

---

# Cas clinique BPCO

---

# Énoncé

---

- Durant une garde du mois de janvier, les pompiers amènent en consultation d'urgence Monsieur M.B, 63 ans, connu pour BPCO.
- Monsieur M.B se plaint depuis deux jours de :
  - Dyspnée stade IV mMRC ( sur un fond de dyspnée stade II mMRC),
  - Douleur thoracique droite en barre,
  - Toux productive faite d'expectorations d'abondance croissante et devenues purulentes.

L'examen clinique du patient retrouve:

- un patient conscient, bien orienté dans le temps et dans l'espace, polypnéïque.

# Énoncé (suite)

---

- **CHD:** TA = 14/07 cmHg; T= 38.5 C FC= 110 batt/min  
FR= 21C/min DEP= imprenable  
SaO<sub>2</sub>: 87% sous air ambient.
- Tirage sus-claviculaire et sus-sternal, cyanose modérée des extrémités, sueurs.
- L'auscultation pleuro-pulmonaire met en évidence une déformation thoracique en tonneau, une exagération du tympanisme pulmonaire avec des ronchi et des sibilants bilatéraux.

---

## Question 01:

---

- Quelle est votre supposition diagnostique ? Justifier.

# Réponse 01

---

- Une exacerbation de BPCO probablement d'origine infectieuse type I d'Anthonisen:
  - Patient connu pour BPCO
  - saison
  - Symptômes fonctionnels respiratoires (dyspnée, volume et coloration des expectoration)
  - Signes généraux
  - signes physiques généraux et respiratoire

---

## **Question 02:**

---

- Donner les principes de la conduite à tenir en urgence.

# La conduite en urgence

- **Hospitalisation:** dans un service médical
- Position demi assise
- Libération des voies aériennes supérieures
- Mise en place d'une sonde à oxygène : débit suffisant pour une Sa O2 supérieure 92%
- Mettre en place un abord veineux
- B2 mimétique de courte durée d'action type « Salbutamol »: 0.5 mg chaque 20 min la 1<sup>ère</sup> heure puis chaque 4h, en nébulisation
- Antibiothérapie probabiliste ( amoxicilline + acide clavulanique: 1g chaque 8h)
- **Bilan à demander:** NFS - Ionogramme sanguin - Gazs du sang – DEP – ECG - Radiographie du thorax de face
- **Surveillance:** TA – T – FC – FR – SaO2 – ECG
- Scope (chaque 20 min la 1<sup>ère</sup> h puis chaque heure)

---

## Question 03:

---

- Quels sont les germes visée par cette antibiothérapie probabiliste .

- 
- Haemophilus influenzae
    - Moraxella catarrhalis
      - Pneumococque
-

# La radiographie du thorax de face:



## Question 04:

- Interpréter cet examen complémentaire

- 30 min après, le patient est toujours conscient avec disparition du tirage et des sueurs, il est moins essoufflé:

TA = 12/07 cmHg    FC= 100 batt/min    FR=21C/min  
saturation en oxygène= 90%

## **Question 05:**

- Compléter votre examen clinique

## 1) Interrogatoire:

- Tabagisme (quantité – durée d'exposition – âge de début)
- profession
- Pathologie antérieure
- Problème respiratoire antérieure
- Exacerbation BPCO
- Eventuelle hospitalisation
- Trt antérieur
- Bilan d'exploration fonctionnelle respiratoire (spirométrie - gaz du sang...)
- Bilan morphologique (TDM thoracique, Radiographie du thorax)

## 2) Examen clinique:

- Général
- **Pulmonaire**
- Cardiaque

- **A l'interrogatoire** vous retrouvez:
  - Un tabagisme à raison de 42 PA, sevré depuis 2 ans
  - Cuisinier depuis 32 ans dans un établissement hospitalier.
  - Une BPCO diagnostiquée il y a 08 ans.
  - Plusieurs épisodes d'exacerbation traités en ambulatoire, n'ayant jamais nécessité d'hospitalisation
  - Consommation fréquente de corticoïdes par voie orale.
- A l'état de base:
  - ❖ Il souffre d'une **dyspnée stade II de mMRC, une toux chronique.**
  - ❖ **Spirométrie, gazométrie :** jamais entendu parler .
  - ❖ Le diagnostic de BPCO a été posé par la l'examen radiologique qui a mis en évidence (**Radiographie du thorax antérieures et TDM thoracique**)

Syndrome de distension thoracique

Bulles d'emphysèmes intéressant les deux apex des deux hémithorax .

- **A l'examen clinique:**

- Patient conscient, eupnéique au repos,
- pas de toux, pas de tirage, ni de sueurs, le temps respiratoire expiratoire est plus lent que l'inspiratoire,
- disparition des sibilants avec un murmure vésiculaire diminué des deux côtés,
- Bruits du cœur audibles, sans souffle.
- Mollets souples indolores, pas d'oedèmes des membres inférieurs. Pas de signes droits.

---

## Question 06:

---

- Quelle(s) est(sont) l'anomalie(s) prélevée (s) dans cette vignette clinique

- Le diagnostic de la BPCO est fonctionnel

Spirométrie ou pléthysmographie

et non pas anatomique (radiologique)

---

## Question 07:

---

- Doit-on réaliser cette spirométrie dans l'immédiat pour progresser dans le diagnostic? justifier

---

# Non

---

- Le patient est en exacerbation : fonction respiratoire altérée
- Origine infectieuse (contamination/ filtre)

# Suite du bilan paraclinique

---

- **Ionogramme sanguin:**

Na<sup>+</sup>: 128 meq/l    K<sup>+</sup>: 4.9 mmol/L

- **Fonction rénale:**

Urée: 06 mmol/L    Créat: 67 mmol/L    protidémie:79 g/L

- **NFS: GB=** 14000 elts/mm<sup>3</sup> ; **HB=** 12g/dl ; **PLQ=** 285 000 elt/mm<sup>3</sup>

- **Gazométrie actuelle:**

Pa O<sub>2</sub>: 50 mmHg, Pa CO<sub>2</sub>: 51 mmHg, PH: 7.20,

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 15 mmol/L, sous air ambiant

- **Glycémie:**32 mmol/L    **CDU:** Glu ++    Acet +    Sg -    Prot -

## Question 08:

---

- Quels sont les anomalies constatées dans ce bilan?

- Gazométrie:

Acidose mixte respiratoire et métabolique

- Acidocétose diabétique

---

## Question 09:

---

- Quelles sont les problèmes de santé posés par le patient?

- **Problème respiratoire:**
  - diagnostique: suspicion de BPCO
  - thérapeutique: juguler l'exacerbation actuelle
  
- **Problème métabolique:**
  - diagnostique: diabète jusque là méconnue
  - thérapeutique: acidocétose diabétique

---

## Question 10:

---

- Quelle serait votre démarche?
- Comment allez-vous procéder?

# A court terme

---

- **Problème respiratoire**

- Anticholinergique / 6 h
- ATB : amoxicilline + acide clavulanique / 8 h
- Anti-aggrégant plaquettaire
- Corticoides
- Kinésithérapie respiratoire
- Surveillance: paramètres cliniques et paracliniques

- **Problème métabolique :**

- Insulinothérapie
- Hyperhydratation
- Régime pauvre en HC
- Surveillance: paramètres

# A moyen terme

---

- Respiratoire:

**Diagnostic:** réaliser une spirométrie avec un test de réversibilité aux B2 mimétiques si un trouble ventilatoire obstructif existe

**Évaluation:** évaluation de la maladie (dyspnée – taux du VEMS – TM6 – nombre d'exacerbation ) évaluation du pronostic (BODE)

**Réhabilitation respiratoire** (réentraînement à l'effort, nutrition, hyperhydratation, soutien psychologique)

- Métabolique

- Adaptation du traitement
- Régime diabétique
- Bilan de retentissement

# A long terme

---

- Evaluation / adaptation thérapeutique: