

Définitions

La BPCO est définie par une obstruction des voies aériennes caractérisée par une diminution non complètement réversible des débits aériens. Elle associe trois symptômes chroniques : dyspnée, toux et expectoration. Dans 80 % des cas, la BPCO est liée au tabagisme. La classification de gravité des BPCO retient 4 stades de sévérité :

Stades	Caractéristiques
0 : à risque	Symptômes chroniques : toux, expectoration Spirométrie normale
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 % 50 % VEMS < 80 % de la valeur prédite avec ou sans symptômes chroniques (toux, expectoration, dyspnée)
III : BPCO sévère	VEMS/CV < 70 % 30 % VEMS < 50 % de la valeur prédite avec ou sans symptômes chroniques (toux, expectoration, dyspnée)
IV : BPCO très sévère	VEMS/CV < 70 % VEMS < 30 % de la valeur prédite Ou VEMS < 50 % de la valeur prédite en présence d'insuffisance respiratoire chronique (PaO ₂ < 60 mmHg) ou de signes cliniques satellites d'une hypertension artérielle pulmonaire

Corticothérapie

Inflammation bronchique au cours des IRCO, et recrudescence de cette inflammation au cours des épisodes d'IRA, sont des faits avérés.

À la différence de l'asthme, cette inflammation est beaucoup moins corticosensible.

La présence de sibilants ne signifie pas « asthme », mais témoigne d'une obstruction bronchique sans préjuger du mécanisme (oedème de la muqueuse, sécrétions intraluminales, perte des forces de rétraction élastique, contraction du muscle lisse...). **Indication :**

- Si poussée aiguë chez un patient fumeur ayant un asthme avéré.
- Si composante asthmatique chez un BPCO (celle-ci est définie par l'existence d'une réversibilité bronchique aux corticoïdes aux EFR).

Chez le patient BPCO, les corticoïdes améliorent le VEMS un peu plus rapidement, mais n'ont pas d'effet démontré sur la dyspnée ou la distension.

En raison du peu d'efficacité démontré sur des critères cliniques pertinents et en prenant en compte le risque de réduction de la fonction musculaire, la prescription de corticoïdes ne doit pas être systématique.

Pas d'indication en préhospitalier ou aux urgences.

Conduite à tenir devant une exacerbation ou décompensation d'une BPCO

Décompensations et exacerbations

- L'exacerbation est une aggravation de symptômes cliniques existants ou l'apparition de nouveaux symptômes sans signes de gravité majeurs ;
- La décompensation est une exacerbation sévère pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

Le repos

La position adoptée par le patient, qui est très généralement celle qui induit le moins de sensation dyspnéique, doit être respectée.

Traitement de l'hypoxie

- But: SaO₂ de 90%.

L'administration d'oxygène à faible débit (que l'on qualifie souvent d'oxygénothérapie « contrôlée ») doit être commencée dès le début de la prise en charge. Elle peut se faire au moyen d'une sonde (0,5 à 2 L/min) ou **à l'aide d'un masque dit « Venturi » (FIO₂ de 24 à 31 %) qui est le mode recommander d'administration**

Les fluidifiants bronchiques ne sont pas recommandés au cours de l'IRA sur IRCO, en raison du

risque de majorer le volume des sécrétions et d'aggraver la situation.

Signes cliniques de gravité

Ils associent :

- troubles ventilatoires : dyspnée de repos, cyanose, SpO₂ < 90 %, respiration abdominale paradoxale, FR > 25/min, toux inefficace ;
 - troubles cardiovasculaires : tachycardie > 110/min, troubles du rythme, hypotension, marbrures, œdèmes des membres inférieurs ;
 - troubles neurologiques : agitation, confusion, obnubilation, coma, astérisis.
- Les signes gazométriques de gravité immédiate associent hypoxémie < 55 mmHg, hypercapnie > 45 mmHg et acidose ventilatoire (pH < 7,35).

Traitement bronchodilatateur

- **Nébulisation de β₂-agonistes** (salbutamol 5 mg ou terbutaline 5 mg)
+

- **anticholinergiques** (ipratropium 0,5 mg) dans une moindre mesure (bénéfices en aigu discutables) et toujours en association avec les précédents

Le vecteur de la nébulisation doit être de l'air et non de l'oxygène

Antibiothérapie

L'antibiothérapie ne saurait être systématique.

Environ 50 % des exacerbations de BPCO ne sont pas d'origine bactérienne, mais d'origine virale ou non infectieuse.

Les bactéries habituellement impliquées sont *Haemophilus Influenzae*, *Streptococcus Pneumoniae* et *Branhamella Catarrhalis*.

La prévalence des colonisations à bacilles Gram négatifs, dont *Pseudomonas Aëroginosa* est plus élevée dans les formes sévères de BPCO.

La fièvre n'est pas prédictive d'une infection bactérienne et la purulence des crachats est probablement un signe plus sensible et plus spécifique d'infection bactérienne. **Les quinolones doivent être évitées.**

Si échec traitement médicamenteux

Ventilation Non Invasive à deux niveaux de Pression (VNI-2P) est recommandée en présence d'une acidose respiratoire et d'un pH < 7,35

Si échec

Indications absolues d'intubation et de ventilation immédiate

- Arrêt cardiaque ou bradycardie extrême < 30/min.
- Apnée ou bradypnée extrême < 8/min
- État comateux (GCS < 10) (hormis le coma hypercapnique pour les équipes entraînées).
- Agitation extrême (tentative de sédation sous propofol semble possible pour les équipes entraînées)

Références : congrès urgences 2007, auteurs : L. NACE, A. DUGUET, N. D ELVAU , F. V ERSCHUREN, F. T HYS.