

Peut-on parler de contrôle

dans la BPCO ?

F. ATOUI, R. YAKOUBI, R. BENALI,
Faculté de Médecine, Université Badji Mokhtar, Annaba.



Résumé

La BPCO est une maladie chronique globale, générale, à expression pulmonaire dont l'évolution est rythmée par des poussées d'exacerbations. Malgré les progrès scientifiques accomplis ces dernières années, le paradoxe est que la BPCO continue à être méconnue et sous-évaluée par le médecin, par le patient lui-même et par l'opinion publique. Les prévisions pour le futur sont une augmentation graduelle de la maladie et de la mortalité, due à la persistance de l'habitude de fumer, à l'accroissement de la moyenne d'âge de la population et du risque de pollution ambiante. Informations et préventions des facteurs de risque, diagnostics précoces et traitements adaptés aux plus récents acquis scientifiques, éducation du patient et de la famille, réhabilitation et continuité de l'assistance sociale et sanitaire sont aujourd'hui les pivots pour contrecarrer les conséquences de la maladie en termes de survivance, de qualité de vie et de coûts socioéconomiques. La mortalité et le fardeau socio-économique de la BPCO, associés aux souffrances individuelles, mettent ainsi en relief la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge efficiente. En matière de BPCO, différentes variables fonctionnelles peuvent prédire l'amélioration symptomatique, d'autres critères seront eux, prédictifs de déficience. Au final, existeraient-ils des paramètres sur lesquels il nous serait possible d'établir un « contrôle » de la BPCO ?

>>> Mots-clés :

BPCO, contrôle, maladie respiratoire, atteinte multiviscérale.

La BPCO est une maladie chronique et obstructive diffuse des bronches et des poumons.

Malgré les progrès scientifiques accomplis ces dernières années, le paradoxe est que la BPCO continue à être encore aujourd'hui une maladie peu visible, sous-évaluée par le médecin, par le patient lui-même et par l'opinion publique. Les prévisions pour le futur sont une augmentation

Abstract

COPD is a chronic, global, general pulmonary disease, the course of which is punctuated by flares of exacerbations. Despite the scientific progress made in recent years, the paradox is that COPD continues to be unrecognized and undervalued by the doctor, the patient himself and the public. Predictions for the future are a gradual increase in disease and mortality, due to the persistence of the smoking habit, the increase in the average age of the population and the risk of environmental pollution. Information and prevention of risk factors, early diagnoses and treatments adapted to the most recent scientific knowledge, patient and family education, rehabilitation and continuity of social and health assistance are today the linchpins for countering the consequences of the disease. In terms of survival, quality of life and socioeconomic costs. The mortality and socio-economic burden of COPD, associated with individual suffering, thus underscore the need for early diagnosis and efficient management. With regard to COPD, different functional variables can predict symptomatic improvement, other criteria will be predictive of impairment. In the end, would there be parameters on which we could establish a "control" of COPD?

>>> Key-words :

COPD, control, systemic disease, respiratory disease, multiorgan disease.

graduelle de la maladie et de la mortalité, due à la persistance de l'habitude de fumer, en particulier pour les femmes, à l'accroissement de la moyenne d'âge de la population et du risque de pollution ambiante.

Informations et préventions des facteurs de risque, diagnostics précoces et traitements adaptés aux plus récents acquis scientifiques, éducation du patient et de la famille,

réhabilitation et continuité de l'assistance sociale et sanitaire sont aujourd'hui les pivots pour contrecarrer les conséquences de la maladie en termes de survivance, de qualité de vie et de coûts socioéconomiques.

Certaines questions restent cependant encore sans réponses, à savoir :

- Comment poser le diagnostic de BPCO, dans la pratique ?
- Quel est l'apport de la division en stades pour l'approche thérapeutique ?
- Quel est le premier choix médicamenteux pour les différents stades de la BPCO stable, et quel est le mode d'administration efficace des médicaments ?
- Quel est le rôle des thérapies non-médicamenteuses dans la BPCO ?
- Peut-on contrôler la BPCO ? Ou quelle est la validité du contrôle BPCO ?
- Quels seraient les critères de contrôle de la BPCO ?

Dans le monde, La BPCO est une charge sociétale importante avec ses 2,5 millions de décès annuels. Elle occupera désormais dans le monde, la troisième place en matière de mortalité d'ici 2020 (données OMS).

La mortalité et le fardeau socio-économique de la BPCO, associés aux souffrances individuelles, mettent en relief la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge efficiente.

Un résumé quantitatif de la prévalence de la BPCO fournit la première estimation de haute qualité dans l'important sous-groupes d'âge, état tabagique et sexe.

Les données suggèrent ainsi que la prévalence de la BPCO, selon sa définition physiologique chez l'adulte de plus de 40 ans, était de 9 à 10%.

Buist et coll. rapportent une prévalence de la BPCO beaucoup plus élevée que celle rapportée auparavant :

- Ainsi, de 11,4% le stade I du GOLD serait passé à 26,1% (Cette prévalence étant généralement plus élevée chez l'homme que chez la femme, et variant grandement à travers les sites d'étude (FEV1; FVC)).
- Quant au stade II, la prévalence serait passée de 10,1% à 11,8%.

L'évolution en matière de BPCO a aussi eu des répercussions sur la définition de cette maladie.

On ne dit désormais plus : "les" BPCO qui regroupaient un ensemble hétérogène comprenant la bronchite chronique, l'emphysème et l'asthme chronique. La définition se restreint aujourd'hui à : "la" BPCO qui devient une entité unique, caractérisée par une limitation chronique et progressive, incomplètement réversible des débits aériens essentiellement due à une Inflammation provoquée par des

aéro-contaminants dont le chef de file est le tabac.

Les tentatives disparates en matière de définition et de prise en charge font que nous avons actuellement fort besoin d'une standardisation de la BPCO.

Pourquoi ce besoin en standardisation ?

Non seulement pour optimiser la prise en charge à l'état de base et en urgence, mais aussi pour guider les praticiens sur les thérapies médicamenteuses et non-médicamenteuses appropriées et faciliter la conception de nouveaux agents.

La Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) est une maladie évitable et traitable avec quelques effets extra pulmonaires pouvant contribuer à sa sévérité chez certains patients.

En effet, la BPCO revêt une nature multidimensionnelle avec des effets systémiques et fonctionnels ayant des répercussions directes sur la qualité de vie.

La BPCO est une maladie globale, générale, à expression pulmonaire dont l'évolution est rythmée par les différentes poussées d'exacerbations.

Une exacerbation de BPCO, étant définie comme « un événement de l'histoire naturelle de la maladie, caractérisée par une modification de l'état de base de la dyspnée, toux et/ou expectorations, motivant une modification de la thérapeutique chez un patient ayant déjà un traitement de fond pour sa BPCO ».

En effet, dans un premier temps, il y a retour à l'état de base, puis la détérioration s'installe et l'état général s'altère.

C'est ainsi que d'une déficience locale, la BPCO évolue vers une incapacité générale se soldant à la fin par un handicap psycho-social.

Comme l'asthme, la BPCO est une maladie chronique. A la différence que, dans la BPCO, le traitement, essentiellement représenté par les bronchodilatateurs administrés par voie inhalée, a pour objectifs de :

- Prévenir l'aggravation
- Soulager les symptômes
- Améliorer la tolérance à l'exercice
- Améliorer la qualité de vie
- Prévenir et traiter les complications
- Et réduire la mortalité

Tandis que dans l'asthme, l'objectif du traitement et d'obtenir le meilleur niveau de contrôle, lui-même défini selon certains critères.

Le mot « contrôle » découle du langage militaire contre rôle signifiant : Vérifier l'exécution des tâches assignées, en notant l'absence ou la présence de certains signes permettant de tirer des conclusions en vue d'une décision.

En matière de BPCO, différentes variables fonctionnelles peuvent prédire l'amélioration symptomatique. Ce sont :

- Le VEMS
- La CVF, la CVL
- La CRF de repos et d'exercice
- Le DEM50
- Le VIMS

Certains critères sont prédictifs de déficience :

- La fonction pulmonaire
- La capacité d'exercice
- L'état de santé

Quels seraient les critères de mesure de la BPCO ?

Il serait judicieux d'apprécier :

- Des paramètres respiratoires tels que :
 - Le VEMS
 - La dyspnée
- Des paramètres évaluant la qualité de vie, tel que :
 - Le questionnaire de St Georges QRSG
- Des paramètres évaluant la tolérance à l'effort, tel que
 - Le test de marche de 06 minutes
- Des paramètres évaluant l'état général, tel que :
 - L'IMC (BMI)
- Que seraient les paramètres à mesurer ?
 - Le VEMS et son déclin
 - La distension thoracique
 - La dyspnée
 - La capacité d'exercice,
 - La qualité de vie
 - Le nombre d'Exacerbations
 - La mortalité

Qu'en est-il de la sévérité ?

Elle est basée sur des paramètres traduisant une perte de structure du corps ou de fonction. Selon le « GOLD », la BPCO peut être divisée en 04 stades de sévérité fonction des variations du VEMS.

Un indice prédictif de mortalité est établi : c'est l'index de BODE, divisé en 04 quartiles, et basés sur des critères cliniques (BMI, dyspnée), fonctionnels (VEMS) ainsi que sur des données concernant l'évaluation de la qualité de vie et de la capacité à l'effort.

La qualité de vie appréciée par le questionnaire de Saint-Georges Hospital note 03 niveaux d'altération : léger, modéré et sévère.

Comment peut-on mesurer les exacerbations de la BPCO ?

- Accélération du déclin du VEMS
- Détérioration de la qualité de vie.
- Augmentation des coûts directs.
- Augmentations des hospitalisations.
- Augmentation de la mortalité

Au final, sur quels paramètres serait-il possible d'établir un « contrôle » de la BPCO ?

- L'état fonctionnel respiratoire.
- L'état de santé.
- La tolérance à l'effort.
- Et la qualité de vie.

Conclusion

- Manque de preuves pour construire les critères
- Meilleur état ????
- Absence de médicaments de l'arrêt du déclin
- Le but du meilleur contrôle peut être un objectif
- L'amélioration de qualité de vie passe par un effet sur :
 - La dyspnée (origine respiratoire ou déconditionnement)
 - Les exacerbations
- Ces données justifient une détection précoce

Date de soumission

14 Mars 2021

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Contrôle de l'asthme ; Recommandations pour le suivi médical des patients. ANAES/AFPSS Septembre 2004
2. Definition of COPD Exacerbations (R Rodriguez-Roisin, MD)
3. Prof Dr Guy Joos, COPD GOLD guidelines, Dept Respiratory Diseases Ghent University Hospital.
4. Chronic obstructive pulmonary
5. Disease Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care
6. Clinical Guideline 12(February 2004 Developed by the National Collaborating Centre for Chronic conditions)
7. Eur. Respir. Mon, 2006, 38, 7-23. Printed in UK - all rights reserved. Copyright ERS Journals Ltd 2006; European Respiratory Monograph;
8. ISSN 1025-448x.
9. Acute Exacerbations of Asthma