

ANNEXE 1. CLASSIFICATION DU RISQUE ET TRAITEMENT

État clinique	Symptômes et facteurs de risque	Pathogène probable	Traitement de première ligne	Autres choix en cas d'échec du traitement
Bronchite aiguë non compliquée <ul style="list-style-type: none"> chez les personnes habituellement en bonne santé 	<ul style="list-style-type: none"> toux crachats pas d'antécédents de maladie pulmonaire 	<ul style="list-style-type: none"> habituellement virale 	<ul style="list-style-type: none"> soulagement des symptômes: éliminer les irritants/fumée, augmenter le taux d'humidité de l'air ambiant et bien s'hydrater envisager un antitussif pas d'antibiotiques 	<ul style="list-style-type: none"> éliminer la possibilité de pneumonie ou d'autre problème sous-jacent envisager les bronchodilatateurs en inhalation envisager un essai thérapeutique avec un antibiotique de première ligne si les symptômes durent plus de 2 semaines
Exacerbation de la bronchite chronique sans facteurs de risque <ul style="list-style-type: none"> pas de condition comorbide associée 	<ul style="list-style-type: none"> toux et crachats augmentés crachats purulents dyspnée augmentée 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i> 	<ul style="list-style-type: none"> amoxicilline tétracycline triméthoprimé/sulfaméthoxale clarithromycine ou azithromycine céfuroxime, cefprozil ou céfixime 	<ul style="list-style-type: none"> éliminer la possibilité d'une maladie pulmonaire sous-jacente plus grave envisager un antibiotique de deuxième ligne (amoxicilline/acide clavulanique ou, peut-être, une fluoroquinolone*)
Exacerbation de bronchite chronique avec facteurs de risque <ul style="list-style-type: none"> maladie pulmonaire sous-jacente sévère (MPOC) et/ou condition comorbide associée (diabète, IC, maladie hépatique ou rénale chronique) 	Comme le groupe ci-dessus <i>plus</i> (au moins un des éléments suivants): <ul style="list-style-type: none"> VEMS <50% >4 exacerbations par année maladie cardiaque utilisation prolongée de stéroïdes par voie orale traitement par des antibiotiques dans les 3 derniers mois crachats purulents constants utilisation d'oxygène à domicile 	Comme le groupe ci-dessus <i>plus</i> : <ul style="list-style-type: none"> souches de <i>Klebsiella</i> et d'autres gram négatifs probabilité accrue de souches résistantes 	<ul style="list-style-type: none"> β-lactame/inhibiteur de β-lactamase (amoxicilline/acide clavulanique) envisager une fluoroquinolone* 	<ul style="list-style-type: none"> peut exiger un traitement parentéral envisager la référence à un spécialiste ou une hospitalisation

* On suggère de réserver ces médicaments aux cas graves d'exacerbation aiguë de bronchite chronique et de MPOC. «On doit soupeser les bénéfices potentiels de ces antibiotiques puissants et les risques de développer une résistance. Des preuves récentes suggèrent que l'emploi fréquent des fluoroquinolones mène à l'émergence de souches résistantes et que les patients avec une MPOC constituent le principal réservoir de ces souches résistantes.»

Adapté de: Balter MS, La Forge J, Low DE, Mandell L, Grossman RF. Canadian guidelines for the management of acute exacerbations of chronic bronchitis. *Can Respir J* 2003; 10 Suppl B:3B-32B.

