

Bronchopneumopathie chronique obstructive – BPCO

Quelques aspects pratiques

Parmi les maladies pulmonaires obstructives figure en bonne place la BPCO. Les définitions de la BPCO ont varié avec le temps. La définition a une grande importance sur l'épidémiologie.

La définition actuelle, selon l'initiative GOLD, dit qu'il s'agit d'une maladie fréquente, traitable, que l'on peut prévenir et qui est caractérisée par une limitation persistante du flux respiratoire, limitation progressive associée à une réponse inflammatoire chronique et marquée des voies aériennes et des poumons, secondaire à l'exposition à des particules nocives ou à de gaz.

Cette entité couvre les notions d'emphysème, de bronchite chronique, voire d'asthme fixé. Elle est extrêmement fréquente puis qu'on estime en Suisse à environ 1 demi-million le nombre de personnes atteintes. L'OMS estime qu'en 2020 la BPCO sera la troisième cause de mortalité sur la planète. Elle devrait faire environ 10 millions de morts cette année-là.

Depuis 1997, la Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD), publie des directives concernant cette maladie. Elle proposait autrefois de classer la sévérité de la BPCO selon le VEMS (volume expiré maximal par seconde). Supérieure à 80 % la BPCO était dite légère stade GOLD I, entre 50 et 80 % de VEMS elle était dite modérée stade GOLD II, entre 30 et 50 % de VEMS dite sévère stade GOLD III et moins de 30 % de VEMS dite très sévère stade GOLD IV.

Cependant, dans ces dernières directives l'initiative GOLD (1) proposait une nouvelle classification avec des catégories A, B, C et D. A correspond à un risque faible avec peu de symptômes, B correspond à un risque faible avec davantage de symptômes, C à un risque élevé avec peu de symptômes, D à un risque élevé avec



Dr Jean-Georges Frey
Montana

d'avantage de symptômes (fig. 1). Cette classification doit utiliser non seulement le VEMS mais également le nombre d'exacerbations par année, le MRC (Medical Research Council Dyspnea Scale cf. tab. 1) et les résultats du COPD Assessment Test (CAT, tab. 2). Cette classification est très peu pratique, raison pour laquelle la Société Suisse de Pneumologie a recommandé de conserver les degrés de gravité en tenant compte uniquement du VEMS (2).

Critères diagnostiques

Le diagnostic de BPCO se pose par la spirométrie. Mais poser un diagnostic n'est pas toujours facile. De plus, il vaut la peine de le poser tôt. En conséquence, une spirométrie doit être effectuée chez les gens exposés au tabac surtout s'ils ont plus de 45 ans, les gens exposés à des substances toxiques dans le cadre de leur profession, chez des personnes qui ont des symptômes de type essoufflement à l'effort, toux et expectorations et chez des personnes qui font des infections à répétition au niveau des voies aériennes supérieures. Il faut savoir que les patients ont tendance à minimiser leurs symptômes.

Un praticien peut parfaitement effectuer une spirométrie fiable, des études l'ont démontré, mais à condition de se former pour cela. Cependant, il faut savoir que faire une bonne spirométrie prend du temps. En cas de doute, il vaut alors mieux faire appel à un pneumologue pour avoir un examen fiable.

En ce qui concerne la dyspnée d'effort, comme les patients sous-estiment ladite dyspnée d'effort, un moyen simple et utilisable au cabinet, est de faire un test Sit-to-stand (3). Cela nécessite uniquement une chaise où le patient doit s'asseoir et se relever durant une minute, la table 3 montre des valeurs normales chez des sujets en bonne santé.

On peut utiliser l'index de BODE ou l'index ADO (tab. 4) pour avoir une idée pronostique pour le patient en question.

La première mesure thérapeutique la plus efficace et la seule à avoir démontré qu'elle freinait la progression de la BPCO est l'arrêt du tabagisme. Il faudra donc régulièrement parler tabac avec le patient BPCO en utilisant les principes des 5 A. 1 ASK (demander) 2 ASSESS (évaluer) 3 ADVISE (conseiller), 4 ASSIST (soutenir), 5 ARRANGE (assurer un suivi, y compris par contacts téléphoniques). Il ne faut pas oublier que les substituts nicotiques sont

FIG. 1 Evaluation combinée de la BPCO

Stade spirométrique	1 2 3 4	C	D
	0 1 2	A	B
		mMRC 0-1 CAT < 10	mMRC ≥ 2 CAT ≥ 10
		Symptômes (mMRC ou CAT scores)	
		Groupe A : faible risque, peu de symptômes Groupe B : faible risque, plus de symptômes Groupe C : risque élevé, peu de symptômes Groupe D : risque élevé, plus de symptômes	

(adapté de réf. 1)

Questionnaire mMRC (modified Medical Research Council Dyspnea Scale)	
0	Dyspnée uniquement lors d'efforts très intenses
I	Dyspnée lors d'une marche rapide en terrain plat ou en légère montée
II	La dyspnée impose de marcher plus lentement que des personnes du même âge OU contraint à des pauses lors d'une marche en terrain plat
III	Dyspnée sur une distance de marche de 100 m
IV	Dyspnée en se vêtant ou en se déshabillant OU impossibilité de quitter la maison en raison de la dyspnée

une aide efficace. On peut trouver sur le site Web www.theiprg.org/display/RESTOB/home des outils pour la consultation anti-tabac.

Pharmacothérapie

Les deux médicaments les plus efficaces pour la BPCO sont les anticholinergiques à longue durée d'action (LAMA) et les bêta agonistes à longue durée d'action (LABA). Les médicaments ont un effet symptomatique. Il soulage la dyspnée et réduit la fréquence des exacerbations de l'ordre de 20%.

Les corticostéroïdes à inhaler ne font pas partie de la thérapie standard de la BPCO. Ils sont pourtant prescrits très fréquemment en présence d'une BPCO légère ou modérée. Ils sont efficaces et prouvés efficaces que chez les gens qui ont une BPCO sévère, c'est-à-dire un VEMS inférieur à 60% et plus de deux exacerbations par année.

Il existe des « devices » très différents selon les firmes. Si l'on prend le système Ellipta® ou le système turbuhaler ou diskus, voire spray ou breezhaler, voire maintenant le système Respimat®, il faut chaque fois adapter au patient le système qu'il arrive le mieux à maîtriser. Il est très important, une fois que l'on a choisi le traitement de montrer au patient comment utiliser ce « device » et ensuite de le lui faire faire et contrôler comment il le fait. On choisira le type de « device » en fonction de la commodité pour le patient et de sa capacité à l'utiliser.

La Prednisone par voie générale doit être utilisée qu'en cas d'exacerbations aiguës et ne devra pas dépasser 7 à 10 jours d'utilisation. Il n'y a pas d'indications à prescrire de la Cortisone par voie générale de manière prolongée.

Dans la prise en charge d'une BPCO, il ne faudra pas oublier de vacciner systématiquement les patients contre la grippe. L'efficacité du vaccin anti-pneumococcique est plus discutée et moins bien prouvée. Cependant, il est tout de même recommandé de le faire, plus particulièrement le 23-Valent.

Une mesure qui est très souvent sous-utilisée c'est la réhabilitation pulmonaire. De nombreuses études montrent que cette réadaptation améliore la performance physique et mentale et la qualité de vie. Il faut l'utiliser lorsque le patient, malgré un traitement optimal, souffre toujours d'une dyspnée à l'effort. Le patient pourra bénéficier d'un séjour où on mettra l'accent sur l'entraînement physique, sur l'information médicale et sur des conseils pratiques, sur la manière d'éviter les facteurs de risque. Cette réadaptation, selon les conditions locales, peut se faire soit en ambulatoire, soit en milieu hospitalier. Il est bien clair que pour un séjour de réadaptation ait un sens, il faut que le patient soit coopérant et qu'il soit

informé. C'est là que le médecin de famille joue un rôle très important parce qu'il peut motiver le patient et parce qu'il voit régulièrement le patient et peut juger de l'évolution de sa maladie. Actuellement, on met beaucoup l'accent sur l'information, pour ne pas dire l'éducation du patient. Le programme utilise la nécessité d'une mobilisation régulière, d'une utilisation correcte des médicaments et la reconnaissance rapide d'une exacerbation aiguë. On peut également élaborer un plan d'action personnalisé qui permettra d'intervenir beaucoup plus rapidement et efficacement en cas de décompensation.

Si malgré tout la maladie évolue dans le mauvais sens et que le patient développe une hypoxémie artérielle chronique, (Pa O₂ inférieure à 55 mmHg), il y a, à ce moment-là, indication à la mise en route d'un traitement par oxygénothérapie à long terme. Celle-ci est à même de prolonger la vie du patient et d'améliorer sa qualité de vie ainsi que la qualité de son sommeil.

Chez les patients emphysémateux on s'est aperçu maintenant qu'une réduction de volume pulmonaire pouvait améliorer la dyspnée, voire parfois le VEMS. Cette réduction de volume pulmonaire s'adresse à une catégorie de patients qui souffrent d'emphysème avec une hyperinflation pulmonaire. Elle peut se faire par bronchoscopie, sous anesthésie générale, avec la mise en place de valves ou de coils. Pour cela, il y a des critères à respecter et il faut que le patient soit à même de subir une anesthésie générale

TAB. 2 CAT (COPD Assessment Test)	
Je ne tousse jamais	0 1 2 3 4 5 Je tousse tout le temps
Je n'ai pas du tout de glaires (mucus) dans les poumons	0 1 2 3 4 5 J'ai les poumons entièrement encombrés de glaires (mucus)
Je n'ai pas du tout la poitrine oppressée	0 1 2 3 4 5 J'ai la poitrine très oppressée
Quand je monte une côte ou une volée de marches, je ne suis pas essoufflé(e)	0 1 2 3 4 5 Quand je monte une côte ou une volée de marches, je ne suis très essoufflé(e)
Je ne suis pas limité(e) dans mes activités chez moi	0 1 2 3 4 5 Je suis très limité(e) dans mes activités chez moi
Je ne suis pas inquiet(e) quand je quitte la maison, en dépit de mes problèmes pulmonaires	0 1 2 3 4 5 Je suis très inquiet(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires
Je dors bien	0 1 2 3 4 5 Je dors mal à cause de mes problèmes pulmonaires
Je suis plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 Je n'ai pas d'énergie du tout

TAB. 3

Valeurs de référence du test Sit-to-Stand (STS) chez des sujets en bonne santé

Nombre de répétitions en l'espace d'une minute:

Age	Femmes	Hommes
De 50 à 54 ans	36	40
De 55 à 59 ans	34	38
De 60 à 64 ans	29	33
De 65 à 69 ans	27	31
De 70 à 74 ans	26	29
De 75 à 79 ans	25	28
De 80 à 84 ans	23	25
De 85 à 90 ans	21	23
De 90 à 94 ans	16	20

(adapté de réf. 3)

TAB. 4

Index BODE et index ADO pour la BPCO

Paramètre	Points sur l'échelle de l'index BODE			
	0	1	2	3
VEAMS (% de la valeur théorique)	≥ 65	50-64	36-49	≤ 35
Test de marche de 6 minutes (mètres)	≥ 350	250-349	150-249	≤ 149
Echelle mMRC de la dyspnée	0-1	2	3	4
IMC Indice de masse corporelle	≥ 21			≤ 21

Paramètre	Points sur l'échelle de l'index ADO					
	0	1	2	3	4	5
VEAMS (% de la valeur théorique)	≥ 65	≥ 36-64	≤ 35	-	-	-
Echelle mMRC de la dyspnée	0-1	2	3	4	-	-
Age (ans)	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	≥ 90

Conclusion

La BPCO étant une maladie que nous pouvons prévenir, la lutte contre le tabagisme est importante. Un diagnostic précoce par spirométrie est également recommandé. Une fois le diagnostic posé, la prise en charge doit se baser sur l'arrêt du tabagisme, l'enseignement au patient, les bronchodilatateurs, la réhabilitation pulmonaire, la vaccination et si nécessaire une oxygénothérapie. Dans de rares cas de type emphysème, une évaluation pour une réduction de volume peut être indiquée.

Dr Jean-Georges Frey

Centre valaisan de pneumologie
3963 Montana
jean.georges.frey@hopitalvs.ch

+ Conflit d'intérêts: L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Messages à retenir

- Des facteurs de prévention d'une BPCO sont les suivants:
- ◆ arrêt du tabagisme
 - ◆ diagnostic précoce
 - ◆ enseignement au patient
 - ◆ thérapie médicamenteuse et non-médicamenteuse

Références:

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global initiative for chronic obstructive lung disease: global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2013
2. Directives accessibles à l'adresse www.pneumo.ch/fr/informations-professionnelles/bpco.html
3. Rikli and Jones. California State University, Fullerton CA, ISBN 978-0-7360-3356-5
4. Pomares X et al. Long-term azithromycin therapy in patients with severe COPD and repeated exacerbations. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2011;6:449-56

et qu'il ne souffre pas d'insuffisance cardiaque ni d'hypertension pulmonaire. Cette réduction de volume peut se faire également par chirurgie, ablation du parenchyme pulmonaire malade, pouvant améliorer la mécanique pulmonaire.

Exacerbations aiguës

On parle d'exacerbation lorsque la dyspnée, la toux où les expectorations augmentent rapidement et changent d'aspect en dépit de la thérapie usuelle. Une telle exacerbation est associée à une morbidité et à une mortalité nettement accrue. Elle doit donc se traiter de manière intensive. Il faut en général augmenter la prescription de bronchodilatateurs à action immédiate tels que des bêta-2 à courte durée d'action et éventuellement augmenter la dose des bronchodilatateurs à longue durée d'action. Si la dégradation de l'état général est sérieuse, on peut y ajouter des corticoïdes par voie générale durant 7 à 10 jours.

L'utilisation des antibiotiques doit être évaluée de cas en cas. La purulence des expectorations ne signifie pas nécessairement qu'une bactérie est en cause. En général, et ceci de manière empirique, les antibiotiques sont facilement donnés, antibiotiques à large spectre. En cas d'exacerbation, une hospitalisation doit également être discutée, y compris lorsque le support que l'on peut obtenir à domicile n'est pas jugé adéquat. S'il n'est pas hospitalisé le patient devra être examiné à intervalles réguliers. Si la BPCO est sévère je crois qu'il ne faut pas hésiter à hospitaliser le patient. Récemment, une étude a montré que la prescription d'Azythromycine (4) à raison de 250 mg/jour durant une année diminuait le nombre d'exacerbations avec un risque cependant de colonisation bactérienne par une bactérie résistant aux macrolides. De plus, il faut faire attention au problème auditif chez les patients ayant une hypoacousie pouvant être aggravée et également un problème du rythme cardiaque, le risque d'un QT long ou d'une torsade de pointe pouvant être exacerbée par cette prescription.