

L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE

I/ Introduction

C'est l'ensemble des affections respiratoires graves pouvant conduire à une insuffisance respiratoire chronique avec ou sans hypoxémie périphérique au repos ou à l'effort (au moins au début).

Ces affections se traduisent par des signes cliniques et des troubles fonctionnels respiratoires qui permettent de les classer.

II/ Définition

Incapacité relative de l'appareil ventilatoire d'assumer au repos ou à l'effort une hémostasie correcte.

Il peut exister des associations avec une insuffisance cardiaque qui, en perturbant le transport de l'oxygène, peut aggraver l'insuffisance respiratoire.

III/ Etiologies

A) Insuffisance respiratoire obstructive

- ◆ les plus fréquentes : les BPCO surtout 70 à 80%
- ◆ la bronchite chronique post- tabagique domine le tableau
- ◆ l'asthme chronique à dyspnée continue en fait partie

B) Insuffisance respiratoire restrictive

- ◆ origine neuro- musculaire : pathologies des nerfs et des muscles (SLA, poliomyélite, myasthénie, ...)
- ◆ origine pariétale : séquelles chirurgicales, cyphoscolioses, séquelles de tuberculose, ...
- ◆ obésité
- ◆ origine parenchymateuse : exérèse pulmonaire (lobectomie, pneumectomie, ...),

fibrose pulmonaire.

IV/ Clinique

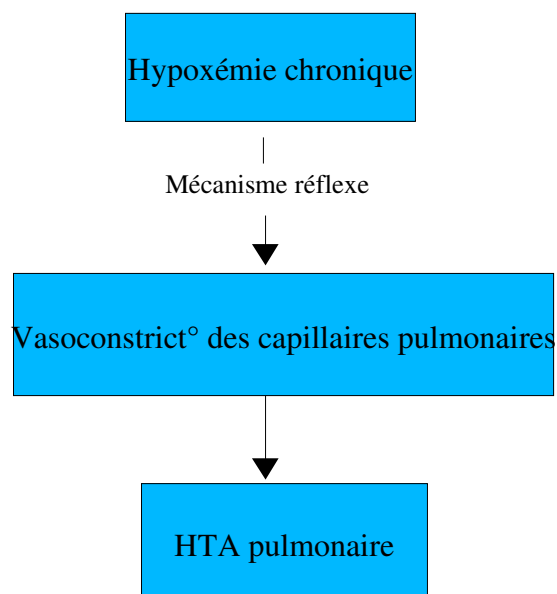
a. Etat stable

- Patient conscient, orienté
- symptômes respiratoires stables
- appétit et poids stables
- peu ou pas d'œdème des membres inférieurs
- ...
- gaz du sang stable sous oxygène

b. Etat instable ou décompensé

- ➔ Patient désorienté, agressif, somnolent
- ➔ majoration des symptômes respiratoires (ou apparition de nouveau : expectorations muco- purulente, ...)
- ➔ amaigrissement, perte de l'appétit
- ➔ apparition ou aggravation d'œdème des membres inférieurs, turgescence des veines jugulaires, ...
- ➔ gazométrie artérielle perturbée avec majoration de l'hypoxémie, aggravation ou apparition d'une hypercapnie, apparition d'une acidose respiratoire

V/ Mécanismes d'apparition de l'insuffisance cardiaque droite



La pression de l'artère pulmonaire est habituellement de l'ordre de 25 mmHg, elle peut monter jusqu'à 40- 50 mmHg.

Si cette HTA pulmonaire persiste, elle va être à l'origine d'une dilatation des cavités cardiaques droites et à terme d'une insuffisance cardiaque droite (signes : oedèmes des membres inférieurs, turgescence jugulaire, douleurs hépatique, ...).

VI/ Ttt

a) Prévenir les décompensations respiratoires

- ◆ Prévenir et détecter l'épuisement musculaire (amaigrissement, ...)
- ◆ Eviter les médicaments dangereux : hypnotiques, sédatifs, ...
- ◆ Traiter précocement les sur- infections
- ◆ Vaccinations
- ◆ Se méfier des pleurésies ou d'un pneumothorax grave chez ces sujets fragiles ou sous ventilation
- ◆ Vérifier l'observance de l'oxygénothérapie, le débit
- ◆ Ne jamais augmenter l'oxygène chez un patient hypercapnique

b) Lutter contre l'hypoxémie

Pour éviter l'installation d'une HTA pulmonaire ou d'une souffrance tissulaire périphérique :

- Oxygénothérapie de longue durée à domicile
- Ventilation non invasive par l'intermédiaire d'un masque nasal

c) Associations médicamenteuses optimales

- S'aider des dosages médicamenteux
- Utiliser au maximum la voie inhalée (nébulisation, ...)

d) Réhabilitation respiratoire

e) Ventilation assistée

Sevrage quelques fois difficile avec trachéotomie dans les suites

Conclusion :

- Patients de prise en charge difficile, nécessitant une équipe pluri- disciplinaire

- Equilibre difficile entre des ttt lourds invasifs et un pronostic sombre
- Développement actuel des prises en charge à domicile : O₂, ventilation non invasive, perfusion d'ATB, ...