

# LA BPCO QUAND PRESCRIRE DES ANTIBIOTIQUES ?



# La BPCO

- Diminution non réversible des débits expi.
- Destruction du parenchyme et alvéole :
  - Déséquilibre Protéase/Anti-Protéase
  - ↗ Apoptose des Cell. Épithéliales
- Cette inflammation chronique est due
  - **Tabac** (90%), Polluants industriels ou environnementaux, génétique, nutrition...
- Concerne 2,5 M pers. et 15 000 Dc/an (3<sup>e</sup>)
- > 30 000 pers. dépendent de l'O2 ou VNI

# CLASSIFICATION DE LA GRAVITE

Par convention (ATS / ERS / SPLF) 4 stades évolutifs sont décrits

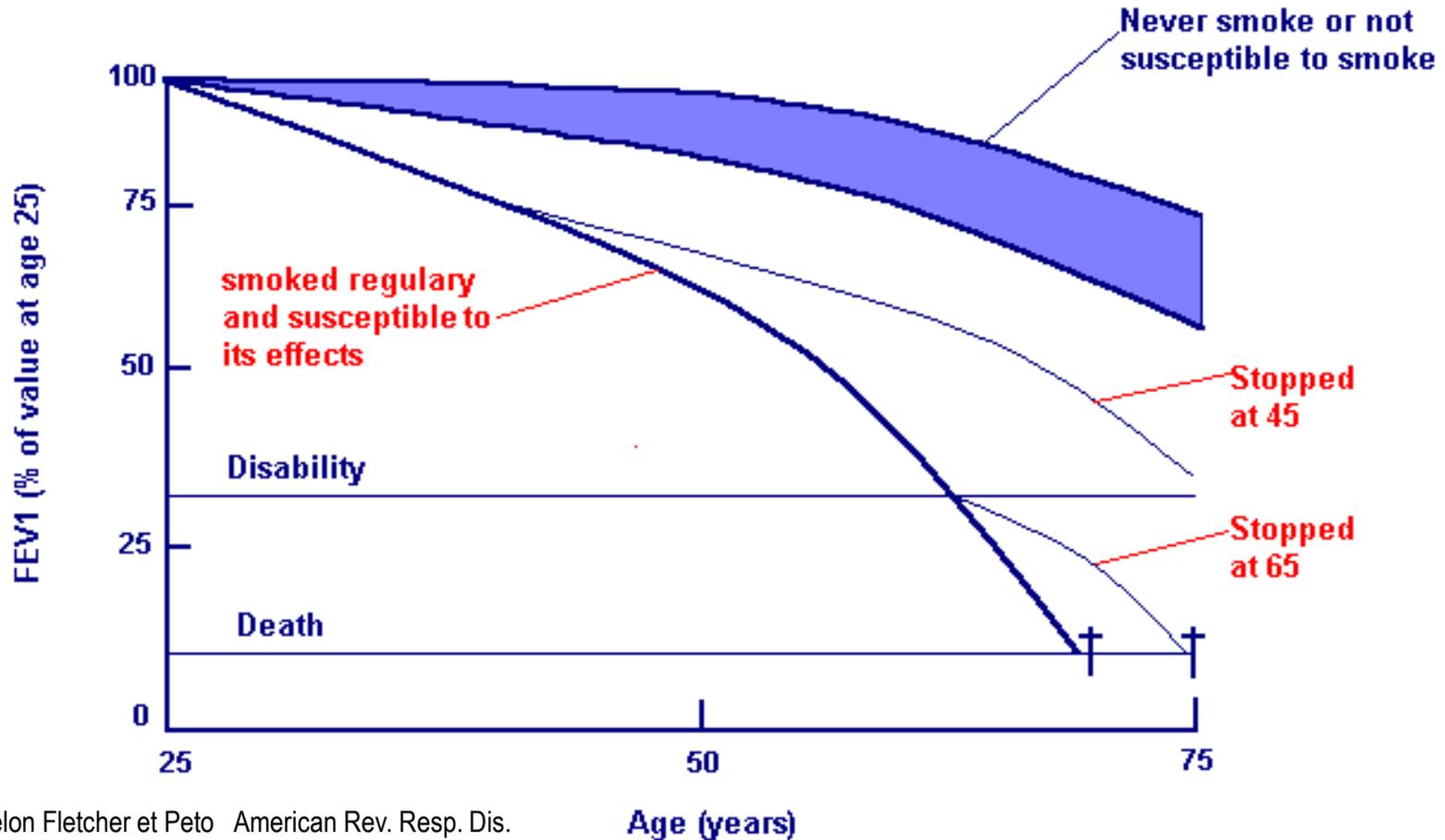
STADE	CARACTERISTIQUE
O- A RISQUE	Sympt <sup>TM</sup> mes chroniques : toux, expectorations VEMS/CV $\geq$ 70 %
I- BPCO peu sévère	VEMS/CV $<$ 70 % VEMS $\geq$ 80 % de la valeur pr <sup>ite</sup> avec ou sans sympt <sup>TM</sup> mes chroniques (toux, expectorations)
II- BPCO moyennement sévère	VEMS/CV $<$ 70 % 30 % $\leq$ VEMS $<$ 80 % de la valeur pr <sup>ite</sup> II A : 50 % $\leq$ VEMS $<$ 80 % de la valeur pr <sup>ite</sup> . II B : 30 % $\leq$ VEMS $<$ 50 % de la valeur pr <sup>ite</sup> avec ou sans sympt <sup>TM</sup> mes chroniques (toux, expectorations, dyspn <sup>e</sup> )
III- BPCO sévère	VEMS/CV $<$ 70 % VEMS $<$ 30 % de la valeur pr <sup>ite</sup> ou VEMS $<$ 50 % de la valeur pr <sup>ite</sup> en présence d'insuffisance respiratoire chronique ( PAO <sub>2</sub> $<$ 60 mm de Hg ( 8 k PA ) ) ou de signes satellites d'une hypertension art <sup>rielle</sup> pulmonaire.

Actualisation des recommandations de la SPLF pour la prise en charge de la BPCO. Rev. Med. Resp. 2003 : 20. 290. 295

Pauwels et Al. Gold Am. J. Resp. Crit. Care Med 2001; 163. 1256-76

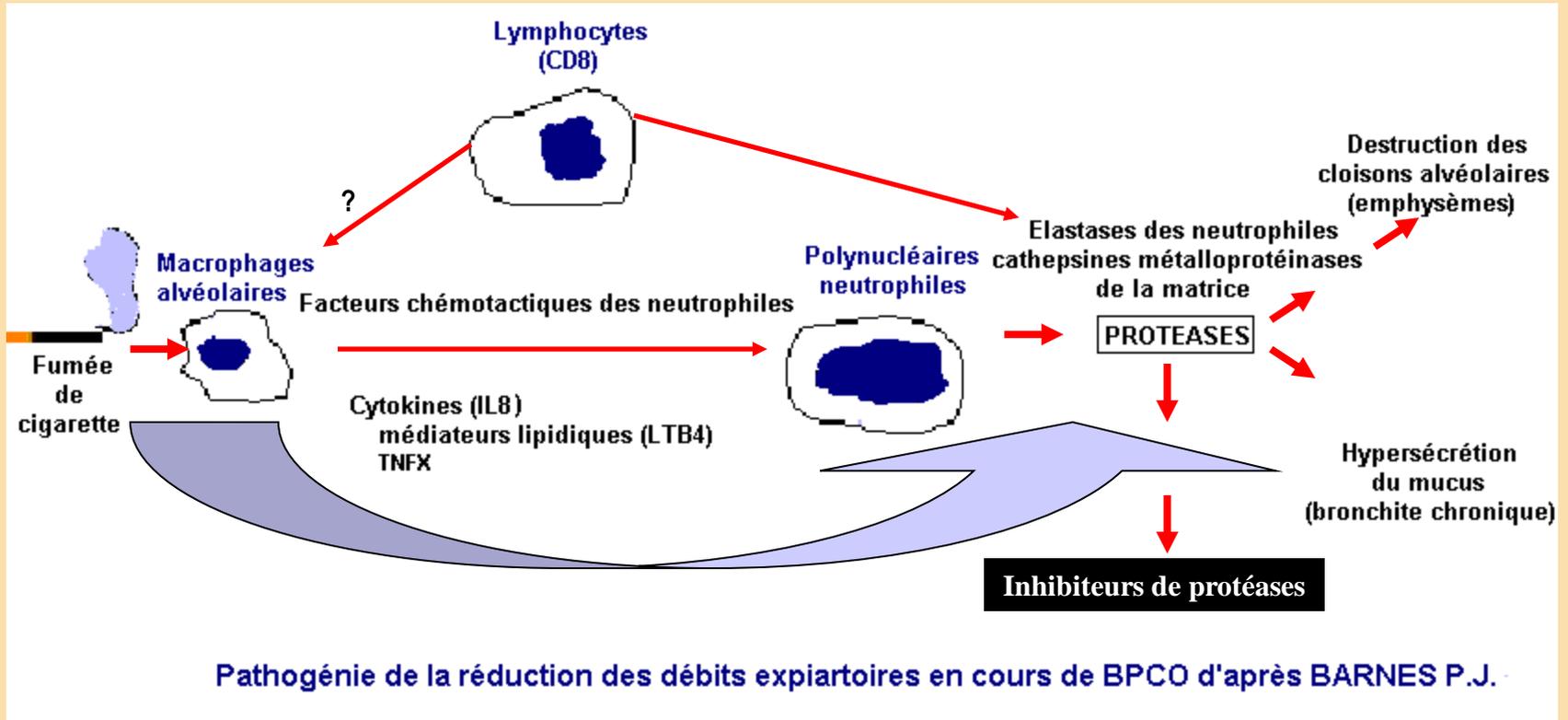


Au cours de la BPCO, la décroissance annuelle du VEMS est plus rapide que celle constatée chez les sujets sains non-fumeurs



Selon Fletcher et Peto American Rev. Resp. Dis.  
1983 - 128 491 500 Br. Med. J. 1977- 1 1645-8

# PATHOGENIE



Selon Barnes. Mechanisms in COPD. Differences from asthma Chest 2000 127 : suppl 2 105- 145

# EXACERBATIONS

**Anthonisen (1987)** : 3 grades de sévérité différente selon un score de symptômes respiratoires.

**Rodriguez-roisin(2000)** : aggravation franche et prolongée de la condition du patient BPCO, par rapport à l'état stable, rapide, nécessitant une modification du traitement de base.

**GOLD (2001)** : majoration des symptômes, justifiant une consultation médicale. Si BPCO sévère, IRA sur fond d'IRC

**SPLF (2003)** : majoration ou apparition d'un ou de plusieurs des symptômes de BPCO (toux, expectoration, dyspnée), sans préjuger de la gravité de l'épisode. Si pronostic vital engagé : décompensation.

- **Fréquence** : Fréquence et sévérité proportionnelles au stade de gravité de la BPCO

# ETIOLOGIES

## Primaires :

- Infections trachéo-bronchiques : 42-61%
  - . Bactériennes (HI, SP, BC, CP...) : 30-52%
  - . Virales (grippe, rhinovirus, VRS...): 14-64%
- Tabagisme persistant
- Pollution atmosphérique
- Facteurs météorologiques : air froid
- Interruption du traitement médical

## Secondaires : affections bien identifiées

pneumopathie infectieuse, épanchement pleural, embolie pulmonaire, traumatisme thoracique, médicaments

**Aucune cause** : 1/3 des cas (anglo-saxons)

# OBJECTIFS DU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

- **Traiter l'infection bactérienne à l'origine de l'épisode d'exacerbation**
- **Augmenter l'intervalle libre sans récurrence**
- **Eradication bactérienne**

# ANTIBIOTHÉRAPIE ET EXACERBATIONS

- **Les essais comparatifs de 2 traitements antibiotiques ne préjugent pas de l'efficacité de l'antibiothérapie curative dans le traitement des exacerbations de BPCO : Études d'équivalence : comparant l'efficacité des nouvelles molécules versus un antibiotique de 1ère ou de 2ème ligne**

85 articles étudiés



**34 retenus**

**B lactamine**

**8**

**macrolides**

**14**

**fluoroquinolones**

**12**

- Taux de succès : 70 à 95%
- Pas de preuve d'une efficacité supérieure des nouveaux ATB
- Efficacité microbiologique sans corollaire clinique

Gaillat : Med Mal infect 2001 ; 31 : 211-28

# ANTIBIOTHÉRAPIE ET EXACERBATIONS

## Pas de corrélation bien établie

- Guérison et éradication bactérienne
- Efficacité clinique apparente et sensibilité in vitro
- Succès thérapeutique des ATB de 1ère ligne discordant avec l'augmentation actuelle des résistances aux ATB des principaux germes.

# Indications du traitement atb : recommandations des sociétés savantes

- **ATS (1995)** : antibiothérapie si arguments cliniques (fièvre), biologiques (hyperleucocytose) et radiologiques en faveur d'une infection bronchique.
- **ERS (1995)** : antibiothérapie systématique en cas d'expectoration purulente.
- **SPLF (1997)** et **SPILF (1996)** : antibiothérapie en fonction de la sévérité de la maladie respiratoire sous-jacente et de la clinique.
- **SPLF (2003)** : antibiothérapie en cas de purulence franche de l'expectoration pour les exacerbations de stade 1, 2 ou 3.
- **SPILF (2006)** : Antibiothérapie selon la clinique et la qualité des expectorations.

# CHOIX DE L'ANTIBIOTIQUE

- **Résistance des germes** : taux de résistance à la Pénicilline de HI et BC est de 38 à 85% (Anzueto, 1998) (sécrétion de bêta-lactamases). Pneumocoque : 34%, souvent croisée
- **Essais thérapeutiques comparant les antibiotiques** : absence de différence significative entre les antibiotiques.

- **Hiérarchisation du choix** :

1er choix : pneumocoque, HI, BC non sécréteurs.

2ème choix : HI et BC sécréteurs, pneumocoques de sensibilité diminuée à la Pénicilline : sensibles à amoxicilline à fortes doses.

Certains cas : bactéries plus résistantes (BGN, PA) : fluoroquinolones de 2ème génération (efficacité ?)

- **Durée** : classiquement 7 à 10 jours.

# SPILF 2006

QuickTime™ et un  
décompresseur  
sont requis pour visionner cette image.



# Exacerbations sévères de BPCO

- Les recommandations actuelles concernant ces formes sévères, nécessitant une ventilation invasive ou non, sont générales :
  - Évaluation de la sévérité de l'exacerbation
  - Identification des étiologies éventuelles
  - Optimiser l'oxygénation artérielle
  - Antibiothérapie curative en cas d'infection patente
- Les conséquences du recours systématique à l'antibiothérapie curative dans les exacerbations de BPCO sont mal appréciées : souvent sélection de germes résistants qui en limite l'intérêt.

# PRÉVENTION DES INFECTIONS RESPIRATOIRES

- **La vaccinations anti-grippale :**
  - Mesure de prévention efficace
  - Tolérance bonne, syndrome pseudo-grippal chez 5% des patients
  - Effet sur la réduction des hospitalisations et de la mortalité est marquée chez les PBCO âgés (Pool PJ et coll., 2000)
- **La vaccination antipneumococcique :**

efficace pour la prévention des pneumonies à pneumocoque dont les complications sont fréquentes et la mortalité élevée chez les BPCO sévères
- **Les immunomodulateurs et l'antibioprophylaxie :**

Efficacité non démontrée, non recommandés.

# EN CONCLUSION

- La BPCO est une maladie systémique
- L'utilisation de l'antibiothérapie est probabiliste et donc pesée sur des arguments clinique
- Vision globale du patient et prise en charge multimodale (Prévention, Sevrage tabagique, TRT de fond, Réhabilitation, Entourage psycho-social)

# Merci

