

Exacerbation aigue de BPCO

Procédure régionale

Journée du RENAUI 08 juin 2018

RENAIR

V. Peigne – Réanimation CHMS

Une nouvelle procédure

- Basée sur les recommandations SPLF et GOLD
- Issue d'échanges entre membres du RENAIR
- Validée par la CS
- Objectif : cadre commun de prise en charge, pas trop rigide car situations cliniques et contextes hétérogènes
 - Orientation
 - Graduer les différentes interventions



ORIENTATION
(EN L'ABSENCE DE LIMITATION THERAPEUTIQUE)

Evaluation clinique
GDS, RP, NFS, ionogramme, ECG
Recherche facteur déclenchant
Recherche directive anticipée

Facteurs de gravité :

- urée > 8,9 mmol/l
- état de conscience (GCS initial <14, confusion)
- fréquence cardiaque ≥ 110 bpm

Si âge < 85 ans, dyspnée à l'état basal < stade 4 ou 5 (MRC) *

ET BPCO non grave (pas d'oxygénothérapie de longue durée, pas d'exacerbations répétées)

ET déambulation possible sans dyspnée majeure, SpO₂ > 88 % au repos

ET examens paracliniques satisfaisants

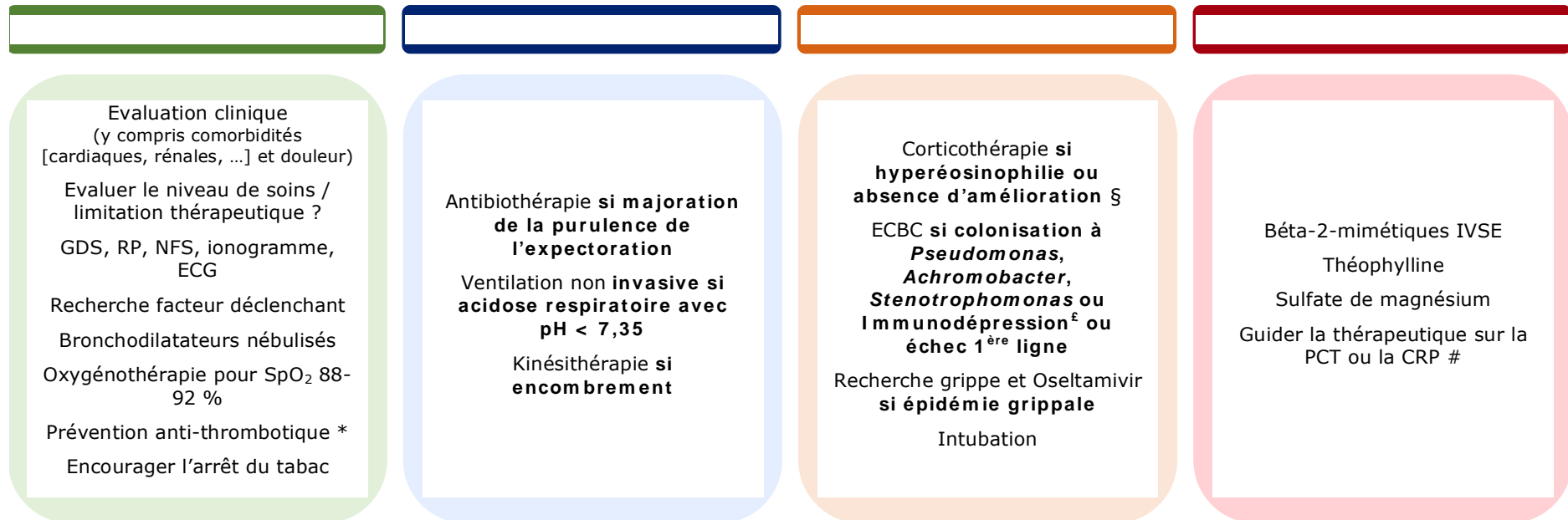
ET possibilité de consultation auprès d'un médecin dans les

Pas de facteur de gravité
ET pH > 7,35
ET Glasgow 15

Un facteur de gravité
OU pH compris entre 7,25 et 7,35
ET Glasgow ≥ 11
ET Pas de défaillance hémodynamique
ET Polypnée < 35 cycle/min

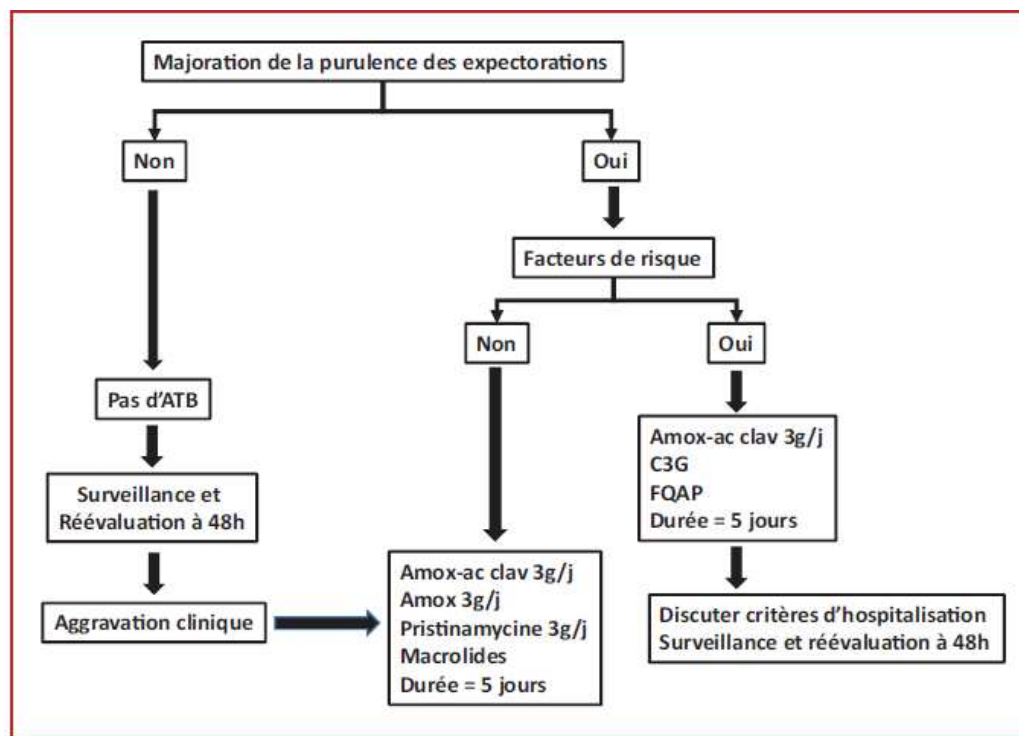
Au moins deux facteurs de gravité
OU pH ≤ 7,25
OU Glasgow < 11
OU Défaillance hémodynamique associée
OU Polypnée > 35 cycles/min

PRI SE EN CHARGE



- Bronchodilatateurs : Bronchodilatateurs inhalés de courte durée d'action : B2+ (2,5 à 5 mg, max 4/jour) avec association éventuelle à des anticholinergiques : ipratropium (0,5 mg, max 3/j)
- * Prévention anti-thrombotique si hospitalisation
- Antibiothérapie : cf page suivante
- VNI possible en l'absence d'acidose respiratoire si détresse respiratoire ou signes d'épuisement
- § Corticothérapie : pas plus de 40 mg de prednisone, pas plus de 5 jours (voie orale à privilégier)
- £ Immunodépression : traitements immunosuppresseur au long cours (>3 mois) ou stéroïdes à forte dose (>0,5 mg/kg/j) ; greffe d'organe solide ; tumeur solide ; hémopathie maligne ; autre déficit immunitaire connu
- # Si le diagnostic d'exacerbation aigue de BPCO est retenu, PCT et CRP n'ont pas d'intérêt pour la prise en charge thérapeutique
- Penser à la réhabilitation respiratoire en prévention secondaire

ANTI BIOTHERAPIE



Facteurs de risque : (VEMS < 50 % de la valeur prédite, plus de deux exacerbations par an, cardiopathie ischémique, oxygénothérapie à domicile, corticothérapie orale chronique).

C3G : céphalosporine de 3^{ème} génération ; FQAP : fluoroquinolone anti-pneumococcique

EN CAS DE RETOUR A DOMICILE A PARTIR DES URGENCES

- Fournir au patient un courrier pour le médecin traitant, qui devra réévaluer le patient dans les 48-72 heures, comportant les mentions suivantes
 - Proposer une corticothérapie orale si pas d'amélioration (maximum 40mg/jour pendant 5 jours)
 - Vérifier les vaccinations anti grippale et anti pneumococcique
 - Proposer une réhabilitation respiratoire dans le mois suivant l'exacerbation
 - Hospitalisation recommandée si aggravation
- Ordonnance de sortie :
 - Poursuite du traitement de fond
 - Bronchodilatateurs inhalés de courte durée d'action (beta2mimétiques et /ou anticholinergiques), administrés via une chambre d'inhalation. Par exemple terbutaline ou salbutamol + bromure d'ipratropium, 10 bouffées au travers d'une chambre d'inhalation, 3 fois par jour
 - Antibiothérapie si majoration de la purulence des crachats, selon algorithme précédent, pendant 5 jours.
 - Kinésithérapie respiratoire de désencombrement des voies respiratoires, si nécessaire

Et maintenant ?

- Présentation, diffusion et évaluation de cette procédure
- Prochaine cible pour le RENAIR : le post-exacerbation