

BPCO: l'essentiel pour le médecin de premier recours 2013

Recommandations du Collège de médecine de premier recours, de la Société suisse de médecine interne générale et de l'Institut de médecine générale de l'Université de Zurich, en collaboration avec la Société suisse de pneumologie

Claudia Steurer-Stey^a, Oliver Senn^a, Jürg Pfisterer^b, Werner Karrer^c, Erich W. Russi^c, Marc Müller^{d, e}

Evaluation clinique:

La BPCO est sous-diagnostiquée


Il y a encore beaucoup trop de personnes souffrant de BPCO qui ne sont pas diagnostiquées ou qui ne sont diagnostiquées que quand la maladie se trouve déjà à un stade très avancé. Les données récentes ne justifient pas un dépistage de masse pour la BPCO chez les personnes asymptomatiques. Mais tester de manière ciblée les personnes symptomatiques avec des facteurs de risque afin de détecter le développement d'une BPCO, suivi d'une prise en charge et de recommandations en faveur d'un arrêt tabagique, peut ralentir la progression de la maladie. La disponibilité de médicaments efficaces susceptibles d'améliorer les symptômes et l'état de santé plaide également en faveur d'un diagnostic précoce [1, 2].

Avec pour objectif de renforcer la prise de conscience concernant l'importance de la spirométrie dans les soins de base et pour augmenter le taux de détection de la BPCO ou pour exclure une BPCO, les critères stricts avec réalisation de la spirométrie après bronchodilatation peuvent être assouplis pour le médecin de premier recours.

On recommande aux médecins généralistes de suivre la procédure suivante dans le but de confirmer ou d'exclure le diagnostic à un stade plus précoce en cas de risque de BPCO [3, 4].

Réalisation d'une spirométrie pour l'exclusion ou pour l'établissement d'un diagnostic plus précoce d'une BPCO (pré-bronchodilatation) chez des personnes remplissant les critères suivants:


- Age ≥ 45 ans et présence de facteurs de risques de BPCO (c.-à-d. tabagisme, tabagisme passif, risques professionnels, antécédents familiaux d'une BPCO d'apparition précoce)
- Symptômes évocateurs d'une BPCO (toux chronique, production de crachats, dyspnée à l'effort, refroidissements fréquents)


Faites faire ou réalisez une spirométrie diagnostique (pré- et post-bronchodilatation) chez des patients dont les résultats de la spirométrie de «dépistage» (sans bronchodilatation) sortent de la norme (fig. 1 )

Afin de mieux cerner le risque cardiovasculaire, le risque respiratoire et le risque de cancer, ainsi que la dépendance à la nicotine, il convient de quantifier la consommation de tabac:

Nombre total de paquets-année = (nombre de cigarettes par jour \div 20) \times nombre d'années de tabagisme.

Les décisions prises concernant la prise en charge de la BPCO ne devraient pas exclusivement reposer sur les résultats de la spirométrie, mais également sur

- une évaluation individuelle du degré de gravité due aux symptômes et aux limitations (par ex. COPD Assessment Test (CAT) (www.catestonline.org) [5],
- la détermination objective de la dyspnée (par ex. *Medical Research Council Dyspnoe-Skala*, tab.1 )
- la fréquence des exacerbations ou du risque d'exacerbations et
- de la présence d'affections associées.

Chaque patient BPCO devrait être soumis de manière régulière et structurée à une évaluation et à des recommandations relatives à l'activité physique. Il est conseillé de réaliser un test pour déterminer l'activité physique. En tant qu'alternative adaptée en pratique, on peut dans l'exercice médical quotidien faire passer le *Sit-to-Stand-Test (STS)* à la place du test de marche de 6 minutes [6]. Le STS sert à quantifier l'activité/limitation physique et permet de déterminer l'évolution temporelle du degré d'activité (fig. 2 )

Prévention: La BPCO peut être évitée

Sevrage tabagique

L'arrêt tabagique est l'intervention la plus efficace pour réduire le risque de développement d'une BPCO et pour ralentir la perte fonctionnelle des poumons. L'arrêt tabagique entraîne une amélioration des symptômes chez les patients BPCO et il est associé à un allongement de la survie.

Au moins 70% des fumeurs consultent chaque année le médecin et les conseils donnés par ce dernier sont un facteur de motivation important pour arrêter de fumer.

^a Institut de médecine de famille, Université de Zurich

^b Société suisse de médecine interne générale

^c Société suisse de Pneumologie

^d Collège de médecine de premier recours

^e Société suisse de médecine générale

Liste des abréviations

ACLA	Anticholinergique de longue durée d'action
BALA	Bêta-agoniste de longue durée d'action
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CAT	COPD Assessment Test
CSI	Corticostéroïde inhalé
EABPCO	Exacerbation aiguë de la BPCO
MRC	Medical research Council
STS	Sit-to-Stand-Test
VEMS	Volume expiratoire maximal par seconde



Funded by
«QualiCCare»
COPD; C.S. tient
des conférences
pour AstraZeneca,
Boehringer
Ingelheim, Pfizer et
Novartis.

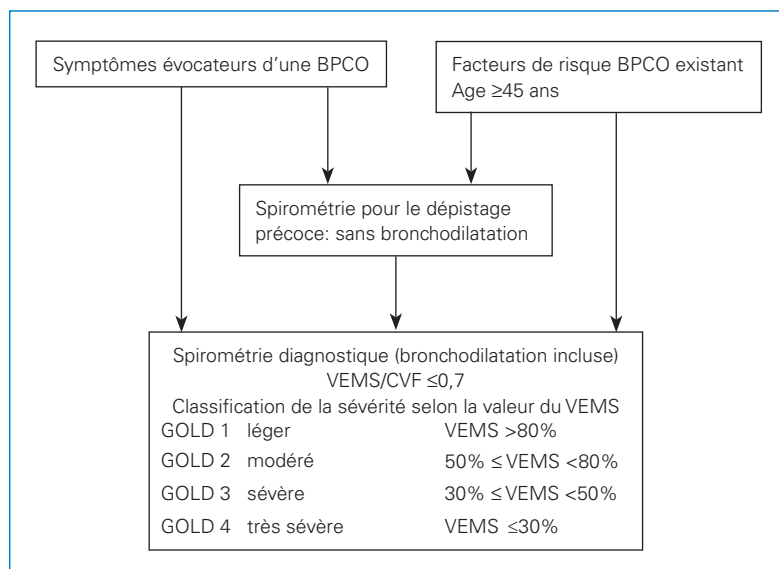


Figure 1
Diagnostic précoce et confirmation du diagnostic de BPCO dans les soins de base.

Tableau 1

Echelle de dyspnée du *Medical Research Council* (MRC).

Dyspnée uniquement pour des efforts soutenus	0
Dyspnée lors de la marche rapide ou en pente	1
Dyspnée à la marche sur terrain plat en suivant quelqu'un de son âge ou obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle en marchant sur terrain plat à son propre rythme	2
Dyspnée obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres sur terrain plat	3
Dyspnée au moindre effort de la vie courante (habillage/déshabillage). Trop essouffé pour quitter le domicile	4

Des interventions brèves de 3 à 5 minutes sont efficaces et devraient être menées de manière systématique chez chaque fumeur [7]. Chez les fumeurs dont le niveau de motivation est > 6 sur une échelle de 0 à 10, l'activité de conseil devrait être plus intense et associée à une pharmacothérapie, entraînant des taux d'abstinence plus élevés. [8]. Sur www.theiprcg.org/resources/, on peut trouver un diagramme pratique avec de brèves instructions en allemand, français et italien destinées à soutenir les patients dans le processus de sevrage tabagique en fonction de leur degré de motivation [9].

Vaccinations

La vaccination contre la grippe réduit la fréquence des exacerbations aiguës de la BPCO (EABPCO). Les patients ayant une BPCO et la grippe ont un risque d'hospitalisations significativement accru. La vaccination contre la grippe entraîne une réduction de la morbidité et la mortalité pouvant atteindre 50% chez les sujets âgés et de 39% de l'incidence des hospitalisations chez les patients avec BPCO.

Pour la vaccination anti-pneumococcique polyvalente, les preuves issues d'études randomisées contrôlées concernant la mise en évidence d'un effet protecteur et d'une influence positive sur la morbidité sont limitées. L'efficacité de la vaccination anti-pneumococcique sur la réduction

des exacerbations, des hospitalisations et de la mortalité globale n'est pas prouvée [10].

Prise en charge: La BPCO peut être traitée

La stratégie thérapeutique doit envisager d'avoir recours tant à la pharmacothérapie qu'aux mesures non-médicamenteuses. Cette association stratégique améliore les symptômes, l'activité et la qualité de vie à tous les stades de sévérité de la maladie. De plus, la prise en charge de la BPCO doit tenir compte du fait que dans le cas de la BPCO, il s'agit d'une affection systémique qui est associée à des comorbidités telles que la dépression, les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose et la myopathie [1, 2].

Pharmacothérapie

Les bronchodilatateurs de longue durée d'action (anticholinergiques de longue durée d'action [ACLA] et bêta-agonistes de longue durée d'action [BALA]) sont la pierre angulaire du traitement pharmacologique de la BPCO. Ils atténuent les symptômes et réduisent la fréquence des exacerbations d'env. 20%. Outre le degré de sévérité du trouble ventilatoire obstructif, la pharmacothérapie devrait tenir compte de données et de facteurs pronostiques individuels importants, tels que la gravité des symptômes/dyspnée, les limitations dans la vie quotidienne et pour l'activité physique, ainsi que la fréquence des exacerbations.

Contrairement au traitement de l'asthme, les corticostéroïdes inhalés (CSI) et les associations thérapeutiques composées de CSI et de bêta-agonistes de longue durée d'action (CSI/BALA) ne constituent pas le traitement de première intention chez les patients avec BPCO. On utilise souvent déjà des CSI en cas de BPCO légère à modérée. Mais les bénéfices apportés par les CSI (moins de symptômes, moins d'exacerbations et un moindre besoin de prise en charge médicale) n'ont été mis en évidence qu'en cas de BPCO avancée (VEMS < 50% de la valeur théorique) et chez les patients présentant plus de deux exacerbations par an. En cas de BPCO légère et modérée, avec peu d'exacerbations, il convient par conséquent de commencer par des bronchodilatateurs de longue durée d'action (anticholinergiques/bêta-agonistes), en monothérapie ou en association.

Formation

Une formation propre à la maladie est importante pour les patients souffrant de maladies chroniques. Les médecins généralistes jouent alors un rôle déterminant dans la réussite de la réalisation et de la mise en œuvre. La formation du patient (et de sa famille) avec assistance et soutien pro-actifs concernant la prise en charge par le patient lui-même repose sur des preuves et devrait faire partie intégrante du traitement de la BPCO en Suisse. Un coaching BPCO efficace vise à aider les patients à modifier leur comportement de santé par l'acquisition des compétences nécessaires de manière à pouvoir mettre en œuvre, de manière adéquate, des mesures médicales propres à la maladie et réduire les complications. Une technique d'inhalation correcte et l'observance thérapeutique, le repérage précoce, la communication

Le test est réalisé à l'aide d'une chaise sans accoudoirs. Le patient est prié de se lever et de se rasseoir aussi correctement et parfaitement que possible, sans s'aider des bras. Le patient se lève et se rasseoit sans attendre. Il doit répéter cette opération aussi souvent que possible en l'espace de 1 minute à une vitesse qu'il aura lui-même déterminée. Lorsque le patient se lève, les genoux doivent être tendus et lorsqu'il s'assoit, ils doivent être pliés à env. 90 degrés. Le nombre de répétitions complètes sera noté. Le patient a le droit de faire des pauses afin de pouvoir faire l'exercice en l'espace de 1 minute.



Nombre de répétitions en l'espace de 1 minute

Age	Femmes	Hommes
50-54 ans	36	40
55-59 ans	34	38
60-64 ans	29	33
65-69 ans	27	31
70-74 ans	26	29
75-79 ans	25	28
80-84 ans	23	25
85-89 ans	21	23
90-94 ans	16	20

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

Figure 2

Sit-to-Stand-Test et valeurs de référence chez les personnes en bonne santé.

et le traitement d'exacerbations aiguës à l'aide d'un plan d'action sont dans ce cas des éléments de la formation à la prise en charge du patient par lui-même. D'autres aspects sont la mise à disposition d'informations et d'infrastructures sanitaires, ainsi qu'une assistance en cas de questions relatives à la fin de vie et les soins palliatifs [11-13].

Réhabilitation pulmonaire

On devrait encourager et aider chaque patient avec BPCO à conserver un mode de vie actif. Les patients cliniquement stables présentant des dyspnées et qui, malgré une pharmacothérapie appropriée, sont limités dans leur résistance physique, devraient être orientés vers une réhabilitation pulmonaire (www.pneumo.ch). Les patients, tout grade de sévérité confondu, tirent profit des programmes d'entraînement physique. La réhabilitation pulmonaire améliore significativement la dyspnée, l'endurance, la qualité de vie et le risque d'hospitalisation à cause des exacerbations de BPCO.

Les programmes d'entraînement peuvent être suivis dans le cadre d'une hospitalisation ou en ambulatoire et devraient être poursuivis à la maison. Il est important de rassurer le patient sur le fait que l'activité physique et l'apparition d'un essoufflement ne sont pas dangereuses, mais que par la suite les capacités physiques seront améliorées et que les dyspnées diminueront.

La réhabilitation pulmonaire et la formation à la prise en charge du patient par lui-même font partie d'une approche thérapeutique intégrée, centrée sur le patient [14].

Exacerbation aiguë

Les exacerbations aiguës sont la complication la plus fréquente dans la pratique. Elles sont associées à une mor-

bidité, une mortalité et des coûts élevés. Une exacerbation est une augmentation persistante de la dyspnée, de la toux ou de la production de crachats nécessitant un renforcement thérapeutique. La prévention et la prise en charge appropriée des exacerbations sont des mesures décisives dans le traitement de la BPCO.

La prise en charge comprend une anamnèse détaillée, un examen physique, si possible une pulsoxymétrie et éventuellement le dosage des paramètres inflammatoires. Le traitement est le suivant:

- Augmentation des bronchodilatateurs (agonistes bêta-2 et anticholinergiques)
- Corticostéroïdes oraux à la posologie de 25 mg à 50 mg d'équivalent prednisone par jour pendant une durée de 7 à 14 jours.
- Au cabinet du médecin de premier recours, toute exacerbation ne nécessite pas l'utilisation d'un antibiotique en premier lieu.

Les exacerbations légères à modérées chez des patients avec un VEMS > 50% devraient être traitées avec une dose plus élevée du traitement par bronchodilatateurs et par l'utilisation de corticostéroïdes oraux. Une surveillance étroite après 24 à 48 heures devrait décider de la nécessité d'un traitement supplémentaire par des antibiotiques. En cas d'exacerbations graves et chez les patients qui doivent être hospitalisés, les antibiotiques sont indiqués et réduisent la mortalité [15].

Concernant le choix de l'antibiotique, les patients peuvent être classés en exacerbations simples (principaux agents pathogènes impliqués: *haemophilus influenzae*, *streptococcus pneumoniae*, *moraxella catharralis*) ou en exacerbations compliquées, en fonction des facteurs de risque existants qui augmentent la probabilité d'un échec

Tableau 2

Domaines essentiels de la prise en charge de la BPCO.

B ...âtrer un réseau (develop network)	Prise en charge médicale coordonnée Soutien de la prise en charge par le patient lui-même Coopération avec les spécialistes et le personnel qualifié
P ...révenir la détérioration (prevent deterioration)	Sevrage tabagique Vaccination Pharmacothérapie Formation et réhabilitation Dépistage précoce et prise en charge adéquate des exacerbations
C ...onfirmer le diagnostic (confirm diagnosis)	Spirométrie diagnostique
O ...ptimiser les symptômes (optimize symptoms)	Sevrage tabagique Pharmacothérapie adéquate Formation et réhabilitation

thérapeutique ou qui sont en rapport avec des agents pathogènes microbiens virulents ou résistants (patients qui sont souvent hospitalisés, broncheectasies).

- La doxycycline et le triméthoprime/sulfaméthoxazole sont efficaces en cas d'exacerbations légères à modérées, non compliquées.
- Chez les patients avec des comorbidités mais sans risque d'infection à *Pseudomonas aeruginosa*, on conseille des bêta-lactamines et de l'amoxicilline/acide clavulanique en cas d'exacerbations modérées à sévères.
- Les quinolones devraient être réservées aux cas graves de BPCO, aux patients avec BPCO fréquemment hospitalisés et/ou aux cas avec une utilisation fréquente d'antibiotiques.

Après une exacerbation, le patient devrait régulièrement passer un examen de suivi jusqu'à ce que son état de santé ait à nouveau atteint le niveau précédant l'exacerbation. Un suivi pro-actif permet de vérifier le traitement pharmacologique, le besoin en formation et en réhabilitation, la désaccoutumance tabagique et l'indication pour l'oxygénothérapie de longue durée.

Recommandation à un spécialiste

Les médecins généralistes jouent un rôle central concernant la qualité de la prise en charge ambulatoire de la BPCO. La collaboration avec un spécialiste et la recommandation à un spécialiste sont toutefois importantes et fortement conseillées en cas de:

- Incertitude diagnostique
- Symptômes disproportionnés par rapport au degré d'obstruction des voies respiratoires
- Symptômes dès le plus jeune âge (suspicion d'un déficit en inhibiteur de l'alpha-1-protéinase)
- Exacerbations aiguës graves ou récurrentes de la BPCO
- Echec thérapeutique

- Baisse accélérée de la fonction pulmonaire et BPCO sévère avec un VEMS <50%.

L'évaluation par un spécialiste pour l'indication d'une oxygénothérapie continue devrait être entreprise chez des patients avec une saturation en oxygène continue inférieure à 92% au repos et/ou une BPCO grave (VEMS <50%). D'autres indications en faveur d'une recommandation à un spécialiste sont l'instauration d'un programme de réhabilitation ou des interventions chirurgicales (c.-à-d. bullectomie, chirurgie de réduction de volume pulmonaire, transplantation pulmonaire).

Conclusion

La BPCO est une maladie fréquente et importante dans les soins de santé primaires. Les domaines essentiels d'une bonne prise en charge peuvent être résumés comme indiqués dans le tableau 2.

Correspondance:

PD Dr Claudia Steurer-Stey
Institut für Hausarztmedizin Universität Zürich
Pestalozzistrasse 24
CH-8091 Zürich
[claudia.stey\[at\]jusz.ch](mailto:claudia.stey[at]jusz.ch)

Références

- 1 Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al: Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;176(6):532–55.
- 2 Bellamy D, Bouchard J, Henrichsen S, Johansson G, Langhammer A, Reid J, et al: International Primary Care Respiratory Group (IPCRCG) Guidelines: management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Prim Care Respir J.* 2006;15(1):48–57.
- 3 Price D, Crockett A, Arne M, Garbe B, Jones RC, Kaplan A, et al: Spirometry in primary care case-identification, diagnosis and management of COPD. *Prim Care Respir J.* 2009;18(3):216–23.
- 4 International Primary Care Respiratory Group [<http://www.theiprcg.org/>].
- 5 Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Kline Leidy N: Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J.* 2009;34(3):648–54.
- 6 Ozalevi S, Ozden A, Itil O, Akkoçlu A: Comparison of the Sit-to-Stand Test with 6 min walk test in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med.* 2007;101(2):286–93.
- 7 Stead LF, Bergson G, Lancaster T: Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(2):CD000165.
- 8 Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Belisle P, Mottillo S, Joseph L, et al: Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ.* 2008;179(2):135–44.
- 9 Helping patients quit smoking: brief interventions for healthcare professionals [http://www.theiprcg.org/resources/Rauchstoppform_Deu_1_10.pdf].
- 10 Walters JA, Smith S, Poole P, Granger RH, Wood-Baker R: Injectable vaccines for preventing pneumococcal infection in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(11):CD001390.
- 11 Bischoff EW, Hamd DH, Sedeno M, Benedetti A, Schermer TR, Bernard S, et al: Effects of written action plan adherence on COPD exacerbation recovery. *Thorax.* 2011;66(1):26–31.
- 12 Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupre A, Begin R, et al: Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med.* 2003;163(5):585–91.
- 13 Bourbeau J, van der Palen J: Promoting effective self-management programmes to improve COPD. *Eur Respir J.* 2009;33(3):461–3.
- 14 Bourbeau J: Making pulmonary rehabilitation a success in COPD. *Swiss Med Wkly.* 2010;140:w13067.
- 15 Puhon MA, Vollenweider D, Latshang T, Steurer J, Steurer-Stey C: Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: when are antibiotics indicated? A systematic review. *Respir Res.* 2007;8:30.