

Décompensation aiguë de l'IRC

1/ Définition :

- **HYPOVENTILATION** alvéolaire, d'installation rapide chez un insuffisant respiratoire chronique .elle comporte :
 - Une hypoxie grave
 - Une hypercapnie
 - Une acidose respiratoire.
- Ces perturbations ont pour conséquence un retentissement cellulaire aigu à savoir:
 - **Myocardique** (IVD aigu)
 - **Cérébral** (encéphalopathie respiratoire)
 - **Hépatique** (cytolyse)
 - **Rénal** (insuffisance rénale)
 - **Digestif** risque (hémorragique)

2/ les motifs de décompensation :

- Surinfection bronchique bactérienne ou virale
- Pneumonie bactérienne (germes typiques ou atypiques) ou virale
- Infection ou affection extra-respiratoire
- Variation des conditions climatiques
- Majoration de la pollution atmosphérique
- Insuffisance cardiaque gauche
- Embolie pulmonaire
- Pneumothorax
- Médicaments (anxiolytiques, diurétiques, antitussifs)
- Oxygénothérapie excessive
- Aggravation d'un syndrome d'apnée du sommeil
- Période postopératoire

3/Les signes cliniques :

triade de signes:

- **Respiratoires ;**
- **Cardiovasculaires et**
- **Neuropsychiques.**

A/Les signes respiratoires :

la toux, une modification de l'expectoration, une dyspnée d'effort rapidement croissante très invalidante, *La détresse respiratoire est le plus souvent évidente : le patient est cyanosé, couvert de sueurs.* Le rythme respiratoire est rapide, supérieur à 25/min, avec un tirage, une mise en jeu des sterno-cléidomastoïdiens et des muscles abdominaux, L'auscultation thoracique montre volontiers un murmure vésiculaire faiblement audible, couvert par de gros râles d'engorgement bronchique et/ou des sibilants.

B/Les signes cardiovasculaires :

- **associent habituellement une tachycardie entre 100 et 120** battements/min, une augmentation de la pression artérielle systolique.
- L'auscultation cardiaque gênée par la dyspnée peut objectiver dans la région xiphoïdienne un bruit de galop droit et un souffle systolique. Il existe volontiers des signes de stase des cavités cardiaques droites :

turgescence des jugulaires, œdèmes périphériques, hépatomégalie douloureuse avec reflux hépatojugulaire, vasodilatation conjonctivale avec exophtalmie liée à un œdème rétro-orbitaire.

C/ Les signes neuropsychiques : À type de mouvements anormaux :

- flapping tremor, secousses myocloniques ou de troubles des fonctions supérieures : euphorie, agitation, ou somnolence pouvant aboutir à la phase ultime à un coma calme sans signe de lutte.
- **Les gaz du sang artériel montrent:**
- **une hypoxémie qui peut être sévère, inférieure** (45 mmHg), engageant le pronostic vital, presque toujours une hypercapnie au-delà de 60 mm hg des taux de bicarbonates élevés supérieurs à 30 mmol/L, et un pH acide inférieur à 7,35.
- **La radiographie thoracique est un élément clé de l'enquête étiologique. Elle révèle les** stigmates de l'IRC (distension thoracique, séquelles de tuberculose, cyphoscoliose, etc.) et parfois la cause de la décompensation (pneumonie, pneumothorax, suboedème pulmonaire,
- ECG signes de CPC

4/Examens complémentaires :

- **Les gaz du sang artériel montrent:**
- **une hypoxémie qui peut être sévère, inférieure** (45 mmHg), engageant le pronostic vital, presque toujours une hypercapnie au-delà de 60 mm hg
- des taux de bicarbonates élevés supérieurs à 30 mmol/L, et un pH acide inférieur à 7,35.
- **La radiographie thoracique est un élément clé de l'enquête étiologique. Elle révèle les** stigmates de l'IRC (distension thoracique, séquelles de tuberculose, cyphoscoliose, etc.) et
- parfois la cause de la décompensation (pneumonie, pneumothorax, suboedème pulmonaire,
- ECG signes de CPC

5/Évolution :

- La décompensation Aigue de l'IRC est une urgence médicale qui peut mettre en jeu le pronostic vital du patient car elle survient sur un profil Fonctionnel déjà détérioré .Son évolution dépend de la précocité du trt et du nombre d'épisode déjà survenu durant l'année précédente

6/Le traitement initial :

- ✓ Repos
- ✓ **Oxygénothérapie** :
- **But** : Spo2 > 90 % sans aggravation de Pa co2 ;O2 : 0,5 à 2 l/ mn.
- ✓ trt du facteur déclenchant
- ✓ A contrôler par une gazométrie
- ✓ correction des anomalies métaboliques
- ✓ prévention des MTE=maladies thrombo-emboliques
- ✓ **Bronchodilatateurs** de courte durée d'action: systématique

si hyperréactivité bronchique ils sont efficaces sur la distension

- ✓ **ATB** : colonisation fréquente par HI, SP, BC si forme sévère de BPC, BGN dont pseudomonas aeruginosa
- ✓ **corticoïdes** BPCO pas systématique

si asthme, voie d'administration : per os , IV pendant une courte durée

- ✓ **Ventilation non invasive** :
- En moyenne les malades sont ventilés durant 6 jours, 7 à 8 heures par jour.
- Dans la VNI, l'interface entre le ventilateur et le malade est un masque facial ou nasal, dans
- **But** : diminuer le travail des muscles respiratoires
- L'évaluation de l'efficacité de cette technique doit être précoce dans les 2 premières heures.
- En milieu de réanimation
- Efficacité : la VNI réduit la mortalité ,en réanimation et à l'hôpital, réduit la morbidité liée à la VI

- **Contre indications** : État de choc, trouble de la conscience, troubles de la déglutition, lésion faciale, obstruction des voies aériennes.
- **Complications** : Distension gastrique, escarres du nez, conjonctivites

7/Traitement préventif d'une nouvelle décompensation :

Il comporte des médicaments :

Vaccins antigrippal et anti-pneumococcique, et éventuellement corticoïdes inhalés, muco-régulateurs.

La réhabilitation respiratoire a pour objectif d'améliorer la qualité de vie. Elle combine :

- **Education** (arrêt du tabagisme, apprentissage de l'évaluation de l'état respiratoire), prise en charge psychosociale, et rééducation physique.
- **La renutrition** doit être prise en compte très tôt dans l'évolution de l'IRC et les malades dénutris doivent être renutris. La dénutrition touche 20 à 60 % des patients souffrant de BPCO. Elle relève d'un hyper métabolisme de repos lié à l'augmentation du travail musculaire respiratoire et à l'inflammation bronchique. Elle constitue un facteur pronostique majeur.

8/Critères d'intubation d'un patient ayant une insuffisance respiratoire (un critère majeur ou deux critères mineurs) :

A/Critères majeurs :

- ✓ Arrêt respiratoire
- ✓ Pause respiratoire avec perte de conscience
- ✓ Agitation psychique rendant les soins impossibles
- ✓ Pouls < 50/min avec perte de la vigilance
- ✓ Tension artérielle systolique < 70 mmHg

B/Critères mineurs :

- ✓ Augmentation de l'encéphalopathie
- ✓ pH < 7,30 et au pH de l'admission
- ✓ Augmentation de la PaCO₂ de l'admission de 1 kPa
- ✓ PaO₂ < 6 kPa malgré l'O₂
- ✓ Fréquence respiratoire > 35/min et à celle de l'admission.



Université d'Oran
Faculté de Médecine

Tous droits réservés. Ce fichier peut être diffusé librement à condition que ce soit gratuitement et qu'il n'y soit apporté aucune modification.

Auteur : DR Sahraoui

Numérisation: Ghizlène Abebsi le 14 septembre 2014