

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 tabacologue¹ 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 respiratoire² (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

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

² 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 patients³, 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

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

Prise en charge thérapeutique* selon la sévérité de la BPCO

STADE I LÉGER VEMS/CV < 70 % VEMS ≥ 80 % de la valeur prédite	STADE II MODÉRÉ VEMS/CV < 70 % 50 % ≤ VEMS < 80 % de la valeur prédite	STADE III SÉVÈRE VEMS/CV < 70 % 30 % ≤ VEMS < 50 % de la valeur prédite	STADE IV TRÈS SÉVÈRE VEMS/CV < 70 % VEMS < 30 % de la valeur prédite ou VEMS < 50 % de la valeur prédite avec insuffisance respiratoire chronique
Traitement systématique <ul style="list-style-type: none"> ● Arrêt du tabac : évaluation du statut tabagique, des freins et de la motivation, à renouveler régulièrement, médicaments recommandés†, thérapies cognitivo-comportementales ● Prévention d'une exposition respiratoire aux polluants ● Vaccination antigrippale tous les ans ‡ Chez les patients insuffisants respiratoires chroniques, vaccination antipneumococcique tous les 5 ans ● Information/éducation thérapeutique du patient (ETP) 			
Traitement selon les symptômes <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div data-bbox="475 1151 2573 1211" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;">Bronchodilatateur de courte durée d'action (CA) si besoin : β-2 agoniste CA ou anticholinergique CA</div> <div data-bbox="1010 1251 2573 1372" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%; margin-left: 20%;">Bronchodilatateur de longue durée d'action (LA) § : β-2 agoniste LA ou anticholinergique LA <u>Réhabilitation respiratoire</u></div> <div data-bbox="1526 1387 2573 1497" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 35%; margin-left: 40%;">Glucocorticostéroïdes inhalés sous forme d'association fixe si exacerbations répétées et symptômes significatifs</div> <div data-bbox="2045 1544 2573 1655" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%; margin-left: 60%;">Oxygénothérapie de longue durée si IRC</div> </div>			

* : hors exacerbations/décompensations, † : médicaments recommandés : substituts nicotiniques en 1^{re} intention, varénicline en 2^e 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
Fréquence des consultations à l'état basal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Médecin généraliste : consultations dédiées à la BPCO : 1 ou 2 fois par an ■ Avis du pneumologue : selon les besoins 		À adapter en fonction des besoins :	
			<ul style="list-style-type: none"> ■ médecin généraliste : tous les 3 mois ■ pneumologue : 1 fois par an 	<ul style="list-style-type: none"> ■ médecin généraliste : tous les mois ■ pneumologue : tous les 6 mois ■ prestataire : selon le forfait à adapter si besoin
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Centre de tabacologie, autres professionnels : selon besoins dus à l'état clinique, changements de comportement, etc. 			
Évaluation clinique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tabagisme, expositions professionnelles, symptômes, comorbidités, fréquence des exacerbations ■ Besoin d'un recours à d'autres intervenants (kinésithérapeute, tabacologue, cardiologue, autres) ■ Besoin d'une réhabilitation respiratoire (incapacité / handicap) ■ Tolérance et observance des traitements, technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation 			
		(Stade II) Suivi du programme de réhabilitation respiratoire :		
		<ul style="list-style-type: none"> ■ activité physique régulière, éducation thérapeutique, kinésithérapie respiratoire, suivi nutritionnel 		
		<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation du besoin d'une OLD et/ou VNI 		
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suivi de l'éducation thérapeutique 			
Évaluation globale (mesures à réaliser)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Besoins et attentes des patients ■ Score de dyspnée, si possible mesure du CO[‡] expiré - Indice de masse corporelle, évolution pondérale ■ 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"> ■ Accompagnement médico-social, besoin des services sociaux ■ Qualité de vie 			
		<ul style="list-style-type: none"> ■ À chaque consultation SpO₂†† 		
Examens complémentaires et fréquence	<ul style="list-style-type: none"> ■ EFR : à un rythme adapté à l'état clinique du patient ■ Gaz du sang si aggravation <ul style="list-style-type: none"> ■ Gaz du sang si aggravation ■ Gaz du sang : 2 fois /an et plus si aggravation ■ Une fois par an NFS plaquettes 			
	D'autres examens peuvent être nécessaires selon le contexte et l'état clinique du patient (examen cytobactériologique des crachats, RX de thorax, TDM, endoscopie, EFX§§, oxymétrie nocturne, poly(somno)graphie, échographie cardiaque)			
Consultations supplémentaires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Si absence de sevrage tabagique : consultation du tabacologue ou du centre de tabacologie ■ Si exacerbation sévère ou fréquente (> 2/an) : réévaluation par le pneumologue 			
Au décours d'une hospitalisation pour décompensation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consultation du médecin généraliste : dans la semaine qui suit la sortie ■ Consultation du pneumologue : 1 à 3 mois au plus tard avec EFR et gaz du sang ■ Si état de base non atteint : consultations supplémentaires selon l'évolution 			

* OLD : oxygénothérapie de longue durée, † VNI : ventilation non invasive, ‡ CO : oxyde de carbone, § MPR : médecin de médecine physique et de réadaptation, ** RR : réhabilitation respiratoire, †† : SpO₂ : saturation pulsée de l'hémoglobine en oxygène mesurée par l'oxymètre de pouls, §§ EFX : explorations fonctionnelles d'exercice