

# 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

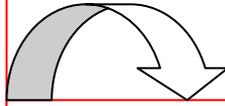
## Critères d'hospitalisation

(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<sub>2</sub> < 55 mmHg de base et/ou pCO<sub>2</sub> > 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

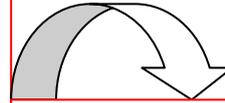
**Appareil respiratoire :** dyspnée de repos, cyanose, mise en jeu des muscles respiratoires accessoires, respiration abdominale paradoxale, toux inefficace  
FR > 25/min, SpO<sub>2</sub> < 90%.

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

**Appareil neurologique :** agitation, confusion, obnubilation, coma, astérisis.

### Gazométrie en air ambiant

PaO<sub>2</sub> < 55 mmHg  
PaCO<sub>2</sub> > 45 mmHg  
Acidose ventilatoire



## Proposition thérapeutique de 1<sup>ère</sup> intention

**Hospitalisation, = repos en soins intensifs si signes de gravité**

**Oxygénothérapie bas débit** pour obtenir une SpO<sub>2</sub> > 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<sub>2</sub> est disponible limiter impérativement la nébulisation à 10 minutes

**Kinésithérapie Respiratoire Quotidienne**

**Prévention maladie thromboembolique**

**Support nutritionnel adapté**

## Proposition thérapeutique à discuter en 2<sup>ème</sup> 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

**Intoxication médicamenteuse :** arrêt du traitement déclenchant

**Pneumopathie :** antibiothérapie adaptée

### Antibiothérapie (Annexe II)

**Antibiothérapie en 1<sup>ère</sup> intention** si **purulence** franche des expectorations + dyspnée et/ou augmentation du volume  
**Antibiothérapie en 2<sup>ème</sup> 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, Tétracycline, Doxycycline

**OUI**

Amoxicilline+Ac Clavulanique, FQ (lévofloxacine, moxifloxacine)  
C2G (cefuroxime axétil), C3G (cefopodoxime 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
<b>0 à risque</b>	Symptômes chroniques : toux, expectoration. VEMS/CV $\geq 70$ %.
<b>I BPCO peu sévère</b>	VEMS/CV $< 70$ %. VEMS $\geq 80$ % de la valeur prédite avec ou sans symptômes chroniques (toux, expectoration).
<b>II BPCO moyennement sévère</b>	VEMS/CV $< 70$ % 30 % $\leq$ VEMS $< 80$ % de la valeur prédite
<b>IIA</b>	50 % $\leq$ VEMS $< 80$ % de la valeur prédite.
<b>IIB</b>	30 % $\leq$ VEMS $< 50$ % de la valeur prédite avec ou sans symptômes chroniques (toux, expectoration, dyspnée).
<b>III BPCO sévère</b>	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

