

Recommandations de pratique clinique : adopter ou adapter ?

NICOLAS ROCHE

Pneumologie et soins intensifs
respiratoires

Hôpital Cochin, AP-HP

27, rue du Fbg Saint Jacques

75014 Paris

Tél. : 01 58 41 21 53

@: nicolas.roche@aphp.fr

Université Paris Descartes (EA2511)

L'année 2017 a déjà été riche en nouvelles recommandations dans le domaine de la BPCO : elle a vu arriver les propositions de la SPLF pour l'optimisation du traitement médicamenteux de cette maladie en état stable,¹ puis les recommandations de notre Société pour la prise en charge de ses exacerbations.² En parallèle, le groupe GOLD publiait une révision majeure de ses propositions sur l'ensemble des aspects de la BPCO, comportant un changement partiel mais notable du mode de classification et un bouleversement complet de la présentation des stratégies thérapeutiques préconisées.³ Ainsi, SPLF et GOLD ont maintenant en commun l'utilisation d'arbres de décision (un arbre global pour la SPLF, page suivante, un par catégorie ABCD pour GOLD), que la SPLF accompagne de tableaux explicatifs (en page 5). Au-delà de la forme, les différences de fond entre les choix thérapeutiques proposés sont marginales.

Dès lors, il est légitime de se demander si, de manière générale, une telle « duplication » apparente des efforts de production de recommandations est bien raisonnable ? En effet, le travail demandé est au minimum très conséquent — traitement médicamenteux de la BPCO en état stable —, au maximum colossal — prise en charge des exacerbations —, selon l'ampleur du thème couvert et la méthodologie employée. Cette dernière peut aller de propositions d'experts ou de prises de position basées sur une analyse narrative de la littérature — traitement médicamenteux de la BPCO en état stable — à des recommandations fondées sur des méthodes extrêmement strictes d'évaluation des niveaux de preuve et de cotation de la force des recommandations, comme l'adaptation de la méthode GRADE utilisée pour les recommandations sur les exacerbations.⁴

Apportant un élément de réponse à la question par laquelle débute le paragraphe précédent, les différentes enquêtes montrant que les praticiens appliquent assez peu les recommandations⁵ suggèrent qu'il n'est pas opportun de se contenter de recommandations globales valables à l'échelle de la planète ou d'un continent. En effet, cette application très partielle des recommandations peut être en partie liée à un manque d'appropriation, de confiance, de croyance dans les propositions qui leur sont faites.⁶ Un défaut de clarté, de lisibilité, d'applicabilité peut également être évoqué. Tous ces freins potentiels peuvent être au moins partiellement limités ou contournés par le développement de recommandations « au plus proche » des praticiens ciblés : des recommandations globales comme celles du groupe GOLD ont vocation à être diffusées de façon très large dans tous les pays, mais elles ne prétendent pas être appliquées partout telles quelles : au-delà de leurs aspects strictement scientifiques, elles doivent être adaptées en fonction des organisations et systèmes de santé et de la disponibilité des stratégies préconisées. Il ne faut pas non plus négliger le poids des habitudes, des sensibilités, des cultures, tous éléments qui rendent volontiers difficile l'adoption à l'identique de textes globaux à l'échelon local.

Les recommandations et propositions de la SPLF sont, elles aussi, par essences internationales. Il est donc parfaitement concevable qu'elles soient à leur tour adaptées, éventuellement de différentes manières, par les pays de langue française auxquels elles s'adressent. Le niveau auquel des adaptations sont proposées peut même descendre en dessous du pays : toute équipe ou groupe de praticiens peut décider de développer une adaptation qui lui soit propre. L'important dans ce contexte est de rester fondé sur les preuves scientifiques établies. Et c'est là tout l'intérêt des textes « globaux » comme ceux de GOLD ou, à l'échelle francophone, de la SPLF : ils fournissent des analyses des données disponibles, à partir desquelles diverses interprétations peuvent être discutées puis adoptées, suivant le principe selon lequel la médecine ne peut être considérée comme une science exacte. ■

1. Zysman M, Chabot F, Devillier P, et al. Société de pneumologie de langue française (SPLF). Pharmacological treatment optimization for stable chronic obstructive pulmonary disease. Proposals from the Société de pneumologie de langue française. *Rev Mal Respir* 2016; 33: 911-36.

2. Jouneau S, Dres M, Guerder A, et al. Management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Guidelines from the Société de pneumologie de langue française (summary). *Rev Mal Respir* 2017; 34: 282-322.

3. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease 2017 Report: GOLD Executive Summary. *Respirology* 2017 Apr; 22 (3): 575-601.

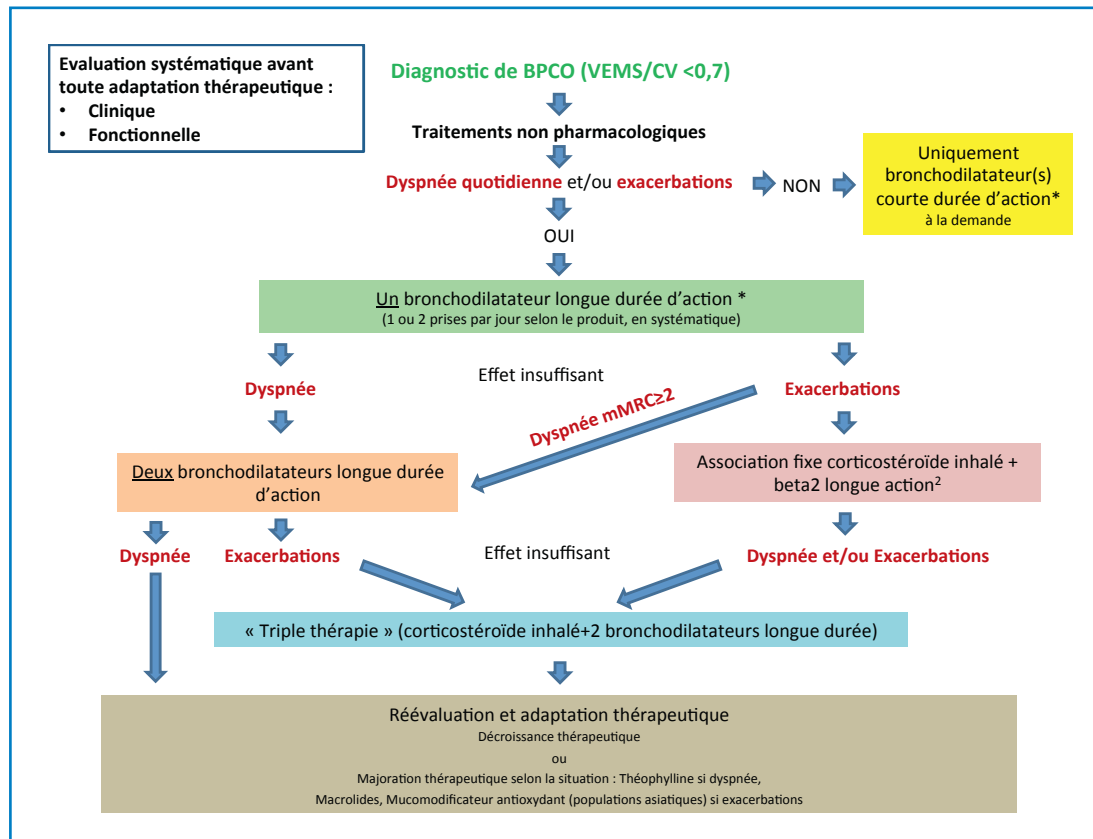
4. Guyatt G, Akl EA, Oxman A, et al., ATS/ERS ad hoc committee on integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. Synthesis, grading, and presentation of evidence in guidelines: article 7 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc* 2012; 9: 256-61.

5. Burgel PR, Deslée G, Jebrak G, et al., on behalf of the INITIATIVES BPCO scientific committee. Real-life use of inhaled corticosteroids in COPD patients vs. GOLD proposals: a paradigm shift in GOLD 2011? *Eur Respir J* 2013; DOI: 10.1183/09031936.00162313.

6. Boulet L, Becker A, Bowie D, et al. Implementing Practice Guidelines: A workshop on guidelines dissemination and implementation with a focus on asthma and COPD. *Can Respir J* 2006; 13 Suppl A: 5-47.

Les propositions de la SPLF pour le traitement médicamenteux de la BPCO en état stable¹

■ Arbre de décision



■ Tableau d'accompagnement

Situation	Action
Diagnostic de la BPCO	Le diagnostic doit être confirmé par spirométrie, avec mise en évidence d'un VEMS/CV < 0,70 après bronchodilatateur
Dans tous les cas	<ul style="list-style-type: none"> • Aide au sevrage tabagique • Vaccinations • Conseil d'activité physique • Équilibre diététique • Réhabilitation si dyspnée/handicap persistant • Bronchodilatateur(s) courte durée d'action à la demande en cas de dyspnée • Tenir compte des capacités du patient dans le choix du dispositif d'inhalation • Réévaluer 1-3 mois après chaque changement puis tous les 3-12 mois. • EFR annuelle au minimum (cf : recommandations SPLF sur les EFR dans la BPCO)
Si asthme associé	Voir recommandations asthme
Effet insuffisant = persistance sous traitement de maintenance d'une dyspnée/handicap et/ou d'exacerbations	Vérifier : <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic différentiel • Sevrage tabagique • Fonction respiratoire • Observance / Technique de prise • Éducation thérapeutique / réhabilitation • Comorbidités
Si prescription d'une association fixe corticostéroïde inhalé + bêta2 longue durée d'action	Tenir compte autant que possible des indications d'AMM concernant le seuil de VEMS, exprimé en % de la valeur prédite : <ul style="list-style-type: none"> • < 50% pour béclométasone+formotérol • < 60% pré-bronchodilatateur pour fluticasone propionate + salmétérol • < 70% post-bronchodilatateur pour fluticasone furoate + vilantérol et budésonide + formotérol
Signification du terme « exacerbations » dans la figure	Seuil (arbitraire): 2/an ou une avec hospitalisation

	Traitement inhalé	Situation clinique
	Bronchodilatateurs de courte durée d'action (bêta2-agoniste et/ou anticholinergique)	Tous Seul traitement des malades peu symptomatiques sans exacerbations
1 ^{re} ligne	Bronchodilatateur de longue durée d'action en monothérapie	
	Bêta2-agoniste	Dyspnée dans la vie quotidienne
	Anticholinergique	Dyspnée ou exacerbations
2 ^e ligne	Associations de deux médicaments	
	Association de bronchodilatateurs de longue durée d'action (bêta2-agoniste et anticholinergique)	Dyspnée ± exacerbations malgré traitement de 1 ^{re} ligne
	Association corticostéroïde inhalé + bêta2-agoniste de longue durée d'action	Exacerbations sans dyspnée importante malgré traitement de 1 ^{re} ligne
3 ^e ligne	Triple thérapie	Exacerbations malgré un traitement double

Zysman M, Chabot F, Devillier P, et al., Société de pneumologie de langue française (SPLF). Pharmacological treatment optimization for stable chronic obstructive pulmonary disease. Proposals from the Société de pneumologie de langue française. *Rev Mal Respir* 2016 ; 33: 911-36.