

Protocole préparé et validé avec les Drs J.-P. Janssens et P. Jolliet

BPCO aux urgences

Les objectifs de la prise en charge sont :

1. Evaluer la sévérité de l'insuffisance respiratoire aiguë
2. Reconnaître les indications à la VNI
3. Débuter un traitement adéquat
4. Connaître les critères d'admission aux soins intensifs

1. Evaluer la sévérité de l'exacerbation

- 1.1. Les signes cliniques suivants sont des signes de sévérité (cf. www.goldcopd.com) :
 - Utilisation de la musculature accessoire
 - Mouvements paradoxaux de la paroi thoracique
 - Aggravation ou apparition d'une cyanose centrale
 - Développement d'œdèmes périphériques
 - Instabilité hémodynamique
 - Signes d'insuffisance cardiaque D
 - Réduction de l'état de vigilance
 - Fréquence respiratoire > 25 /min
- 1.2. Une gazométrie doit être effectuée rapidement en cas de saturation < 90% et/ou d'insuffisance respiratoire clinique afin de déterminer au plus vite l'indication à une VNI

2. Indication à la VNI

(NB : il n'y a pas de place pour de la CPAP dans le traitement d'une BPCO décompensée !)

Le pronostic est directement lié à la précocité de l'application de la VNI. La VNI doit être débutée le plus précocement possible (appeler les thérapeutes respiratoires) en cas de :

- Signes d'insuffisance respiratoire aiguë : utilisation des muscles accessoires et/ou respiration abdominale paradoxale et/ou
- Fréquence respiratoire > 25 /min et/ou
- pH < 7.35 et/ou
- Saturation < 90% et/ou
- PaCO₂ > 6-8 kPa

Ces différents éléments sont à intégrer dans le contexte clinique et selon la gazométrie de base du patient

Modalité de la VNI – paramètres initiaux

- Assistance inspiratoire 8-10 cm H₂O
- PEEP 3-5 cm H₂O

Ces deux paramètres sont à adapter si nécessaire très progressivement en titrant sur le volume courant expirée (~ 6-8 ml/kg). Gazométrie de contrôle après 30 minutes.

Objectifs : saturation $\geq 90\%$, FR < 25 /min, pH ≥ 7.35

Contre-indications: arrêt respiratoire, état de choc, arythmies ventriculaires instables, pneumothorax non drainé, traumatisme de la face, impossibilité de protéger les voies aériennes, absence de collaboration non liée à l'hypercapnie, troubles de l'état de conscience non liés à l'hypercapnie, obstruction des voies aériennes supérieures

Dès l'initiation de la VNI, appeler le consultant des SI.

Critères d'échec de VNI après 1 h de VNI : (discuter intubation)

- pH < 7.25 et/ou FR > 35 /min et/ou troubles de la conscience

3. Débuter un traitement adéquat :

3.1. Oxygénothérapie contrôlée

Buts : sat O₂ $\geq 90\%$, paO₂ ≥ 8.0 kPa, augmentation paCO₂ ≤ 1 kPa

3.2. Bronchodilatateurs

Combinaison de salbutamol et d'ipratropium (Dospir) en inhalation, à répéter 1x/1-2h

3.3. Antibiothérapie

Indication :

- Intubation / VNI *ou*
- En présence de : dyspnée + augmentation volume + purulence des expectorations

Choix de l'antibiotique en l'absence de colonisation préalable ou d'infection récente par des germes résistants:

- Amoxicilline-clavulanate po 625 mg 3x/j
- Ttt IV si intubation/VNI *ou* troubles déglutition : amoxi-clav. 1.2 g 4x/j

3.4. Corticothérapie

Prednisone po 40 mg/j pendant 7-10 jours pour tout patient hospitalisé.

3.5. Saignée

Si Ht ≥ 55 . Prélever 250 cc de sang sans compensation si bien supporté.

4. Indications aux soins intensifs :

Nécessité de poursuivre la VNI au-delà de la première séance ou insuffisance respiratoire nécessitant une intubation.

POUR RAPPEL : critères spirométriques définissant la BPCO (www.goldcopd.com)

	Tiffeneau (VEMS/CVF)	VEMS
BPCO légère	$< 70\%^*$	$\geq 80\%$ du prédit avec ou sans symptômes
BPCO modérée	$< 70\%^*$	50-80% du prédit avec ou sans symptômes
BPCO sévère	$< 70\%^*$	30-50% du prédit avec ou sans symptômes
BPCO très sévère	$< 70\%^*$	$< 30\%$ du prédit <i>ou</i> $< 50\%$ du prédit + insuffisance respiratoire chronique

* valeur absolue (et non % du prédit !)