



LA BRONCHITE AIGUE - TEXTE REVISE -

1. DISCUSSION PRELIMINAIRE

Les infections respiratoires hautes sont à l'origine des trois-quarts des prescriptions d'antibiotiques ambulatoires. La bronchite aiguë est une inflammation aiguë des bronches. La toux est le symptôme principal et peut s'accompagner de fièvre, de douleur thoracique et d'expectoration muqueuse ou mucopurulente. Les virus responsables sont des adénovirus, des coronavirus, le virus de la grippe, le virus respiratoire syncytial, des rhinovirus. Les causes bactériennes beaucoup plus rares sont *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydiae pneumoniae* et *Bordetella pertussis*.

L'OMS, dans son rapport de 2007, a qualifié la résistance des bactéries aux antibiotiques comme un problème de santé publique de première importance. La résistance des bactéries aux antibiotiques est directement liée à la quantité d'antibiotiques prescrits. ⁽¹⁾⁽²⁾ La prescription d'antibiotiques dans les bronchites virales n'est pas indiquée. Le Luxembourg figurait en 2009 parmi les pays à très haute prescription d'antibiotiques ⁽³⁾

Les recommandations suivantes peuvent être proposées

- Le diagnostic d' "Infection aiguë des voies respiratoires supérieures" devrait être utilisé pour décrire une maladie aiguë typiquement virale et dans laquelle des symptômes d'origine rhinosinusale, pharyngienne et bronchique sont typiquement présents mais pas sévères (Evidence de type B) ⁽⁴⁾
- La prescription d'antibiotiques pour des adultes avec une telle infection aiguë des voies respiratoires n'accélère pas la guérison et n'est pas recommandée (Evidence de type A) ⁽⁴⁾
- La présence de sécrétions purulentes d'origine nasale ou bronchique accompagnant fréquemment une infection aiguë des voies supérieures ne prédit pas une infection bactérienne ni un bénéfice d'un traitement par antibiotiques (Evidence de type A) ⁽⁴⁾

2. APPROCHE PRAGMATIQUE DE LA BRONCHITE AIGUE DE L'ADULTE

Définition : adulte < 70 ans, présentant une maladie aiguë avec une toux, avec ou sans expectoration muqueuse ou purulente. Cette maladie dure depuis moins de 2 semaines. Sont exclus les adultes avec une maladie grave chronique, cardiaque, rénale, hépatique, cancérologique, immunitaire. ⁽⁴⁾

Dans cette situation il faut distinguer entre infection bactérienne et virale en se basant sur les signes présentés par les patients.

En se basant sur 4 critères facilement accessibles :

- le rythme cardiaque < 100 par minute
- le rythme respiratoire < 24 par minute
- la température < 38°
- l'auscultation pulmonaire normale



Si ces 4 critères sont réunis la bronchite est probablement virale et la prescription d'antibiotiques n'est pas indiquée.

Dans les cas suivants le médecin doit être recontacté :

- aggravation de la symptomatologie dans les 3-5 jours qui suivent
- apparition de nouveaux symptômes
- non amélioration des symptômes après 14 jours

Une réévaluation immédiate s'impose en cas de

- détresse respiratoire supérieure (stridor, dysphagie)
- détresse respiratoire inférieure (dyspnée)
- céphalées sévères

3. DISCUSSION COMPLEMENTAIRE

Pour les patients ne remplissant pas les 4 critères (comme une fièvre à 38°4 par exemple) une mesure de CRP peut être proposée ⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾. Une valeur normale de la CRP plaide contre une infection bactérienne et la prescription d'antibiotiques peut être évitée. Une CRP > 4x la normale est généralement associée à une infection bactérienne.

Notons encore qu'il est toujours utile d'informer le patient qu'une maladie virale dure en général entre 7 à 14 jours.

4. REFERENCES

⁽¹⁾ Goossens H et Ferech M et Vander Stichele R et Elseviers M. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross national database study, Lancet 2005; 365 (9459): 579-87.

⁽²⁾ Arias CA and Murray BE. Antibiotic-Resistant Bugs in the 21st Century- A Clinical Super-Challenge. NEJM 360; 2009:439-43

⁽³⁾ <http://app.esac.ua.ac.be/public/>

⁽⁴⁾ « Position Paper » adopté par le Center for Disease Control and Prevention et approuvé par l'American Academy of Family Physicians, l'American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, et l'Infectious Disease Society of America. (Ann.Intern Med 2001 ; 134 :479-529)

⁽⁵⁾ Melbye H et Hvidsten D et Holm A et al. The course of C-reactive protein response in untreated upper respiratory tract infection . British Journal of General Practice; 2004, 54, 653-658

⁽⁶⁾ Rausch S, Flammang M, Haas N et al: C-reactive protein to initiate or withhold antibiotics in acute respiratory tract infections in adults, in primary care: review Bull.Soc.Sci.Med. p79-87;No 1/2009



⁽⁷⁾ Cals JWL et Hopstaken RM et Butler CC et Hood K et Severens JL et Dinant GJ. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: BMJ 2009 May 5; 338:b1374.

Groupe de travail

Rédaction :

Dr Siggy RAUSCH
Dr Thérèse STAUB (expert externe)

Membres :

Dr Vic AREND (expert externe)
Dr Guy KOLWELTER (expert externe)
Dr Eugène PANOSETTI (expert externe)