La bronchite chronique

« Docteur, j'en ai le souffle coupé »

Vincent Jobin, MD, FRCPC
Présenté par l'Université de Montréal, dans le cadre de : *Les journées de pharmacologie*, juin 2004

Les exacerbations aiguës de bronchite chronique (EABC) motivent quelque 1,5 million de consultations par an au Canada.

- L'EABC signifie une détérioration respiratoire aiguë chez un patient qui présente une bronchite chronique.
- Pour être diagnostiqué comme ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le patient dit atteint de « bronchite chronique » devra, en plus de symptômes chroniques, présenter de l'obstruction au niveau de la spirométrie avec une diminution du ratio entre le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) et la capacité vitale forcée (CVF), (inférieur à 70 %), ainsi que du VEMS (inférieur à 80 %).
- Environ 50 % des EABC sont d'origine infectieuse.

Encore en 2004, les 3 critères classiques de l'étude d'Anthonisen restent les plus utilisés pour définir l'EABC d'origine infectieuse (tableau 1). Comme autres causes de l'EABC, mentionnons l'exposition aux irritants ou aux allergènes.

Tableau 1
Les critères d'Anthonisen

La présence d'au moins deux critères parmi les trois suivants implique une surinfection bactérienne probable.

1. Augmentation de la purulence des expectorations
2. Augmentation de la quantité des expectorations
3. Augmentation de la dyspnée

Comment diriger l'évaluation?

L'évaluation doit être dirigée selon le diagnostic différentiel.

- **La radiographie pulmonaire** n'est pas essentielle au cabinet, mais est suggérée en salle d'urgence.
- **La culture d'expectoration** est réservée aux patients qui ont des exacerbations fréquentes.
- **La spirométrie** n'est pas recommandée de façon routinière lors d'EABC, mais elle reste essentielle dans l'évaluation d'un patient souffrant d'une bronchite chronique en phase stable. Si une composante d'asthme semble évidente, la spirométrie peut être utilisée en aiguë.

Quels sont les traitements?

Parfois, l'EABC, en plus d'avoir une composante infectieuse, se présente avec un bronchospasme important. Le traitement devra être adapté en conséquence. Retenons les grandes lignes suivantes :

Les bronchodilatateurs

Tableau 2

Les facteurs de risque d'échec au traitement antibiotique de l'EABC

Exacerbations fréquentes
Gravité de l'atteinte du VEMS
Maladie cardiaque
Âge avancé
Corticothérapie orale chronique
Oxygénothérapie chronique
Hypersécrétion chronique de mucus

EABC : exacerbation aiguë de bronchite chronique; VEMS : volume expiratoire maximale par seconde.

À courte durée d'action

Il n'y a pas de recommandations spécifiques quant à l'utilisation d'un agent seul ou d'une combinaison de deux bronchodilatateurs (ipratropium et salbutamol, par exemple). On suggère fortement l'utilisation d'une chambre d'espacement lorsque cela est possible, à défaut de quoi les aérosols humides sont requis.

À longue durée d'action

Ils n'ont pas été étudiés dans les cas d'EABC, il n'est donc pas recommandé d'instaurer ce traitement pour traiter la phase aiguë.

Pour la théophylline, on ne l'instaure que rarement dans les cas graves. Cependant, elle devrait être continuée pendant l'exacerbation chez un patient qui prenait cette médication auparavant.

L'oxygénothérapie

Elle devrait être donnée au besoin en salle d'urgence afin de maintenir la saturation en oxygène (SPO_2) aux alentours de 92 à 94 % et ainsi éviter la narcose au CO_2. On ne devrait pas débuter une oxygénothérapie au long cours lors d'une EABC.

Le **Dr Jobin** est pneumologue et chargé d'enseignement clinique, Hôtel-Dieu, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

La physiothérapie respiratoire

Elle est préconisée chez les patients ayant des maladies spécifiques, comme les bronchiectasies. Elle n'est pas recommandée dans les traitements de routine des cas d'EABC.

Tableau 3

Catégories d'EABC en fonction du patient ou de la maladie

Catégorie	État de base	Facteurs de risque
0	Pas de maladie pulmonaire	Aucun
I	Bronchite chronique simple	Aucun
II	Bronchite chronique avec facteurs de risque	VEMS inférieur à 50 % de la valeur prédite Maladie cardiaque Oxygénothérapie chronique Plus de 4 exacerbations par année Corticothérapie orale chronique Antibiothérapie dans les 3 derniers mois
III	Bronchite chronique suppurative	Parfois bronchiectasies associées VEMS inférieur à 35 % de la valeur prédite Plusieurs facteurs de risque (catégorie II)

EABC : exacerbation aiguë de bronchite chronique; VEMS : volume expiratoire maximale par seconde.

La corticothérapie orale ou intraveineuse

Elle devrait être envisagée chez les patients souffrant d'une EABC modérée à grave où le patient présente un bronchospasme important. Le traitement recommandé est de 5 à 14 jours, mais il n'y a pas de dose précise suggérée.

Pour les patients ayant une atteinte plus légère, il y a peu d'études pour soutenir cette conduite bien qu'elle soit souvent utilisée. Le rôle des corticostéroïdes inhalés dans le traitement de l'EABC reste à être évalué.

L'antibiothérapie

Elle sera utilisée lors d'une exacerbation infectieuse de bronchite chronique. La stratification se fait selon les facteurs de risque du patient (tableaux 2 et 3). Plus un patient présente des facteurs de risque, plus il est susceptible d'être porteur de germes résistants et plus un échec du traitement antibiotique sera lourd en terme de morbidité.

Ainsi :

- On ne devrait pas traiter un patient préalablement sain qui présente une trachéobronchite aiguë à moins que les symptômes persistent plus de 10 à 14 jours.

Tableau 4

Traitement antibiotique selon la catégorie d'EABC

Catégorie	État de base	Premier choix	Deuxième choix
0	Pas de maladie pulmonaire	Pas de traitement sauf si les symptômes perdurent plus de 10 jours.	Macrolides Tétracycline Kétolide*
I	Bronchite chronique simple	Macrolides de 2e génération Céphalosporines de 2e ou de 3e génération Amoxicilline, doxycycline TMP-SMX, kétolide*	Quinolone respiratoire Amoxicilline/acide clavulanique
II	Bronchite chronique avec facteurs de risque	Quinolone respiratoire Amoxicilline/acide clavulanique	Thérapie intraveineuse possible
III	Bronchite chronique suppurative	Dépend de l'agent pathogène en cause. Considérer la ciprofloxacine si un pseudomonas est suspecté.	Thérapie intraveineuse possible

EABC : exacerbation aiguë de bronchite chronique; TMP-SMX : triméthoprime sulfaméthoxazole. *Opinion de l'auteur.

- Les patients souffrant d'une bronchite chronique sans facteurs de risque n'ont pas de bénéfices à être traités avec une antibiothérapie à large spectre.
- Les patients ayant des facteurs de risque bénéficient d'un traitement à large spectre.
- Chez les patients souffrant de bronchiectasies ou d'une suppuration chronique, on devrait adapter l'antibiothérapie aux germes retrouvés à la culture et considérer un agent antipseudomonas, comme la ciprofloxacine (tableau 4).
- Chez les patients ayant des exacerbations fréquentes, on devrait changer de classe d'antibiotiques si le patient récidive dans les trois mois, afin d'éviter la résistance. *Clin*

Références disponibles — contactez *Le Clinicien* à : **clinicien@sta.ca**

À retenir...

- Il n'y a pas de recommandations spécifiques quant à l'utilisation d'un agent seul ou d'une combinaison de deux bronchodilatateurs à courte durée d'action.
- La physiothérapie respiratoire est préconisée chez les patients ayant des maladies spécifiques, comme les bronchiectasies.
- L'antibiothérapie est utilisée lors d'une exacerbation infectieuse en fonction des facteurs de risque du patient.
- L'effet des bronchodilatateurs à longue action et des corticostéroïdes inhalés dans l'EABC reste à être évalué.