




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



Thèmes mis à jour :

Définitions, classification, mortalité et facteurs pronostiques

Traitement pharmacologique incluant le sevrage tabagique

Réhabilitation du malade atteint de BPCO

Fiches de synthèse

Promoteur : SPLF

Ces fiches de synthèse sont destinées aux soignants non pneumologues et non spécialisés dans le domaine de la BPCO.

Définitions, classification, mortalité et facteurs pronostiques

Définitions

La BPCO est une maladie respiratoire chronique définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes. La cause la plus fréquente est le tabagisme.

L'asthme, les dilatations des bronches et l'atteinte pulmonaire de la mucoviscidose ne font pas partie de la BPCO.

L'évolution de la BPCO est marquée par :

- un déclin accéléré de la fonction respiratoire, qui peut aboutir à une insuffisance respiratoire chronique ;
- un risque d'exacerbations pouvant mettre en jeu le pronostic vital ;
- un risque de handicap avec réduction de l'activité quotidienne notamment liés à la dyspnée.

Il existe fréquemment des comorbidités¹ qui doivent être recherchées car elles aggravent les symptômes et le pronostic.

1 Comorbidités : présence d'une ou plusieurs affections ou maladies chroniques coexistant avec la BPCO sans préjuger d'un lien causal.

Le diagnostic de trouble ventilatoire obstructif est fondé sur un rapport VEMS/CVF < 70 % après administration d'un bronchodilatateur (VEMS : volume expiratoire maximal à la première seconde ; CVF : capacité vitale forcée).

L'insuffisance respiratoire chronique se définit par une valeur de pression partielle en oxygène (PaO₂) < 70 mmHg (9,3 kPa) sur deux mesures des gaz du sang artériel à l'état stable à au moins 3 semaines d'intervalle. L'insuffisance respiratoire chronique est qualifiée de grave quand la valeur de la PaO₂ est ≤ 55 mmHg (7,3 kPa) ou < 60 mmHg (8 kPa) avec des signes d'insuffisance ventriculaire droite ou une polyglobulie.

L'exacerbation est définie par une majoration des symptômes respiratoires au-delà des variations quotidiennes (en pratique, d'une durée ≥ 48 h ou justifiant une modification thérapeutique).

Classification

La classification de la sévérité repose sur les résultats du VEMS à la spirométrie et comprend 4 stades, allant du stade léger au stade très sévère (Tableau 1).

Mortalité et facteurs pronostiques de la BPCO

Les principales causes de mortalité chez les patients atteints de BPCO sont l'insuffisance respiratoire, les maladies cardio-vasculaires et les cancers (en particulier le cancer bronchique).

Tableau 1 Classification spirométrique de la BPCO en stades de sévérité	
Classification de la BPCO en stades de sévérité	
Stade I : léger	VEMS \geq 80 % valeur prédite
Stade II : modéré	50 % \leq VEMS < 80 % valeur prédite
Stade III : sévère	30 % \leq VEMS < 50 % valeur prédite
Stade IV : très sévère	VEMS < 30 % valeur prédite ou VEMS < 50 % valeur prédite avec insuffisance respiratoire chronique grave
La valeur prédite est définie par des abaques, prenant en compte l'âge, le sexe, la taille et l'origine ethnique.	

Parmi les facteurs pronostiques, outre la fonction respiratoire, la fréquence et la sévérité des exacerbations, le rôle des comorbidités ont récemment été soulignés.

Le score composite BODE (valeur de 0 à 10) apparaît actuellement comme le meilleur facteur prédictif de la survie. Ce score prend en compte l'indice de masse corporelle (B), la sévérité de l'obstruction mesurée par le VEMS (O), l'intensité de la dyspnée évaluée par une échelle modifiée du *Medical Research Council*, MRC, (D) et la distance parcourue lors du test de marche de 6 minutes (E) (Tableau 2). Ce score BODE prédit mieux la mortalité que chacune de ses composantes prises isolément.

Traitement pharmacologique de la BPCO

La figure 1 ci-contre résume les principaux aspects de la prise en charge de la BPCO selon le stade de sévérité de l'obstruction bronchique.

Sevrage tabagique

L'arrêt du tabagisme, principale mesure susceptible d'interrompre la progression de l'obstruction bronchique et de retarder l'apparition de l'insuffisance respiratoire, est un objectif prioritaire, quel que soit le stade de la maladie (G1+).

Le conseil minimal doit être proposé à tout fumeur et renouvelé régulièrement (G1+).

I : Léger	II : Modéré	III : Sévère	IV : Très sévère
VEMS/CV < 0,7			
VEMS \geq 80 % de la théorique	50 % \leq VEMS < 80 % de la théorique	30 % \leq VEMS < 50 % de la théorique	VEMS < 30 % de la théorique ou VEMS < 50 % de la théorique avec insuffisance respiratoire chronique
Réduction des facteurs de risque ; vaccination antigrippale			
Bronchodilatateur de courte durée d'action (si besoin)			
Un ou plusieurs bronchodilatateurs de longue durée d'action Réhabilitation			
Glucocorticostéroïdes inhalés sous forme d'association fixe si exacerbations répétées* (VEMS < 60 % pour salmétérol/propionate de fluticasone)			
Oxygénothérapie longue durée si insuffisance respiratoire chronique Traitements chirurgicaux			
<small>*Les glucocorticostéroïdes inhalés seuls n'ont pas d'AMM en France</small>			

Figure 1. Traitement en fonction du stade de sévérité de la BPCO.

Les 3 traitements recommandés d'aide au sevrage tabagique (isolés ou associés) sont : les substituts nicotiques, le bupropion et la varénicline (G1+). Il est recommandé de prescrire les substituts nicotiques en première intention, la varénicline en deuxième intention et le bupropion en troisième intention, compte tenu des rapports bénéfice/risque spécifiques de chacun de ces médicaments.

Tableau 2 Calcul du score BODE		0	1	2	3
B	IMC (Kg/m ²)	< 21	\geq 21		
O	VEMS (% de la valeur prédite)	\geq 65	51-64	36-50	\leq 35
D	MMRC (0-4)	0-1	2	3	4
E	Distance parcourue lors du test de marche de 6 minutes (m)	\geq 350	250-349	150-249	\leq 149
IMC : indice de masse corporelle, MMRC: échelle modifiée du <i>Medical Research Council</i> incluant 5 stades. Stade 0 : dyspnée pour des efforts soutenus (montée 2 étages) ; stade 1 : dyspnée lors de la marche rapide ou en pente ; stade 2 : dyspnée à la marche sur terrain plat en suivant quelqu'un de son âge ; stade 3 : dyspnée obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres sur terrain plat ; stade 4 : dyspnée au moindre effort.					

Les thérapies cognitivo-comportementales peuvent également être proposées (G2+).

Chez les sujets qui ne peuvent s'arrêter complètement de fumer, la réduction du tabagisme partiellement compensée par substitution nicotinique peut être envisagée (niveau de preuve faible) dans un objectif final de cessation définitive du tabagisme (G1+).

Critères à prendre en compte dans les décisions thérapeutiques

L'attitude dépend de la sévérité de la maladie qui est appréciée sur la valeur du VEMS, ce qui souligne la nécessité d'une mesure du souffle répétée chez les patients atteints de BPCO. La sévérité de la BPCO doit aussi prendre en compte d'autres critères, notamment ceux qui sont intégrés dans le score BODE (indice de masse corporelle, VEMS, dyspnée, distance parcourue lors d'un test de marche).

Traitements selon le stade : vaccins, bronchodilatateurs, associations fixes

Une forme légère à modérée justifie de soustraire, autant qu'il est possible, le patient aux facteurs de risque, de promouvoir la vaccination, notamment grippale (G1+), et de proposer la prise de bronchodilatateurs. Il faut proposer de vacciner tous les 5 ans les patients ayant une BPCO par le vaccin polysidique pneumococcique (G2+).

Les bronchodilatateurs représentent le principal traitement symptomatique de la BPCO (G1+). Ils sont donnés en traitement de fond ou en traitement d'appoint pour réduire les symptômes et les exacerbations.

Les principaux traitements bronchodilatateurs sont les β_2 mimétiques et les anticholinergiques utilisés seuls (G1+). Leur association peut apporter un bénéfice symptomatique supplémentaire par rapport à l'administration d'un seul bronchodilatateur (G2+), après vérification du bon usage du système d'inhalation.

La prise en charge pharmacologique de la BPCO à l'état stable améliore les symptômes et la qualité de vie et réduit la fréquence des exacerbations (G1+).

Le traitement de fond par bronchodilatateurs de longue durée d'action est plus pratique qu'un traitement par bronchodilatateurs de courte durée d'action (G2+)

Un stade plus évolué de la maladie caractérisée par un VEMS inférieur à 50 % (inférieur à 60 % pour l'association salmétérol/fluticasone), des exacerbations répétées malgré un traitement bronchodilatateur bien conduit, justifie le recours à une corticothérapie inhalée en association à un bêta-2-agoniste de longue durée d'action.

Pour les formes inhalées, il est essentiel de s'assurer que la technique d'inhalation est correcte à chaque consultation (G2+).

Autres traitements médicamenteux

Vu le manque de preuve sur le bénéfice et le large éventail de preuve sur les effets indésirables, le traitement oral par corticoïdes à long terme n'est pas recommandé (G1-). Un

traitement test de deux à trois semaines avec les corticoïdes par voie générale est recommandé en cas de doute sur une composante asthmatique (G2+).

Les agents mucolytiques ne sont pas recommandés dans le cas général chez les patients porteurs d'une BPCO (G2-).

La BPCO ne constitue pas une indication à l'utilisation des statines.

Les compléments nutritionnels oraux ou les stéroïdes anabolisants ne sont pas recommandés dans le cas général chez les patients ayant une BPCO à l'état stable, en dehors d'un programme de réhabilitation respiratoire (G2-).

La BPCO ne constitue pas une indication à l'utilisation d'anti-leucotriènes (G1-).

Il est recommandé de ne pas prescrire d'antitussifs dans la BPCO (G1-).

Il n'y a actuellement pas d'indication à une antibiothérapie prophylactique dans la BPCO en état stable (G2-).

Des explorations bactériologiques ou biologiques (marqueurs d'infection) ne sont pas indiquées dans la BPCO à l'état stable (G1-).

Oxygénothérapie

Une hypoxémie contrôlée par des gaz du sang, constitue une indication à une oxygénothérapie de longue durée administrée au moins 15 heures par jour. Dans ces conditions, ce traitement augmente la survie des patients au stade de l'insuffisance respiratoire grave (G1+). Il n'y a pas d'indication à une oxygénothérapie nocturne ou de déambulation en dehors du cadre de l'oxygénothérapie de longue durée (G2-).

Réhabilitation respiratoire des BPCO

Définition

La réhabilitation respiratoire (RR) est un traitement incontournable de la BPCO au vu de ses effets positifs, constitué d'un ensemble de moyens proposés au patient atteint d'une maladie respiratoire chronique pour réduire le handicap et améliorer la qualité de vie.

La réhabilitation respiratoire peut être proposée par un médecin généraliste et une partie du bilan d'évaluation pré stage peut être réalisée par ses soins.

Indication

Est candidat à la réhabilitation tout malade atteint de BPCO présentant une dyspnée malgré un traitement médicamenteux optimal, entraînant une diminution des activités physiques quotidiennes (G1+).

Effet attendu

La réhabilitation permet (niveau de preuve élevé) : i. une réduction de la dyspnée, ii. Une amélioration de la qualité

de vie, iii. une diminution du handicap, une iv. diminution du coût de la maladie.

Contenu

La réhabilitation respiratoire est une association de thérapies adaptées réalisée par une équipe multidisciplinaire : 1) réentraînement à l'exercice + 2) kinésithérapie respiratoire + 3) une éducation thérapeutique personnalisée + 4) une aide au sevrage tabagique + 5) une prise en charge nutritionnelle + 6) une prise en charge psycho sociale.

Lieu

La réhabilitation peut se faire en centre, en ambulatoire et à domicile. Il existe actuellement au moins une structure par département (<http://www.splf.org>).

Évaluation préréhabilitation

L'évaluation est standardisée et comprend :

- Examen clinique : anamnèse, évaluation de la dyspnée, tabagisme, poids, taille ;
- Diagnostic éducatif et détermination des objectifs éducatifs (G2+) ;

- Questionnaire anxiété dépression HAD (G1+) ;
- EFR, gazométrie (G1+) ;
- Mesure de la force des muscles périphériques (G1+) ;
- Test de marche de 6mn (G1+) ;
- Exploration d'effort avec mesure de la VO_2 max, au minimum ECG d'effort (G1+) ;

Réalisation

Trois phases sont distinguées :

- Un stage initial : le stage a une durée déterminée par la structure où il a lieu. Il permet de faire l'évaluation initiale et de démarrer le programme avec toutes les composantes nécessaires d'une façon intensive. En l'absence de maintien des activités physiques en post stage, les acquis du stage s'effacent en 12-18 mois.
- L'après stage ou entretien : l'après stage a pour objectif le maintien ou l'amélioration des acquis du stage en terme de tolérance à l'exercice, de dyspnée, de qualité de vie et comme objectif indirect, la diminution des hospitalisations et consultations et donc la diminution du coût de la maladie. Les moyens utilisés peuvent être les moyens de suivi habituels de ces patients mais aussi les associations sportives, les associations de patients.
- Le renouvellement du stage peut s'avérer nécessaire par exemple lors d'une exacerbation ou lors de la mise sous oxygène.