

# BPCO EN DECOMPENSATION AIGÜE

## DIAGNOSTIC

SIGNES CLINIQUES	SIGNES PARACLIQUES	SIGNES DE GRAVITE
<p>- <b>DR</b> (cyanose, sueurs orthopnée, distension thoaciq tirage inter-sus sternal, contraction active des abdominaux en expiration...)</p> <p>- <b>sibilants ou râles humides</b></p> <p>- <b>IVD</b> (douls ds l'HCD, OMI, bouffisure du visage, TJ, reflux HJ...)</p> <p>- <b>Signes d'encéphalop</b> (hypocratisme digital, flapping tremor, astérixis, agitation...)</p>	<p>- <b>GDS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. hypoxémie : PaO<sub>2</sub> &lt; 40-60 mmHg, pfs &lt; 25 mmHg</li> <li>. hypercapnie : PaCO<sub>2</sub> entre 60 et 90 mmHg</li> <li>. pH &lt; 7,40 (le plus svt entre 7,15 et 7,35)</li> </ul> <p>- <b>ionogramme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. trou anionique et lactacidémie normales</li> <li>. Rein : hyperazotémie et hyperuricémie avec créatininémie normale</li> <li>- <b>Hte</b> &gt; 55% si polyglobulie respirat</li> </ul> <p>- Bilan hémodynamique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Papulm &gt; normale avec PCP normale</li> <li>. IC normal</li> </ul> <p>- ECG : TDR, HAD, BBD....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rx th : distens° thor, cœur petit, rech pneumothorax</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trble de la csce et/ou astérixis ;</li> <li>- agitation ;</li> <li>- difficulté à parler, à tousser ;</li> <li>- épuisement ;</li> <li>- resp paradoxale (dépression de l'épigastre à l'inspiration) ;</li> <li>- PNO associé ;</li> <li>- FR &gt; 30 ?, Pha &lt; 7,35 ; PaCO<sub>2</sub> &gt; 60 mmHg PaO<sub>2</sub> &lt; 50 mmHg</li> </ul>

## CONDUITE A TENIR

<p><b>BPCO en decompensation non grave</b></p> <p><u>Asseoir le malade</u></p> <p><b>O<sub>2</sub></b> : objectif = SpO<sub>2</sub> ≈ 90-95% , débit = 1-2l/min, ↑ le débit pour obtenir SpO<sub>2</sub> ≥ 90% puis contrôler GDS et adapter le débit à 20 ou 30 min après. Si c'est impossible sans que la PaCO<sub>2</sub> ne dépasse 60 mmHg, discuter le transfert en réa ; Cpdt, c'est le pH et la tolérance clinique qui seront plus déterminants. En attendant Le passage en réa et sous surv méd, le sujet asphyxique doit recevoir une O<sub>2</sub> à 5-6 l/min, en étant prêt à le ventiler manuellement au masque. Les sujets ayant des Opacités récentes sur la Rx thor devront recevoir une O<sub>2</sub> plus forte s/ réserve d'une gazométrie de contrôle à 20-30 min après.</p> <p><u>Vvp de bonne calibre + hydratation (RL)</u></p> <p><b>β-2 mimétiques</b> : soit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en sc terbutaline (Bricanyl) 1 amp / 8h en l'absence de déshydrat°;</li> <li>- en aérosol terbutaline (5-10 mg) ou Salbutamol (5mg)/ 4h si désdrtation, avec propulsion à l'air et non à l'O<sub>2</sub></li> <li>- si échec : β-2 + Atrovent (0,5 mg)/4h</li> </ul> <p>NB : ne pas arrêter la théophylline de ceux qui en prennent en l'absence de surdosag</p> <p><b>Corticoïdes</b> : Solumédrol 0,5 mg/kg/6h ou HSHC 200 -400 mg en iv si bronchospasme en l'absence de pneumonie ou d'expectoration franchement purul</p> <p><b>Suspension d'ICG</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diurétiques : Lasilix 1mg/kg, Burinex 0,25mg/10kg en</li> <li>- +/- dérivés nitrés : Natispray 400 mcg ou Risordan 20mg sub-lingual ou Lénitral 0,5mg/h ivse au début si HTA systolique</li> </ul> <p><b>anticoagulants préventifs</b> : Lovenox 20 à 40 mg ou Fragmine 2500 à 5000 UI ou Fraxiparine 0,3-0,6 ml en s/cut</p> <p><b>prévenir s'il y a lieu le délirum trémens</b> : ¼ de vin/ 8h ou Céréthyl iv (BZD risqués car pvt ↑ l'agitation)</p> <p><b>si tit préalable par la pénicilline</b> : Augmentin 1g x3 en per os ou Oflocet 200 mg x 2 per os de pdt + de 5 j.</p> <p><b>Drainage bronchique par kinésiott resp</b> dès que possible. La nuit, chacun doit faire tousser et cracher le malade</p>	<p><b>BPCO en decompensation grave</b></p> <p><u>Essai de ventilation non invasive</u> (aide inspiratoire 15-20cmH<sub>2</sub>O ± PEP 5 cmH<sub>2</sub>O) ou</p> <p><b>IOT après préO<sub>2</sub></b> : vigile (anesthésie locale de la glotte en position ½ assise) après induction à séquence rapide</p> <p><u>Vvp de bon calibre</u></p> <p><b>TRANSPORT</b> : si pas grave → secteur post-aigü de Réa ou Urgences si grave → réa med ou service de pneumologie</p>
--	--

## ETIOLOGIES

<p><b>CONTEXTE</b></p> <p>Age &gt; 50 ans ; tabagisme ; déformation thoracique ; bronchite chr (&gt; 3 mois/an depuis plus de 2 ans) ; séquelles tuberculeuses ; invalidité chr liée à la dyspnée ; à part=obésité + synd d'apnée du sommeil</p>	<p><b>CAUSES</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bronchite chr</li> <li>- Asthme vieilli restrictif</li> <li>- Grande déformation thoracique</li> <li>- Pneumoconiose (silicose)</li> <li>- Emphysème pulm primitif insuff resp</li> </ul>	<p><b>FACT DECLENCHANTS</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de cause déclench retrouvée (infect°vir)</li> <li>- surinfect° bact (T° &gt; 30°C, crachats purul..)</li> <li>- Pneumoth spontané</li> <li>- ICG (ATCD coronarien, HTA...)</li> <li>- EP (après chir, alitement prolongé, échodop)</li> <li>- Non respect du régime sans sel</li> <li>- Médicaments déprimeurs (au 1<sup>er</sup> plan on a des signes d'endormissement)</li> <li>- Altitude &gt; 1500m</li> </ul>
--	---	---