En collaboration avec
HMR
Par Carl Fournier, MD

Que signifie cette toux?

Fumeur depuis 50 ans, Monsieur Poitras vous annonce qu'il a cessé de fumer le mois dernier. Depuis ce temps, il tousse de plus en plus, il fait un peu de fièvre et il se sent moche. Dyspnéique, il prend deux inhalations de salbutamol-ipratropium en combinaison, six fois par jour. Depuis trois jours, il constate des expectorations de couleur verdâtre plus abondantes qu'avant.

Quels sont les antécédents de Monsieur Poitras?

- Il souffre de bronchite chronique avec bronchiectasies depuis plusieurs années.
- Il n'y a pas si longtemps, il fumait 75 paquets-années.
- Depuis l'automne, il a eu recours à des antibiotiques à quatre reprises, les derniers ayant été prescrits il y a trois mois. Il a reçu de la ciprofloxacine chaque fois.
- Il prend actuellement 2 inhalations de salbutamol-ipratropium, 4 fois par jour et de la prednisone (5 mg), à raison d'un comprimé par jour.
- Il ne présente aucune allergie connue.

L'examen physique de Monsieur Poitras

- Tête et cou : normaux
- Thorax : aucune douleur
- Cœur : B1 et B2 normaux, pas de souffle
- Poumons : sifflement expiratoire modéré, sans râle crépitant, entrée d'air diminuée aux deux plages
- Abdomen : souple

Quelle serait votre hypothèse la plus probable?

À ce stade, l'hypothèse la plus probable est celle d'une surinfection bactérienne avec décompensation de la bronchite chronique. Comme le patient présente des bronchiectasies, il appartient à un groupe à risque plus élevé, c'est-à-dire le groupe III (tableau 1). Ce groupe est plus souvent touché par le *Pseudomonas aeruginosa*.

Comme il s'est écoulé 3 mois depuis la dernière infection, la ciprofloxacine est prescrite à raison de 500 mg : 1 comprimé à prendre 2 fois par jour pendant 10 jours. La prednisone est augmentée à 50 mg pendant 5 jours, puis diminuée à 5 mg.

Or, trois jours plus tard, rien ne va plus. Il tousse davantage et expectore de plus en plus. Habituellement, son état de santé s'améliorait après deux jours, mais, cette fois, rien ne fonctionne.

Il se rend à l'hôpital où il est examiné. Son examen physique est similaire au dernier. On procède alors à une formule sanguine complète, une oxymétrie et une radiographie pulmonaire.

Les résultats d'examens de Monsieur Poitras

- Formule sanguine complète :
  - Leucocytes : 12 500 avec 80 % de neutrophiles
  - Hémoglobine et hématocrite : normaux
  - Plaquettes : normales
- Saturation d'oxygène : 87 %
- Radiographie pulmonaire : atélectasie du lobe moyen avec péribronchite.

Quelles seraient vos hypothèses diagnostiques à ce stade-ci?

Les hypothèses diagnostiques, à la lumière des résultats d'examens, sont une surinfection bactérienne avec une

Tableau 1
Groupes de patients selon l'état clinique, les symptômes et les facteurs de risque

Groupe	État clinique	Symptômes et facteurs de risque	Agents pathogènes probable	Traitement antimicrobien suggéré
0	Trachéobronchite aiguë	• Toux et expectorations • Aucun antécédent de pneumopathie • Habituellement virale	Virus	Aucun
I	Bronchite chronique sans facteurs de risque	• Fumeurs • VEMS > 50 % • < ou = 3 exacerbations par année	• *H. Influenzæ* • *M. Catarrhalis* • *S. pneumoniæ*	• Macrolide de 2e génération • Céphalosporine, amoxicilline, doxycycline, triméthoprime-sulfaméthoxazole de 2e ou 3e génération • En cas d'échec : idem au Groupe II
II	Bronchite chronique avec facteurs de risque	Identique au groupe I, plus un des éléments suivants : • VEMS < 50 % • < ou = 4 exacerbations par année • Cardiopathie • Antibiothérapie prise au cours des 3 mois précédents	Identiques à ceux du groupe I, plus : • *Klebsiella* et autres bactéries Gram-négatif • Probabilité accrue de résistances aux Bêta-lactamines	• Fluoroquinolone • Bêta-lactamine ou inhibiteur des bêta-lactamases
III	Bronchite purulente chronique	Identiques à ceux du groupe II, plus : • Expectorations purulentes constantes • Bronchiectasies, dans certains cas • VEMS < 35 % • Prise prolongée de corticostéroïdes oraux • Multiples facteurs de risques	Identiques à ceux du groupe II, plus : • *Pseudomonas æruginosa* et espèces multi-résistantes du genre • *Enterobacteriaceæ*	• Traitement entéral, si hospitalisé • Traitement adapté à l'agent pathogène • Ciprofloxacine, si *Pseudomonas æruginosa*

Adapté de : Lignes directrices canadiennes sur le traitement des exacerbations aiguës de la bronchite chronique.
VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde.

décompensation de la bronchite chronique. Il est également possible qu'un autre agent pathogène soit présent (*Hæmophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella* ou autres bactéries Gram négatif) ou une pneumonie au lobe moyen, mais une néoplasie pulmonaire est à éliminer.

Monsieur Poitras est donc admis pour une investigation et la ciprofloxacine est continuée. La télithromycine, à raison de 800 mg prise 1 fois par jour pendant 5 jours, est ajoutée pour éliminer l'*Haemophilus influenzae*, la *Moraxella catarrhalis* et le *Streptococcus pneumoniae*. Un venti-masque avec

Copyright© 2004. Tous droits réservés. ***LE CLINICIEN*** est publié douze fois par année par STA Communications Inc. située à Pointe-Claire, Québec. Le contenu de cette publication ne peut être reproduit d'aucune façon sans l'autorisation écrite de l'éditeur, Postes Canada. Envois de publications canadiennes, contrat de vente # 40063348. Port payé à St-Laurent, Québec. Prière de faire suivre toute correspondance à l'adresse suivante : ***LE CLINICIEN***, 955, boul. St-Jean, bureau 306, Pointe-Claire, Québec, H9R 5K3. Téléphone : (514) 695-7623. ISSN 0832-9184

une FiO2 à 28 % est également ajouté au traitement. Le patient subit une tomodensitométrie pulmonaire qui confirme une atélectasie du lobe moyen sans toutefois pouvoir éliminer la possibilité d'une masse obstruant la bronche à ce niveau, étant donné la présence d'une importante quantité de sécrétions. Une bronchoscopie est alors tentée. L'examen s'avère difficile et on doit procéder à l'aspiration d'une importante quantité de mucus. L'examen est négatif, sans lésion.

Durant les heures qui suivent l'examen, la situation du patient commence à s'améliorer et sa saturation atteint 98 % peu de temps après le lavage bronchique. L'intervention la plus bénéfique pour ce patient fut de débloquer l'obstruction bronchique qui bloquait la bronche droite pour lui permettre de reprendre sa fonction. La prise de télithromycine et de ciprofloxacine fut poursuivie en externe. *Clin*

Avez-vous une question?

Grâce à la formule de la rubrique *Experts-conseils*, les médecins ont maintenant l'occasion d'interroger leurs collègues spécialistes au sujet de diverses questions relatives à leur pratique quotidienne. Envoyez-nous vos questions à l'adresse électronique suivante :

clinicien@sta.ca

Une tasse *Le Clinicien* sera envoyée aux médecins dont la question sera publiée.