

EXACERBATION / DECOMPENSATION DE BPCO

Exacerbation : majoration de la dyspnée, de la toux, du volume et/ou de la purulence des expectorations

Décompensation : exacerbation susceptible d'engager le pronostic vital

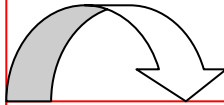
Critères d'hospitalisation

(d'après les recommandations de SPLF 2003)

Soit **Exacerbation** mais **Inefficacité de la prise en charge ambulatoire**

Soit **Décompensation** en rapport avec

1. présence de signe de gravité (cf ci-joint)
2. prise en charge à domicile impossible (isolement social)
3. possibilité de pneumothorax, pneumopathie, embolie pulmonaire, OAP...
4. cofacteurs de gravité
 - dégradation rapide ou majeure par rapport à l'état de base
 - BPCO stade IIb ou III (voir **annexe I**)
 - >3 exacerbations dans l'année
 - colonisation par des germes résistants
 - $pO_2 < 55$ mmHg de base et/ou $pCO_2 > 45$ mmHg
 - dénutrition
 - corticothérapie systémique
 - âge > 70 ans
 - comorbidités (cardiaque/obésité morbide)
5. épisode aigu récent d'évolution défavorable



Les **signes de gravité** suivants (ou leur apparition sous traitement) doivent faire craindre une décompensation brutale :

Clinique

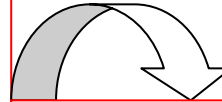
Appareil respiratoire : dyspnée de repos, cyanose, mise en jeu des muscles respiratoires accessoires, respiration abdominale paradoxale, toux inefficace $FR > 25/min$, $SpO_2 < 90\%$.

Appareil cardiovasculaire : marbrures, oedèmes des membres inférieurs, $FC > 110/min$, troubles du rythme, hypotension.

Appareil neurologique : agitation, confusion, obnubilation, coma, astéraxis.

Gazométrie en air ambiant

$PaO_2 < 55$ mm Hg
 $PaCO_2 > 45$ mm Hg
Acidose ventilatoire



Proposition thérapeutique de 1^{ère} intention

Hospitalisation, = repos en soins intensifs si signes de gravité

Oxygénothérapie bas débit pour obtenir une $SpO_2 > 90\%$

Bronchodilatateurs : 4-6 aérosols de Bricanyl® (uni dose à 5 mg) et/ou Atrovent® (uni dose à 0,5 mg) à nébuliser sur 15 min au débit de 6 L/min (en air). Si seul l' O_2 est disponible limiter impérativement la nébulisation à 10 minutes

Kinésithérapie Respiratoire Quotidienne

Prévention maladie thromboembolique

Support nutritionnel adapté

Proposition thérapeutique à discuter en 2^{ème} intention

Corticothérapie : elle est discutée on la proposera d'autant plus volontiers qu'il y a

- une composante asthmatique associée
- ou une réversibilité documentée

 PO ou $IV = 30$ à 40 mg d'équivalent prednisone pendant 7 à 10 jours

Insuffisance cardiaque gauche manifeste: LASILIX à petites doses

Pathologie thromboembolique : anticoagulation efficace

Pneumothorax : drainage

Iatrogénie médicamenteuse : arrêt du traitement déclenchant

Pneumopathie : antibiothérapie adaptée

Antibiothérapie (Annexe II)

Antibiothérapie en 1^{ère} intention si **purulence** franche des expectorations + dyspnée et/ou augmentation du volume

Antibiothérapie en 2^{ème} intention si **aggravation** ou si apparition d'une **purulence franche** des expectorations

Choix de l'ATB en fonction des facteurs de risque suivants :

1. VEMS < 30% en état stable
2. Hypoxémie de repos (< 60 mmHg)
3. Exacerbations fréquentes (≥ 4)
4. Corticothérapie au long cours
5. Comorbidité(s)
6. Antécédent de pneumonie

NON

Amoxicilline, Macrolide, Pristinamycine, Télithromycine, Doxycycline

OUI

Amoxicilline+Ac Clavulanique, FQ (lévofloxacine, moxifloxacine)
C2G (cefuroxime axétil), C3G (cefprozime proxétil, cefotiam hexétil)

Ventilation non invasive : en première intention si signes de gravité, en seconde intention si échec de la prise en charge initiale.

Examens complémentaires

Surveillance par GDS de l'efficacité du traitement

ECBC et Radiographie thoracique si persistance ou aggravation d'une purulence franche des crachats associée ou non à de la fièvre après 4 jours de traitement.

Autres examens utiles à la recherche d'un facteur déclenchant

Devenir

À 4-8 semaines : consultation avec réévaluations clinique, spirométrie, gazométrie, thérapeutique et prise en charge globale.

Annexe I

Appréciation de la sévérité

Stade	Caractéristiques
0 à risque	Symptômes chroniques : toux, expectoration. VEMS/CV ≥ 70 %.
I BPCO peu sévère	VEMS/CV < 70 %. VEMS ≥ 80 % de la valeur prédite avec ou sans symptômes chroniques (toux, expectoration).
II BPCO moyennement sévère	VEMS/CV < 70 % 30 % \leq VEMS < 80 % de la valeur prédite
IIA	50 % \leq VEMS < 80 % de la valeur prédite.
IIB	30 % \leq VEMS < 50 % de la valeur prédite avec ou sans symptômes chroniques (toux, expectoration, dyspnée).
III BPCO sévère	VEMS/CV < 70 %. VEMS < 30 % de la valeur prédite ou VEMS < 50 % de la valeur prédite en présence d'insuffisance respiratoire chronique ($\text{PaO}_2 < 60$ mmHg) ou de signes cliniques satellites d'une hypertension artérielle pulmonaire

Annexe II

Antibiothérapie dans les exacerbations de BPCO de stade 1, 2 et 3

