

BPCO dans la GOLD mania ou le nouvel ABCD de la BPCO

Thomas Geiser

Universitätsklinik für Pneumologie, Bern

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) reste l'un des principaux problèmes de santé publique à l'échelle mondiale et d'ici 2020, elle devrait constituer la troisième cause de mortalité [1]. En 1997 ont été publiées les premières recommandations de la «Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)», qui ont entre-temps déjà été révisées à plusieurs reprises (2007/2011) en raison de nouvelles connaissances provenant de grandes études multicentriques [2].

Classification des patients atteints de BPCO en quatre groupes



Thomas Geiser

En dehors de nouvelles approches thérapeutiques, une nouvelle classification des patients atteints de BPCO a été proposée dans la version actuelle. Cette classification repose d'une part sur les symptômes ressentis par le patient, qui sont quantifiés au moyen du COPD Assessment Test (CAT) et de l'échelle modifiée «Medical Research Council Dyspnea Scale» (mMRC), et d'autre part sur le degré de sévérité de l'atteinte fonctionnelle pulmonaire (stades GOLD I-IV) et sur le nombre d'exacerbations au cours de l'année passée. Sur cette base, les quatre groupes A, B, C et D ou quartiles ont été définis (fig. 1 [1]):

A: Peu de symptômes, meilleure fonction pulmonaire,
B: plus de symptômes, meilleure fonction pulmonaire,
C: peu de symptômes, fonction pulmonaire moins bonne,
D: plus de symptômes, fonction pulmonaire moins bonne.

La nouvelle classification repose sur la connaissance selon laquelle le VEMS (et donc le degré de sévérité selon GOLD I-IV) et les symptômes cliniques ne coïncident souvent pas et qu'en plus de la fonction pulmonaire, il est également nécessaire de tenir compte des symptômes et de la fréquence des exacerbations pour réaliser une évaluation du risque. Ainsi, d'après la classification GOLD, les groupes A et B sont considérés comme étant à risque faible, tandis que les groupes C et D sont considérés comme étant à risque élevé. Ces propositions doivent être saluées et elles constituent une avancée essentielle dans la prise en charge de la BPCO. Il apparaît de plus en plus clair que les exacerbations et les comorbidités (maladie cardiovasculaire, hypertension artérielle, diabète, ostéoporose, dépression, etc.) contribuent largement au complexe de symptômes et à l'évolution de la maladie et qu'elles doivent donc impérativement être prises en compte dans le concept thérapeutique.

La classification est-elle applicable dans la pratique?

La nouvelle classification introduit néanmoins aussi des incertitudes. Son applicabilité dans la pratique est plus que douteuse car elle implique la détermination préalable de deux scores (CAT, mMRC). Il est par ailleurs nécessaire de déterminer le nombre d'exacerbations au cours des 12 derniers mois, ce qui n'est pas toujours simple dans la pratique car une détérioration n'est pas toujours synonyme d'exacerbation de la BPCO.

Il est dès lors plus que compréhensible que les praticiens se contentent de hocher la tête, incrédules, lors des formations continues sur l'ABCD de la BPCO. En règle générale, le fait que les pneumologues suisses n'aient pas intégré la classification ABCD dans leurs recommandations sur la BPCO récemment publiées est accueilli avec un grand soulagement [3]. Le fait que le résumé de ces recommandations à l'attention du médecin de premier recours, qui a été publié dans cette revue, ne se soit pas penché en détails sur cette classification a lui aussi été globalement bien accueilli [4].

L'ancienne classification est supérieure en termes de valeur pronostique

Il existe une bonne raison à cette frilosité vis-à-vis de la nouvelle classification: cette dernière n'a pas été validée et sa valeur pronostique n'a pas été évaluée. De même, les délimitations respectives des groupes donnent ma-

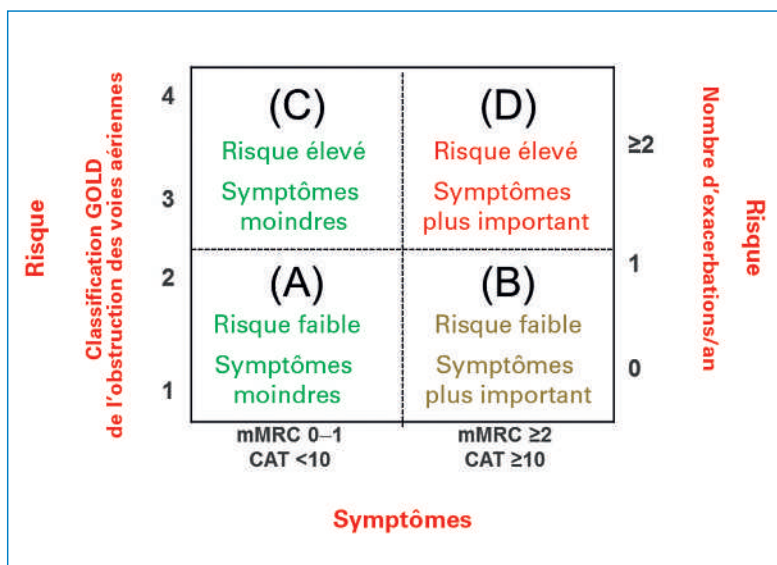


Figure 1
Nouvelle classification des patients atteints de BPCO.

tière à discussion. La nouvelle classification GOLD a été conçue dans une optique de stratification du risque associé à la BPCO et non pour prédire la mortalité. Une étude norvégienne récemment publiée a montré que d'un point de vue pronostique, l'ancienne classification de la BPCO (sur la base du VEMS) est supérieure à la nouvelle classification ABCD en termes de valeur pronostique. En particulier chez les femmes, il n'y a pas de différence pronostique entre les groupes A et B et entre les groupes C et D [5]. Une analyse de quatre grandes cohortes de patients atteints de BPCO a par ailleurs montré que la mortalité était la plus faible dans le groupe A et la plus élevée dans le groupe D, mais qu'il n'y avait pas de différence significative entre les groupes B et C quant à la survie moyenne [6]. Malgré une situation initiale différente lors de la pose du diagnostic, l'évolution de la fonction pulmonaire (diminution du VEMS/an) était comparable dans les quatre groupes. La fréquence des exacerbations augmente certes entre les groupes A et D; en revanche, il n'y a pas de différence sensible au niveau de la fréquence des hospitalisations entre les groupes B et C, bien que la fonction pulmonaire soit nettement plus mauvaise dans le groupe C que dans le groupe B. La situation devient encore plus confuse lorsque des recommandations thérapeutiques sont dérivées de la nouvelle classification, même si des brochures en couleur éditées par différentes parties tentent de la rendre crédible à nos yeux. A l'heure actuelle, il n'existe pas de grandes études qui soutiennent l'une ou l'autre recommandation thérapeutique dans le groupe ABCD correspondant.

Nouveaux médicaments et nouvelles options thérapeutiques non médicamenteuses

Malgré tout, dans la prise en charge de la BPCO, tout doit être mis en œuvre pour d'une part améliorer les symptômes des patients et d'autre part prévenir au maximum les exacerbations! Afin d'atteindre cet objectif, de nouveaux médicaments, sous forme de substances uniques ou d'association, seront disponibles dans un avenir proche; ces médicaments se basent certes en partie sur d'anciens principes actifs (bêta-agonistes ou anticholinergiques), mais leur pharmacocinétique et leur mode d'administration (inhalateur) ont fait l'objet de développements supplémentaires.

A côté de l'arrêt du tabagisme et des options thérapeutiques médicamenteuses, les options non médicamen-

teuses, allant de la réhabilitation pulmonaire à des méthodes bronchoscopiques, revêtent elles aussi une importance croissante: dans certains cas, il est tenté au moyen de valves endobronchiques de réduire l'hyperinflation et ainsi d'atténuer la dyspnée.

Et si une exacerbation survient malgré tous les efforts médicaux, la stratégie thérapeutique repose sans nul doute sur les corticoïdes oraux en plus d'une intensification du traitement par inhalation – mais quelle est la durée de traitement suffisante? A ce sujet, l'étude suisse de premier plan REDUCE est parvenue à montrer qu'une durée de traitement de 5 jours par corticoïdes oraux était comparable à une durée de traitement de 14 jours [7]. Il est ainsi possible de réduire significativement l'exposition annuelle aux corticoïdes, en particulier en cas d'exacerbations fréquentes de la BPCO.

BPCO-GOLD A, B, C ou D? Dans le cadre de la BPCO, toute tentative de classification dans l'optique de permettre une médecine personnalisée mérite d'être saluée, même si elle n'est pas encore tout à fait au point – work in progress!

Correspondance:

Prof. Thomas Geiser
 Direktor und Chefarzt
 Universitätsklinik für Pneumologie
 Inselspital
 CH-3010 Bern
[thomas.geiser\[at\]insel.ch](mailto:thomas.geiser[at]insel.ch)

Références

- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2095–128.
- www.goldcopd.com.
- Russi EW, Karrer W, Brutsche M, Eich C, Fitting JW, Frey M, et al. Diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease: the Swiss guidelines. *Respiration*. 2013;85(2):160–74.
- Steuere-Stey C, Senn O, Pfisterer J, Karrer W, Russi EW, Müller M. BPCO: l'essentiel pour le médecin de premier recours 2013. *Forum Med Suisse*. 2013;13(11):227–30.
- Leivseth L, Brumpton BM, Nilsen TIL, Mai XM, Johnsen R, Langhammer A. GOLD classifications and mortality in COPD: the HUNT Study, Norway. *Thorax*. 2013;68:914–21.
- Augusti A, Hurd S, Jones P, Fabbri LM, Martinez F, Vogelmeier C, et al. FAQ about the GOLD 2011 assessment proposal of COPD: a comparative analysis of four different cohorts. *Eur Resp J*. 2013;42:1391–401.
- Leuppi JD, Schuetz P, Bingisser R, Bodmer M, Briel M, Drescher T, et al. Short-term vs conventional glucocorticoid therapy in acute exacerbations of COPD – the REDUCE randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;309:2223–31.