
JUMGA 2016

BPCO

Dr Ann-Sophie Bocage-Derlich

Épidémiologie

- ▶ 3,5 M de personnes touchées par la maladie dont 100 000 formes sévères (oxygénodépendentes) avec 80% de fumeurs
- ▶ Pourrait devenir la 4ème cause de mortalité d'ici la fin de la décennie !
- ▶ Le taux de mortalité associée est en augmentation avec environ 16 000 décès par an
- ▶ PARADOXAL !! (nouvelles thérapeutiques, réhabilitation, vaccination, meilleure hygiène de vie...)

Définition

- ▶ BPCO : Maladie des voies aériennes due à une obstruction permanente et progressive des voies aériennes
- ▶ Cause la plus fréquente : TABAGISME actif mais pas que !! (exposition professionnelle, tabac passif, conso de cannabis, irritants ou polluants domestiques ou environnemental)

Tableau 3. Activités professionnelles et risque de BPCO

Situation de travail à risque	Activité professionnelle avec risque avéré de BPCO
<u>SECTEUR MINIER</u>	73.Exposition à la silice 74.Travaux au fond des mines de charbon 75.Travaux au fond des mines de fer - Inhalation de poussières ou fumées d'oxyde de fer
Bâtiment et travaux publics	76.Creusement des tunnels 77.Asphaltage des routes 78.Autres BTP avec exposition chronique et/ou à des niveaux excessifs de gaz-poussières-vapeurs
Fonderie et sidérurgie	79.Expositions à plusieurs particules minérales (poussières métalliques, charbon, silice) 80.Exposition à des gaz ou des fumées (émissions des fours, fumées métalliques, oxyde de soufre ou d'azote)
Industrie textile	81.Employés de filature de coton, lin, chanvre, sisal
Métiers agricoles	82.Métiers concernés par l'utilisation de produits type pesticides 83.Milieu céréalier : ouvriers des silos, dockers, employés de meunerie 84.Production laitière 85.Élevage de porcs 86.Élevage de volailles
	Activité professionnelle avec risque possible de BPCO
	87.Travailleurs du bois : menuiserie, ébénisterie, scierie 88.Soudage 89.Cimenterie 90.Usinage et transformation des métaux 91.Exposition aux émissions Diesel

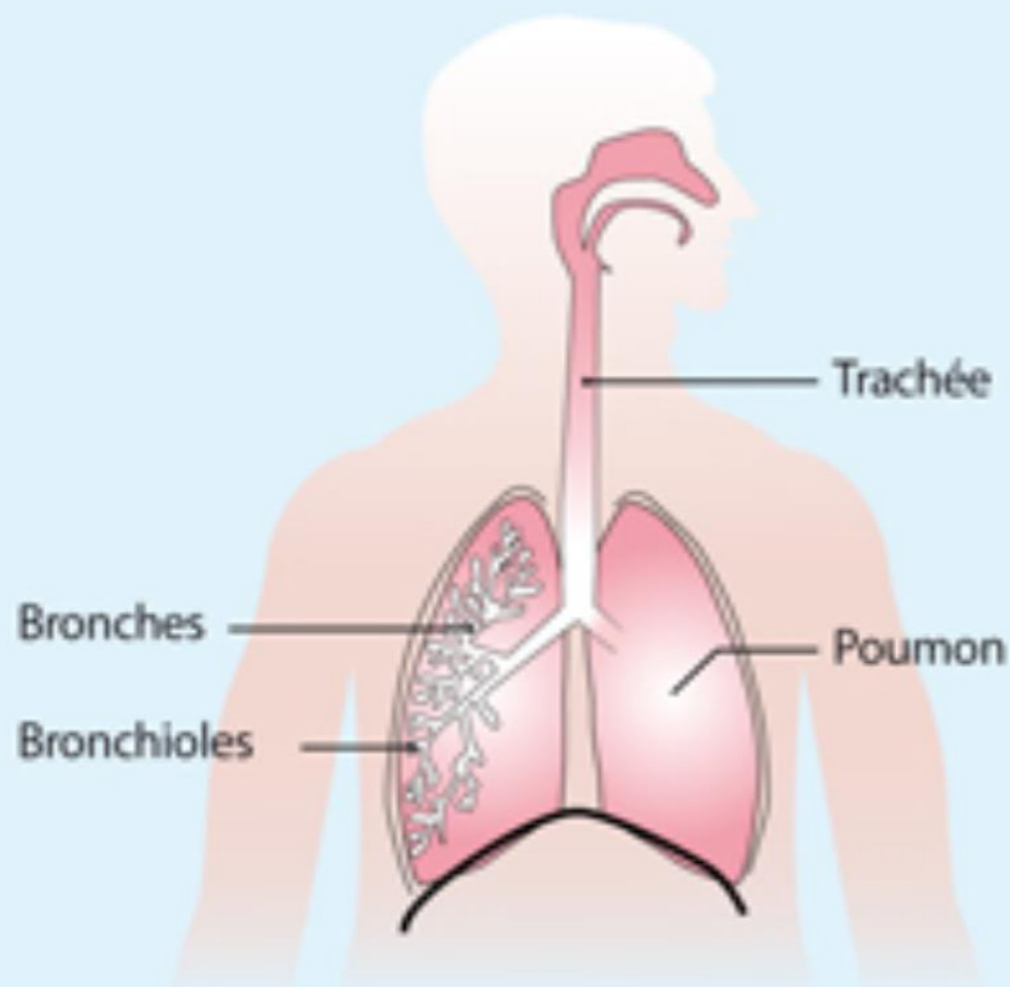
Physiopathologie

2 Causes à cette obstruction :

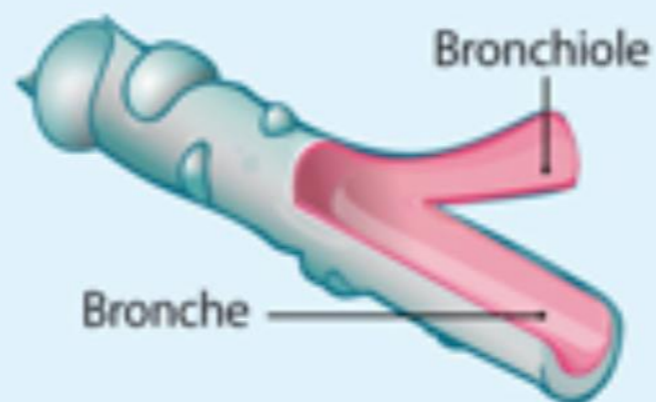
- ▶ remodelage des bronchioles (inflammation à PNN) d'où diminution de leur calibre
- ▶ destruction des alvéoles

Schéma de l'appareil respiratoire

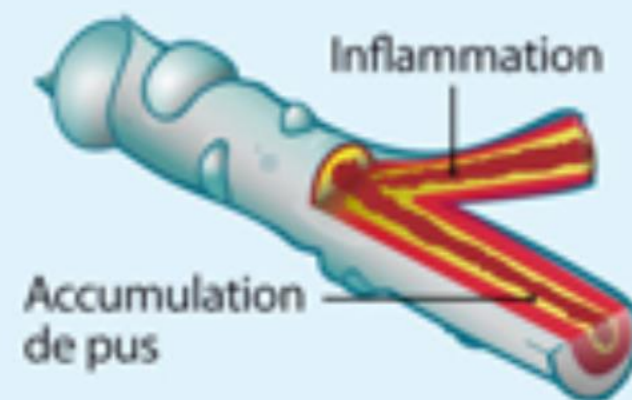
L'APPAREIL RESPIRATOIRE



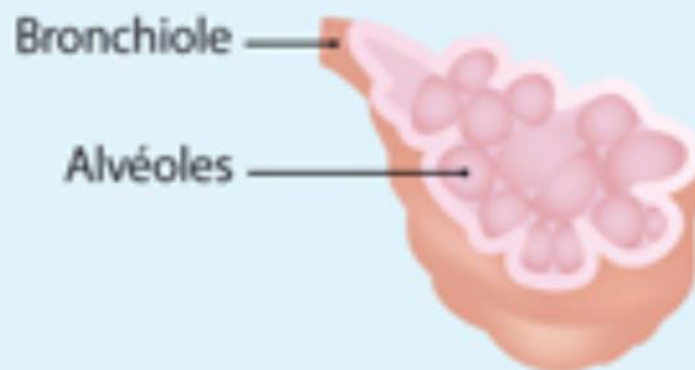
BRONCHE ET BRONCHIOLE SAINES



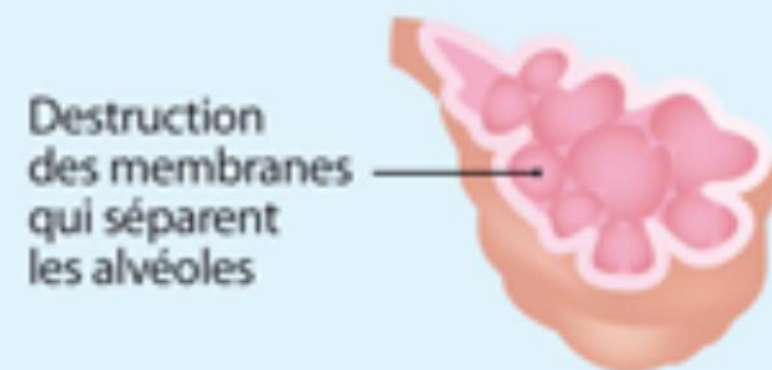
BRONCHITE CHRONIQUE



BRONCHIOLE ET ALVÉOLES SAINES



EMPHYSÈME



Définition 2

- BC = toux et expectoration au moins 3 mois / an depuis au moins 2 ans
- Le diagnostic de TVO est fondé sur la mesure du VEMS et de la CVF en

BPCO = $VEMS/CV < 70\%$ après administration d'un bronchodilatateur

NB : 26 à 90% des BPCO (selon les séries) n'ont pas de bronchite chronique !!

- IRC = incapacité permanente de l'appareil respiratoire assurer une hématose normale au repos ($< 70\text{mmHg}$) sur 2 gazo ; sévère si $< 55\text{mmHg}$ ou 60mmHG avec IVD ou polyglobulie

Diagnostic 2

- ▶ Spirométrie : permet le dépistage

Doit répondre à certains critères de qualité

Définit le stade et permet d'adapter la CAT

- ▶ Radio de thorax (recherche de K, anomalies cardiaques ou pleurales, distention ...)
- ▶ Recherche des comorbidités : dénutrition, anxiété ou dépression, patho cardio-vascu, SAS, anémie...

Diagnostic 3

Avis PNEUMOLOGIQUE pour confirmer le diagnostic si celui-ci est évoqué lors d'un dépistage, au moins au delà du stade 2 :

- ▶ Plétysmographie (distention, emphysème, restriction et suivi)
- ▶ Gazométrie si besoin
- ▶ Test de marche
- ▶ Dosage de Alpha 1 antitripsine
- ▶ Recherche SAS
- ▶ Évaluation de l'indication de O₂, nébulisations, réhabilitation à l'effort
- ▶ Annonce du diagnostic et explications (CAT, Evolution, divers traitements possibles ...)

Evolution

- ▶ Déclin accéléré de la fonction respiratoire
- ▶ Risque d'exacerbations pouvant mettre en jeu le pronostic vital
- ▶ Risque de handicap avec réduction de l'activité quotidienne liée à la dyspnée
- ▶ IRC

Guide parcours de soins « Bronchopneumopathie chronique obstructive »

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 data-bbox="425 1195 2346 1257" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">Bronchodilatateur de courte durée d'action (CA) si besoin : β-2 agoniste CA ou anticholinergique CA</div> <div data-bbox="913 1297 2346 1420" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 60%;">Bronchodilatateur de longue durée d'action (LA) § : β-2 agoniste LA ou anticholinergique LA <u>Réhabilitation respiratoire</u></div> <div data-bbox="1385 1441 2346 1543" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 40%;">Glucocorticostéroïdes inhalés sous forme d'association fixe si exacerbations répétées et symptômes significatifs</div> <div data-bbox="1860 1594 2346 1706" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 20%;">Oxygénothérapie de longue durée si IRC</div>			

* : hors exacerbations/décompensations, † : médicaments recommandés : substituts nicotiques 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	24. Médecin généraliste : consultations dédiées à la BPCO : 1 ou 2 fois par an 25. Avis du pneumologue : selon les besoins		26. médecin généraliste : tous les 3 mois 28. pneumologue : 1 fois par an	À adapter en fonction des besoins : 27. médecin généraliste : tous les mois 29. pneumologue : tous les 6 mois 30. prestataire : selon le forfait à adapter si besoin
Évaluation clinique		31. Centre de tabacologie, autres professionnels : selon besoins dus à l'état clinique, changements de comportement, etc. 32. Tabagisme, expositions professionnelles, symptômes, comorbidités, fréquence des exacerbations 33. Besoin d'un recours à d'autres intervenants (kinésithérapeute, tabacologue, cardiologue, autres) 34. Besoin d'une réhabilitation respiratoire (incapacité / handicap) 35. Tolérance et observance des traitements, technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation (Stade II) Suivi du programme de réhabilitation respiratoire : 36. activité physique régulière, éducation thérapeutique, kinésithérapie respiratoire, suivi nutritionnel	37. Évaluation du besoin d'une OLD et/ou VNI	
Évaluation globale (mesures à réaliser)		38. Suivi de l'éducation thérapeutique 39. Besoins et attentes des patients 40. Score de dyspnée, si possible mesure du CO ₂ expiré - Indice de masse corporelle, évolution pondérale 41. Test de marche de 6 min par le pneumologue ou le MPR§ (suivi à long terme d'une RR**)	42. Accompagnement médico-social, besoin des services sociaux 43. Qualité de vie 44. À chaque consultation SpO ₂ ††	
Examens complémentaires et fréquence	45. EFR : à un rythme adapté à l'état clinique du patient 46. Gaz du sang si aggravation		47. Gaz du sang si aggravation 49. Une fois par an NFS plaquettes	48. Gaz du sang : 2 fois /an et plus si aggravation
<u>D'AUTRES EXAMENS PEUVENT ETRE NECESSAIRES SELON LE CONTEXTE ET L'ETAT CLINIQUE DU PATIENT (EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES CRACHATS, RX DE THORAX, TDM, ENDOSCOPIE, EFX§§, OXYMETRIE NOCTURNE, POLY(SOMNO)GRAPHIE, ECHOGRAPHIE CARDIAQUE)</u>				
Consultations supplémentaires	50. Si absence de sevrage tabagique : consultation du tabacologue ou du centre de tabacologie 51. Si exacerbation sévère ou fréquente (> 2/an) : réévaluation par le pneumologue			
<u>AU DECOURS D'UNE HOSPITALISATION POUR DECOMPENSATION</u>	52. Consultation du médecin généraliste : dans la semaine qui suit la sortie 53. Consultation du pneumologue : 1 à 3 mois au plus tard avec EFR et gaz du sang 54. 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

Conclusion

Pathologie sous-diagnostiquée : intérêt d'un dépistage plus systématique chez le sujet fumeur de plus de 40 ans : mini spirométrie (piko 1 puis 6, néo 6) voir spirométrie si médecin formé à sa pratique car biais nombreux :

étalonnage journalier nécessaire,

adaptation aux conditions atmosphériques,

qualité de la réalisation

Conclusion 2

- ▶ Les études confirment l'intérêt du dépistage par les mini spiro en med générale : faible coût et rapidité de mise en œuvre (Rev Mal Resp 2014 P. Vorilhon)
- ▶ Le dépistage n'augmente pas le taux de prise en charge de la BPCO car déni de la maladie fréquent avec refus de se traiter ou de se faire suivre mais permet un diagnostic plus précoce (Rev Mal Resp 2012 JC. Gerrin)