

Mots clés :

BPCO,
Exacerbation,
Corticoïde
Antibiotique
Médecine
générale
Education
du patient

Exacerbations de BPCO : le rôle du généraliste

Si les exacerbations sont fréquentes chez les patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), la moitié ne font pas l'objet d'un recours médical, et pour les autres, le plus souvent des formes légères à modérées, les recommandations pour le traitement ambulatoire, issues surtout d'études hospitalières, sont imprécises^{1,2}. Faudrait-il des consultations plus précoces, l'éducation des patients est-elle utile, qui traiter à domicile, avec quoi, qui hospitaliser ? Quelques études apportent des éléments de réponse³⁻⁶.

La précocité du traitement améliore les résultats

128 patients anglais porteurs d'une BPCO ont été suivis entre 1996 et 2002⁴. Ils notaient tous leurs symptômes respiratoires et les appels au médecin. 1099 exacerbations ont été notées, 658 ont entraîné un recours au médecin. 600 (94%) ont été traités avec antibiotiques, associés à des corticoïdes par voie orale chez 241 patients (43%). 6,4% des cas nécessitèrent une hospitalisation, plus souvent chez les patients ne consultant pas. En moyenne, le temps entre le début des symptômes et le traitement était de 3,69 jours et le temps de guérison de 10,7 j. Le recours précoce au traitement était associé à une guérison plus rapide, une meilleure qualité de vie, et un moindre risque d'hospitalisation en urgence. L'âge, l'aggravation de la dyspnée, la purulence des crachats, un wheezing étaient des facteurs de recours précoce. L'étude, non comparative, ne permet pas de conclure sur le bénéfice des divers traitements.

L'éducation du patient réduit les hospitalisations

191 patients québécois avec BPCO sévère, ayant déjà été hospitalisés au moins une fois, ont été randomisés entre un programme d'éducation ou les soins usuels, et suivis un an. La formation comportait 6 modules sur la BPCO, les exacerbations et leur gestion, le style de vie à adopter. Elle était accompagnée d'une prescription pré-établie par le médecin traitant avec antibiotique et corticoïde pour 10 à 14 jours s'il y avait 2 symptômes d'exacerbation (dyspnée, expectoration et caractère purulent de celle-ci). Sur un an les hospitalisations étaient réduites de 40% (95 vs 161), les appels non programmés à un médecin de 60% (46 vs 112), les recours aux services d'urgences de 41%, les scores de qualité de vie étaient améliorés à 4 mois et à 12 mois.

Que conclure pour notre pratique ?

La BPCO est une maladie chronique justiciable des modalités de prise en charge des maladies chroniques, notamment de **l'éducation du patient** en vue de lui permettre l'adoption des règles de vie souhaitables et le partage de la décision. Le bénéfice en est mesurable.

La BPCO est souvent méconnue et un tableau aigu peut permettre d'en faire le diagnostic, notamment chez les fumeurs.

La prise en charge précoce des exacerbations apporte un bénéfice : régression plus rapide des symptômes, réduction des hospitalisations, meilleure qualité de vie.

L'analyse clinique permet l'orientation thérapeutique, soin à domicile ou hospitalisation, corticothérapie orale, antibiothérapie: la dyspnée et son importance, l'abondance de l'expectoration et son caractère purulent, l'âge et les comorbidités sont les principaux critères décisionnels.

Cette étude, sans aveugle, ne permet pas de conclure sur le bénéfice lié aux diverses interventions.

Une revue systématique des essais concernant l'éducation du patient dans les BPCO sur le modèle des maladies chroniques a retrouvé 20 essais randomisés, mais assez hétérogènes, et avec des méthodologies souvent mal adaptées aux spécificités des BPCO. Cependant la réduction des hospitalisations et des appels non programmés semblait retrouvée⁶.

Des recommandations pour les soins primaires

Une synthèse européenne apporte des recommandations pour la médecine ambulatoire³.

L'étape diagnostique concerne tout épisode aigu surtout chez les fumeurs : jusqu'à 45% des toux aiguës de plus de 15 jours peuvent révéler une BPCO (ou un asthme). La purulence des crachats était associée dans une étude à la quantité de bactéries. Mais l'analyse des crachats n'est pas usuellement recommandée en soins primaires. Elle peut se baser sur la sévérité clinique, et les taux de résistance locaux.

Des corticoïdes oraux en cures courtes, très prescrits en pratique, semblent justifiés dans les formes cliniquement sévères, même non hospitalisées.

Un antibiotique doit être prescrit si 3 symptômes sont présents : augmentation de la dyspnée, de l'expectoration, de son caractère purulent accentué. Tétracycline et amoxicilline sont les premiers choix. Les macrolides ne sont pas recommandés. Les quinolones doivent être limitées aux cas de résistance prouvée ou d'intolérance majeure.

Les critères d'hospitalisation sont la sévérité de la BPCO, les comorbidités, la mauvaise réponse au traitement ambulatoire et l'aggravation des symptômes.

Références :

- 1- Cavassini M et al. Place de l'antibiothérapie dans la prise en charge des exacerbations de BPCO. Rev Med Suisse. 2007; 3: 939-42.
- 2- Collectif. Exacerbations de BPCO, les données des études. Bibliomed, 2007, xxx
- 3- Woodhead M et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. Eur Respir J. 2005; 26: 1138-80.
- 4- Bourbeau J et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Arch Int Med. 2003; 163: 585-91.
- 5- Wilkinson TMA et al. Early therapy improves outcomes of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Am J Resp Crit Care Med. 2004; 169: 1298-1303
- 6- Adams SG et al. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. Arch Int Med. 2007; 167: 551-61.