

# 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 :
- SaO<sub>2</sub> < 90% → PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg = hypoxémie sévère imposant l'hospitalisation immédiate.

- Une PaCO<sub>2</sub> 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 PaCO<sub>2</sub> à cause de l'hypercapnie chronique → forte PaO<sub>2</sub> = 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.