



Conseil Scientifique
Domaine de la Santé

PRISE EN CHARGE DE LA BRONCHITE AIGUË CHEZ L'ADULTE



EN MILIEU AMBULATOIRE

MISE À JOUR 2020

AVERTISSEMENT

La présente recommandation a été élaborée avant l'émergence du coronavirus SARS-COV-2 et ne traite pas la prise en charge de COVID-19. Elle est valable pour les cas cliniques non COVID-19.

Message-clé

Dans la plupart des cas, **les antibiotiques doivent être évités** dans les bronchites aiguës de l'adulte immunocompétent de moins de 70 ans et en l'absence de BPCO. (Recommandation forte)

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

- La bronchite aiguë est l'infection respiratoire la plus fréquente en médecine générale. Dans 90 à 95% des cas, l'origine est virale.
- Les bronchites aiguës bactériennes sont généralement provoquées par des bactéries peu virulentes et guérissent spontanément endéans une à trois semaines. Une toux peut cependant persister plus longtemps.
- La toux constitue le critère de diagnostic principal. La présence ou l'absence d'expectorations n'est pas significative pour le diagnostic et le traitement, à moins qu'il ne s'agisse d'expectorations sanguinolentes.
- Les symptômes secondaires peuvent être multiples et ne sont pas spécifiques d'une bronchite aiguë : altération de l'état général (fatigue, myalgies), participation des voies respiratoires supérieures, comme rhinorrhée, pharyngite, etc.
- Devant ce type de symptômes, le souci du médecin généraliste est d'exclure une pneumonie (atypique ou non). **Une pneumonie est improbable chez un patient adulte de moins de 70 ans qui n'a pas de maladie chronique grave (p.ex. BPCO, asthme sévère, insuffisance cardiaque sévère, traitement par chimiothérapie, déficiences immunitaires etc.) et qui ne présente aucun des symptômes d'appel suivants :**
 - Une fréquence cardiaque > 100 battements par minute
 - Un rythme respiratoire > 24 respirations / min,
 - Une fièvre > 38°
 - Une auscultation anormale, c.-à-d. avec présence de foyers, les bronchospasmes étant acceptés comme un symptôme possible de bronchite banale virale.

(Recommandation forte)

PRISE EN CHARGE DE LA BRONCHITE AIGUË CHEZ L'ADULTE

- Certains tests de laboratoires ont une sensibilité et une spécificité suffisamment bonnes pour guider le diagnostic en deuxième intention, surtout en milieu hospitalier. La CRP a une certaine utilité : si elle est ≤ 20 mg/l, une infection virale est très probable. En l'absence de signes de gravité, le traitement des bronchites aiguës est symptomatique (hydratation suffisante, repos, antitussifs, éventuellement bêta-2-agonistes...).

- **Une antibiothérapie n'est pas indiquée dans ce contexte (Recommandation forte, niveau de preuve élevé).**

Malheureusement, les statistiques montrent qu'en réalité, la prescription abusive d'antibiotiques reste très élevée. Les explications habituelles de cette sur prescription sont :

- Au niveau des médecins : la crainte d'être en présence d'une infection grave à un stade précoce, avec des symptômes peu spécifiques et peu fiables ;
- Au niveau des patients : l'attente exagérée d'un traitement efficace, permettant une amélioration rapide et évitant une aggravation de l'état.

Rappelons quelques stratégies ayant fait leur preuve pour diminuer le recours aux antibiotiques :

- Des études ont montré une diminution de 30% ou plus de prescriptions d'antibiotiques en utilisant une communication empathique et motivationnelle.
 - Des feuillets d'information pour le patient, avec informations claires sur la nature bénigne des infections virales, ont également montré leur utilité.
 - L'utilisation d'un vocabulaire rassurant et non anxiogène (p.ex. « infection virale » et non pas « infection des bronches »).
 - La postposition de l'antibiothérapie, en informant le patient des symptômes suffisamment graves pour envisager la prise d'antibiotiques, p.ex. une fièvre élevée, des crachats sanguinolents, une altération brusque de l'état général.
 - La prise de conscience de la part du médecin que le départ de son patient est improbable, des études ayant montré que la satisfaction du patient dépend principalement de la qualité de la relation avec son médecin.
- Une antibiothérapie empirique peut être envisagée chez les patients à haut risque, tels que les patients présentant un tableau clinique inquiétant, les patients oncologiques ou immunodéprimés, les patients âgés multi-morbides etc. (Recommandation faible)
 - Une antibiothérapie est indiquée lorsqu'une pneumonie bactérienne est suspectée (Recommandation forte). Voir le chapitre sur la mise au point d'une suspicion de pneumonie en ambulatoire, et les recommandations spécifiques.

ANNEXES

Sources générales consultées

- Appropriate antibiotic use for acute respiratory tract infection in adults: Advice for high-value care from the American College of Physicians and the Centres for Disease Control and Prevention. Harris A.M. et al., Ann. Intern. Med. 2016; 164:425-434.
- Guide belge du traitement infectieux en pratique ambulatoire. Infections respiratoires : Nouvelles recommandations 2019. BAPCOC.

Références spécifiques

1. 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
2. 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
3. GonzalesR, BartlettJG, BesserRE, CooperRJ, HicknerJM, HoffmanJR. et al American Academy of Family Physicians. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of uncomplicated acute bronchitis: background. Ann Intern Med 2001 ;134 :521-9
4. LlorC, MoragasA, BayonaC, MorrosR, PeraH, Plana-RipollO. et al. Efficacy of anti-inflammatory or antibiotic treatment in patients with non-complicated acute bronchitis and discoloured sputum: randomised placebo controlled trial. BMJ 2013 ;347 :f5762
5. SmithSM, FaheyT, SmucnyJ, BeckerLA. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev 2014 :3 :CD000245
6. PhillipsTG, HicknerJ. Calling acute bronchitis a chest cold may improve patient satisfaction with appropriate antibiotic use. J Am Board Fam Pract 2005 :18 :4596
7. Mangione-SmithR, ZhouC, RobinsonJD, TaylorJA, ElliottMN, HeritageJ. Communication practices and antibiotic use for acute respiratory tract infections in children. Ann Fam Med 2015 ;13 :2217
8. Arroll B, Kenealy T, Kerse N. Do delayed prescriptions reduce the use of antibiotics for the common cold? A single-blind controlled trial. J Fam Pract 2002 Apr;51 :324-8.

Grades de recommandation et niveaux d'évidence.

Cf. Méthodologie du Conseil scientifique

GROUPE DE TRAVAIL

GT Antibiothérapie ambulatoire :

Dr Vic ARENDT, médecin spécialiste en médecine interne, orientation maladies infectieuses, CHL

Dr Maria BARTH, médecin généraliste en cabinet privé

M. Marcel BRUCH, pharmacien, Direction de la Santé et membre du Conseil scientifique

M. Yves BRUCH, pharmacien, Contrôle médical de la sécurité sociale et membre du Conseil scientifique

Dr Eugène PANOSETTI, médecin-spécialiste en ORL, CHL

Dr Siggy RAUSCH, médecin généraliste en cabinet privé

Dr Thérèse STAUB, coordinatrice du groupe de travail, médecin spécialiste en médecine interne, orientation maladies infectieuses, CHL

Dr Gérard SCHOCKMEL, médecin spécialiste en médecine interne, orientation maladies infectieuses, Hôpitaux Robert Schuman

Les membres du GT ont déclaré les conflits d'intérêt éventuels en relation avec la thématique de cette recommandation.

Secrétariat du Conseil Scientifique
conseil-scientifique.public.lu | csc@igss.etat.lu
B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86284 | F +352 247-86225