

La
BPCO

EPU du 15/09/2004

Définition

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

se définit comme une maladie chronique qui est lentement progressive caractérisée par une diminution non complètement réversible des débits aériens.

- cette définition de la BPCO admet implicitement son origine tabagique.

Définition

- Les maladies suivantes ne font pas parties de la BPCO :
 - ✓ l'asthme
 - ✓ dilatation des bronches
 - ✓ Mucoviscidose
 - ✓ bronchiolites chroniques

Stades

caractéristiques

0 : à risque

symptômes chroniques : toux, expectoration.

I : BPCO peu sévère

VEMS/CVF inférieur à 70 %

VEMS supérieur ou égal à 80 % de la valeur prédite,
avec ou sans symptômes chroniques.

II :BPCO moyennement sévère

VEMS/CVF inférieur à 70 %

VEMS compris entre 30 et 80 % de la valeur prédite,

IIa : VEMS compris entre 50 et 80 %,

IIb : VEMS compris entre 30 et 50 %.

Avec ou sans symptômes chroniques.

III :BPCO sévère

VEMS/CVF inférieur à 30 %

VEMS inférieur à 30 % de la valeur prédite

où VEMS inférieur à 50 % de la valeur prédite

en présence d'insuffisance respiratoire

chronique, (PaO₂ inférieurs à 60mmHg)

ou de signes cliniques,Satellite d'HTAP.

Evolution

- **L'évolution** de la BPCO est compliquée d'exacerbation pouvant mettre en jeu le pronostic vital du malade, on parle alors de décompensation.
- Dans la BPCO, la décroissance annuelle du VEMS est en moyenne plus rapide que celle des sujets Non-fumeurs.

L'arrêt du tabac est la seule mesure susceptible de rétablir un rythme de décroissance normale du VEMS.

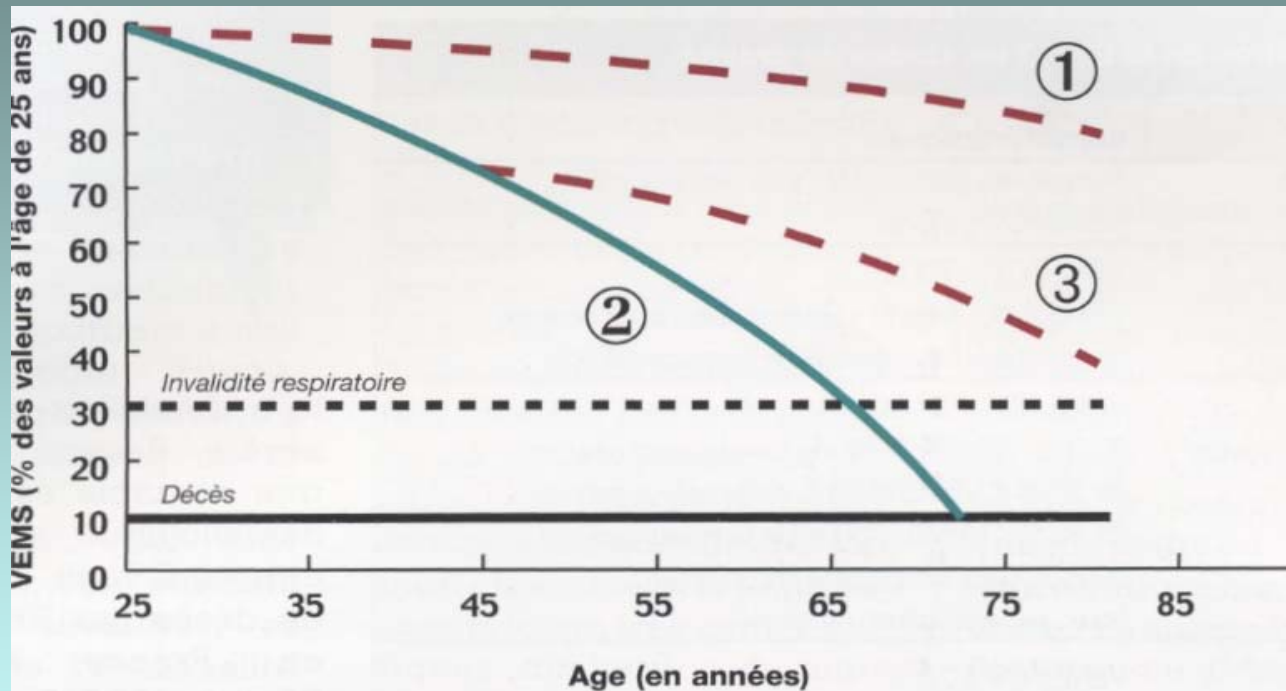


Figure 1: Déclin du VEMS en fonction de l'âge (d'après Fletcher, 1977).

- 1) Sujets non fumeurs et fumeurs dits "peu sensibles au tabac" en termes de fonction respiratoire.
- 2) Sujets fumeurs sensibles au tabac.
- 3) Sujets ayant arrêté de fumer.

Diagnostic

- Le BPCO doit bénéficier d'un diagnostic précoce et d'un suivi clinique et fonctionnel régulier afin :
 - De dépister les complications
 - D'optimiser le traitement
- Un syndrome obstructif doit être recherché en présence d'une toux chronique, d'une expectoration chronique, qu'il existe ou non une dyspnée, celle-ci pouvant être d'apparition très tardive.
- Un examen clinique normal n'exclut pas une BPCO
- La spirométrie est l'examen minimal recommandé, permettant le diagnostic et le suivi de la BPCO.

Le diagnostic de BPCO doit être évoqué

- **Les femmes**, âgées de plus de 35ans, ayant un tabagisme chiffré à plus de 15 paquets-années, même en l'absence de signes cliniques.
- **Les hommes**, âgés de plus de 40 ans, ayant un tabagisme chiffré à plus de 20 paquets-années, même en l'absence de signes cliniques.
- Devant la présence de signes cliniques : toux et expectorations chroniques, dyspnée.

Prise en charge hors exacerbations

1°) arrêt du TABAC

2°) Recherche et prévention d'une éventuelle **exposition respiratoire aux polluants professionnel** chez les BPCO sévères.

3°) **les bronchodilatateurs** sont le principal traitement symptomatique des BPCO.

Voie inhalée → meilleur rapport efficacité/ tolérance.

Le choix de la classe dépend de la réponse individuelle sur les symptômes et les effets secondaires

Les formes combinées de ces deux classes de courtes durées d'action améliorent les débits expiratoires sans bénéfice démontré sur les symptômes / à chacun des produits pris séparément

Les bronchodilatateurs de longue durée d'action sont recommandés chez les patients utilisant les courte durée d'action de façon pluriquotidienne.

Prise en charge hors exacerbations(2)

4°) Les corticoïdes inhalés (CSI)

- ne ralentissent pas le déclin du VEMS (facteur pronostic majeur de la maladie).
- Ils ne concernent que les BPCO **stade III** (VEMS < 30%) et les patients avec **exacerbations répétées** (3 en moins d'un an) malgré une prise en charge optimale .
- Il diminue chez ce type de patients : le nombre d'exacerbations, les hospitalisations, le nombre de consultation en urgences.

5°) Les corticoïdes per os

- Ils ne doivent pas être prescrit au long cours.

Possible chez patients BPCO très sévère après un traitement maximal optimal

Prise en charge hors exacerbations(3)

6°) les théophyllines

- ✓ Action bronchodilatatrice
- ✓ Proposés en l'absence d'amélioration de la dyspnée malgré TTT bronchodilatateur.

7°) les vaccinations antigrippale et antipneumococcique sont recommandées.

8°) la kinesithérapie respiratoires +++

9°) la réhabilitation respiratoire

- ✓ Élément majeur de la prise en charge des BPCO dyspnéiques et intolérants à l'effort.
- ✓ Organisée en programmes pluridisciplinaires
- ✓ Réalisation, pour pouvoir débiter le programme, d'une épreuve d'effort cardio-respiratoire.
- ✓ Peut se réaliser en institution, en ambulatoire ou au domicile.

Prise en charge hors exacerbations(4)

10°) L'oxygénothérapie au domicile

L'OLD est recommandé chez les patients BPCO lorsque, à distance d'un épisode aigu et sous réserve d'un TTT optimal, deux mesures des Gaz du sang artériel en air ambiant à au moins trois semaines d'intervalle ont montré :

une PaO₂ diurne inférieure ou égale à 55 mmHg

ou une PaO₂ comprise entre 56 et 59 mmHg si :

- HTA Pulmonaire
- Désaturations nocturnes non apnéiques
- Polyglobulie (hématicrite $\geq 55\%$)
- Signes cliniques de cœur pulmonaire chronique

L'utilisation de l'OLD doit être le plus prolongé possible au cours de la journée,

jamais inférieur à 15 heures par jour.

11°) Ventilation Non Invasive

en cas d'échec de l'OLD et/ou si PaCO₂ ≥ 55 mmHg

12°) la chirurgie de réduction de volume

Prise en charge des exacerbations(1)

La grande majorité des exacerbations peut et doit être pris en charge en ambulatoire.

Une réévaluation clinique précoce, entre 24 et 72 heures, est justifiée pour vérifier l'efficacité du traitement et l'absence d'aggravation.

L'hospitalisation s'impose en cas de décompensation ou d'inefficacité du Ttt ambulatoire déjà instauré.

SIGNES DE GRAVITE

✓ Cliniques :

- § Appareil respiratoire : dyspnée de repos, cyanose, SaO₂<90%,
Toux inefficace, FR >25/min...
- § Appareil cardiovasculaire : FC>110/min, hypotension, troubles
du rythme,marbrures...
- § Appareil neurologique : agitation, confusion, obnubilation ,...

✓ Biologiques

- § Hypoxie (PaO₂< 55mmHg) , Hypercapnie (PCO₂> 45mmHg)
-

Prise en charge des exacerbations(2)

Traitement

1. oxygénothérapie si $SaO_2 < 90\%$ au repos et en air ambiant.
2. bronchodilatateurs à poursuivre jusqu'à l'amélioration des symptômes.
3. corticoïdes per os si présence d'une part spastique à l'exacerbation en cure courte
4. kinésithérapie de désencombrement
5. les fluidifiants bronchiques même si leur efficacité n'est pas démontré
6. antibiothérapie

- ✓ les espèces bactériennes les plus fréquentes sont :
Haemophilus influenza, streptococcus pneumoniae, branhamella catarrhalis.
- ✓ 50% des exacerbations sont d'origine bactérienne, les autres sont virales, par des bactéries atypiques, de nature non infectieuse.
L'ECBC est un examen peu sensible , en première intention ,il n'est pas recommandé de le réaliser.

Prise en charge des exacerbations(3)

La récurrence à court terme d'une exacerbation doit faire rechercher une pathologie sous-jacente

→infection ORL chronique ou stomato, cancer bronchique, maladie thromboembolique, apnées du sommeil, ...

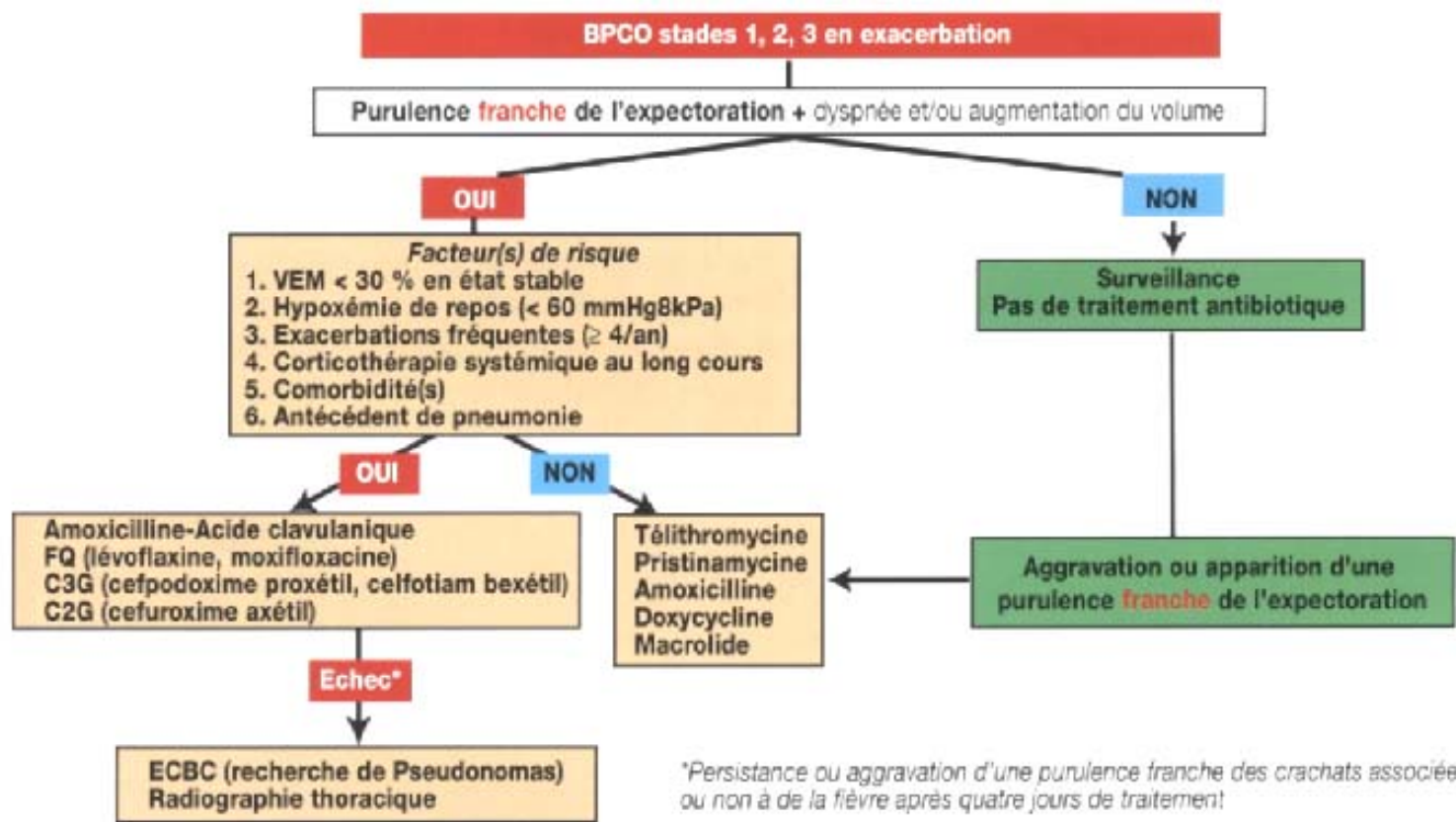


Figure 2: Antibiothérapie dans les exacerbations de BPCO
(au stade 0, l'antibiothérapie n'est en règle pas justifiée).