



Février
2017

DÉTECTION PRÉCOCE DE LA BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE OU BPCO

Stratégie thérapeutique en dehors d'un épisode aigu

i Document élaboré en collaboration avec le CMG, la FFP et la SPLF*

Vous venez de détecter une BPCO par une spirométrie qui a objectivé un trouble ventilatoire obstructif (TVO) non réversible. Les stratégies de prise en charge et de suivi de la BPCO combinent des mesures médicamenteuses et non médicamenteuses dont les objectifs sont de :

- ▶ prévenir la progression de la maladie par l'arrêt des facteurs de risque,
- ▶ réduire les symptômes respiratoires (dyspnée),
- ▶ améliorer la tolérance à l'exercice et lors des activités quotidiennes,
- ▶ prévenir et traiter précocement les exacerbations et les complications de la maladie,
- ▶ améliorer l'état de santé général, la qualité de vie et réduire la mortalité à long terme.

1. Les mesures non médicamenteuses

- ▶ La sensibilisation et l'implication du patient permettent :
 - l'arrêt des facteurs de risque au 1^{er} rang desquels le tabagisme :
 - repérer et accompagner les patients fumeurs,
 - conseiller l'arrêt systématique à chaque fumeur,
 - s'aider des outils de pratique existants comme la boîte à outils tabac de Santé publique France^[1],
 - évoquer la palette des aides et accompagnements disponibles : prise en charge des substituts nicotiques, application Tabac info service^[2],
 - la pratique / reprise quotidienne de l'exercice physique suffisante,
 - une hygiène alimentaire adaptée,
- ▶ une vaccination antigrippale et antipneumococcique,
- ▶ une réhabilitation respiratoire. Ce programme pluriprofessionnel structuré et individualisé comprend un réentraînement à l'exercice, une éducation thérapeutique, de la masso-kinésithérapie respiratoire et/ou motrice, une aide au sevrage tabagique, une prise en charge diététique et psychosociale.

2. Les traitements de fond de la BPCO ^[3]

Les symptômes (dyspnée, exacerbations^[4]) conditionnent les choix thérapeutiques dans le respect des indications d'AMM.

Il faut tenir compte aussi des capacités du patient dans le choix du dispositif d'inhalation.

- ▶ En 1^{re} intention :
 - BDCA^[5] inhalés à la demande lorsque la dyspnée est peu fréquente et/ou intense,
 - BDLA^[6] en cas de dyspnée quotidienne et/ou d'exacerbations (dans ce cas, préférer un anticholinergique).
- ▶ En 2nd intention : En cas de symptômes persistants malgré un traitement bien conduit :
 - deux BDLA en association si le symptôme dominant est la dyspnée ou s'il existe à la fois des exacerbations et une dyspnée significative,
 - CSI^[7] et BDLA en association fixe en cas d'exacerbations répétées, en l'absence de dyspnée significative.

3. Le suivi ^[8]

Le recours au pneumologue est recommandé :

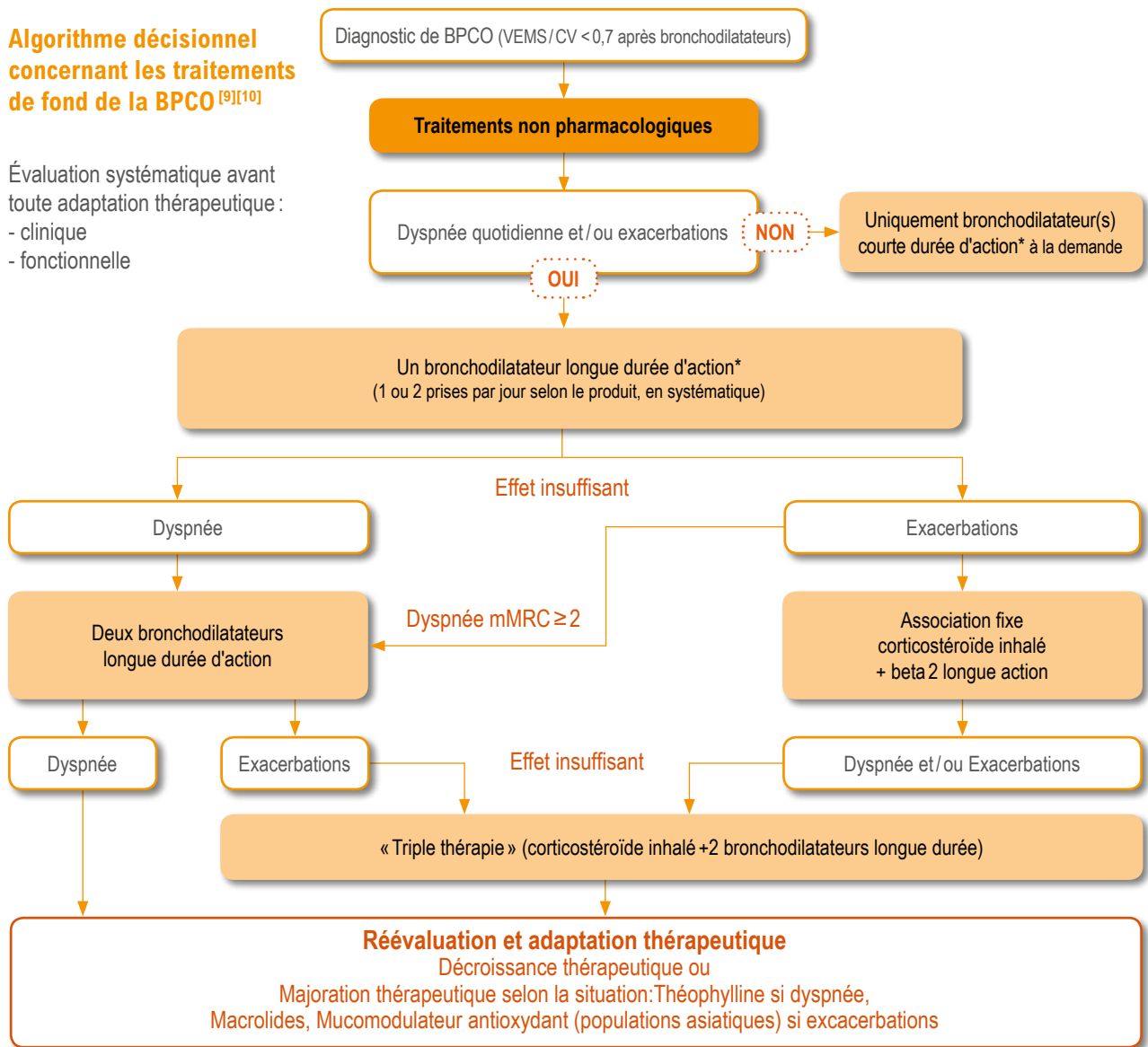
- pour les stades sévères ($30\% \leq \text{VEMS} < 50\%$) et très sévères ($\text{VEMS} < 30\%$),
- en cas de comorbidités associées (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancer bronchique, asthme, dilatation des bronches...); elles sont à rechercher systématiquement,
- si persistance des symptômes malgré les traitements,
- en cas de réalisation d'une réhabilitation respiratoire (indiquée chez tout patient gardant un handicap au quotidien malgré le traitement médicamenteux optimisé).

Il est indispensable de s'assurer de l'adhésion du patient et de sa technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation.



Algorithme décisionnel concernant les traitements de fond de la BPCO [9][10]

Évaluation systématique avant toute adaptation thérapeutique :
- clinique
- fonctionnelle



4. Traitements non recommandés

Chez le patient atteint de BPCO, la HAS recommande d'éviter :

- les corticoïdes inhalés pris isolément et les corticoïdes oraux au long cours,
- les antitussifs,
- les agents mucolytiques (inutiles dans le cas général),
- les cures préventives d'antibiothérapie (exception faite de l'azithromycine au long cours, cf. l'algorithme ci-dessus),
- les médicaments déprimeurs du système respiratoire (utilisables après avis spécialisé et sous surveillance gazo-métrique en cas de nécessité) : anxiolytiques, hypnotiques, certains antalgiques.

*CMG ou Collège de la Médecine Générale ; FFP ou Fédération Française de Pneumologie ; SPLF ou Société de Pneumologie de Langue Française

[1] pro.tabac-info-service.fr
 [2] <https://www.tabac-info-service.fr/J-arrete-de-fumer/Je-telecharge-l-appli>
 [3] Patients atteints de BPCO sans asthme associé.
 [4] Seuil (arbitraire) : 2/an ou une avec hospitalisation.
 [5] BDCA ou bronchodilatateurs de courte durée d'action.
 [6] BDLA ou bronchodilatateurs de longue durée d'action.
 [7] CSI ou corticoïdes inhalés.
 [8] HAS - guide du parcours de soins - bronchopneumopathie chronique obstructive - juin 2014.

[9] Algorithme décisionnel valide par la SPLF : <http://splf.fr/wp-content/uploads/2014/12/reco-bpco-trait-splf-2016-rmr.pdf>
 [10] Échelle mMRC : Échelle de dyspnée du Medical Research Council (MRC) traduite en français ou modifiée (MMRC) - L'échelle MMRC inclut 5 stades :
 stade 0 : dyspnée pour des efforts soutenus (montée 2 étages) ;
 stade 1 : dyspnée lors de la marche rapide ou en pente ;
 stade 2 : dyspnée à la marche sur terrain plat en suivant quelqu'un de son âge ;
 stade 3 : dyspnée obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres sur terrain plat ;
 stade 4 : dyspnée au moindre effort.