

Mise à jour sur la BPCO

Diagnostic précoce et traitement conforme aux directives

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) fait partie des maladies évitables, et désormais aussi des maladies traitables. Cela suppose cependant un diagnostic précoce, par exemple d'après la dernière version des directives GOLD.¹ À côté du traitement médicamenteux conforme aux directives, il faut cependant aussi songer à temps à la rééducation pulmonaire et à la promotion de l'autogestion pour réduire les exacerbations.

«Ainsi que nous le savons tous, la BPCO est une maladie évitable», a expliqué le Dr Claudia Steurer-Stey, privat-docent (Institut de médecine de premier recours de l'Université de Zurich) au début de son exposé. «Jusqu'à ce que nos mesures de prévention primaire portent des fruits, nous resterons cependant confrontés à cette maladie de façon croissante pendant de longues années.» «Ce qui est nouveau», a-t-elle ajouté, «c'est que la BPCO est désormais aussi définie comme une maladie traitable.»

Au cours des dernières années, on a pu constater également que les caractéristiques de cette maladie englobent non seulement l'obstruction progressive des voies respiratoires, mais aussi des processus inflammatoires systémiques raison pour laquelle la BPCO est aussi associée à des complications tardives correspondantes, incluant par exemple une cachexie pulmonaire et des manifestations musculosquelettiques et cardio-vasculaires. «Les exacerbations et les comorbidités sont encore un autre aspect d'importance centrale de la BPCO», a observé l'intervenante.

Établir le diagnostic correct à temps

Le Dr Steurer-Stey a souligné ensuite qu'une grande partie des cas de BPCO ne sont même pas diagnostiqués. «Il s'agit là d'un taux dépassant 50 %.» Il est donc particulièrement important de songer à l'éventualité d'une BPCO. «Pensez-y aussi à temps chez les fumeurs et les ex-fumeurs. En effet, la triade classique de symptômes – expectorations, toux et détresse respiratoire – n'apparaît généralement que très tard.» Souvent, les personnes affectées tolèrent ces symptômes pendant très longtemps sans juger qu'ils méritent une consultation chez le médecin. «Ce n'est que lorsque les symptômes – notamment la détresse respiratoire – deviennent très inquiétants ou lorsque les performances baissent sensiblement que ces personnes se font examiner.» Le Dr Steurer-Stey a donc recommandé la spirométrie chez

les fumeurs de plus de 40 ans qui présentent un ou deux des symptômes mentionnés. Ainsi, le diagnostic peut être établi à temps et correctement. Elle ne préconise toutefois pas les examens de dépistage de masse car les preuves en faveur d'une telle approche sont insuffisantes. «Mais si un fumeur ou une fumeuse vient nous consulter, éventuellement pour de tout autres symptômes, nous devrions poser des questions ciblées sur les symptômes caractéristiques.»

La spirométrie seule ne suffit plus

«Jusqu'à présent, le VEMS était au centre de l'attention pour la BPCO. Nous devons cependant être conscients que le VEMS, bien qu'il soit un marqueur important de la fonction pulmonaire, n'est qu'un marqueur de remplacement.» Pour la version remaniée des directives GOLD parue en décembre 2011, l'évaluation de la BPCO a été complétée par d'autres paramètres centraux considérés comme des facteurs prédictifs importants du pronostic.¹ À côté du statut tabagique, de l'IMC et de la présence de comorbidités, ce sont surtout la fréquence des exacerbations, la sévérité des symptômes/de la dyspnée et la performance physique qui jouent un rôle important.

L'évaluation des restrictions dues à la détresse respiratoire peut être faite à l'aide de

l'échelle d'évaluation validée mMRC (Modified British Medical Research Council). Pour évaluer le bien-être et les restrictions dues à la BPCO dans la vie quotidienne, on dispose du CAT (COPD Assessment Test). «Les huit questions du CAT sont faciles à comprendre. Ainsi, le patient peut aisément remplir le questionnaire lui-même en salle d'attente et l'apporter ensuite en consultation», a précisé le Dr Steurer-Stey. «Le questionnaire vous permet aussi de voir dans quels domaines de la vie quotidienne le patient est le plus limité, et cela vous permet de conduire l'entretien avec le patient en conséquence», a-t-elle suggéré.

Un problème lors de l'évaluation de la fréquence des exacerbations en tant que facteur nécessaire pour attribuer les patients atteints de BPCO à l'un des quatre groupes (fig. 1) est que la définition d'une exacerbation n'est pas simple. «En fait, ce serait simple, puisqu'une exacerbation est présente lorsque la toux et/ou les expectorations et/ou la détresse respiratoire s'aggravent au-delà de la situation ordinaire du patient.» La pneumologue a rappelé que le risque de nouvelles exacerbations augmente si le patient a déjà subi deux ou plusieurs de ces événements par an. «Chaque exacerbation influence la qualité de vie et est associée à une perte de volume pulmonaire dont de nombreux patients ne se remettent que très lentement ou pas du tout», a-t-elle expliqué. Elle a aussi rappelé que les exacerbations font naturellement augmenter les taux d'hospitalisation et les coûts.

Ni surtraiter, ni sous-traiter

L'attribution d'un patient atteint de BPCO à l'un des quatre groupes (A à D) décidera dans la prochaine étape du choix du traitement. Dans le cadre de la médecine de premier recours, l'intervenante a recommandé de se concentrer surtout sur une bonne composition du traitement de base, c'est-à-dire de recourir aux options indiquées en première in-

Groupe de patients	Caractéristique	Classification spirométrique*	Exacerbations par an	mMRC	CAT
A	Faible risque, peu de symptômes	Stade GOLD I ou II	≤ 1	Peu de symptômes	
B	Faible risque, davantage de symptômes			Symptômes	
C	Risque élevé, peu de symptômes	Stade GOLD III ou IV	≥ 2	Peu de symptômes	
D	Risque élevé, davantage de symptômes			Symptômes	

* VEMS/CVF < 70 %; GOLD 1 = VEMS ≥ 80; 2 = VEMS < 80 ≥ 50; 3 = VEMS < 50 ≥ 30

Fig. 1. Classification des patients atteints de BPCO d'après la spirométrie, la fréquence des exacerbations et la sévérité des symptômes, d'après les dernières directives GOLD.¹

tention dans les directives. «Là, il est important d'éviter aussi bien le surtraitement que le sous-traitement. Chez un patient souffrant d'une BPCO légère et sans symptômes, il n'est pas nécessaire de donner une association fixe ou de définir une bithérapie de bronchodilatateurs à longue durée d'action», a-t-elle souligné. «Dans de tels cas, il est parfaitement possible de donner des anticholinergiques à courte durée d'action ou des agonistes bêta-2-adrénergiques.» Lors de symptômes croissants, les substances à longue durée d'action ont cependant fait leurs preuves dans la plupart des cas (fig. 2). «Ceci est dû non seulement à l'observance, mais aussi à l'efficacité d'un tel traitement.»

Le Dr Steurer-Stey a aussi insisté sur le fait que, contrairement aux asthmatiques, les patients présentant une BPCO légère ne doivent pas recevoir de traitement topique aux corticostéroïdes à inhaler (CSI). «On ne dispose vraiment pas de preuves suffisantes en faveur d'un tel traitement! Ces patients sont alors surtraités.» Toutefois, les patients souffrant d'une BPCO sévère – avec un VEMS inférieur à 50 % et plus de 2 exacerbations par an – profitent des CSI (fig. 2). Pour les patients sévèrement atteints qui subissent de nombreuses exacerbations, on dispose désormais aussi du roflumilast, un inhibiteur de la phosphodiesterase 4. «Songez cependant que le roflumilast peut être associé à des nausées et à des diarrhées. Chez les patients dont le poids corporel est faible ou qui sont même en sous-poids, il faut donc renoncer à cette substance ou l'utiliser avec de grandes précautions.»

Traiter les comorbidités

Les patients souffrant de BPCO présentent souvent en même temps d'autres maladies, par exemple des problèmes cardio-vasculaires, un diabète de type 2, une ostéoporose, des troubles anxieux, une dépression et un syndrome d'apnées obstructives du sommeil. Dans ce contexte, le Dr Steurer-Stey a ajouté: «La présence de comorbidités est néanmoins indépendante du degré de sévérité de la BPCO.» De plus, contrairement aux patients asthmatiques, l'utilisation d'un bêtabloquant sélectif est parfaitement indiquée chez les patients souffrant à la fois d'une BPCO et d'une maladie cardio-vasculaire.

Évaluation et encouragement de la performance physique

La motivation pour les activités physiques est un des thèmes trop négligés dans la BPCO. Dans un premier temps, il s'agit cependant d'évaluer la performance d'un patient atteint de BPCO.

Groupe	Classification spirométrique*	Exacerbations par an	mMRC	CAT	1 ^e intention**	2 ^e intention**
A	GOLD grade I ou II	≤ 1	0–1	< 10	SAMA ou SABA au besoin	LAMA ou LABA ou SABA + SAMA
B			≥ 2	≥ 10	LAMA ou LABA	LAMA + LABA
C	GOLD grade III ou IV	≥ 2	0–1	< 10	CSI + LABA ou LAMA	LAMA + LABA
D			≥ 2	≥ 10		CSI + LAMA ou CSI + LABA + LAMA ou CSI + LABA + PDE4-I ou LAMA + LABA ou LAMA + I-PDE4

* VEMS/CVF < 70 % ; GOLD 1=VEMS ≥80; 2=VEMS <80≥50; 3=VEMS <50≥30
 ** Autres options thérapeutiques alternatives: voir référence

Fig. 2. Traitement de la BPCO conformément aux directives GOLD actuelles.¹

«L'ergométrie faisant partie dans la pratique des tests relativement peu courants et peu praticables, je peux recommander le recours à une simple épreuve 'Sit-to-Stand', a observé la pneumologue. Dans cette épreuve, le patient se lève de son siège le plus souvent possible et se rassied en l'espace d'une minute, sans s'appuyer sur les mains. Le nombre approximatif de répétitions que les patients et patientes atteints de BPCO des différents grades de sévérité sont capables de faire est connu grâce à une étude suisse de cohortes.² «En guise de référence, il suffit de se rappeler qu'il est temps de commencer la rééducation pulmonaire lorsqu'un patient ne parvient à se relever qu'environ 20 fois en une minute», a expliqué le Dr Steurer-Stey. Une rééducation – deux à trois séances d'une demi-heure par semaine, avec entraînement d'endurance et de musculation – a une influence bénéfique sur l'évolution de la BPCO. «Cela permet non seulement de réduire la détresse respiratoire, mais aussi d'améliorer la résistance et la qualité de vie tout en réduisant le taux d'exacerbations.» Le patient doit cependant y participer activement. Pour que les personnes affectées puissent surmonter leur manque de motivation et leurs inquiétudes, il faut un bon accompagnement. «Lorsqu'on prépare bien les patients, qu'ils perdent leurs appréhensions et découvrent qu'ils peuvent faire eux-mêmes quelque chose, cette autogestion permet alors de réduire les complications à long terme, les urgences et les hospitalisations, ce qui permet en même temps de réduire les coûts et d'améliorer la qualité de vie», a précisé l'intervenante. L'autogestion inclut en particulier aussi l'identification précoce d'une exacerbation et la prise de mesures appropriées, par exemple en s'appuyant sur un plan d'action.

Nouvelle plate-forme Internet suisse

Pour terminer, le Dr Steurer-Stey a mentionné le nouveau site Internet www.copd-update.ch. Les professionnels de la santé y trouvent des informations d'actualité à propos de la BPCO. Les contenus ont été créés par une équipe de médecins spécialistes et de généralistes sur la base de la littérature actuellement disponible. Les informations se concentrent sur une mise en œuvre orientée pour le cabinet médical. À côté de thèmes tels que la prévention, le diagnostic et la gestion de la BPCO, on trouve aussi différents questionnaires (CAT, mMRC, échelle de la dyspnée) et formulaires (pour ordonnances, demandes de garantie préalable de prise en charge des frais) en format .pdf. De plus, le site se penche aussi sur des situations spécifiques, par exemple BPCO et dépression, BPCO et ostéoporose ou BPCO en fin de vie.

Références :

1. The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Revised 2011. Unter: www.goldcopd.org
2. Siebeling L et al. Characteristics of Dutch and Swiss primary care COPD patients - baseline data of the ICE COLD ERIC study. Clin Epidemiol 2011;3:273–83

IMPRESSUM

Rapport : Dr Therese Schwender

Source : Symposium «COPD – Was gibt es Neues?» («Qu'y a-t-il de nouveau dans la BPCO?») d'AstraZeneca SA. Forum für Medizinische Fortbildungen, Innere Medizin-Update Refresher. 30 novembre 2012, Zurich

Rédaction: Christian Heid

Avec le soutien d'AstraZeneca SA, Zoug

© Aertzeverlag medinfo AG, Erlenbach