

La BRONCHOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO)

*Dr Sophie Figon & Pr Jean-Pierre Dubois. Département de Médecine Générale
Université Claude Bernard Lyon I*

Prévalence

Le diagnostic de bronchite chronique est généralement fait après 40 ans chez des sujets fumeurs depuis plusieurs décades. Elle touche alors environ 1 homme sur 5 avec un sexe ratio de 1 femme pour 5 hommes ; dans 10 à 20 % des cas, cette bronchite chronique évoluera vers une BPCO.

Cette fréquence est stable chez les hommes mais en croissance régulière chez les femmes du fait de la progression du tabagisme.

Aujourd'hui, on compte en France environ 3 000 000 de bronchitiques chroniques, 300 000 BPCO et 25 000 insuffisants respiratoires chroniques graves nouveaux par an traités par Oxygénothérapie à Long Terme (OLT) ou ventilation assistée.

C'est une affection sous diagnostiquée : 1/3 seulement des sujets présentant des signes de bronchite chronique connaissent leur BPCO. La plupart des fumeurs et même les médecins banalisent les symptômes et considèrent toux et expectoration comme une rançon normale du tabagisme.

On observe des BPCO chez des sujets de plus en plus jeunes (âge de la 1^{ère} cigarette : 11 ans en France).

50 % des fumeurs cumulant des décennies d'intoxication tabagique développeraient une BPCO

Définition de la BPCO

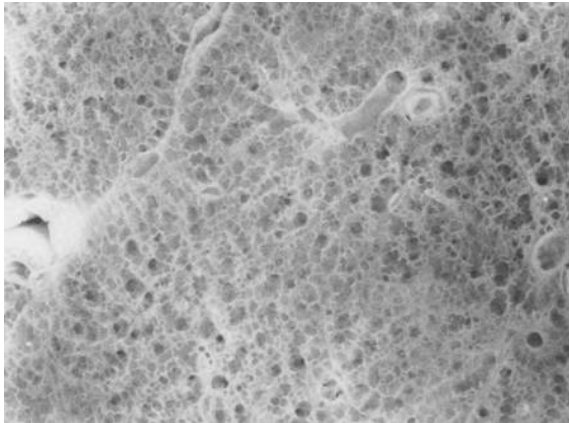
Lorsqu'on parle de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), on fait référence à un ensemble de maladies respiratoires chroniques qui se caractérisent par

1. Des signes cliniques (toux, expectoration, dyspnée) et/ou des antécédents d'exposition aux facteurs de risque de la maladie ;
2. Des anomalies fonctionnelles respiratoires :
 - un trouble vésicatoire obstructif (TVO) peu réversible sous bronchodilatateur
 - un rapport VEMS/CVF < 70 %,
 - des perturbations des échanges gazeux
3. Des lésions des parois alvéolaires et/ou des bronchioles évoluant à long terme vers l'emphysème.

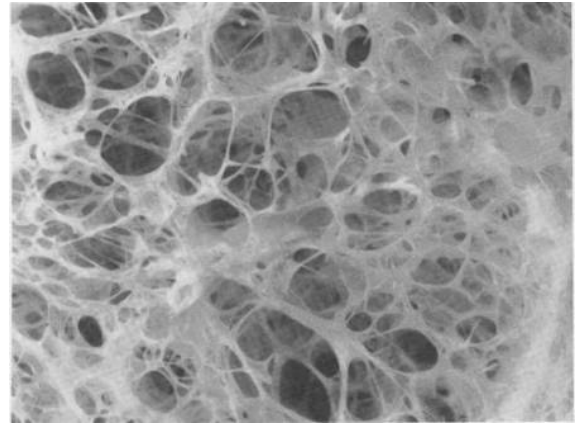
Quand la dyspnée apparaît, une IRC invalidante est prévisible une dizaine d'années plus tard

Emphysème pulmonaire

Dilatation des alvéoles pulmonaires avec pression excessive et permanente de l'air dans les poumons, pouvant provoquer une rupture des alvéoles. Cette surpression est en général provoquée par une obstruction partielle des bronches gênant l'expiration. La conséquence est une destruction progressive des alvéoles pulmonaire.



Poumon normal



Emphysème pulmonaire

On distingue :

1. La **bronchite chronique simple**, définie par une hypersécrétion muqueuse bronchique, permanente ou récidivante, survenant la plupart des jours, au moins trois mois par an pendant au moins deux années consécutives sans que l'on puisse individualiser une affection broncho-pulmonaire préexistante ;
2. La **bronchite chronique avec TVO** : bronchite chronique avec obstruction permanente des voies aériennes (VEMS < 80 % valeur théorique en état stable), réversible ou pas. Responsable d'une toux productive chronique et d'une dyspnée d'effort d'apparition progressive.
3. La **bronchite chronique obstructive avec insuffisance respiratoire** (IRC) : bronchite chronique obstructive avec hypoxémie de repos persistante. Elle est responsable de toux, dyspnée sévère avec tachypnée, asthénie, céphalées et cyanose.

Facteurs de risque

- **Tabagisme actif : durée et nombre de paquets-années**, principal facteur de risque de la BPCO (**80 à 90 % des BPCO sont dues au tabac**). Le tabac à lui seul nécessite de se poser systématiquement la question de BPCO.
- **Tabagisme passif**
- Sur la présence éventuelle d'autres facteurs de risque ; **polluants** professionnels (poussières minérales, végétales, gaz, produits chimiques), pollution atmosphérique (facteur de risque aggravant à court terme).

Paquet-année

Unité de mesure conventionnelle mesurant la consommation cumulée de tabac par un fumeur : un paquet-année correspond à la consommation d'un paquet de cigarettes par jour pendant une année.

Un patient de 50 ans fumant depuis l'âge de 20 ans un paquet par jour a ainsi fumé 30 paquets-années. Un paquet de cigarettes comptant 20 g de tabac, un paquet-année équivaut à environ 7 kg de tabac fumé.

Une personne ayant fumé 10 paquets-années a ainsi consommé en tabac l'équivalent de son propre poids. Cette mesure est difficile à appliquer aux fumeurs de pipe ou de cigares. Cette unité donne un élément de comparaison entre individus et un repère utile pour évaluer le risque couru en terme de cancer ou de BPCO.

Signes cliniques

Ils sont d'apparition très progressive et non corrélée à l'atteinte spirométrique. Toux et expectoration puis dyspnée d'effort, puis au repos en sont les symptômes.

L'examen clinique est normal à la phase initiale de bronchite chronique, puis vont apparaître progressivement au stade de bronchite obstructive, puis d'insuffisance respiratoire

- Diminution du murmure vésiculaire
- Sibilants expiratoires
- Thorax fixé en hyperinflation
- Diminution du VEMS et du débit expiratoire de pointe (Peak-Flow)

La mesure du débit expiratoire de pointe est utile pour le dépistage, mais comporte un risque de sous estimation du syndrome obstructif (SO).

Les troubles extra respiratoires ne sont pas rares : Dénutrition, troubles musculaires, ostéoporose.

Une **décompensation respiratoire aigue** peut se produire avec :

- État fébrile
- Aggravation de la dyspnée, de la toux et du volume des expectorations
- Purulence des expectorations

Les signes cliniques de gravité sont

- La dyspnée de repos
- La cyanose
- FR > 25/mn, tachycardie > 110/mn

Cyanose

Il s'agit d'une coloration bleutée que prend la peau, conséquence de la désaturation artérielle en oxygène. Elle est entre autre un signe d'insuffisance respiratoire hypoxique grave

Examens para cliniques

- **la RP** est indispensable, non pour le diagnostic, mais pour rechercher des lésions associées (cancer du poumon - emphysème).
- **La spirométrie** est l'examen diagnostique indispensable minimal (grade A). Un rapport VEMS/CV < 80 % après broncho dilateurs, confirme l'existence du SO
- Un avis pneumologique est nécessaire si signes chroniques pour réaliser une fibroscopie (grade A)
- Dyspnée d'effort et signes cliniques d'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) feront demander une **gazométrie** (IRC)

Prise en charge

Il est important d'aborder la gravité de la maladie, souvent méconnue et de diagnostic très tardif.

- **sevrage tabagique** seule mesure efficace pour retarder l'apparition de l'IRC. Les 3 techniques recommandées : substitution nicotinique, thérapie cognitive, médicaments : bupropion (Zyban®) et varénicline (Champix®), en rappelant le conseil minimal et l'entretien motivationnel. Bien avoir la notion que la plupart des fumeurs se sont arrêtés sans médicaments.
- **réduction du risque professionnel** éventuel.
- **vaccination antigrippale** annuelle **et antipneumococcique (Pneumo 23®)** tous les 5 ans.
- **corticothérapie** : elle est un recours pour certaines BPCO mais n'est pas la panacée. La corticothérapie orale maximum 15 jours est conseillée dans les poussées aiguës (consensus). Le traitement de fond est controversé (4 grandes études récentes confirment l'absence de réponse certaine à leur utilisation).
- **anticholinergiques inhalés** : aucune preuve sur l'amélioration du pronostic.
- **B2mimétiques** : évaluation insuffisante sur l'évolution de la maladie.
- **Théophylline** : effet modeste, effets secondaires fréquents.
- **Mucolytiques** : effet bénéfique modeste sur la fréquence et durée des exacerbations, effet délétère modeste sur la fonction respiratoire.
- **Oxygénothérapie à domicile** : améliore la survie des BPCO hypoxiques (prévention du cœur pulmonaire chronique), le traitement continu est plus efficace que le traitement nocturne.
- **Antibiothérapie à long terme** : aucune preuve d'efficacité.

- **Traitement des exacerbations** : une fièvre de plus de 3 jours doit faire réaliser une RP pour éliminer une pneumopathie (grade C). La franche purulence des crachats est plus sensible et spécifique d'infection bactérienne. Se référer au tableau de conduite à tenir pour les antibiotiques à prescrire (*Actualisation des recommandations pour la prise en charge de la BPCO : points essentiels - SPLF – 2003* : <http://www.splf.org/s/thotlib/pub/lib/pdf/RMR200320294.pdf>)
- **Nébulisation à domicile des broncho dilatateurs** : légère supériorité par rapport aux aérosols, pour les patients dyspnéiques, malgré l'utilisation des aérosols
- **la rééducation respiratoire** : entraîne un bénéfice certain quelque soit la méthode (rééducation d'au moins de 4 semaines) (**augmentation de l'activité physique**)

Le rôle du pharmacien

- Ne pas banaliser une toux chez un fumeur
- Renouveler le conseil minimal chez tout fumeur
- Inciter tout fumeur au delà de 40 ans à se faire mesurer le souffle
- Connaître les signes de décompensation nécessitant un avis médical urgent ou un traitement antibiotique
- Inciter tout patient atteint de BPCO à prendre régulièrement son traitement

Bibliographie

Davidson, Médecine interne, Principes et pratique, Maloine 2004

Révision des recommandations "GINA" sur l'asthme, et "GOLD" sur la BPCO [CBIP] [2007]

<http://www.cbip.be/Folia/Index.cfm?FoliaWelk=F34F01B>

Standardisation des explorations fonctionnelles respiratoires [SPLF] [2006]

http://www.splf.org/rmr/pagesNR/EFR_ERS_ATS_2006.htm

Prise en charge des infections respiratoires basses de l'adulte immunocompétent.

XVe conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. [SPILF] [2006]

http://www.infectiologie.com/site/medias/documents/consensus/Inf_respir_court-2006.pdf

Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires basses de l'adulte et de l'enfant - [2005] [AFSSAPS]

http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/irb_reco.pdf

Mise au point sur l'antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires - [2005] [AFSSAPS]

<http://www.agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/rbp/messages.pdf>

Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005-2010 : « connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO » - [2005] Ministère de la Santé et des Solidarités
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/bpco/sommaire.htm>

Actualisation des recommandations de la SPLF pour la prise en charge de la BPCO - [2003] [SPLF]
http://www.splf.org/bbo/revues-articles/RMR/publicationAnticipee/SPLF2003_ActuBPCO.pdf

Seconde édition française des recommandations européennes pour les explorations fonctionnelles respiratoires - [2001] [SPLF]
http://www.splf.org/bbo/revues-articles/RMR/accesLibre/RecoEFRvf_ed2002.pdf