

MedWiki-DZ (<https://www.medwiki-dz.com/>)

Diagnostic et traitement des exacerbations de BPCO

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:34

MedWiki-DZ :

Diagnostic et traitement des exacerbations de BPCO

https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:diagnostic_et_traitement_des_exacerbations_de_bpco

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:34** - Imprimé le : **2026/02/22 02:11**



Table des matières

Diagnostic et traitement des exacerbations de BPCO	1
Diagnostic et traitement des exacerbations de BPCO	3
1. Généralités	3
2. Pronostic	3
3. Prise en charge	4
3.1. Classification et lieu de prise en charge	4
3.2. Moyens thérapeutiques	5
3.2.1. Traitements pharmacologiques	5
3.2.2. Support respiratoire	6
3.3. Sortie de l'hôpital et suivi	7
4. Prévention des exacerbations	7

Diagnostic et traitement des exacerbations de BPCO

1. Généralités

- **Définie comme** : une aggravation aiguë des symptômes respiratoires nécessitant un traitement additionnel
- Événement important de par son impact négatif sur la qualité de vie, le taux d'hospitalisations et la progression de la maladie
- Mécanisme complexe, associant habituellement une augmentation de l'inflammation, de la production de mucus et du piégeage d'air ⇒
 - Augmentation de la dyspnée (maître symptôme)
 - Augmentation du volume et/ou de la purulence de l'expectoration
- Il est important de la différencier d'autres événements aigus (IDM, décompensation cardiaque, EP, pneumonie...) vu que les comorbidités sont fréquentes chez les BPCO
- **Classées en** :
 - *Légères* : SABD seuls
 - *Modérées* : SABD + antibiotiques et/ou CSO
 - *Sévères* : nécessitant une hospitalisation ou une visite aux urgences +/- insuffisance respiratoire aiguë
 - Certaines exacerbations (courtes, légères) ne sont pas rapportées ; elles ont tout de même un impact sur la qualité de vie et l'évolution naturelle de la maladie ⇒ importance de l'éducation thérapeutique
- **Facteur déclenchant** :
 - Infections virales +++ (rhinovirus, souvent plus sévères)
 - Infections bactériennes, facteurs environnementaux (pollution, température, exposition aux micro-particules)
- Durée habituelle : 7 à 10 jours, parfois plus
- Récupération peut parfois être lente (20% n'ont pas complètement récupéré à 8 semaines) ⇒ les exacerbations peuvent s'associer dans le temps (cluster in time) et une exacerbation est un FDR d'une autre
- **Facteurs de risque d'exacerbations fréquentes (≥ 2 /an)** :
 - Antécédent d'exacerbation
 - Autres : augmentation du ratio artère pulmonaire/aorte (largeur à la TDM), emphysème, épaississement des parois bronchiques et bronchite chronique

2. Pronostic

- Une hospitalisation pour EA ⇒ survie à 5 ans de 50%
- Facteurs de mauvais pronostic :

- Âge
- BMI faible
- Comorbidités (cardiovasculaires, cancer bronchique)
- ATCD d'hospitalisation pour EA
- Sévérité clinique
- OLD à la sortie

3. Prise en charge

- **Buts :**
 - Minimiser l'impact négatif
 - Prévenir les prochains évènements
- 80% des EA sont prise en charge en ambulatoire
- Moyens : bronchodilatateurs, corticoïdes, antibiotiques
- **Principes généraux :**
 - Classer la sévérité des symptômes
 - TLT et GDS
 - Bronchodilatateurs :
 - Augmenter la dose et/ou fréquence des SABD
 - Combiner SABA et SAMA
 - Envisager LABD quand le patient se stabilise
 - Utiliser une chambre d'inhalation ou un nébuliseur
 - Envisager CSO
 - Envisager antibiothérapie si signes d'infection bactérienne
 - Envisager VNI
 - Autres :
 - Surveiller l'équilibre électrolytique
 - HBPM dose préventive
 - Traiter les comorbidités

3.1. Classification et lieu de prise en charge

	Pas de défaillance respiratoire (IRA)	IRA, pronostic vital non en jeu	IRA, pronostic vital en jeu
Conscience	Inchangée	Inchangée	Altérée
Signes de lutte	Non	Oui	Oui
Fréq. respiratoire	20-30	> 30	> 30
Oxygénation	Non, ou corrigée par 28-35% de FiO ₂ (Venturi)	Corrigée par 25-30% de FiO ₂ (Venturi)	Corrigée par FiO ₂ > 40%
Capnie	Pas d'hypercapnie	50-60 mmHg	> 60 mmHg ou acidose (pH ≤ 7,25)

- **Indications potentielles d'hospitalisation :**
 - Symptômes sévères et soudains (dyspnée de repos, FR élevée, hypoxie,

- somnolence)
- IRA
- Apparition de nouveaux signes physiques (cyanose, oedèmes)
- Non réponse au traitement initial
- Présence de comorbidité sérieuse (insuffisance cardiaque, arythmie nouvelle ...)
- Mauvaise condition socio-économique
- **Indications d'hospitalisation en USI :**
 - Dyspnée sévère ne répondant pas au traitement initial
 - Altération du statut mental (confusion, léthargie, coma)
 - Hypoxie ($\text{PaO}_2 < 40 \text{ mmHg}$) et/ou acidose respiratoire ($\text{pH} < 7,25$), persistantes ou s'aggravant malgré oxygénothérapie et VNI
 - Besoin de ventilation mécanique
 - Instabilité hémodynamique (besoin de vasopresseurs)

3.2. Moyens thérapeutiques

KEY POINTS FOR THE MANAGEMENT OF EXACERBATIONS

- Short-acting inhaled beta₂-agonists, with or without short-acting anticholinergics, are recommended as the initial bronchodilators to treat an acute exacerbation (**Evidence C**).
- Systemic corticosteroids can improve lung function (FEV_1), oxygenation and shorten recovery time and hospitalization duration. Duration of therapy should not be more than 5-7 days (**Evidence A**).
- Antibiotics, when indicated, can shorten recovery time, reduce the risk of early relapse, treatment failure, and hospitalization duration. Duration of therapy should be 5-7 days (**Evidence B**).
- Methylxanthines are not recommended due to increased side effect profiles (**Evidence B**).
- Non-invasive mechanical ventilation should be the first mode of ventilation used in COPD patients with acute respiratory failure who have no absolute contraindication because it improves gas exchange, reduces work of breathing and the need for intubation, decreases hospitalization duration and improves survival (**Evidence A**).

TABLE 5.3

3.2.1. Traitements pharmacologiques

3.2.1.1. Bronchodilatateurs

- Traitement initial : SABA (+/- SAMA)
- Pas de différence significative entre pMDI (avec ou sans chambre) et nébuliseur
- Pas en continue : 1 dose par heure pendant 3 à 4 heures, puis chaque 2 à 4 heures
- Poursuivre le traitement de fond (LABD +/- CSI), ou le reprendre avant la sortie de l'hôpital
- Pas d'indication des méthylxanthines IV (théophylline, aminophylline)

3.2.1.2. Corticoïdes

- Amélioration : temps avant guérison, VEMS, oxygénation, risque de rechute précoce, d'échec thérapeutique, et la durée d'hospitalisation
- 40 mg prednisone par jours pendant 5 jours
- Oral = IV
- Pourraient être moins efficaces chez les patients qui n'ont pas d'hyperéosinophilie

3.2.1.3. Antibiotiques

- Amélioration : risque de mortalité à court terme (de 77%), d'échec thérapeutique (de 53%) et purulence de l'expectoration (de 44%)
- **Recommandée si :**
 - Augmentation de la dyspnée + purulence + quantité d'expectoration
 - OU Augmentation de la purulence + (dyspnée ou quantité)
 - OU Assistance ventilatoire (invasive ou non)
- CRP élevée dans les infections bactériennes et virales ⇒ aucun intérêt
- Procalcitonine plus spécifique de l'infection bactérienne ⇒ recommandée, mais pas toujours disponible (intérêt : réduction de la prescription d'antibiotiques, sans altérer les résultats thérapeutiques ; mais méthodologie d'étude faible ⇒ à confirmer)
- **Durée recommandée :** 5 à 7 jours
- **Choix de la molécule :**
 - Augmentin® ou macrolie ou tetracycline en première intention
 - BPCO sévère, et/ou exacerbateur fréquent et/ou ventilation assistée ⇒ examen bactériologique (ECBC, aspiration...) car fréquence de bactéries résistantes (ex. BGN (pseudomonas ++))

3.2.1.4. Autres

- Correction des troubles hydro-électrolytiques
- Diurétiques
- Anticoagulants
- Support nutritionnel

3.2.2. Support respiratoire

3.2.2.1. Oxygénothérapie

- Selon SpO₂ cible 88-92%
- Surveiller les GDS (hypercapnie, acidose iatrogène)
- Canule nasale à haut débit ou masque de venturi

3.2.2.2. Ventilation non invasive (VNI)

- Toujours préférée par rapport à l'invasive
- Amélioration : oxygénation, acidose, fréquence respiratoire, travail ventilatoire (repose les muscles), dyspnée, complications (pneumonies associées à la ventilation), durée d'hospitalisation, et surtout : mortalité et taux d'intubation
- Taux de succès de 80-85%
- **Indications** : au moins 1 critère
 - Acidose respiratoire ($\text{PaCO}_2 \geq 45$ mmHg ET $\text{pH} \leq 7,35$)
 - Dyspnée sévère avec signes d'épuisement musculaire (tirage, abdomen paradoxal, rétraction des espaces inter-costaux)
 - Hypoxie persistante malgré l'oxygénothérapie

3.2.2.3. Ventilation mécanique (invasive)

- Mortalité, morbidité et durée d'hospitalisation élevée à ce stade
- Critères à prendre en compte : réversibilité du facteur déclenchant, désirs du patient et des proches, disponibilité d'un service de réanimation
- Risque de pneumonie liée à la ventilation (germes multi-résistants +++), de barotraumatisme et de volutraumatisme
- **Indications** :
 - VNI non tolérée ou échec
 - Après un arrêt cardiaque ou respiratoire récupéré
 - Altération de l'état de conscience, agitation
 - Expectoration très abondantes (aspiration insuffisante)
 - Instabilité hémodynamique sévère ne répondant pas aux traitements (remplissage et drogues vasoactives)
 - Arythmies sévères
 - Hypoxie menaçante et intolérance à la VNI

3.3. Sortie de l'hôpital et suivi

- Optimisation de la prise en charge : traitement de fond, technique d'inhalation, self-management et information
- Prescription de sortie : s'assurer qu'elle est bien comprise
- S'assurer que le patient est suivi
- Consultation de suivi précoce (avant 4 semaines) et tardive (12 à 16 semaines)

4. Prévention des exacerbations

- Traitement de fond : LABA et/ou LAMA, +/- CSI, Roflumilast
- Vaccinations

- Macrolides au long cours
 - Mucorégulateurs (N-acétylcystéine, carbocystéine)
 - Arrêt du tabac
 - Réhabilitation
 - Réduction du volume pulmonaire
-

— *Résumé basé sur le rapport GOLD 2018 - Chapter 5 : Management of exacerbations*