

Traitement individuel sur mesure pour chaque patient BPCO

BPCO: directives pour les médecins de premier recours

Amato Gianì^a, Stefan Schäfer^a, Dieter Jaggi^{a,b}, Donat Gemsch^a, Thomas Limbach^a

^a mednet Bern; ^b pneumologue consultant

La prévention est essentielle afin d'éviter la survenue de la BPCO. L'encouragement à arrêter de fumer, à pratiquer une activité physique et à recourir aux vaccinations sont du ressort du médecin de famille et doivent absolument être appliqués.

Contexte, objectif, problématique

Le réseau de médecins *mednetbern* tente de construire un pont entre la situation réelle d'un groupe de médecins de famille suisses expérimentés et la procédure idéale recommandée par des experts de renommée internationale pour la prise en charge de la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive [CIM-10 J44, «Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques»]) en milieu ambulatoire. Les directives GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*) [1], ERS (*European Respiratory Society*) [2] et SRS (*Swiss Respiratory Society*) [3] ne sont, en raison de leur volume ou d'approches particulières, que peu adaptées à

la pratique (directives GOLD: 96 pages; directives ERS: résumé des directives GOLD de 11 pages avec focus épidémiologique sur l'Europe; directives SRS: 15 pages – toutes les trois en anglais, sans traduction française). Ni l'ERS ni la SRS ne recommandent la détermination des quatre groupes de risque (A, B, C et D), pourtant centrale dans nos évaluations de médecine de famille. La valeur thérapeutique des nombreux médicaments qui, surtout au cours des derniers mois et années, ont inondé le marché, doit être saluée. Chaque médicament se voit attribuer une place précise dans le traitement de la BPCO. Grâce à nos directives détaillées, chaque patient BPCO doit pouvoir bénéficier d'un traitement individuel sur mesure.



Description, méthodes

Le présent projet est basé sur nos précédents projets de directives à l'intention des médecins de famille [4–6]. La hiérarchie verticale des recommandations (échelle mondiale [GOLD], échelle continentale [ERS], échelle nationale [SRS]) est respectée et les recommandations sont équilibrées et complétées lors d'un processus de consultation grâce aux connaissances et expériences accumulées par les 60 membres issus de 13 cercles de qualité. Sont uniquement intégrés dans nos recommandations les faits qui répondent aux critères de la médecine basée sur l'évidence (*evidence-based medicine*, EBM), dans la mesure du possible avec un niveau de preuve A et une recommandation de classe 1. Il en résulte des directives sous forme de dépliant plastifié pratique, en plus d'une version électronique gratuite et en libre accès.

Bénéfice, résultats

Les résultats montrent que la méthode développée par le réseau *mednetbern* pour l'élaboration de recommandations est bien appropriée pour les maladies qui revêtent une grande pertinence sur le plan de l'économie et de la politique de la santé et qui relèvent du domaine de la médecine de premier recours. Les aboutissements sont souvent surprenants et contribuent à simplifier les recommandations sans porter atteinte à leur exactitude. Les résultats pratiques essentiels sont notamment:

Définition

Définition courte et précise de la BPCO en une phrase en français: «Limitation persistante le plus souvent progressive du flux respiratoire, avec réaction inflammatoire chronique des voies respiratoires aux particules et gaz nocifs entraînant toux, expectorations et plus tardivement dyspnée». A l'inverse, la bronchite chronique, définie par «toux productive pendant au moins 3 mois au cours de 2 années consécutives», n'est pas nécessairement associée à une limitation du flux respiratoire, mais peut toutefois la précéder ou la suivre. Notre définition est particulièrement adaptée en tant que message ayant pour but d'expliquer de manière compréhensible la maladie au patient. Les directives disponibles jusqu'à présent sont compliquées et intègrent, dès la définition (20 à 40 lignes), une profusion de détails anatomiques, pathologiques et physiopathologiques tout en abordant aussi les diagnostics différentiels et les comorbidités.

Anamnèse

L'anamnèse, qui en présence de facteurs de risque et de symptômes cardinaux est suivie d'un dépistage au

moyen du test CAT (*COPD Assessment Test*) [7]. Un modèle de questionnaire pour l'utilisation au cabinet médical est disponible en annexe de l'article ou en ligne sur le site internet de *mednetbern*: http://www.mednetbern.ch/fileadmin/user_upload/dokumente/Guideline_COPD_-_Update_2016.pdf.

Laboratoire

Renoncement aux analyses de laboratoires routinières portant sur une potentielle carence en alpha-1-antitrypsine (environ 300 patients recensés en Suisse).

Spirométrie

La spirométrie est toujours la conséquence d'une anamnèse suspecte.

Diagnostic différentiel

En cas de spirométrie diagnostique pathologique (coefficient de Tiffeneau VEMS/CVF <0,7 après bronchodilatation), la BPCO doit être classifiée. Un paragraphe particulier de nos directives traite du diagnostic différentiel avec l'asthme bronchique.

Classification

Le réseau de médecins *mednetbern* privilégie la classification de la BPCO en quatre groupes de risque (A, B, C et D), comme le préconisent les directives GOLD. Cette classification de A à D est une synthèse qui tient compte de l'ampleur des symptômes et de la dyspnée (test CAT et questionnaire mMRC [*modified Medical Research Council*]), de l'obstruction (VEMS), ainsi que du nombre d'exacerbations et d'hospitalisations annuelles. A et B: risque faible, C et D: risque élevé d'événements à venir (exacerbations, hospitalisations, décès).

Schéma à quatre quadrants (quadrant management strategy tool)

La représentation graphique du risque pour la santé en quatre groupes de patients (A à D), sous forme de système de coordination modifié cartésien, permet de présenter de manière claire et compréhensible des faits interdépendants complexes (fig. 1). L'attribution à chaque patient BPCO d'une classe de risque définie constitue la base pour nos décisions thérapeutiques.

Trois étapes

Cette évaluation combinée de la BPCO dans un schéma à quatre quadrants s'effectue en trois étapes.

1^{ère} étape: Evaluation des symptômes à l'aide du test CAT et du questionnaire mMRC (classement gauche ou droit dans le schéma à quatre quadrants: A/C vs C/D).

2nde étape: Degré de sévérité GOLD (1 à 4) en fonction de la VEMS post-bronchodilatateur (classement bas ou

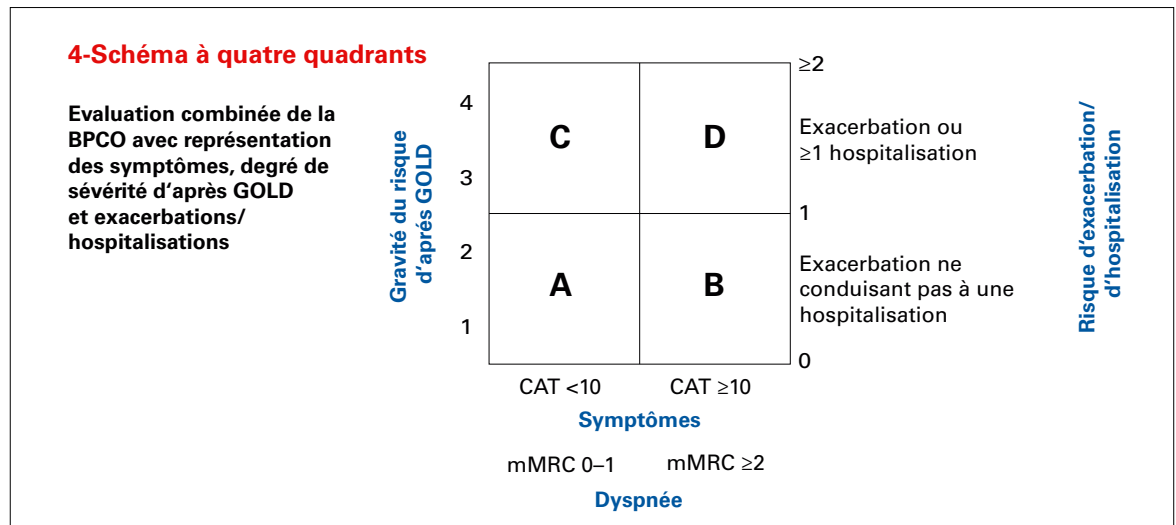


Figure 1: Schéma à quatre quadrants (*quadrant management strategy tool*, traduction française d'après la version du réseau de médecins *mednetbern*). Reproduction avec permission de: Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD 2016, © Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), all rights reserved. Available from <http://www.goldcopd.org>.

haut dans le schéma à quatre quadrants: A/B vs C/D).
3^e étape: Nombre d'exacerbations et d'hospitalisations au cours de l'année passée (passage de bas à haut, c.-à-d. à C/D dans le schéma à quatre quadrants).

Performances physiques

Afin de déterminer la performance physique, nous préconisons le test du lever de chaise (*sit-to-stand test*), facilement réalisable au cabinet.

Classifications différentes

Dans leurs directives, l'ERS et la SRS privilégient la classification GOLD en degrés 1 à 4 uniquement (et non en groupes de risque de A à D), basée seulement sur la spirométrie. Etant donné que nous savons que la VEMS est souvent mal corrélée aux symptômes cliniques et que l'évolution de la maladie dépend des exacerbations et des comorbidités, nous pouvons supposément placer les cas légers des stades GOLD 1 et 2 dans les classes de risques C et D, en cas d'anamnèse correspondante en ce qui concerne les exacerbations et les hospitalisations. Un tel reclassement ne peut s'effectuer que de manière unidirectionnelle, de A/B vers C/D. Le seul fait qu'un patient présente peu d'exacerbations n'entraîne jamais une réduction de son risque. C'est la raison pour laquelle les patients des classes GOLD 3 et 4 ne peuvent jamais être replacés dans les groupes de risque A et B sur la base de leurs rares exacerbations. Chaque médecin de famille possède les informations nécessaires à une évaluation de ses patients dans le schéma à quatre quadrants. Certains patients peuvent de ce fait tirer des bénéfices de traitements plus intensifs.

Stratégie thérapeutique

La stratégie thérapeutique découle des résultats de l'évaluation et doit permettre la mise en place d'un traitement qui soit spécifique au patient, avec pour objectif de stopper la progression de la maladie, d'alléger les symptômes et d'améliorer l'état de santé du malade et de réduire le risque d'exacerbations.

Mesures thérapeutiques

Les mesures thérapeutiques sont subdivisées en mesures non médicamenteuses, vaccinations et pharmacothérapies.

Mesures non médicamenteuses: L'arrêt du tabac est jusqu'à présent la seule intervention améliorant le pronostic du patient en matière de mortalité et de réduction de la VEMS à long terme. La réadaptation pulmonaire, l'activité physique et les conseils nutritionnels constituent des mesures thérapeutiques éprouvées. Les performances physiques et la qualité de vie sont améliorées par la réadaptation pulmonaire et l'activité physique. La réduction du volume pulmonaire et la réadaptation pulmonaire peuvent améliorer la survie. Vaccinations: Vaccination contre la grippe – niveau de preuve A. Vaccination contre les pneumocoques: niveau de preuve B.

Médicaments: Seul le tiotropium a conduit dans une seule étude à une plus faible mortalité, la mortalité ne constituant pas un critère d'évaluation primaire.

Résumé: L'arrêt du tabac est prioritaire. La pharmacothérapie de la BPCO semble jusqu'à présent constituer un traitement palliatif.

Pharmacothérapie

Pharmacothérapie de la BPCO stable (1^{er} choix): Pour le groupe de risque A, les preuves de l'efficacité d'un traitement en fonction des besoins par bronchodilatateurs de courte durée d'action ne sont que maigres. Pour ce qui est des groupes B, C et D, le traitement par les différents bronchodilatateurs de longue durée d'action est très bien documenté (niveau de preuve A). Les anticholinergiques de longue durée d'action (LAMA) peuvent ici être utilisés en monothérapie. Les bêta-2-mimétiques de longue durée d'action (LABA) ne sont utilisés que dans le groupe B en monothérapie. Dans les groupes C et D, ce sont souvent les traitements associant LABA et corticoïdes inhalés (CI) qui sont utilisés. En fonction de la situation, une combinaison de trois substances (CI/LABA/LAMA) s'avère nécessaire dans le groupe D. Il est possible qu'avec le temps, les combinaisons de CI/LABA laisseront la place aux combinaisons de LAMA/LABA [8]. A l'avenir, les CI seront sans doute utilisés avec bien plus de réticences; ils ont avant tout leur place dans le traitement des patients présentant des composantes asthmatiques et un syndrome de chevauchement asthme-BPCO (ACOS, *Asthma-COPD-Overlap-Syndrome*: obstruction persistante avec signes cliniques d'asthme et de BPCO).

Exacerbation

Détérioration aiguë des symptômes de BPCO, dépassant les variations journalières normales et nécessitant une modification du traitement, voire une hospitalisation. Prednisone 40 mg pendant 5 jours, antibiotiques en cas d'infection bactérienne. Mesure supplémentaire si possible: inhalations humides.

Tendance médicamenteuse

La tendance est aux administrations quotidiennes uniques. Chez les patients affaiblis (avec faible flux inspiratoire), les aérosols doseurs (avec chambre d'inhalation) sont à préférer aux inhalateurs à poudre. Il n'y a pratiquement pas de différences de prix notables entre les médicaments; selon la combinaison, il faut compter 2 à 5 CHF par jour de frais médicamenteux. En cas d'exacerbation avec infection bactérienne, nous nous en tenons à l'amoxicilline/acide clavulanique ou clarithromycine, en plus de la prednisone. Sur la base de principes fondamentaux (retardement du développement de résistances), la moxifloxacine, substance très puissante, doit être utilisée avec une extrême parcimonie.

Conclusion, perspectives

On ne peut se satisfaire du fait que l'utilisation des médicaments ne nous permette que d'améliorer légèrement la vie des patients, sans avoir d'impact sur la

dégradation à long terme de la fonction pulmonaire et sur la mortalité. Seul l'arrêt du tabac influence positivement la mortalité avec certitude; malheureusement, le taux de succès du sevrage tabagique est souvent plutôt décevant. La raison de l'allongement de la survie après l'arrêt du tabac est multifactorielle (progression plus lente de la BPCO, plus faible incidence tumorale, moins de problèmes cardiovasculaires ou d'accidents vasculaires cérébraux).

La prévention revêt donc une importance capitale afin d'éviter la survenue d'une BPCO. L'encouragement à arrêter de fumer, à pratiquer une activité physique et à avoir recours aux vaccinations sont des compétences clé du médecin de famille. Le fait que les personnes touchées souffrent souvent de nombreuses comorbidités conduit, pour les cas extrêmement complexes, à une grande quantité de médicaments et d'interventions nécessaires accompagnés de coûts très élevés, requérant par ailleurs une prise en charge interdisciplinaire intensive.

Nous laissons une grande marge de manœuvre à nos membres dans le choix des médicaments. Cela pourrait, à tort, être compris comme «chacun fait comme il l'entend». Ce n'est pourtant pas le cas, car au sein des différents groupes de risque, les groupes de médicaments de premier choix (selon GOLD) doivent être respectés. Il est encore trop tôt pour pouvoir désigner, parmi les nombreuses préparations et les nombreux appareils à notre disposition, ceux qui s'imposeront à plus long terme.

Remarque

Les recommandations BPCO de *mednetbern* sont disponibles en annexe de l'article en ligne sur www.primary-hospital-care.ch

Crédit photo

Werner Graf, 2013. Reproduction avec l'aimable autorisation de l'artiste.

Références

- 1 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease GOLD 2015. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Updated 2015.
- 2 ERS European Respiratory Society. European Lung White Book. Chronic obstructive pulmonary disease.
- 3 Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The Swiss Guidelines. Official Guidelines of the Swiss Respiratory Society.
- 4 Giani A, et al. Démarche qualité: l'élaboration de recommandations au sein d'un réseau de médecins. <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/fr/2011/2011-16/2011-16-207.PDF>
- 5 Giani A, et al. Démarche qualité dans un réseau de médecins – nouvelles connaissances dans l'élaboration de recommandations relatives à l'hyperlipidémie. <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/2014/01/fr/pc-f-00553.pdf>
- 6 Giani A, et al. Démarche qualité dans un réseau de médecins: nouvelles connaissances dans l'élaboration de recommandations relatives au diabète sucré de type 2. <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/2014/17/fr/pc-f-00757.pdf>
- 7 http://www.catestonline.org/english/index_France.htm
- 8 Wedzicha JA, Banerji D, Chapman KR, Vestbo J, Roche N, Ayers RT, et al. Indacaterol-Glycopyrronium versus Salmeterol-Fluticasone for COPD. *N Engl J Med*. 2016 Jun 9;374(23):2222-34. doi: 10.1056/NEJMoa1516385.

Correspondance:
Dr med. Amato Giani
Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin
Sidlerstrasse 4
CH-3012 Bern
[amato.giani\[at\]hin.ch](mailto:amato.giani[at]hin.ch)