

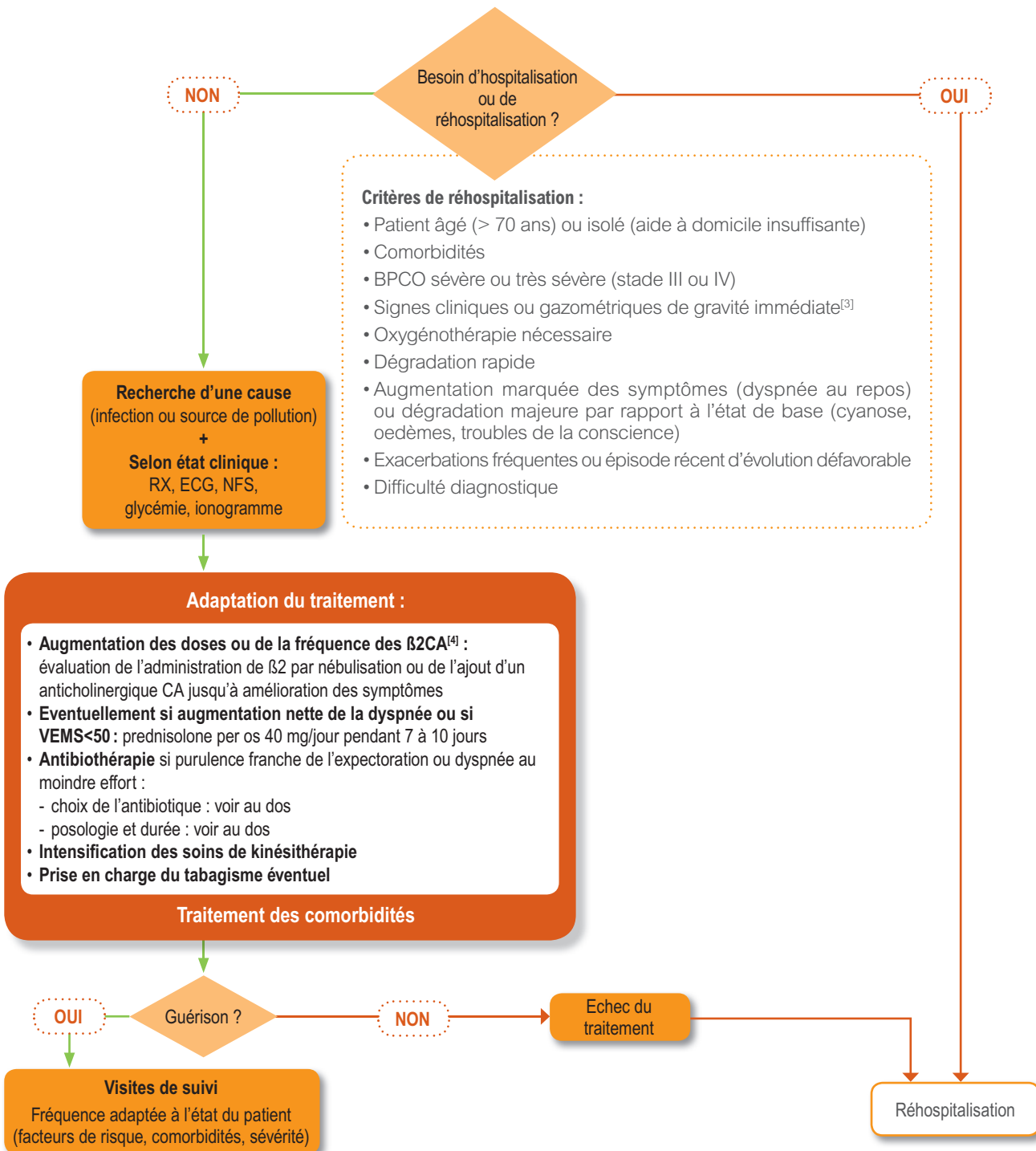


RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

Suivi en ville après hospitalisation pour exacerbation de BPCO^[1] Conduite à tenir en cas de signes d'aggravation

après avis de la HAS^[2]

Adaptation du traitement et conditions de décision de réhospitalisation





Indications, choix et posologie de l'antibiothérapie en cas d'exacerbation

La durée du traitement antibiotique de l'exacerbation de BPCO, hors durées précisées dans le tableau qui suit, est classiquement de 7 à 14 jours (10 jours en moyenne).

Stade clinique de la BPCO évalué en dehors de toute exacerbation		Indications à l'antibiothérapie	Choix et posologie de l'antibiotique (1 seul au choix) Compte tenu des études, aucune hiérarchisation des molécules n'a pu être établie au sein de chaque groupe.	
En l'absence de résultats d'EFR ^[5]	Résultats d'EFR ^[5] connus			
Absence de dyspnée	VEMS > 50%		Pas d'antibiotique	
Dyspnée d'effort	VEMS < 50%	Uniquement si expectoration verdâtre franchement purulente	Amoxicilline :	1g x 3/j (per os)
			Céfuroxime axétil :	250 mg x 2/j (per os)
			Cefpodoxime proxétil* : ou Céfiotam exétil* :	200 mg x 2/j (per os) 400 mg x 2/j (per os)
			Macrolide :	Azithromicine (per os) : 500 mg le 1er jour puis 250 mg les 4 jours suivants ou Erythromycine : 1g x 3 à 4/j (intraveineux) ou 1g x 3/j (per os) ou Clarithromicine (per os) : 500 mg x 2/j (cp standard) ou 1g x 1/j pdt 5 j (libération prolongée) ou Josamycine (per os) : 1g x 2/j ou Roxithromycine (per os) : 150 mg x 2/j ou Spiramycine (intraveineux)
			Pristinamycine :	1g x 3/j au moment des repas pdt 4 j (per os)
			Télithromycine :	800 mg x 1/j pdt 5 jours (per os)
Dyspnée de moindre effort ou dyspnée de repos	VEMS < 30%	Antibiothérapie systématique + Recherche des autres causes d'exacerbation de la dyspnée	Amoxicilline/acide clavulanique : ou céphalosporines 3^e génération : ou fluoroquinolone : antipneumococcique	Per os (rapport 8/1) : 1g x 3/j (dose exprimée en amoxicilline) Ceftriaxone (IV/IM/SC) : 1 à 2 g x 1/j pdt 5 jours Céfotaxime (intraveineux) : 1 à 2g x 3/j Lévofloxacine (per os) : 500 mg x 1/j Moxiflacin (per os) : 400 mg x 1/j

*L'émergence de souches sécrétrices de bêtalactame dans la communauté devrait faire limiter leur utilisation.

La survenue d'un échec thérapeutique d'une antibiothérapie bien conduite impose :

- d'éliminer une infection parenchymateuse par la radiographie de thorax ;
- de rechercher une infection due à *P. aeruginosa* chez les patients présentant une BPCO évoluée.

[1] Broncho-pneumopathie obstructive chronique.

[2] www.has-sante.fr

[3] **Signes respiratoires :** dyspnée de repos, cyanose, SpO₂ < 90 %, usage des muscles respiratoires accessoires, respiration abdominale paradoxale, FR > 25/min, toux inefficace ;

Signes cardiovasculaires : tachycardie > 110/min, troubles du rythme, hypotension, marbrures, oedèmes des membres inférieurs ;

Signes neurologiques : agitation, confusion, obnubilation, coma, asterixis ;

Gaz du sang : aggravation par rapport à des données antérieures ou hypoxémie < 55 mmHg (7,33 kPa) + hypercapnie > 45 mmHg (6 kPa) + acidose ventilatoire.

[4] Béta 2 mimétique de courte durée d'action.

[5] Exploration fonctionnelle respiratoire.