

# Bronchopneumopathie chronique obstructive

## Diagnostic et bilan initial

- Penser à la BPCO devant des signes fonctionnels et/ou cliniques chez un patient qui a un facteur de risque : le tabagisme en premier lieu, la prise de cannabis ou une exposition professionnelle
- Réaliser une spirométrie
- Réaliser une radiographie de thorax
- Évaluer la sévérité et si nécessaire réaliser une pléthysmographie et des gaz du sang
- Rechercher les comorbidités fréquemment associées, souvent multiples (cardio-vasculaires en particulier)
- Annoncer le diagnostic et impliquer le patient dans sa prise en charge en évaluant avec lui ses besoins et en tenant compte de ses capacités

## Stratégie thérapeutique (cf. figure page 3)

- Obtenir le sevrage tabagique quel que soit le stade de gravité
  - L'arrêt du tabagisme est le principal traitement qui ralentisse l'évolution de la maladie : renouveler l'évaluation du statut tabagique à chaque occasion (dépendance, freins et motivation à l'arrêt) et le prendre en charge sans délai (médicaments, aides extérieures, consultation du tabacologue<sup>1</sup> si besoin).
- Rechercher et traiter les autres facteurs de risque (cannabis, exposition professionnelle) (avis du médecin du travail)
- Vacciner le patient : vaccination antigrippale tous les ans et, en cas d'insuffisance respiratoire, vaccination antipneumococcique tous les 5 ans
- Traiter le patient avec les médicaments recommandés
  - Le traitement est symptomatique et repose sur les bronchodilatateurs administrés par voie inhalée
  - L'association des corticostéroïdes inhalés aux bronchodilatateurs de longue durée d'action (LA) n'est indiquée que chez les patients sévères (VEMS < 50 %), en cas d'exacerbations fréquentes et de symptômes significatifs persistant malgré un traitement continu par les bronchodilatateurs LA
  - Ne sont pas recommandés : les corticoïdes inhalés pris seuls, les corticoïdes oraux au long cours, les agents mucolytiques, les antileucotriènes, les antitussifs
  - L'information et l'éducation du patient sont essentielles : gestion du traitement et technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation
- Prescrire la réhabilitation respiratoire<sup>2</sup> (RR) dès que le patient présente une incapacité et/ou un handicap respiratoire
  - Multidisciplinaire, elle nécessite un partage des informations et une coordination des professionnels
  - Les deux composantes essentielles sont le réentraînement à l'exercice et l'éducation thérapeutique
  - Les acquis doivent être maintenus à court et long terme

<sup>1</sup> Liste des centres de tabacologie disponible sur <http://www.ofta-asso.fr/>

<sup>2</sup> L'annuaire des structures et professionnels exerçant la réhabilitation respiratoire est disponible sur le site de la SPLF : <http://splf.org/groupe/calveole/carte-alv.html>

■ **Pour les patients insuffisants respiratoires (stade IV)**

- Faire comprendre que l'oxygène est un médicament, administré au moins 15 h par jour
- Veiller à la tolérance et au respect des précautions de sécurité ; expliquer au patient le rôle du prestataire

■ **Impliquer le patient dans sa prise en charge : information et éducation thérapeutique réalisée par des intervenants formés**

- L'objectif est d'aider le patient dans sa démarche de changement et dans le maintien de celle-ci (arrêt du tabac, activités physiques, nutrition)

**Suivi en l'absence de complication (cf. tableau page 4)**

■ **Poursuivre la prise en charge du tabagisme**

■ **Actualiser le diagnostic éducatif afin d'adapter le contenu de l'éducation thérapeutique**

■ **Prévenir les exacerbations afin d'éviter la dégradation de la BPCO et l'hospitalisation en urgence**

■ **Développer la coordination entre professionnels (facilitée par des réseaux ou des structures dédiées) et avoir des messages cohérents**

- adhésion : médicaments, rythme des consultations, assistance respiratoire
- poursuite ou reprise de l'activité physique régulière et d'une nutrition adaptée

**Prise en charge des exacerbations en ambulatoire**

- Majoration des symptômes respiratoires, débutant de façon aiguë, durant plus de 48 heures ou justifiant une modification thérapeutique
- Le patient doit connaître les symptômes d'alerte pour consulter rapidement

Critères d'hospitalisation	Traitement en ambulatoire
• Sujet âgé (> 70 ans)	• Augmentation de la posologie des bronchodilatateurs
• Présence de comorbidités	• Ajout éventuel des corticoïdes oraux (30 mg/j pendant 7 à 10 j)
• BPCO sévère ou très sévère	• Antibiothérapie en cas de purulence franche de l'expectoration
• Signes de gravité immédiate	• Traitement des comorbidités
• Nécessité d'une oxygénothérapie	• Intensification des soins de kinésithérapie
• Dégradation rapide	
• Augmentation marquée des symptômes ou dégradation majeure (cyanose, œdèmes des membres inférieurs, troubles de la conscience)	
• Exacerbations fréquentes ou épisode récent d'évolution défavorable	
• Difficulté diagnostique	
• Patient isolé	

**En cas d'hospitalisation** : à la sortie, le patient est informé de son traitement, de la planification des rendez-vous, des coordonnées des services sociaux, associations de patients<sup>3</sup>, prestataire le cas échéant ; il reçoit un plan d'action écrit. La coordination repose sur la transmission des informations au médecin généraliste, et le cas échéant à l'infirmier(e) et aux professionnels de santé concernés

**Suivi à long terme** : suivi du tabagisme, poursuite de l'ETP, réhabilitation respiratoire si besoin

<sup>3</sup> Associations de patients : <http://www.ffaair.org/>, <http://www.bpc0-asso.com/>

## Prise en charge thérapeutique\* selon la sévérité de la BPCO

<b>STADE I</b> <b>LÉGER</b> VEMS/CV < 70 % VEMS ≥ 80 % de la valeur prédite	<b>STADE II</b> <b>MODÉRÉ</b> VEMS/CV < 70 % 50 % ≤ VEMS < 80 % de la valeur prédite	<b>STADE III</b> <b>SÉVÈRE</b> VEMS/CV < 70 % 30 % ≤ VEMS < 50 % de la valeur prédite	<b>STADE IV</b> <b>TRÈS SÉVÈRE</b> VEMS/CV < 70 % VEMS < 30 % de la valeur prédite ou VEMS < 50 % de la valeur prédite avec insuffisance respiratoire chronique
<b>Traitement systématique</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Arrêt du tabac : évaluation du statut tabagique, des freins et de la motivation, à renouveler régulièrement, médicaments recommandés†, thérapies cognitivo-comportementales</li> <li>● Prévention d'une exposition respiratoire aux polluants</li> <li>● Vaccination antigrippale tous les ans ‡ Chez les patients insuffisants respiratoires chroniques, vaccination antipneumococcique tous les 5 ans</li> <li>● Information/éducation thérapeutique du patient (ETP)</li> </ul>			
<b>Traitement selon les symptômes</b>			
Bronchodilatateur de courte durée d'action (CA) si besoin : β-2 agoniste CA ou anticholinergique CA			
Bronchodilatateur de longue durée d'action (LA) § : β-2 agoniste LA ou anticholinergique LA <u>Réhabilitation respiratoire</u>			
Glucocorticostéroïdes inhalés sous forme d'association fixe si exacerbations répétées et symptômes significatifs			
Oxygénothérapie de longue durée si IRC			

\* : hors exacerbations/décompensations, † : médicaments recommandés : substituts nicotiques en 1<sup>re</sup> intention, varénicline en 2<sup>e</sup> intention, ‡ : remboursé par la Sécurité sociale chez les patients BPCO, § : si la réponse n'est pas satisfaisante, il est préférable de changer de classe plutôt que d'augmenter les doses.

NB : POUR LES FORMES INHALÉES, IL CONVIENT DE S'ASSURER À CHAQUE CONSULTATION QUE LA TECHNIQUE D'INHALATION EST CORRECTE.

### Suivi minimal des patients selon le stade de gravité en dehors des exacerbations

	Stade I	Stade II	Stades III et IV patient sans OLD*	Stade IV patient sous OLD et/ ou VNI† à l'état stable
<b>Fréquence des consultations à l'état basal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Médecin généraliste : consultations dédiées à la BPCO : 1 ou 2 fois par an</li> <li>■ Avis du pneumologue : selon les besoins</li> </ul>		À adapter en fonction des besoins :	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>■ médecin généraliste : tous les 3 mois</li> <li>■ pneumologue : 1 fois par an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ médecin généraliste : tous les mois</li> <li>■ pneumologue : tous les 6 mois</li> <li>■ prestataire : selon le forfait à adapter si besoin</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Centre de tabacologie, autres professionnels : selon besoins dus à l'état clinique, changements de comportement, etc.</li> </ul>			
<b>Évaluation clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tabagisme, expositions professionnelles, symptômes, comorbidités, fréquence des exacerbations</li> <li>■ Besoin d'un recours à d'autres intervenants (kinésithérapeute, tabacologue, cardiologue, autres)</li> <li>■ Besoin d'une réhabilitation respiratoire (incapacité / handicap)</li> <li>■ Tolérance et observance des traitements, technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation</li> </ul>			
	(Stade II) Suivi du programme de réhabilitation respiratoire :			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ activité physique régulière, éducation thérapeutique, kinésithérapie respiratoire, suivi nutritionnel</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluation du besoin d'une OLD et/ou VNI</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Suivi de l'éducation thérapeutique</li> </ul>			
<b>Évaluation globale (mesures à réaliser)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Besoins et attentes des patients</li> <li>■ Score de dyspnée, si possible mesure du CO‡ expiré - Indice de masse corporelle, évolution pondérale</li> <li>■ Test de marche de 6 min par le pneumologue ou le MPR§ (suivi à long terme d'une RR**)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Accompagnement médico-social, besoin des services sociaux</li> <li>■ Qualité de vie</li> </ul> </li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ À chaque consultation SpO<sub>2</sub>††</li> </ul>			
<b>Examens complémentaires et fréquence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ EFR : à un rythme adapté à l'état clinique du patient</li> <li>■ Gaz du sang si aggravation                             <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gaz du sang si aggravation</li> <li>■ Gaz du sang : 2 fois /an et plus si aggravation</li> <li>■ Une fois par an NFS plaquettes</li> </ul> </li> </ul>			
	D'autres examens peuvent être nécessaires selon le contexte et l'état clinique du patient (examen cyto bactériologique des crachats, RX de thorax, TDM, endoscopie, EFX§§, oxymétrie nocturne, poly(somno)graphie, échographie cardiaque)			
<b>Consultations supplémentaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Si absence de sevrage tabagique : consultation du tabacologue ou du centre de tabacologie</li> <li>■ Si exacerbation sévère ou fréquente (&gt; 2/an) : réévaluation par le pneumologue</li> </ul>			
<b>Au décours d'une hospitalisation pour décompensation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Consultation du médecin généraliste : dans la semaine qui suit la sortie</li> <li>■ Consultation du pneumologue : 1 à 3 mois au plus tard avec EFR et gaz du sang</li> <li>■ Si état de base non atteint : consultations supplémentaires selon l'évolution</li> </ul>			

\* OLD : oxygénothérapie de longue durée, † VNI : ventilation non invasive, ‡ CO : oxyde de carbone, § MPR : médecin de médecine physique et de réadaptation, \*\* RR : réhabilitation respiratoire, †† : SpO<sub>2</sub> : saturation pulsée de l'hémoglobine en oxygène mesurée par l'oxymètre de pouls, §§ EFX : explorations fonctionnelles d'exercice