien droit sur son siège, expirer, inspirer lentement tout en appuyant sur l'aérosol, retenir la respiration au moins durant 5 secondes.</p> <p><i>Chambre d'expansion avec aérosol doseur</i></p> <p>Secouer l'inhalateur avant usage, se tenir bien droit sur son siège, administrer une seule bouffée à la fois; immédiatement après la nébulisation, inspirer calmement cinq fois, pour limiter le dépôt du médicament sur la paroi de la chambre; secouer à nouveau l'inhalateur et recommencer; laver les chambres d'expansion en plastique une fois par semaine et les laisser ensuite sécher à l'air libre ou au sèche-cheveux. Les essuyer avec un torchon peut provoquer de l'électricité statique entraînant le dépôt du médicament sur la paroi. Contrôler le mécanisme de la valve.</p> <p><i>Inhalateur à poudre</i></p> <p>Expirer avant d'inhaler (pas dans l'inhalateur), inspirer fortement et profondément, retenir la respiration durant cinq secondes.</p>
--

Glossaire

- (VEMS) («*Forced Expiratory Volume in 1 second*» ou FEV1): volume d'air expiré

après une inspiration maximale pendant la première seconde d'une expiration forcée.

USAGE RATIONNEL DES ANTIBIOTIQUES DANS LES INFECTIONS AIGUES DES VOIES RESPIRATOIRES EN PREMIERE LIGNE

Des publications récentes soulignent une fois encore l'importance de limiter l'usage des antibiotiques dans les infections aiguës des voies respiratoires en première ligne. Dans la rhinosinusite aiguë, une antibiothérapie immédiate ne se justifie qu'en présence de facteurs de risque de complications ou lorsqu'il existe des indices qu'il s'agit d'une forme grave. Un traitement de 5 jours paraît aussi efficace qu'un traitement de 10 jours. En présence d'une exacerbation aiguë de BPCO, il n'est pas justifié de prescrire systématiquement des antibiotiques (voir «*Prise en charge des exacerbations de BPCO en pratique ambulatoire* » dans ce même numéro). La pneumonie acquise en communauté est une des seules infections aiguës des voies respiratoires pour lesquelles il est admis qu'une antibiothérapie se justifie d'emblée.

Lorsqu'une antibiothérapie est indiquée, il est important de prescrire l'antibiotique le plus adéquat pour une durée adaptée. Dans la plupart des cas, l'amoxicilline à doses élevées reste l'antibiotique de premier choix.

Comme chaque année, le numéro d'octobre des *Folia* rapporte quelques publications récentes au sujet de l'usage rationnel des antibiotiques dans les infections aiguës des voies respiratoires en première ligne. Cet article discute de la place des antibiotiques dans la rhinosinusite aiguë et dans la pneumonie acquise en communauté. La place des antibiotiques dans les exacerbations aiguës de BPCO est discutée dans l'article «*Prise en charge des exacerbations de BPCO en pratique ambulatoire* » dans ce même numéro des *Folia*.

Il reste primordial de limiter l'usage des antibiotiques dans les infections aiguës des voies respiratoires en première ligne. Il ressort en effet d'une revue systématique parue récemment [*BMJ* 2010; 240:c2096]

que l'utilisation prolongée ou répétée d'antibiotiques pour une infection respiratoire ou urinaire en pratique ambulatoire peut aussi avoir un impact sur la résistance bactérienne individuelle. Cet effet est surtout marqué dans le premier mois suivant le traitement mais il peut persister pendant 12 mois. En outre, l'utilisation abusive d'antibiotiques peut également avoir des conséquences sur le développement de résistance aux antibiotiques au niveau de la communauté.

Rhinosinusite aiguë

Une revue systématique réalisée récemment par *La Revue Prescrire* [2010;30:203-6] rappelle que la plupart des cas de rhinosinusite aiguë chez l'adulte guérissent