

FICHE

Choix et durées d'antibiothérapies dans les exacerbations aiguës de bronchopneumopathie chronique obstructive (EABPCO)

Validée par le Collège le 11 juillet 2024

Mis à jour en déc. 2024

Le diagnostic de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) impose la réalisation d'épreuves fonctionnelles respiratoires (spirométrie) effectuées si possible à l'état basal à distance d'un épisode aigu de bronchite ou d'exacerbation.

Chez un patient atteint de BPCO, une exacerbation est un événement **caractérisé par une augmentation de la dyspnée et/ou de la toux et des expectorations persistant au-delà de 24 heures** qui peuvent s'accompagner d'une tachypnée et/ou d'une tachycardie.¹

Chez un patient sans BPCO diagnostiquée, il faut suspecter une exacerbation de BPCO chez un adulte de plus de 40 ans présentant un tableau d'infection respiratoire basse et :

- au moins un facteur de risque (tabac...) ;
- et/ou des symptômes chroniques antérieurs à l'épisode (toux et/ou expectoration et/ou dyspnée) ;
- et/ou des épisodes d'infection respiratoire basse répétés antérieurs ;
- et/ou des comorbidités connues comme fréquemment associées à la BPCO.

Etiologies des EABPCO

- Infection virale dans la majorité des cas ;
- Infection bactérienne notamment lorsque l'obstruction bronchique présente un degré de sévérité :
 - *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* ;
 - si forme très sévère : *Pseudomonas aeruginosa* ;

¹ L'exacerbation s'associe souvent à une augmentation de l'inflammation locale ou systémique causée par une infection des voies aériennes, de la pollution ou une autre agression des voies aériennes.

- Infections mixtes (co-infections ou sur-infections) ;
- Cause environnementale (pic de pollution) ;
- Autres causes : problème d'observance, technique de prise, occasion d'une éducation thérapeutique.²

Diagnostic différentiel

La majoration des symptômes respiratoires et notamment la dyspnée chez un patient atteint de BPCO peut être en rapport avec d'autres pathologies qui doivent être distinguées d'une EABPCO, car elles requièrent un traitement spécifique :

- embolie pulmonaire,
- pneumonie communautaire,
- œdème pulmonaire cardiogénique.

Impact/complications

L'évolution naturelle de la BPCO comporte des épisodes répétés d'exacerbations aiguës de fréquence variable.

Les EABPCO sont identifiées comme la complication la plus fréquente aggravant les symptômes, accélérant le déclin des fonctions pulmonaires et sont associées à un taux de mortalité significatif. Les objectifs du traitement des EABPCO sont de minimiser l'impact négatif d'une exacerbation et de prévenir les épisodes ultérieurs.

Traitement antibiotique probabiliste

Indication antibiothérapie

L'antibiothérapie systématique n'est pas requise pour la majorité des EABPCO, car il s'agit d'une pathologie inflammatoire des bronches dont l'origine n'est pas toujours bactérienne.

La seule présence d'une purulence des expectorations n'est pas un déterminant pour la prescription d'une antibiothérapie.

Toutefois l'augmentation de volume et de la purulence des expectorations pendant au moins 48h, permettent de poser l'indication d'une antibiothérapie ciblée.

En cas d'abstention initiale, une réévaluation médicale des symptômes dans les 48 à 72h est préconisée.

En revanche en cas de BPCO très sévère diagnostiquée (VEMS < 30% de la norme), une antibiothérapie doit être proposée d'emblée (cf. §3) en cas d'EABPCO avec expectoration importante et purulente.

Il est recommandé de changer de classe d'antibiotique en cas de récurrence précoce d'une EABPCO présumées bactériennes.

² [Guide ZÉPHIR - Société de Pneumologie de Langue Française \(splf.fr\)](#)

Choix et durée d'antibiothérapie en absence de facteurs de risque d'échec thérapeutique ou de complication³

Durée de traitement de 5 jours

- amoxicilline : 1 g 3 fois par jour

En cas d'allergie documentée aux pénicillines : pristinamycine : 1 g 3 fois par jour pendant 4 jours

En cas de rupture de stock :

- macrolides :
 - clarithromycine : 500 mg 2 fois par jour,
 - roxithromycine : 150 mg 2 fois par jour,
 - spiramycine : 6 à 9 millions d'U.I./24 heures, soit 4 à 6 comprimés par jour en 2 à 3 prises,
- doxycycline : 200 mg 1 fois par jour.

Choix et durée d'antibiothérapie en cas de facteurs de risque d'échec thérapeutique ou de complication³

Durée de traitement de 5 jours

- amoxicilline-acide clavulanique 1g/125 mg 3 fois par jour.

En cas d'allergie documentée aux pénicillines (sans contre-indication aux céphalosporines) :

- triméthoprime/sulfaméthoxazole : 800/160 mg 2 fois par jour ;
- ceftriaxone 1 à 2 g 1 fois/jour par voie IV ou SC.

En cas de rupture de stock :

- macrolides :
 - clarithromycine : 500 mg 2 fois par jour,
 - roxithromycine : 150 mg 2 fois par jour,
 - spiramycine : 6 à 9 millions d'U.I./24 heures, soit 4 à 6 comprimés par jour en 2 à 3 prises.
- doxycycline : 200 mg 1 fois par jour.

En dernier recours, si aucun autre traitement possible⁴ : levofloxacine 500 mg per os 1 fois/jour

Si antécédent connu de colonisation à *Pseudomonas aeruginosa* ou mise en évidence de *Pseudomonas aeruginosa* dans les expectorations : ne pas prescrire de fluoroquinolone et demander un avis spécialisé.

Remarque : En cas de désaturation ou d'oxygénothérapie au domicile, le patient doit être adressé en établissement de soins de référence.

³ 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

⁴ <https://ansm.sante.fr/informations-de-securite/fluoroquinolones-a-ne-prescrire-que-pour-des-infections-severes>

Place de la culture bactérienne des expectorations (ECBC)

L'ECBC n'est pas indiqué. Les rares situations justifiant d'un ECBC nécessitent un avis spécialisé. En cas de patient diagnostiqué BPCO colonisé à *P. aeruginosa* : un avis spécialisé est recommandé.

Surveillance

Une réévaluation médicale précoce entre 48 et 72 heures est préconisée.

Si absence d'amélioration des symptômes : introduction ou changement de classe d'antibiotique de 1ère intention.

Si aggravation :

- Discuter l'initiation d'une antibiothérapie si non introduite initialement et/ou hospitalisation à envisager :
 - selon l'état général de la personne : patient âgé, comorbidités, l'autonomie, l'aide disponible à domicile...
 - selon la sévérité de la BPCO sous-jacente ;
 - selon la gravité clinique ou présence d'une dégradation clinique ;
- Rechercher un autre diagnostic : pneumonie, insuffisance cardio-respiratoire, sepsis ...

Les symptômes peuvent ne pas avoir totalement disparu à l'arrêt du traitement. Leur persistance ne doit pas conduire de façon systématique à une nouvelle antibiothérapie.

Place de la prévention/éducation thérapeutique

La prévention des épisodes d'EABPCO suite à un épisode aigu est un objectif majeur de la prise en charge de la BPCO.

L'EABPCO est ainsi un événement devant amener à une réévaluation de l'ensemble de la prise en charge du patient selon les recommandations de prise en charge de la BPCO en vigueur.⁵

- Vaccination antipneumococcique, antigrippale annuel, anti-Covid-19, anti-VRS (patient âgé de 65 ans et plus) selon le calendrier vaccinal en vigueur actualisé tous les ans⁶;
- Sevrage tabagique, observance des traitements inhalés, activité physique, bon état nutritionnel
- Réévaluation des techniques de prise des traitements inhalés.⁷

Après une hospitalisation, proposer une réadaptation respiratoire dans les 90 jours après l'exacerbation (diminution démontrée de la mortalité et de la morbidité).

Dans tous les cas, une consultation chez un pneumologue est recommandée au décours d'une EABPCO.

⁵ **Recommandations de prise en charge de la BPCO en vigueur :**

GOLD 2024 International: Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 202 Report,

HAS 2020 : France : Guide du parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1242507/fr/guide-du-parcours-de-soins-bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpc

HAS 2019 : Fiche pertinence des soins BPCO de novembre 2019

HAS 2019 : BPCO : les points critiques de la prise en charge

ACP Clinical Practice Guidelines 2011 : Diagnosis and Management of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Clinical Practice Guideline Update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society

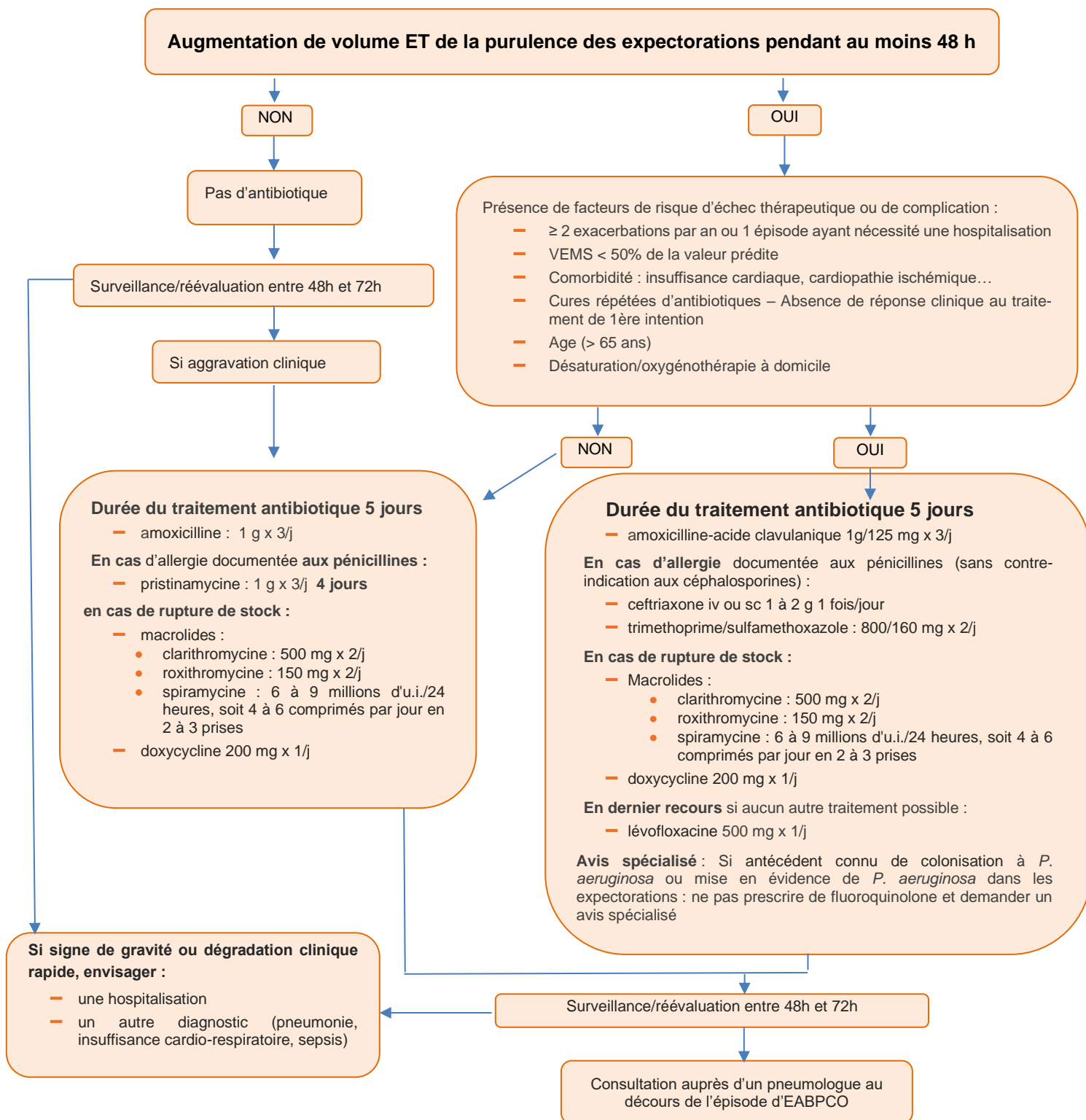
SPLF 2009 : Recommandation pour la Pratique Clinique - Prise en charge de la BPCO - Mise à jour 2009

⁶ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

⁷ [Guide ZÉPHIR - Société de Pneumologie de Langue Française \(splf.fr\)](#)

Stratégie antibiotique en ville en l'absence de signes de gravité et chez les patients en cas de suspicion d'exacerbations aiguës de bronchopneumopathie chronique obstructive (EABPCO)⁸.

Chez un patient atteint de BPCO, une exacerbation est un évènement **caractérisé par une augmentation de la dyspnée et/ou de la toux et des expectorations persistant au-delà de 24 heures** qui peuvent s'accompagner d'une tachypnée et/ou d'une tachycardie⁹.



⁸ L'ECBC n'est pas indiqué. Les rares situations justifiant d'un ECBC nécessitent un avis spécialisé.

⁹ L'exacerbation s'associe souvent à une augmentation de l'inflammation locale ou systémique causée par une infection des voies aériennes, de la pollution ou une autre agression des voies aériennes.

Ce document présente les points essentiels de la publication : Choix et durées d'antibiothérapies dans les exacerbations aiguës de bronchopneumopathie chronique obstructive, Méthode fiche mémo, MAJ décembre 2024, validée en juillet 2024
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr