

BPCO:

recommandations pour les médecins de famille

Dr. med. Werner Karrer, Prof. Dr. med. Jörg D. Leuppi

Les médecins de famille jouent un rôle central dans le diagnostic précoce de la BPCO et dans la définition d'un concept thérapeutique efficace. La présente brochure résume les principales recommandations de la Société Suisse de Pneumologie (SSP) pour les médecins de premier recours.

Depuis 1997, la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) publie des directives pour le diagnostic, le traitement et la prévention de la BPCO¹. Elle recommande désormais une classification des patientes et patients atteints de BPCO dans les catégories A à D. La SSP considère que cette classification est peu pratique et a donc publié ses propres Swiss COPD Guidelines.

Directives GOLD et Swiss COPD Guidelines

Ce qui frappe dans les directives GOLD actuelles, c'est la nouvelle classification des patientes et des patients atteints de BPCO dans les catégories A à D, sur la base des critères suivants: risque et symptômes. Elle remplace l'ancienne classification basée sur le degré de gravité (GOLD I-IV), qui se basait surtout sur les résultats de la spirométrie.

A: risque faible, peu de symptômes

B: risque faible, davantage de symptômes

C: risque élevé, peu de symptômes

D: risque élevé, davantage de symptômes

Cette nouvelle répartition en catégories tient compte du fait que, souvent, la fonction pulmonaire ne va pas de pair avec les symptômes cliniques et que l'évolution et les symptômes de BPCO dépendent aussi en grande partie des exacerbations et des comorbidités.

Pour qu'un médecin puisse classer son patient dans l'un de ces groupes, il doit tenir compte de diverses caractéristiques:

- les résultats du **COPD Assessment Test (CAT)** et/ou de la **modified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC)**,
- le stade GOLD sur la base du **VEMS** (volume expiratoire maximum seconde) et
- le nombre des précédentes **exacerbations** par année.

¹ La dernière version a été publiée en 2014: www.goldcopd.org



Si la Société Suisse de Pneumologie (SSP) considère en principe favorablement la prise en compte d'exacerbations et de comorbidités, elle estime en revanche que cette classification est peu pratique. En effet, l'obtention de deux scores et l'identification a posteriori des exacerbations survenues au cours de l'année précédente sont souvent impossibles dans la pratique. **Le SSP recommande donc, dans ses Swiss COPD Guidelines (2013)², de vérifier tous les critères, sans toutefois ranger les patientes et les patients dans les catégories A à D, mais de conserver la classification GOLD I-IV du degré de gravité en fonction du VEMS.**

Classification du degré de gravité en fonction du VEMS

GOLD I	Léger	VEMS \geq 80%
GOLD II	Modéré	VEMS \geq 50% bis \leq 80%
GOLD III	Sévère	VEMS \geq 30% bis \leq 50%
GOLD IV	Très sévère	VEMS \leq 30%

Les critères du diagnostic

La BPCO ne se diagnostique pas toujours sans problème. La détection précoce joue pourtant un rôle crucial: plus le diagnostic est posé tôt, plus le traitement sera efficace.

Les personnes qui remplissent les critères suivants doivent faire l'objet d'une investigation pour une éventuelle BPCO:

- Age supérieur à 45 ans avec des facteurs de risque dans l'anamnèse (tabagisme (consommation de tabac en «paquets-années»), tabagisme passif,

anamnèse familiale positive, inhalation de substances toxiques dans le cadre professionnel)

- Symptômes (essoufflement à l'effort, toux avec expectorations)
- Refroidissements fréquents d'une durée inhabituelle

Lorsqu'on leur pose la question de la dyspnée à l'effort, bien des patients ne mentionnent pas de problèmes bien qu'ils présentent en fait une dyspnée à l'effort. Dans leur vie de tous les jours, ils évitent tous les efforts qui les mettent «hors d'haleine». Au cabinet médical, la dyspnée à l'effort peut être identifiée très facilement au moyen du **Sit-to-Stand-Test (STS)**. Par comparaison avec les valeurs normales présentées ci-contre, on peut détecter de façon fiable une diminution de la résistance à l'effort physique en l'espace d'une minute.

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

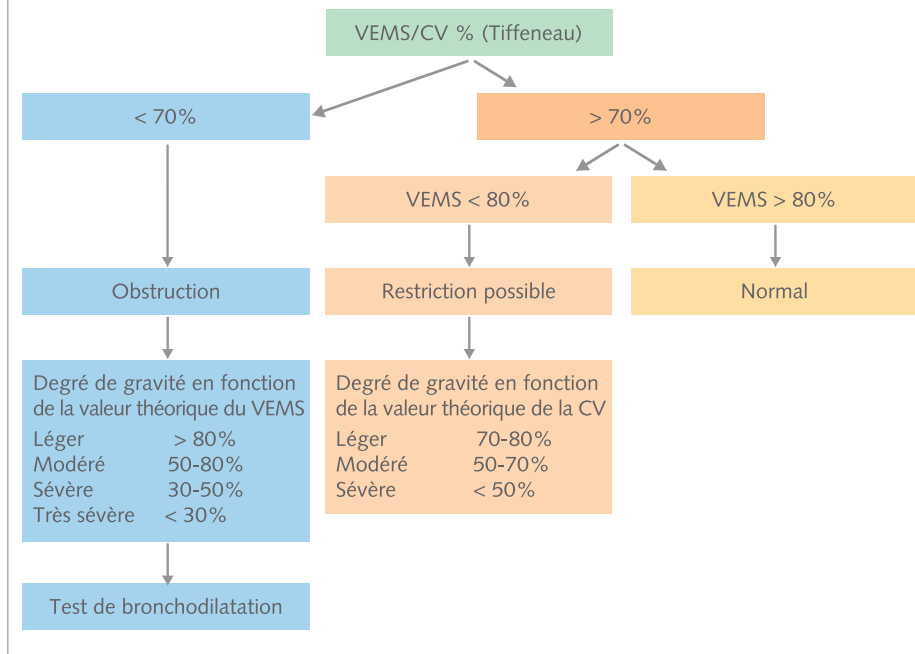
Nombre de répétitions en l'espace d'une minute:

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

Rikli and Jones, California State University, Fullerton CA, ISBN 978-0-7360-3356-5

² Directives accessibles à l'adresse www.pneumo.ch/fr/informations-professionnelles/bpco.html

Evaluation de la courbe débit-volume



Prof. Dr. med. Jörg D. Leuppi: Evaluation de la courbe débit-volume (SAEZ 45/2013)

Pour exclure une BPCO ou poser un diagnostic précoce de BPCO chez des patientes et des patients à risque, il convient de demander ou d'effectuer soi-même dans chaque cas une spirométrie (avant bronchodilatation). Si les valeurs du VEMS

s'écartant du domaine normal, on fera suivre par une spirométrie diagnostique (mesures avant et après bronchodilatation). Une fois le diagnostic de BPCO consolidé, les médecins de famille peuvent recourir à l'index BODE pour pouvoir éva-

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 |

luer le risque de mortalité de leurs patientes et patients souffrant de BPCO. A cet effet, il faut au préalable obtenir la valeur du score sur l'échelle mMRC.

Les Swiss COPD Guidelines recommandent l'index BODE comme valeur de référence. Toutefois, s'il n'est pas possible de réaliser un test de marche de 6 minutes au cabinet du médecin de famille, il est possible d'utiliser comme alternative l'index ADO. L'index ADO prend en compte les critères de l'Age, de la Dyspnée et de l'Obstruction (VEMS); il y a une corrélation négative entre un index élevé et l'espérance de vie.

En outre, l'évaluation des exacerbations et de maladies associées telles que diabète, maladies cardio-vasculaires et maladies pulmonaires s'avère utile pour la définition d'un concept thérapeutique efficace.

Mesure 1: arrêt du tabagisme

L'arrêt du tabagisme est de loin la mesure la plus efficace pour freiner la progression d'une BPCO. Le renoncement à la cigarette améliore la qualité de vie et prolonge la vie. Aussi faut-il attirer régulièrement l'attention des personnes concernées qui dépendent de la nicotine sur les bénéfices et les possibilités liés à l'arrêt du tabagisme. Le principe des cinq A peut être utilisé à cet effet:

1. «Ask» (demander)
2. «Assess» (évaluer)
3. «Advise» (conseiller)
4. «Assist» (soutenir)
5. «Arrange» (assurer un suivi, contact téléphonique)

Chez les fumeurs qui consomment plus de dix cigarettes par jour, un traitement substitutif de nicotine ainsi qu'une théra-

Index BODE pour la BPCO

Paramètre	Points sur l'échelle de l'index BODE			
	0	1	2	3
VEMS (% 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	

Index ADO pour la BPCO (Age, Dyspnée et Obstruction)

Paramètre	Points sur l'échelle de l'index ADO					
	0	1	2	3	4	5
VEMS (% 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

pie médicamenteuse³ (en l'absence de contre-indications) peuvent favoriser l'arrêt du tabagisme. Sur le site web de la «International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) se trouvent des outils pour la consultation stop-tabac.⁴

Mesure 2: réhabilitation pulmonaire avec enseignement des patients

La réhabilitation pulmonaire est la principale mesure pour l'amélioration de la performance physique et mentale, qui se traduit en dernier ressort par une meilleure qualité de vie. Elle s'adresse principalement aux patientes et aux patients qui, en dépit d'un traitement suffisant, souffrent d'une résistance limitée à l'effort physique. Moins de dyspnée, une meilleure résistance et un moindre risque d'hospitalisation, tels sont les bénéfices qu'ils peuvent en retirer.

Un programme de réhabilitation se compose d'un entraînement physique, d'informations médicales sur la maladie et de conseils permettant d'élaborer la maladie et d'apprendre comment on évite des facteurs de risque. Selon le stade de la maladie, la réhabilitation pulmonaire se fait soit avec une hospitalisation soit en ambulatoire. Les programmes accrédités en Suisse sont publiés par la Société Suisse de Pneumologie.⁵

La thérapie d'une maladie chronique exige des personnes affectées qu'elles soient coopérantes et informées. Aussi un enseignement pour les patientes et les patients est-il un élément obligatoire du traitement de la BPCO. Les médecins de famille y jouent un rôle crucial: premièrement, ils sont des motivateurs importants pour les patientes et les patients et,

deuxièmement, ils les voient régulièrement au cabinet médical.

Les patientes et les patients doivent connaître avec précision la maladie, la thérapie et les complications. Ces connaissances englobent l'utilisation correcte des médicaments, un comportement bénéfique pour la santé et la capacité de reconnaître une exacerbation aiguë. En instruisant les patientes et les patients et en élaborant un plan d'action, le médecin de famille contribue à la prévention des exacerbations et des hospitalisations et à l'obtention d'une amélioration significative de la qualité de vie.

Mesure 3: pharmacothérapie

Les deux médicaments les plus efficaces pour la thérapie de la BPCO sont les anticholinergiques à longue durée d'action (LAMA) et les agonistes bêta à longue durée d'action (LABA). Ces principes actifs soulagent les symptômes et réduisent la fréquence des exacerbations de 20%. La posologie dépend notamment du degré de gravité de la BPCO mais elle est aussi déterminée par la fréquence des exacerbations, la progression de la dyspnée et la diminution des performances physiques.

Les corticostéroïdes à inhaler (ICS), courants dans le traitement de l'asthme, ne font en fait pas partie de la thérapie standard de la BPCO. Ils sont pourtant fréquemment prescrits en présence d'une

³ Voir Recommandations Suisses: Cornuz J et al. Désaccoutumance au tabac: mise à jour 2011 (1^{re}/2^e partie), *Swiss Med Forum* 2011, 11(9): 156-9 et 11(10):172-6

⁴ www.theipcr.org/display/RESTOB/Home

⁵ www.pneumo.ch/fr/rehabilitation

BPCO légère à modérée. La thérapie avec des ICS n'atteint cependant un niveau de preuve A que chez les patientes et les patients qui souffrent d'une BPCO sévère. Celle-ci implique un VEMS inférieur à 60% et plus de deux exacerbations par année. Pour la BPCO légère à modérée, le traitement médicamenteux se concentre sur des bronchodilatateurs à longue durée d'action (LAMA et LABA).

Mesure 4: vaccination contre la grippe

Chez les patientes et les patients souffrant de BPCO, la vaccination contre la grippe réduit les exacerbations de façon significative. Elle est recommandée chez toutes les personnes atteintes de BPCO et elle est en particulier très importante chez les patientes et les patients âgés. Il existe moins de preuves de l'efficacité du vaccin 23-valent contre les pneumocoques dans la réduction des exacerbations, mais il est tout de même recommandé.

Mesure 5: extension des thérapies

Si la progression de la maladie ne peut pas être arrêtée par les quatre mesures décrites ci-dessus, il est possible de recourir à une extension des thérapies.

Les patientes et les patients qui présentent une hypoxie artérielle chronique ($\text{PaO}_2 < 55$ mm Hg) tirent profit d'une oxygénothérapie à long terme. Cela s'applique en particulier aux personnes affectées qui souffrent en outre d'un syndrome des apnées du sommeil.

Si un emphysème pulmonaire se déclare, la chirurgie de réduction de volume pulmonaire constitue une option thérapeutique. Une telle opération doit faire l'objet d'une réflexion approfondie, car elle

ne convient pas pour tous les poumons emphysémateux. En outre, la patiente ou le patient ne doit pas être trop faible pour subir l'opération: cela implique un VEMS supérieur à 20%, aucune insuffisance cardiaque, aucune hypertension pulmonaire et un sujet non fumeur.

Pour des patients sélectionnés dont la BPCO engage le pronostic vital, il existe une dernière option thérapeutique, la transplantation pulmonaire. Il est important que les patientes et les patients susceptibles d'être transplantés soient adressés à temps à un centre de transplantation pour des investigations.

L'exacerbation aiguë: particulièrement dangereuse

On parle d'exacerbation aiguë lorsque la dyspnée, la toux et les expectorations augmentent rapidement, en dépit d'une thérapie adéquate. Une exacerbation aiguë est associée à une morbidité et à une mortalité accrues ainsi qu'à une diminution de la qualité de vie des patientes et des patients.

Une exacerbation doit se traiter de façon intensive. Outre l'administration supplémentaire de bronchodilatateurs à action immédiate et, éventuellement, une augmentation de la dose des bronchodilatateurs à longue durée d'action, on administrera pendant cinq jours des corticostéroïdes par voie orale.

Le recours à des antibiotiques doit être soigneusement pesé: les patientes et les patients qui présentent une dyspnée croissante et des crachats volumineux et purulents en profitent fréquemment. En cas d'exacerbation sévère avec hospitalisation, les personnes atteintes retirent un

bénéfice clair de l'antibiothérapie. La mesure de la procalcitonine sérique s'avère utile dans la prise de décision (niveau de preuve A). Des recommandations concrètes sur l'antibiothérapie sont présentées dans les directives GOLD.

Après le traitement de l'exacerbation, la patiente ou le patient sera examiné à in-

tervalles réguliers. Le retour de la maladie au niveau antérieur à l'exacerbation représente la situation idéale. S'il y a une aggravation de la BPCO, la thérapie doit être adaptée et des formes thérapeutiques étendues telles que, par exemple, l'administration d'oxygène, doivent être testées.

La BPCO au cabinet du médecin de famille: l'essentiel en bref.

- Rechercher une éventuelle BPCO chez les patient-e-s avec des facteurs de risque dans l'anamnèse (> 45 ans, tabagisme en «paquets-années»/tabagisme passif, inhalation de substances toxiques, symptômes respiratoires, refroidissements fréquents et prolongés): spirométrie (avant bronchodilatation) suivie, en cas d'écart par rapport aux valeurs normales, d'une spirométrie diagnostique (avant et après bronchodilatation).
- Classification GOLD I-IV du degré de gravité, sur la base des valeurs de VEMS obtenues; pour le pronostic, utiliser l'index BODE (ou ADO).
- Développer un concept thérapeutique centré sur 5 mesures:
 1. Arrêt du tabagisme
 2. Réhabilitation pulmonaire avec enseignement des patient-e-s
 3. Pharmacothérapie
 4. Vaccination contre la grippe
 5. Au besoin, thérapies étendues telles qu'oxygénothérapie

Références

1. **Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The Swiss Guidelines (2012).** E.W. Russi, W. Karrer, M. Brutsche, C. Eich, J.W. Fitting, M. Frey, T. Geiser, M. Kuhn, L. Nicod, F. Quadri, T. Rochat, C. Steurer-Stey, D. Stolz. In: *Respiration* 2013;85:160-174.
2. **COPD – Quintessenz für den Grundversorger 2013 (2013).** Claudia Steurer-Stey, Oliver Senn, Jürg Pfisterer, Werner Karrer, Erich W. Russi, Marc Müller. In: *SMF* 2013;13(11):227-230.
3. **COPD im GOLD-Fieber oder Das neue ABCD der COPD (2014).** Thomas Geiser. In: *SMF* 2014;14(3):45-46.

Société Suisse de Pneumologie

Chutzenstrasse 10
3007 Berne
Tél. 031 378 20 30
info@pneumo.ch
www.pneumo.ch

Ligue pulmonaire suisse

Chutzenstrasse 10
3007 Berne
Tél. 031 378 20 50
info@lung.ch
www.liguepulmonaire.ch

Prestations de la Ligue pulmonaire dans la BPCO

La Ligue pulmonaire s'engage pour la prévention et la détection précoce de la BPCO. Pour les personnes atteintes, elle garantit des soins ou une prise en charge intégrés. Elle siège au sein de groupes de travail thématiques de la SSP et promeut de façon ciblée la qualité des procédés et des traitements par des projets. Elle soutient en outre la recherche dans le domaine des maladies pulmonaires.

Pour spécialistes

Organisation du cours préparatoire et de l'examen de «**conseiller/ conseillère en affections respiratoires et tuberculose avec brevet fédéral**»

Cours de base, cours d'approfondissement et journées pour spécialistes comme, par exemple:

- Connaissances de base en pneumologie
- Gestion de l'entretien basée sur les ressources, y compris arrêt du tabagisme
- Journées pour spécialistes sur le tableau clinique de la BPCO et sur l'oxygénothérapie
- Soins palliatifs

Cours sur la spirométrie pour le diagnostic précoce au cabinet médical

Cours pour assistantes médicales sur les maladies des voies respiratoires

Brochures gratuites sur la BPCO et sur les stations-service à distribuer au cabinet médical (www.liguepulmonaire.ch/publications)

Formulaires de commande électroniques, directives et autres documents de base

Soutien à la recherche par le biais d'un

Fonds pour la recherche propre à la Ligue pulmonaire

Pour les patientes et les patients

Remise, installation, instruction et maintenance **d'inhalateurs et d'appareils d'oxygénothérapie**. Suivi actif, contrôle de la thérapie et **conseil et prise en charge** spécifique des patientes et des patients et de leurs proches

Service téléphonique d'urgence 24 heures sur 24 pour les problèmes de santé et les problèmes techniques

Offres pour l'arrêt du tabagisme (conseils et cours)

Promotion de la mobilité de patientes et de patients qui ont besoin d'oxygène, par l'exploitation de **stations-service d'oxygène** d'accès public

Délassement et offres spéciales de vacances pour patientes et patients souffrant de BPCO et leurs proches

Promotion de **groupes d'entraide** et organisation de **cours et manifestations**

Conseil psychosocial: conseil global des patientes et des patients et de leurs proches sur la façon de gérer les conséquences de la maladie

Engagement politique pour favoriser la pureté de l'air et pour la protection contre le tabagisme passif

Prévention et détection précoce au moyen de campagnes d'information, de relations publiques, de matériels d'information, de manifestations et du test de risque en ligne