



BPCO décompensé

Le diagnostic d'exacerbation de BPCO est un diagnostic clinique.

Les symptômes et signes suivants permettent de poser le diagnostic et d'en apprécier la sévérité:

- augmentation de la dyspnée;
- augmentation de la toux;
- modification de la quantité ou de la qualité des expectorations;
- tachypnée
- augmentation des sibilances;
- utilisation des muscles accessoires au repos;
- apparition ou aggravation d'une cyanose centrale;
- diminution de la tolérance à l'effort;
- état confusionnel (hypoxie / hypercarbie);
- œdèmes des membres inférieurs (insuffisance cardiaque droite + rétention hydrosodée)

Le but de la prise en charge est avant tout de corriger l'hypoxémie, en visant une saturation de 90-93% afin de limiter le risque d'hypercapnie due à l'administration d'oxygène. Ce risque, bien que plus présent chez les patients chroniquement hypercapniques (« blue-bloater »), est difficile à prévoir, et ne doit pas préclure l'administration d'O₂. L'état de vigilance d'un patient BPCO sous O₂ doit être surveillé de manière rapprochée.

L'hypercapnie est due à 3 mécanismes:

- Baisse de la ventilation minute par diminution du drive hypoxique
- Diminution de l'affinité de l'hémoglobine pour le CO₂ due à un déplacement sur la droite de la courbe de dissociation (effet Haldane)
- Augmentation de la ventilation de l'espace mort due à la levée de la vasoconstriction hypoxique, cette dernière expliquant près de la moitié de l'augmentation de la PaCO₂

L'administration précoce de corticoïdes diminue le temps de séjour hospitalier.

L'utilisation de la VNI permet de réduire le nombre d'intubations et la durée de séjour hospitalier.

L'intubation doit être limitée aux cas de détresse respiratoire sévère ne répondant pas au traitement de base.

Références:

BTS recommendations: Management of exacerbations of COPD *Thorax* 2004;59;i131-i156

<http://www.thoracic.org/sections/copd/resources/copddoc.pdf>