

Introduction

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), peu connue du grand public, est une pathologie grave, handicapante, évolutive et longtemps asymptomatique. Elle est caractérisée par une obstruction permanente des bronches. Cette maladie pourrait devenir selon l'OMS, la troisième cause de mortalité d'ici 2030.

Définition

La BPCO est définie comme une maladie respiratoire chronique, lentement progressive, caractérisée par une diminution non complètement réversible des débits aériens. Cette définition scientifique est validée et reconnue par l'ensemble des sociétés savantes. Elle est définie par le consensus GOLD (Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease), rédigé conjointement par l'OMS et le National Institute of Health nord-américain. Elle est approuvée par les sociétés savantes.

GOLD 2020

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie/syndrome hétérogène qui se caractérise par des symptômes respiratoires persistants et une limitation du débit d'air, due à des anomalies des voies respiratoires et/ou alvéolaires généralement causées par une exposition importante à des particules ou des gaz nocifs et influencée par des facteurs de l'hôte, y compris des anomalies anormales. développement pulmonaire. Des comorbidités importantes peuvent avoir un impact sur la morbidité et la mortalité.

Il peut y avoir une pathologie pulmonaire importante (par exemple, l'emphysème) en l'absence de limitation du débit d'air qui nécessite une évaluation plus approfondie.

On pourra énoncer que la BPCO est une maladie chronique, évitable et traitable, systémique à expression respiratoire.

Elle se caractérise :

Sur le plan physiopathologique : un déficit ventilatoire

obstructif persistant mis en évidence par le rapport VEMS/CVF lors d'une spirométrie, mesuré en post-bronchodilatation, inférieur à 70%.

Sur le plan physiopathogénie : La BPCO est « une déprogrammation » au niveau du processus de réparation. Physiologiquement, lorsqu'une partie de l'organisme est soumise à une agression (chimique, physique ou autres), il y a une inflammation, afflux cellulaire, réparation puis cicatrice.

Dans le cas des maladies inflammatoires chroniques, dont la BPCO, où les agressions sont continues, répétées, intenses parfois, la phase de réparation se fait mal ou ne se fait pas. Aussi, le processus inflammatoire se pérennise, et apparition de facteurs de développement de fibres de collagènes avec apparition d'une fibrose.

Sur le plan étiologique : La BPCO résulte de l'interaction entre une prédisposition génétique et l'exposition à des facteurs environnementaux défavorables.

Incriminé dans plus de 80 % des cas de BPCO, le tabac n'est néanmoins pas seul responsable. L'inhalation de produits toxiques, sans omettre tous les aérocontaminants (organique, inorganique, gazeux), et une prédisposition génétique.

Sur le plan évolutif : une évolution rythmée par la survenue d'exacerbations.

Sur le plan thérapeutique : un traitement palliatif fait de médicaments symptomatiques.

Sur le plan état de santé : Deux tiers des patients ne se savent pas atteints de BPCO ou sont diagnostiqués lorsque la maladie est déjà très avancée. Son retentissement tant physique et psychique que social, est responsable d'une altération de la qualité de vie des patients pouvant conduire à une insuffisance respiratoire chronique.

Sur le plan épidémiologique

Dans le monde, la BPCO est une pathologie en augmentation constante depuis 20 ans, elle touche 4% à 10% des adultes.

Tableau 1 : Classification de la sévérité du déficit ventilatoire obstructif selon le GOLD ⁽¹⁷⁾

| | |
|-------------------|--|
| Morbidité | 251 millions souffraient de BPCO dans le monde |
| Mortalité | 3 millions de décès en 2015 |
| Projection | 3 ^{ème} cause de mortalité en 2030 |
| Coût | En progression |
| Indicateur | Socio-économique |

« Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : principaux faits », WHO. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/fr>

Trois grandes études épidémiologiques internationales
3 grandes études mondiales de la BPCO

- Étude « Continuing to confront COPD »
- Étude « Breath »
- Étude « BOLD »

La comparaison entre les deux études "Continuing to Confront COPD" réalisées à 13 ans d'intervalle, souligne l'impact de l'augmentation du tabagisme féminin et du vieillissement de la population sur la prévalence.

La prévalence de la BPCO a été estimée par l'enquête BREATHE à Alger, le taux, chez les investigués dont l'âge est plus de 40 ans, est de 3,7%. Une autre étude sur Alger, par questionnaire et spirométrie, a retrouvé une prévalence de 4,9%.

À Annaba, une étude selon la méthodologie [burden obstructive lung diseases] (BOLD) a retrouvé une prévalence de 8,8% dans la daïra d'El Hadjar.

La prévalence de la BPCO est très variable, probablement en raison de différences dans les méthodes d'établissement de la prévalence de la maladie.

Ces estimations, même avec des méthodologies identiques, montrent une grande variabilité. La mortalité par BPCO représente 1,3% de la mortalité hospitalière

Le phénotype

Le phénotype classique du patient BPCO, "un homme de plus de 45 ans, ayant fumé toute sa vie", tend à évoluer. En effet, les études épidémiologiques montrent aujourd'hui une augmentation du nombre de femmes atteintes de BPCO. Chez les femmes, les BPCO sont souvent plus précoces avec un pronostic plus péjoratif. Les personnes aux conditions socio-économiques défavorables sont plus à risque de développer une BPCO.

Comorbidome

L'hypoxémie et l'inflammation systémique sont responsables de nombreuses comorbidités. Elles sont présentes

chez plus de 60 % des patients. Elles ont un impact majeur sur les symptômes, la qualité de vie et la morbi-mortalité.

Comorbidités cardiovasculaires

L'inflammation systémique serait responsable d'un effet pro-coagulant. Une hypertension pulmonaire, une coronaropathie et une insuffisance cardiaque sont souvent associées. Elles impactent sur la survie du patient, notamment en cas d'exacerbations.

Anémie et pathologies métaboliques

L'anémie aurait plusieurs étiologies comme l'inflammation systémique, la dénutrition (carence martiale et vitaminique) et l'insuffisance cardiaque. Elle impacte surtout sur la dyspnée. Elle est présente chez 15 à 30 % des patients.

La BPCO est aussi un facteur de risque de développement d'un diabète de type 2, même à des stades précoces. En effet, certaines cytokines pro-inflammatoires seraient responsables d'une insulino-résistance. La prévalence est de l'ordre de 12 %.

Troubles neuropsychiatriques

Les troubles du sommeil sont fréquents chez les patients BPCO. Ils sont parfois liés à un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS).

Les troubles anxiodépressifs sont également fréquents chez ces patients. L'effet anxiogène de la dyspnée est très présent et la perte d'autonomie influence le bien-être psychique des patients. Enfin, des troubles de la concentration et de la mémorisation peuvent être retrouvés en cas d'hypoxémie et de SAOS.

Cancer broncho-pulmonaire

Parmi les patients atteints de cancer bronchique, 40 à 70 % d'entre eux ont une BPCO. Cela s'expliquerait par la présence de facteurs de risque communs comme

le tabac, des liens génétiques entre les deux maladies et par une inflammation chronique favorisante.

Troubles osseux et musculaires

La BPCO augmente le risque d'ostéoporose et de fracture osseuse. Ces troubles osseux s'expliquent par une résorption osseuse accrue par les cytokines pro-inflammatoires, le manque d'activité physique et une carence en vitamine D.

Problématique de la BPCO

1. Problèmes sémantiques : aucune appellation commune en « parler algérien ». « mal nommer la chose c'est ajouter malheur au monde »

2. Problèmes de formation médicale : changement de mode de pensée : de l'approche cartésienne à une approche systémique, changement de paradigmes : de la démarche probabiliste à la démarche décisionnel ; changement de dénomination : la dénomination « la BPCO » n'est apparue que dans les premières années de l'an 2000 ; affection méconnue par les générations en exercice : n'ont pas subi de formation spécifique dans ce domaine. La BPCO est l'exemple de la médecine "4P" du XXIème siècle : une médecine personnalisée, préventive prédictive et participative.

3. Problèmes de respect de guidelines : non-respect voire méconnaissances des guidelines par les praticiens.

4. Problèmes thérapeutiques : l'absence de médicaments spécifiques contribue à la confusion avec les autres broncho-pneumopathies non spécifiques et l'asthme.

5. Problèmes inhérent à la spirométrie : un sous-diagnostic important.

La mise d'un plan national de dépistage et traitement des patients BPCO est nécessité

1. La clarification des concepts méthodologiques (VEMS est un indicateur diagnostique, le DEMM est un indicateur épidémiologique) ; concept patient (objet dans les années 50, allié dans les années 2000 voire personne dans le programme d'éducation patient) ; concept approche patient (approche observationnelle des années 50 à l'approche globale dans les années 2000 avec responsabilisation des patients dans la gestion de la maladie et le partage des connaissances).

2. Définir le nouveau rôle des professionnels de santé : réapprendre à écouter, à parler, à aider, à suivre un patient sur une longue durée.

3. Le développement de moyens de prévention tels que le dépistage précoce ou l'orientation médicale vers un spécialiste sont des enjeux majeurs de la prise en charge de la BPCO.

4. Agir en amont de la maladie afin d'en limiter les conséquences humaines et économiques.

5. Le dépistage et le diagnostic sont assez simples, mais rarement mis en pratique.

6. La nécessité d'une spirométrie reste un obstacle. Cela conduit à l'une des problématiques de la maladie : un sous-diagnostic important. Le sous-diagnostic est notamment important chez les patientes fumeuses. Le patient consulte le plus souvent lorsque la dyspnée devient handicapante donc à un stade déjà bien avancé. Les symptômes restent banalisés par le patient et attribués au tabagisme. Le malade adapte son mode de vie au déclin de sa fonction respiratoire.

Pour répondre à la problématique sus énoncée, l'ensemble des professionnels de santé est invité à participer à ces actions de dépistage et d'orientation médicale.

Date de soumission

10 Décembre 2020

Références

1. Feriel Atoui, Thèse de DESM : Programme d'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de BPCO, Faculté de médecine Annaba 2017
2. Hamid Hacene Cherkaski, Thèse de DESM : Prévalence de la BPCO dans la commune d'El-Hadjar, Annaba, Faculté de médecine Annaba 2016
3. Khaled Deghdegh, Thèse de DESM : la BPCO : facteurs prédictifs de ré-hospitalisations pour exacerbations (étude FPR-BPCO), Faculté de médecine Annaba 2016
4. Randa Yakoubi, Thèse de DESM : construction d'un module de formation sur la BPCO pour une population médicale soignante. Faculté de médecine Annaba 2019
5. N. Roche, R. Ajjouri, A. Compagnon, T. V. D. Molen, et H. Mullerova, « Données françaises dans l'enquête internationale Continuing to confront COPD (C2C) », Rev. Mal. Respir., vol. 34, no 3, p. 180 187, mars 2017
6. C. Fuhman et M-C. Delmas « Épidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) », 24 Aout 2009
7. G. Brinchault et al., « Les comorbidités dans la BPCO », Rev. Pneumol. Clin., vol. 71, no 6, p. 342 349, déc. 2015.
8. A. Couillard, D. Veale, et J.-F. Muir, "Les comorbidités dans la BPCO : un nouvel enjeu en pratique clinique", Rev. Pneumol. Clin., vol. 67, no 3, p. 143 153, juin 2011.
9. P.-R. Burgel, « Rôle des comorbidités dans l'évolution de la BPCO », Rev. Mal. Respir., vol. 25, no 9, p. 11 15, nov. 2008.
10. R. Escamilla, « La BPCO au-delà de l'appareil respiratoire », Presse Médicale, vol. 43, no 12, p. 1381 1386, déc. 2014.

R. BENALI,

Faculté de Médecine, Université Badji Mokhtar, Annaba.