

Exacerbation de BPCO

DR F. KERIOU

Définition

L'exacerbation est un événement survenant dans l'histoire naturelle de la BPCO caractérisée par l'augmentation de la dyspnée, de la toux et/ou des volumes de l'expectoration supérieure aux variations de ces symptômes d'un jour à l'autre, de début brutal et nécessitant une modification du traitement habituelle.

Diagnostic

Si BPCO est connue, le diagnostic de l'exacerbation est facile.

Si BPCO méconnue, le diagnostic est difficile. Il faut d'abord penser à une BPCO (40 ans ou > présentant des facteurs de risque) avant de penser à une exacerbation.

En effet, l'exacerbation est un mode de révélation fréquent de BPCO.

L'interrogatoire doit préciser :

- L'âge
- Les facteurs de risque : surtout tabac, exposition professionnelle ou domestique...
- Symptômes : toux, expectoration, dyspnée évoluant dans un mode chronique. Les 3 symptômes peuvent être associés ou isolés.

Examen clinique : doit rechercher **les signes de gravité** qui sont :

- **Respiratoires :**
 - Cyanose
 - Tirage : intercostal, ou du muscle sternocléidomastoïdien
 - Respiration abdominale paradoxale .
- **Cardiovasculaires :**
 - Instabilité hémodynamique : pics hypertensifs ou hypotensifs.
 - Insuffisance cardiaque droite : signes d'HVD + œdèmes
- **Neurologiques :**
 - Agitation : causée par l'hypercapnie
 - Confusion
 - Troubles de la vigilance : somnolence
 - Coma

Examens complémentaires

- Ne jamais faire une spirométrie pendant l'exacerbation (faute médicale).
- Gazométrie :
- SaO₂ < 90% → PaO₂ < 60 mmHg = hypoxémie sévère imposant l'hospitalisation immédiate.

- Une PaCO₂ 45-60 mmHg = hypercapnie avec pH < 7.36 (hypercapnie + acidose) → hospitalisation en réanimation.
- Rx du thorax :

Si l'état du patient le permet.

Radio peut être normal

Montre des signes de BPCO

Ou permet de faire le diagnostic différentiel de l'exacerbation.

- NFS
- Hémoculture si fièvre.
- ECG : indispensable pour faire le diagnostic différentiel de l'exacerbation

Classification de l'exacerbation

Légère :

Impose l'augmentation de l'utilisation des bronchodilatateurs de courte durée d'action qu'on appelle les SABA (short action bronchodilators). N'impose pas l'hospitalisation du patient

Modérée :

Impose l'utilisation d'ATB et/ou des corticoïdes en plus des SABA. En effet , les ATB sont indiqués en cas de purulence des crachats avec de la fièvre > 4jours.

Impose l'hospitalisation du patient.

Sévère :

Impose l'hospitalisation du patient, par la présence d'emblé de signes de gravité (sus-cités) ou par l'échec du traitement d'une exacerbation légère ou modérée.

Plan d'action :

Rechercher les signes de gravité et mesurer la saturation → si présence d'un seul signe ou plus de gravité ou bien saturation < 90% → l'exacerbation sera classée sévère → imposant l'hospitalisation.

Si pas de signes de gravité → l'exacerbation est classée légère imposant l'augmentation des SABA → contrôle dans les 48 à 72h du patient , si aggravation de son état → elle sera classée modérée à sévère imposant l'hospitalisation du patient.

Etiologies

➤ Infections:

- Surinfection bronchique. Virale (dans 50-60%) ou bactérienne (30-40%), à germe atypique (5-10%). Radio normale ou subnormale. C'est la plus fréquente

➤ Ecart thérapeutique (absence de traitement de fond) :

- BPCO non diagnostiquée
- Patient ne prend plus ces médicaments

➤ Pic de pollution : exemple vent de sable, feux de forêts...

Diagnostic différentiel de l'exacerbation

C'est **l'aggravation de l'état de base d'un patient BPCO** qui peut être dû à une complication telle que :

- Pneumopathie
- Pneumothorax : drainage d'emblée dans le contexte d'une exacerbation de BPCO.
- Embolie pulmonaire, IDM etc.

Prise en charge thérapeutique En ambulatoire : (Exacerbation légère)

Augmenter les SABA et contrôler le patient après 48 à 72 heures

Prise en charge hospitalière : (modérée, sévère)

Modérée :

- oxygénothérapie 1,5 l/min en discontinue pour éviter la dépression des centres respiratoires (les centres respiratoires des insuffisants respiratoires chroniques sont insensibles à la PaCO₂ à cause de l'hypercapnie chronique → forte PaO₂ = dépression des centres respiratoires)
- Bronchodilatateurs SABA (courte durée d'action)
- Antibiothérapie : si fièvre et expectoration purulente
- Corticothérapie systémique (voie orale, IM, IV) n'est pas donnée systématiquement. 40 mg/j pendant 5 jours. (les corticoïdes ont des effets indésirables sur les patients présentant des comorbidités : diabète, HTA, obésité, dépression, ulcère gastrique ...)
- Les antitussifs et les sédatifs sont contre-indiqués. Pas d'antitussifs chez un patient avec toux grasse = dépression de la toux = provoquer un encombrement bronchique. Les sédatifs d'action centrale vont déprimer les centres respiratoires.

Sévère :

Même prise en charge que l'exacerbation modérée + ventilation non-invasive voir l'intubation du patient si le patient ne répond pas à la ventilation.