

Usage quotidien d'antibiotiques à des fins prophylactiques pour traiter la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Question clinique : L'usage quotidien d'antibiotiques à des fins prophylactiques est-il une option raisonnable pour prévenir l'exacerbation aiguë de la MPOC (et, si oui, pour quels patients)?

Conclusion : Chez certains patients atteints d'une MPOC grave et d'exacerbations récurrentes, l'usage d'antibiotiques à des fins prophylactiques peut réduire les exacerbations pour environ une personne sur 10. Compte tenu de la résistance accrue et des événements indésirables possibles, l'usage actuel doit être très limité.

Données probantes

- Trois récents essais cliniques randomisés (ECR) :
 - 1 142 patients atteints d'une MPOC grave (60 % recevant de l'O₂ et 48 % utilisant les trois aérosols-doseurs) ont été randomisés pour recevoir 250 mg d'azithromycine par jour ou un placebo¹.
 - Après un an, l'azithromycine :
 - a réduit les exacerbations, rapport de risques instantanés = 0,73 (0,63-0,84);
 - a réduit d'une ou plus le nombre d'exacerbations chez les patients : 57 % par rapport à 68 %, nombre de sujets à traiter (NST) = 10;
 - a amélioré la qualité de vie de façon importante du point de vue clinique, NST = 15.
 - Effets nocifs : 5 % de plus présentaient une capacité auditive diminuée, et la résistance aux macrolides par suite d'écouvillonnages du nasopharynx a augmenté (81 % par rapport à 41 %).
 - 109 patients atteints d'une MPOC, dont 35 % qui avaient subi trois exacerbations ou plus l'année précédente, ont été randomisés pour recevoir 250 mg d'érythromycine deux fois par jour ou un placebo².
 - L'érythromycine a réduit les exacerbations, ratio des taux = 0,65 (0,49-0,86).
 - Aucune différence n'a été constatée par rapport aux événements indésirables.
 - 1 157 patients atteints de la MPOC et ayant subi deux exacerbations ou plus au cours de l'année précédente ont été randomisés pour recevoir 400 mg de moxifloxacine par jour pendant cinq jours toutes les huit semaines ou un placebo pendant 48 semaines³.
 - Tendance non significative à réduire les exacerbations (rapport de cotes = 0,81, 0,65-1,01)

- Aucun effet sur l'hospitalisation, la mortalité ou la qualité de vie.
- Effets nocifs : nombre accru d'événements indésirables (principalement gastro-intestinaux) découlant du traitement : 9,3 % par rapport à 3,8 %, nombre nécessaire pour nuire (NNN) = 19.
- Revue systématique de sept ECR (3 170 patients)⁴ :
 - Réduction d'une ou plus du nombre d'exacerbations; rapport de cotes = 0,64 (résultats incohérents).
 - Analyse par sous-groupes d'études qui ont eu recours à l'administration continue d'antibiotiques : RC = 0,55, NST = 8 sur une période de 10 mois.
 - La prophylaxie a amélioré la fréquence des exacerbations, le temps avant la première exacerbation et la qualité de vie.
 - Aucun effet sur les admissions à l'hôpital ou la mortalité.
 - La résistance n'a pas été définie ou rapportée d'une manière cohérente.
- D'autres revues systématiques ont fait des constatations semblables⁵⁻⁷, mais l'une d'elles a constaté une réduction du nombre d'admissions (RR = 0,79)⁵.

Contexte

- Les lignes directrices récentes soutiennent le recours à la prophylaxie chez les patients atteints de MPOC modérée à grave qui subissent au moins une exacerbation par année malgré l'utilisation optimale d'inhalateurs⁸ ou indiquent que les avantages n'excèdent pas les risques⁹.
- La réduction des exacerbations est semblable à celle qui a été constatée avec les thérapies par inhalation à action prolongée^{10,11}.
- Les antibiotiques macrolides sont utilisés chroniquement dans le traitement des troubles respiratoires, notamment la fibrose kystique et la bronchiolite chronique¹².
 - L'effet peut être davantage anti-inflammatoire qu'antimicrobien.

Auteurs originaux

G. Michael Allan, M.D., CCMF, et Geetika Verma, M.D., FRCPC

Mise à jour

Adrienne J Lindblad, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D.

Révision

G. Michael Allan, M.D., CCMF

Références

1. Albert RK, Connett J, Bailey WC, *et al.* N Engl J Med. 2011;365 (8):689-698.
2. Seemungal TA, Wilkinson TM, Hurst JR, *et al.* Am J Respir Crit Care Med. 2008;178:1139-1147.
3. Sethi S, Jones PW, Theron MS, *et al.* Respir Res. 2010;11:10.
4. Herath SC, Poole P. Cochrane Database System Rev. 2013;11:CD009764.
5. Donath E, Chaudhry A, Hernandez-Aya LF, *et al.* Respir Med. 2013;107(9):1385-1392.
6. Lee JS, Park DA, Hong Y, *et al.* Int J Tuberc Lung Dis. 2013;17(2):153-162.
7. Ni W, Shao X, Cai X, *et al.* PLoS One. 2015 Mar 26;10(3):e0121257.
8. Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, *et al.* Chest. 2015;147(4):894-942.
9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, 2015. Lien : www.goldcopd.org. Dernière consultation le 30 juin 2015.
10. Wilt TJ, Niewoehner D, MacDonald R, *et al.* Ann Intern Med. 2007;147:639-653.

11. McDonald C. ACP J Club. 2008;148(2):49.
12. Martinez FJ, Curtis JL, Albert R. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2008;3:331-350.

Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à <https://gomainpro.ca/francais/tools-for-practice/>.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada