



Les exacerbations de BPCO

Dr Djenfi Pr Djebbar 2015

INTRODUCTION

Une des principales complications de la BPCO qui survient dans tous stades de gravité.

C'est une cause majeure de morbi-mortalité et de dépenses de santé.

Cette situation va empirer dans les 20 à 30 années qui viennent du fait de

- ↗ de prévalence BPCO
- Vieillesse de la population.

DEFINITIONS

1. L'exacerbation:

C'est la majoration des symptômes respiratoires au-delà des variations quotidiennes (en pratique, d'une durée \geq 48h ou justifiant une modification thérapeutique)

Les critères couramment utilisés sont :

- l'augmentation de la dyspnée
- l'augmentation de la toux
- l'augmentation du volume de l'expectoration
- modification de l'expectoration (aspect purulent)

2. Décompensation (ou d'exacerbation sévère) :

C'est une exacerbation qui peut mettre en jeu le pronostic vital

3. Fréquence

- les patients atteints de BPCO stade 2-4 ont en moyenne 1-2 exacerbations par année
- La majorité des exacerbations ne sont pas rapporté par les patients

LES CAUSES DES EXACERBATIONS :

- **L'origine infectieuse** représente 80% des étiologies, l'infection virale est responsable de 50 à 60% des cas alors que les bactéries et les germes atypiques sont impliqués respectivement dans 30 à 40% et 5 à 10% des cas.
- D'autres causes peuvent être incriminées, comme **certaines comorbidités** qui peuvent être sources de décompensation. Elles doivent être recherchées systématiquement (dysfonctionnement du VG, maladie thromboembolique, troubles du sommeil).
- **Les complications** : insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire, pneumothorax.
- **L'insuffisance de traitement de fond** de la BPCO (non observance, traitement inadapté).
- **Les facteurs environnementaux** (pollution).

Si les facteurs environnementaux ne représentent pas une cible thérapeutique, les autres étiologies imposent leur reconnaissance en urgence et un traitement spécifique. L'origine infectieuse est la plus importante, sachant que la fièvre ne permet pas à elle seule d'évoquer l'infection bactérienne, mais sa persistance au-delà du 4^e jour peut l'évoquer.

DIAGNOSTIC DE L'EXACERBATION

BPCO connue : le diagnostic d'une exacerbation ou d'une décompensation est aisé.

BPCO méconnue : la notion de tabagisme et d'une symptomatologie ancienne évocatrice de bronchopathie chronique oriente le diagnostic vers l'exacerbation de BPCO.



SEVERITE DE L'EXACERBATION

On distingue ainsi 3 degrés de sévérité d'une EA

- **Légère** : 80% des cas qui doivent être traités en ambulatoire;
- **Modérée** : 10 à 15% des cas qui doivent être hospitalisés dans un service de médecine;
- **Sévère** : 5% des cas qui nécessitent une admission en unité de soins intensifs.

Interrogatoire

- Dyspnée : d'aggravation récente associée à un sifflement, à une oppression thoracique.
- Toux productive exacerbée lors de l'épisode aigu.
- Expectoration abondante purulente en cas d'infection.
- Fièvre en cas d'infection.
- L'interrogatoire doit rechercher aussi une comorbidité.

Examen physique :

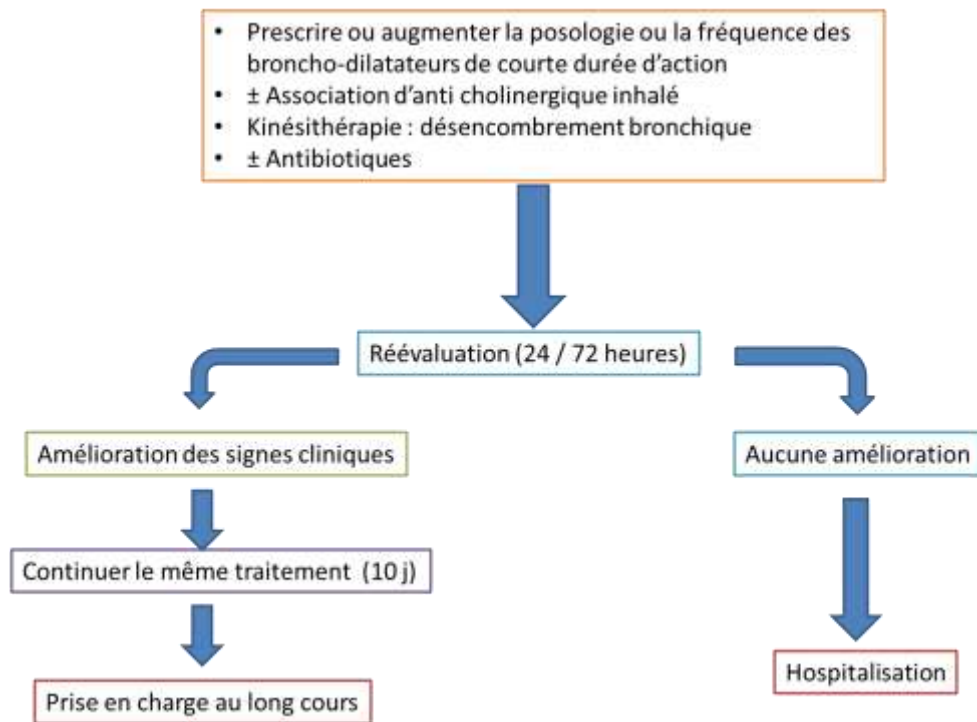
- A la recherche des signes :
 - **Respiratoires**
 - **Cardiovasculaires**
 - **Neurologiques.**
- **La mesure du DEP.**
- **La gazométrie** (si possible) sinon SaO₂.

Les signes de gravité :

Examen clinique	Signes respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> • Cyanose • FR > 25c/mn • Toux inefficace • Mise en jeu des muscles respiratoires accessoires • Respiration abdominale paradoxale • SaO₂ < 90%
	Signes cardiaques	<ul style="list-style-type: none"> • FC > 110 b/mn • Hypotension • Œdème des membres inférieurs • Trouble du rythme • Marbrure
	Signes neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Agitation • Confusion • Obnubilation • Coma
Gazométrie		<ul style="list-style-type: none"> • PaO₂ < 60mmHg alarmant si < 45mmHg • PaCO₂ > 45mmHg alarmant si > 60mmHg • PH < 7,30

Prise en charge Thérapeutique

La majorité des exacerbations est prise en charge en ambulatoire en informant le patient et son entourage sur les signes de gravité qui doivent les inciter à re-consulter en urgence après 24 à 72 heures de traitement.



+ Seront hospitalisés :

- Les malades présentant des signes de gravité immédiate.
- Les sujets à risques de décompensation grave.
- les échecs du traitement ambulatoire.

+ Situation de risque d'apparition d'IRA

» Maladie de fond sévère :

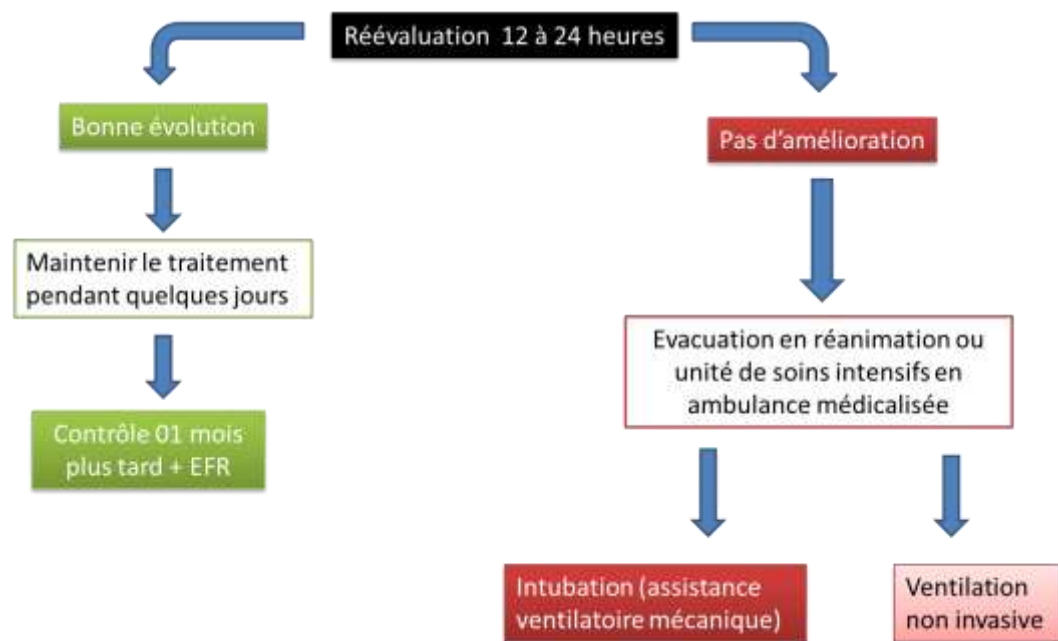
- BPCO stade III, IV
- Age >70 ans
- Comorbidité significative (cardiaque, obésité, trouble du sommeil)
- Dénutrition (poids < 85 % du poids idéal)
- 03 exacerbations par an
- Confinement à domicile
- Colonisation par germes résistants
- Corticothérapie systémique au long cours
- Oxygénothérapie au long cours
- Hypoxémie < 55 mm Hg
- Hypercapnie > 45 mm Hg

» Possibilité de pneumonie, pneumothorax, cardiopathie gauche, embolie

» Existence d'un épisode récent d'évolution défavorable

+ A l'hôpital la prise en charge consiste à assurer :

- Désencombrement bronchique : libération des voies aériennes
- O₂ : 1,5 L/mn à 2 L/mn en discontinu
- B2 mimétiques inhalés à CDA :
- En aérosol doseur dans une chambre d'inhalation jusqu'à 12 bouffées
- En nébulisation
- ± Anti cholinergiques inhalés
- CTC systémique
- ± Antibiotiques
- Anticoagulation : préventive
- Trt d'une cause identifiée : pneumonie, pneumothorax, IVG



+ Examens à pratiquer en cas de décompensation (à l'hôpital) :

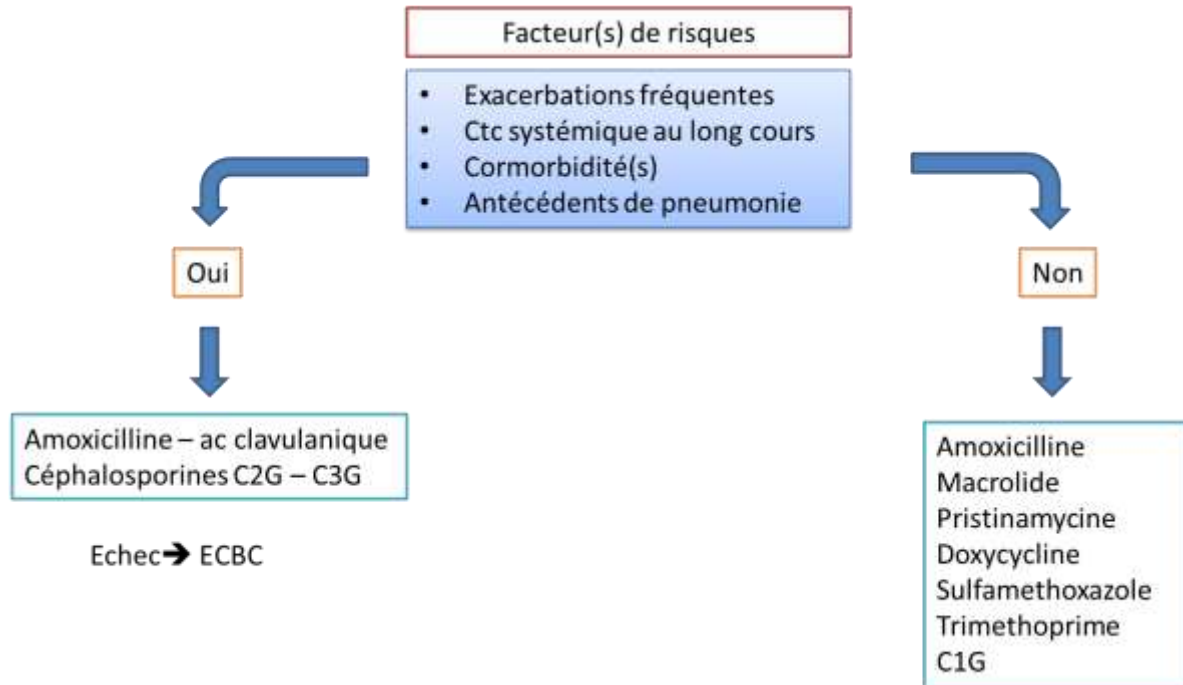
- GDS.
- Rx thoracique.
- ECG.
- NFS, ionogramme, fonction rénale, glycémie, bilan protidique.
- Recherche bactériologique (germes banaux) par fibro aspiration protégée en cas d'échec d'une antibiothérapie initiale.
- Recherche de BK (examen direct + culture) en cas d'image radiologique évocatrice de tuberculose.

+ ATB : Un traitement antibiotique **probabiliste** est indiqué :

- Franche purulence des crachats associée à une fièvre évoluant > au-delà de 04 jours.

+ Quel ATB choisir ?

En pratique, dans la grande majorité des situations, si l'antibiothérapie est indiquée, elle est probabiliste. Leur indication est posée devant une exacerbation d'origine bactérienne



LE PRONOSTIC :

- Les exacerbations avec hospitalisations dans les 12 derniers mois sont un facteur de risque de mortalité.
- La fréquence annuelle des exacerbations sévères (≥ 3) serait également un facteur de mauvais pronostic