



**ORIENTATION**  
**(EN L'ABSENCE DE LIMITATION THERAPEUTIQUE)**

**Urgences**  
**(Valeurs les plus péjoratives lors du passage au SAU)**

Evaluation clinique  
GDS, RP, NFS, ionogramme, ECG  
Recherche facteurs déclenchants  
Recherche directives anticipées

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, SpO<sub>2</sub> > 88 % au repos

**ET** examens paracliniques satisfaisants

**ET** possibilité de consultation auprès d'un médecin dans les 2-3 jours après la sortie.

**Domicile**

Pas de facteur de gravité

**ET** pH > 7,35

**ET** Glasgow 15

**Pneumologie**

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

**Soins continus**

Au moins deux facteurs de gravité

**OU** pH ≤ 7,25

**OU** Glasgow < 11

**OU** Défaillance hémodynamique associée

**OU** Polypnée > 35 cycles/min

**Réanimation**

\* MRC 4 : dyspnée interrompant la marche avec périmètre < 90 m / MRC 5 : dyspnée en s'habillant / se déshabillant ou empêchant de quitter le domicile

## PRISE EN CHARGE

### TOUJOURS

Evaluation clinique  
(y compris comorbidités  
[cardiaques, rénales, ...] et douleur)

Evaluer le niveau de soins /  
limitation thérapeutique ?

GDS, RP, NFS, ionogramme,  
ECG

Recherche facteurs  
déclenchants

Bronchodilatateurs nébulisés  
Oxygénothérapie pour SpO<sub>2</sub> 88-  
92 %

Prévention anti-thrombotique \*  
Encourager l'arrêt du tabac

### SOUVENT

Antibiothérapie **si majoration  
de la purulence de  
l'expectoration**

Ventilation non **invasive si  
acidose respiratoire avec  
pH < 7,35**

Kinésithérapie **si  
engorgement**

### PARFOIS

Corticothérapie **si  
hyperéosinophilie ou  
absence d'amélioration** §

ECBC **si colonisation à  
*Pseudomonas*,  
*Achromobacter*,  
*Stenotrophomonas* ou  
Immunodépression<sup>£</sup> ou  
échec 1<sup>ère</sup> ligne**

Recherche grippe et Oseltamivir  
**si épidémie grippale**

Intubation

### JAMAIS

Béta-2-mimétiques IVSE

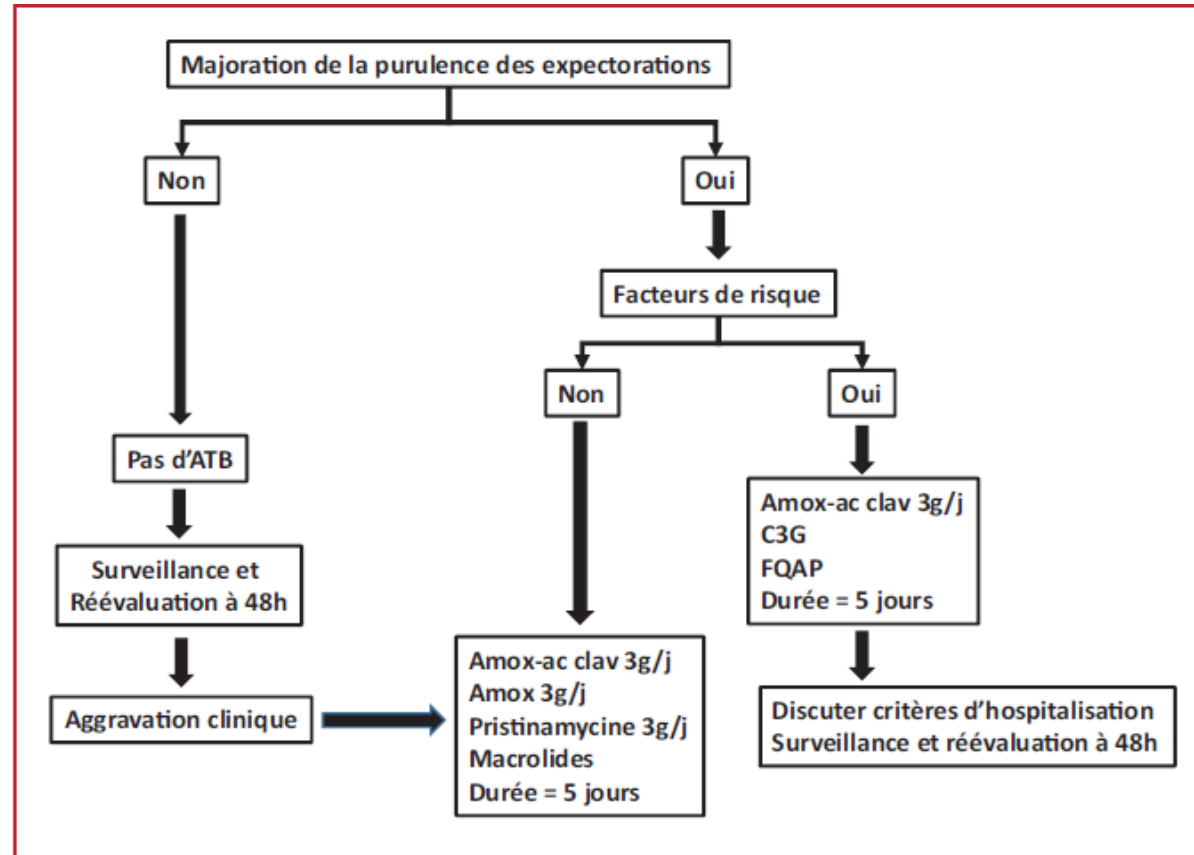
Théophylline

Sulfate de magnésium

Guider la thérapeutique sur la  
PCT ou la CRP #

- 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 aiguë 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

## ANTIBIOTHERAPIE



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<sup>ème</sup> 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