

TABLEAU I. — Principales causes d'hypoventilation alvéolaire

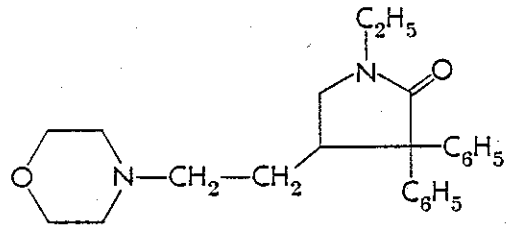
<i>Atteinte des régulations centrales</i>	<i>Insuffisance neuromusculaire</i>
Alcalose métabolique	Poliomyélite, SLA
Dépressions médicamenteuses	Curare
Lésions des centres (infectieuse, traumatique)	Myasthénie
Hypoventilation du sommeil	Myopathies
Cryptogénétique (congénitale, syndrome d'Ondine, etc.)	Paralysie diaphragmatique
	Fatigue ventilatoire
<i>Perturbations mécaniques</i>	<i>Déséquilibre ventilation perfusion</i>
Apnées obstructives	Tachypnée superficielle
Obstruction bronchique diffuse	Lésions parenchymateuses disséminées et étendues (emphysème ou fibrose cicatricielles, etc.)
Atteintes pariétales (cyphoscoliose, etc.)	Épanchement pleural gazeux ou liquide
Obésité extrême	Sténoses bronchiques localisées

Notions essentielles

- Les stimulants ou analeptiques respiratoires ont été proposés pour traiter les insuffisances respiratoires graves avec hypoxémie associée ou non à une hypercapnie.
- Les premiers médicaments utilisés (nicéthamide, diméflène) avaient de nombreux accidents, ils étaient notamment convulsivants.
- Actuellement les stimulants ayant une action prédominante sur le glomus carotidien (doxapram et almitrine) sont bien tolérés et efficaces. Mise à part l'augmentation de la ventilation, l'almitrine entraîne souvent une amélioration des relations ventilation-perfusion.
- Les stimulants respiratoires sont indiqués seulement en cas d'hypoxémie artérielle associée ou non à une hypercapnie. Leur action doit toujours être contrôlée par la clinique et par des gazométries artérielles. Ils sont contre-indiqués en cas d'obstruction bronchique ou de restriction parenchymateuse majeure.

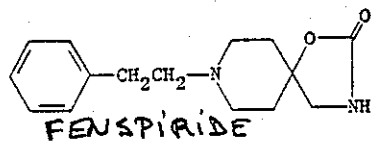
ANALEPTIQUES RESPIRATOIRES

①



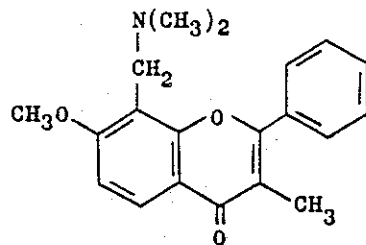
Doxapram

②



FENSPIRIDE

③



DIHEFLINE

398 Respiratory Disorders

Table 24.1 Drugs That Induce Apnea

Central nervous system depression	
→ <u>Narcotic analgesics</u>	F ^a
→ <u>Barbiturates</u>	F
Benzodiazepines	I
Other sedatives and hypnotics	I
<u>Tricyclic antidepressants</u>	R
Ketamine	R
Promazine	R
Anesthetics	R
Antihistamines	R
Alcohol	I
Fenfluramine	R
L-Dopa	R
Oxygen	R
Respiratory muscle dysfunction	
Aminoglycoside antibiotics	I
Polymyxin antibiotics	I
Neuromuscular blockers	I
Quinine	R
Digitalis	R

^a Relative frequency of reactions: F, frequent; I, infrequent; R, rare.

402 Respiratory Disorders

Table 24.5 Agents That Induce Pulmonary Edema

Cardiogenic pulmonary edema			
Excessive intravenous fluids	F ^a	Sodium diatrizoate	R
Blood and plasma transfusions	F	Hypertonic intrathecal saline	R
Corticosteroids	F	β_2 -Adrenergic agonists	I
Phenylbutazone	R		
Noncardiogenic pulmonary edema			
Heroin	F	Oxygen	I
Methadone	I	Nitrofurantoin	R
Morphine	I	Dextran 40	R
Propoxyphene	R	Fluorescein	R
Ethchlorvynol	R	Amitriptyline	R
Chlordiazepoxide	R	Colchicine	R
Salicylate	R	Nitrogen mustard	R
Hydrochlorothiazide	R	Epinephrine	R
Triamterene + hydrochlorothiazide	R	Metaraminol	R
Leukoagglutinin reactions	R	Bleomycin	R
Iron-dextran complex	R	Iodide	R
Methotrexate	R	Cyclophosphamide	R
Cytosine arabinoside	R	VM-26	R

^a Relative frequency of reactions: F, frequent; I, infrequent; R, rare.

Table 24.7 Agents That Induce Pneumonitis and/or Fibrosis

Oxygen	F ^a	Azathioprine,	
Radiation	F	6-mercaptopurine	R
Bleomycin	F	Chlorambucil	R
Busulfan	F	Meiphalan	R
Carmustine	F	Lomustine and semustine	R
Hexamethonium	F	Zinostatin	R
Paraquat	F	Procarbazine	R
Amiodarone	F	Sulfasalazine	R
Mecamylamine	I	Phenytoin	R
Pentolinium	I	Gold salts	R
Cyclophosphamide	I	Pindolol	R
Practolol	I	Imipramine	R
Methotrexate	I	Penicillamine	R
Mitomycin	I	Phenybutazone	R
Nitrofurantoin	I	Chlorphentermine	R
Methysergide	I	Fenfluramine	R

^aRelative frequency of reactions: F, frequent; I, infrequent; R, rare.

404 Respiratory Disorders

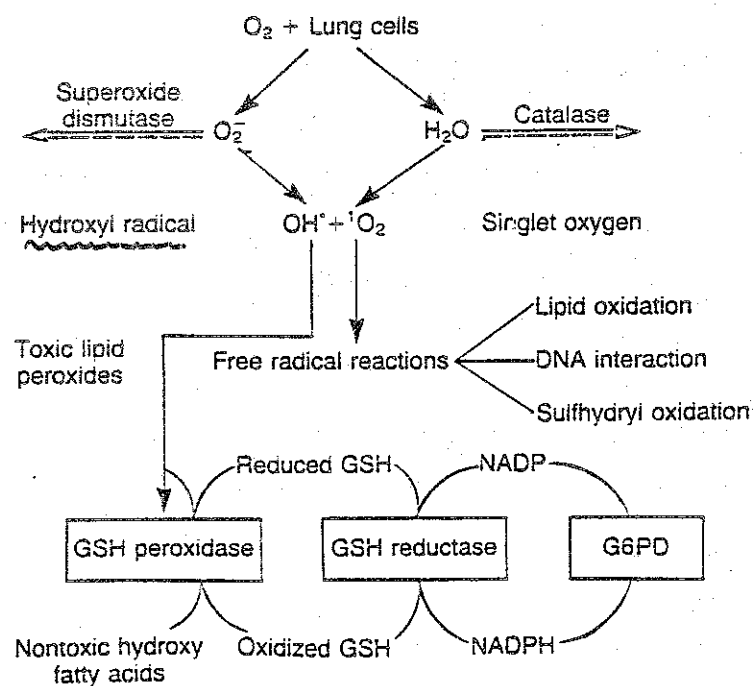


Figure 24.1 Schematic of the interaction between oxygen radicals and the antioxidant system. GSH, glutathione; G6PD, glucose-6-phosphate dehydrogenase.