

Exacerbation aiguë de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)



Rédaction : Dr E. Farfour ¹

Comité scientifique : Prof A. Dinh ², Prof S. Diamantis ³, Prof H. Salvator ¹

¹ Hôpital Foch, ² GHU A. Paré - R. Poincaré, ³ GH Sud Ile-de-France

1. Agents pathogènes

Tableau 1. Agents pathogènes responsables d'exacerbation de BPCO

Virus	• Principaux responsables d'exacerbation de BPCO • Une grande diversité de virus : influenza, parainfluenza, VRS, metapneumovirus...
Bactéries	• Plus rarement responsable d'exacerbation de BPCO ◦ <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Moraxella catarrhalis</i> ◦ <i>Pseudomonas aeruginosa</i> dans les BPCO sévères
Non infectieuses	• Non-infectieuses : environnementale (pollution), défaut d'observance des traitements de fond

2. Elements du diagnostic

2.a. Clinique

- Augmentation de la dyspnée et/ou de la toux et des expectorations pendant plus de 24 heures
- Peut s'accompagner d'une tachypnée et/ou d'une tachycardie
- Rechercher des signes de gravité : signe de détresse respiratoire, signes d'hypercapnie (sueurs, somnolence, HTA)

2.b. Examens complémentaires

- Aucun examen complémentaire à visée diagnostic n'est recommandé en première intention
- Un ECBC (examen cyto bactériologique d'une expectoration) peut être prescrit sur avis spécialisé en particulier chez les patients colonisés par *P. aeruginosa*.

N.B. Les prélèvements respiratoires doivent être acheminés rapidement au laboratoire. Seuls les prélèvements de bonne qualité à l'examen microscopique sont mis en culture par le laboratoire.

3. Prise en charge

3.a. Principes

Elle dépend de :

- La durée d'évolution de la symptomatologie
- La présence de facteurs de risque d'échec thérapeutique ou de complication et de la gravité initiale ([tableau 2](#))
- La sévérité de la BPCO

Tableau 2. Facteurs de risque d'échec thérapeutique ou de complication

- ≥ 2 exacerbations par an ou 1 épisode ayant nécessité une hospitalisation
- VEMS $< 50\%$ de la valeur prédite
- Comorbidité : insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique...
- Cures répétées d'antibiotiques
- Absence de réponse clinique au traitement de 1ère intention
- Age > 65 ans
- Désaturation/oxygénothérapie à domicile

3.b. BPCO sévère (VEMS < 30% de la norme)

- Prise en charge hospitalière
- Antibiothérapie d'emblée quel que soit la durée des symptômes
- En absence d'antécédant de colonisation par *P. aeruginosa* ([tableau 3](#))

Tableau 3. Antibiothérapie d'une exacerbation de BPCO sévère en absence de colonisation à *P. aeruginosa*

1^{re} intention	• Amoxicilline-clavulanate 1g/125mg x3/jour → 5 jours
Allergie aux pénicillines	• Ceftriaxone IV ou SC 1 à 2 g X 1/jour • OU Triméthoprim 800mg /sulfaméthoxazole 160 mg x 2/jour
Rupture de stock	• Clarithromycine 500 mg x 2/jour → 5 jours • OU Roxithromycine 150 mg x 2/jour → 5 jours • OU Spiramycine : 6 à 9 millions d'u.i./24 heures, soit 4 à 6 comprimés par jour en 2 à 3 prises → 5 jours • OU Doxycycline 200 mg x 1/jour → 5 jours
Dernier recours	• Lévoﬂoxacine 500 mg x 1/jour → 5 jours

- En cas de colonisation par *P. aeruginosa* :
 - Prendre un avis spécialisé auprès d'un infectiologue ou d'un pneumologue
 - L'antibiothérapie est adaptée aux résultats des derniers antibiogrammes.
 - L'utilisation d'une fluoroquinolone n'est pas recommandée en première intention.

3.c. BPCO non sévère à modérément sévère (VEMS > 30% de la norme)

- Symptomatologie < 48 heures et absence de facteur de risque → Surveillance entre 48 heures et 72 heures
 - Si amélioration : pas de traitement antibiotique
 - Si aggravation : début d'une antibiothérapie ([tableau 4](#))
- Symptomatologie > 48 heures
 - Sans facteurs de risque de complications : [tableau 4](#)

Tableau 4. Antibiothérapie d'une exacerbation de BPCO non sévère à modérément sévère sans facteur de risque d'échec ou de complication

1^{re} intention	• Amoxicilline 1 g x3 /jour → 5 jours
Allergie aux pénicillines	• Pristinamycine : 1 g x3 /jours → 4 jours
Rupture de stock	• Clarithromycine 500 mg x2 /jour → 5 jours • OU Roxithromycine 150 mg x2 /jour → 5 jours • OU Spiramycine : 6 à 9 millions d'UI /24 heures, soit 4 à 6 comprimés par jour en 2 à 3 prises • OU Doxycycline 200 mg x1 /jour → 5 jours

- Avec facteurs de risque de complications et en absence de colonisation par *P. aeruginosa* : [tableau 5](#)

Tableau 5. Antibiothérapie d'une exacerbation de BPCO non sévère à modérément sévère avec facteur de risque d'échec ou de complication et en absence de colonisation à *P. aeruginosa*

1^{re} intention	• Amoxicilline-clavulanate 1g x3 /jour → 5 jours
Allergie aux pénicillines	• Ceftriaxone IV ou SC 1 à 2 g x1 /jour → 5 jours • OU Trimethoprim (800mg) sulfamethoxazole (160 mg) x2 /jour → 5 jours
Rupture de stock	• Clarithromycine 500 mg x2 /jour → 5 jours • OU Roxithromycine 150 mg x2 /jour → 5 jours • OU Spiramycine : 6 à 9 millions UI/24 heures, soit 4 à 6 comprimés par jour en 2 à 3 prises → 5 jours • OU Doxycycline 200 mg x1 /jour → 5 jours
Dernier recours	• Lévofoxacine 500 mg x1 /jour → 5 jours

- Avec facteurs de risque de complications et antécédant de colonisation par *P. aeruginosa* :
 - Avis spécialisé infectiologique ou pneumologique
 - Antibiothérapie adaptée au dernier antibiogramme
 - L'utilisation d'une fluoroquinolone n'est pas recommandée en première intention.

4. Suivi

- Réévaluation systématique entre 48 heures et 72 heures :
 - Absence d'amélioration : changement de classe thérapeutique et prise en charge hospitalière à envisager. Un prélèvement respiratoire peut s'envisager.
 - Amélioration : poursuite de l'antibiothérapie. Une désescalade peut s'envisager en fonction des résultats de l'ECBC et de l'évolution.
- En cas de prise en charge hospitalière : une réadaptation respiratoire est recommandée dans les 90 jours
- Une consultation chez un pneumologue est recommandée au décours de l'épisode avec mise en place au cas par cas : d'aérosols bronchodilatateurs, d'une kinésithérapie respiratoire pour favoriser le drainage bronchique...

5. Prévention

- Vaccination selon le calendrier vaccinal :
 - Pneumocoque 20 valences
 - Grippe
 - COVID-19
 - VRS (patient âgé de 65 ans et plus)
- Sevrage tabagique
- Observance des traitements de fond
- Activité physique, bon état nutritionnel
- Réévaluation des techniques de prise des traitements inhalés
- Lutte contre la dénutrition et le surpoids