

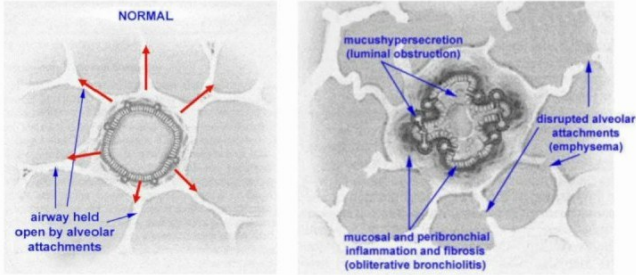
#001

Objectifs du carnet

 BPCO 

Agression chronique du parenchyme pulmonaire aboutissant à une inflammation anormale des voies aériennes avec un remodelage aboutissant à une obstruction (distales ++)

Evolution insidieuse souvent ignorée des malades



Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant bronchopneumopathie chronique obstructive en contexte EDN et en garde.
- Pour Bronchopneumopathie Chronique Obstructive, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Bronchopneumopathie Chronique Obstructive, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Bronchopneumopathie Chronique Obstructive, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Diagnostic de BPCO



Paraclinique

A

Examens à prescrire :

- **EFR** : OBLIGATOIRES **au moins 1 fois / an**
 - **SPIROMÉTRIE**, courbe débit-volume, pléthysmographie, test de réversibilité, transfert CO, GDS, TM6
- RADIO THORAX
- $\pm$ TDM (non systématique, formes sévères, emphysème majeur, suspicion cancer...)
- $\pm$ ECG, ETT (HTP et insC droite ? insC gauche associée ?)

Dosage α -1-antitrypsine : 4 indications

- BPCO < 45 ans
- **Emphysème** prédominant
- BPCO **non** (peu) **tabagique**
- Atcd **familiaux** d'emphysème

B

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- BPCO: symptômes respiratoires chroniques et obstruction persistante confirmée par spirométrie post-bronchodilatateur.
- Tabac dominant, mais aussi biomasse, expositions professionnelles et déficit en alpha-1 antitrypsine.
- Évaluer dyspnée, exacerbations, comorbidités, IMC, saturation et retentissement.
- Radiographie ou scanner selon contexte, pas pour remplacer la spirométrie.

#003

Traitement stable

- Sevrage tabagique, vaccination, activité physique et réhabilitation sont prioritaires.
- Bronchodilatateurs inhalés adaptés aux symptômes; corticoïdes inhalés selon exacerbations et profil.
- Vérifier technique inhalateur et observance à chaque palier.
- Oxygène, VNI ou prise en charge spécialisée si insuffisance respiratoire chronique.

#004

Exacerbation

- Aggravation aiguë de dyspnée, toux ou expectoration au-delà des variations habituelles.
- Chercher pneumonie, embolie pulmonaire, pneumothorax, insuffisance cardiaque, trouble du rythme.
- Bronchodilatateurs, corticothérapie courte, antibiothérapie si arguments, oxygène ciblé.
- Gaz du sang si gravité ou hypercapnie; VNI si acidose respiratoire persistante.

#005

Pièges EDN

- Pour Bronchopneumopathie Chronique Obstructive, ne pas confondre normalité d'un examen isolé et absence de maladie si la probabilité clinique est forte.
- Pour Bronchopneumopathie Chronique Obstructive, toujours distinguer diagnostic, gravité immédiate et retentissement fonctionnel.
- Pour Bronchopneumopathie Chronique Obstructive, penser aux terrains: grossesse, immunodépression, cancer, insuffisance respiratoire chronique, anticoagulants.
- Pour Bronchopneumopathie Chronique Obstructive, avant toute sortie, documenter les consignes, le traitement, la surveillance et le délai de réévaluation.

#006

Mini-cas à savoir résoudre

- Pour Bronchopneumopathie Chronique Obstructive, formuler en une phrase le problème respiratoire principal et le risque vital à exclure.
- Pour Bronchopneumopathie Chronique Obstructive, choisir l'examen qui change la conduite dans l'heure, puis le bilan d'étiologie.
- Pour Bronchopneumopathie Chronique Obstructive, dire ce qui justifie hospitalisation, avis spécialisé ou surveillance ambulatoire.
- Pour Bronchopneumopathie Chronique Obstructive, prévoir la réévaluation: efficacité, tolérance, complication, adaptation au résultat.

Sources: Referentiel CEP/SPLF EDN 8e edition (2023); Supports locaux SSD1/Alex/12- Pneumologie; Recommandations SPLF disponibles sur splf.fr