

Divers types de bronchodilatateurs

TABLEAU
26-2

Classe/médicament	Méthode d'administration				Durée d'action
	Aérosol-doseur	Poudre sèche	Nébuliseur	Voie orale	
AGONISTES BÊTA₂-ADRÉNERGIQUES					
■ Fénotérol (Berotec)	X		X		Moyenne
■ Formotérol (Foradil, Oxeze)		X			Prolongée
■ Salbutamol (Aïromir, Ventolin)	X	X	X	X	Brève
■ Salmétérol (Serevent)	X	X			Prolongée
■ Terbutaline (Bricanyl)		X	X		Brève
AGENTS ANTICHOLINERGIQUES					
■ Ipratropium (Atrovent)	X		X		Brève
■ Tiotropium (Spiriva)		X			Prolongée
MÉTHYLXANTHINES					
■ Aminophylline (Phyllocontin)				X	Variable
■ Théophylline (Theo-Dur, Uniphyll)				X	Variable
ASSOCIATIONS MÉDICAMENTEUSES					
■ Salbutamol + ipratropium (Combivent); fluticasone + salmétérol (Advair); formotérol + budésonide (Symbicort)	X (Combivent, Advair)	X (Advair Diskus, Symbicort)			Variable
Action brève: de 4 à 6 heures. Action moyenne: de 6 à 8 heures. Action prolongée: 12 heures ou plus.					

Prise en charge des exacerbations

Il est difficile de diagnostiquer une exacerbation de la BPCO, mais les signes et symptômes possibles sont notamment les suivants: dyspnée accrue, production de plus grandes quantités d'expectorations purulentes, insuffisance respiratoire, modification de l'état mental ou aggravation des anomalies liées aux gaz sanguins. Les principales causes d'une exacerbation aiguë sont l'infection trachéobronchique et la pollution atmosphérique (NIH, 2001a). Les causes secondaires sont les suivantes: pneumonie, embolie pulmonaire, pneumothorax, fractures des côtes ou traumatismes thoraciques, usage inapproprié des sédatifs, des opioïdes ou des bêtabloquants, et insuffisance cardiaque droite ou gauche. Il faut d'abord déterminer la cause principale de l'exacerbation, puis prendre les mesures qui s'imposent. Le traitement en première intention consiste à optimiser la pharmacothérapie par les bronchodilatateurs. Il s'agit de trouver le meilleur médicament ou les meilleures associations médicamenteuses pour la personne et d'établir le calendrier optimal des prises. Selon les signes et symptômes, on peut également prescrire des corticostéroïdes, des antibiotiques, une oxygénothérapie et des interventions respiratoires intensives. En cas d'exacerbation aiguë de la BPCO, l'hospitalisation est indiquée dans les cas suivants: dyspnée grave qui ne répond pas adéquatement au traitement initial; confusion ou léthargie; fatigue des muscles respiratoires; mouvements paradoxaux de la paroi thoracique; œdème périphérique; aggravation ou nouvelle manifestation

de la cyanose centrale; hypoxémie persistante ou aggravée; et nécessité de recourir à une ventilation artificielle assistée, qu'elle soit effractive ou non (Celli, Snider, Heffner *et al.*, 1995; NIH, 2001a).

Oxygénothérapie

On peut administrer l'oxygénothérapie de façon continue et prolongée, au cours de l'effort ou dans le but de prévenir une dyspnée aiguë. L'oxygénothérapie prolongée améliore la qualité de la vie et la survie de la personne (NIH, 2001a). Chez les personnes dont la pression d'oxygène dans le sang artériel (PaO₂) est égale ou inférieure à 55 mm Hg de l'air ambiant, le maintien d'une sphymooxymétrie constante et adéquate (> 90 %) est associé à un taux de mortalité beaucoup plus faible et à une meilleure qualité de la vie. L'oxygénothérapie d'appoint est indiquée si la PaO₂ est égale ou inférieure à 55 mm Hg ou s'il y a des signes évidents d'hypoxie tissulaire et de lésion d'organes (par exemple cœur pulmonaire, polycythémie secondaire, œdème dû à une insuffisance cardiaque droite ou altération de l'état mental). L'oxygénothérapie peut améliorer la tolérance à l'effort chez les personnes atteintes d'hypoxémie engendrée par l'effort. Les personnes qui sont hypoxémiques à l'état de veille le seront vraisemblablement aussi pendant leur sommeil; on recommande donc de leur administrer l'oxygénothérapie pendant la nuit, soit 24 heures durant. L'oxygénothérapie intermittente est indiquée lorsque la désaturation ne se produit qu'à l'effort ou pendant le sommeil.