

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 2 mai 2017

Hôpital cantonal de Genève

BPCO en 2017 : évolution ou révolution ?

Dr S. Chucri

Cette fois je triche, et je copie ce que l'orateur a écrit dans son blog : <http://blockchoc.org/2016/12/gold-2017-la-bpco-change-et-ca-change-vite/>. Je reste allergique à la classification de la BPCO, ça ne rentre pas... et je préfère utiliser ses mots que les miens... (cf encadré).

La classification ABCD est maintenant exclusivement basée sur la clinique, indépendamment de l'obstruction.

Le couple VEMS et clinique a eu son moment de gloire, mais c'est déjà fini.

La «nouvelle» nouvelle classification de la BPCO (pour ceux qui tiennent au terme "nouvelle" depuis 2011) vient de recevoir une métamorphose, et c'est bien apprécié.

Jusqu'à nouvel ordre, la classification ABCD ne tiendra plus compte du GOLD ou de la sévérité de l'obstruction, mais exclusivement de la clinique manifestée par deux critères : la clinique évaluée par le CAT ou le mMRC et la fréquence des exacerbations.

(CAT c'est COPD Assesment Test

<http://www.catestonline.org/images/pdfs/FranceCATest.pdf>

et mMRC c'est modified research council dyspnea scale...)

The Modified Medical Research Council (MMRC) Dyspnoea Scale

Grade of dyspnoea	Description
0	Not troubled by breathlessness except on strenuous exercise
1	Shortness of breath when hurrying on the level or walking up a slight hill
2	Walks slower than people of the same age on the level because of breathlessness or has to stop for breath when walking at own pace on the level
3	Stops for breath after walking about 100 m or after a few minutes on the level
4	Too breathless to leave the house or breathless when dressing or undressing

En pratique, un patient qui a 35% de VEMS sans exacerbations ou clinique parlante (CAT<10) sera GOLD 3 et stade A donc il souffre d'une BPCO GOLD 3 Groupe A. l'implication thérapeutique tiendra compte de la clinique et pas du degré de l'obstruction. Donc un stade classé D « anciennement » sur la base d'un GOLD à 3 et dyspnée, mais sans exacerbations annuelles sera maintenant classé GOLD 3 Groupe B. le tableau 1 schématise la procédure de classification 2017 :

Cette fois

Tableau 1 : Classification BPCO 2017

Confirmation Diagnostic sur Spirométrie	→	Classification GOLD Selon VEMS		→	Classification ABCD		
		GOLD 1	>80%		Exacerbations annuelles	CAT <10 mMRC <2	CAT ≥10 mMRC ≥2
VEMS/ CVF < 70%		GOLD 2	50%-80%		≥ 2 ou ≥ 1 avec hospitalisation	C	D
		GOLD 3	30%-50%				
		GOLD 4	<30%		≤ 1 sans hospitalisations	A	B

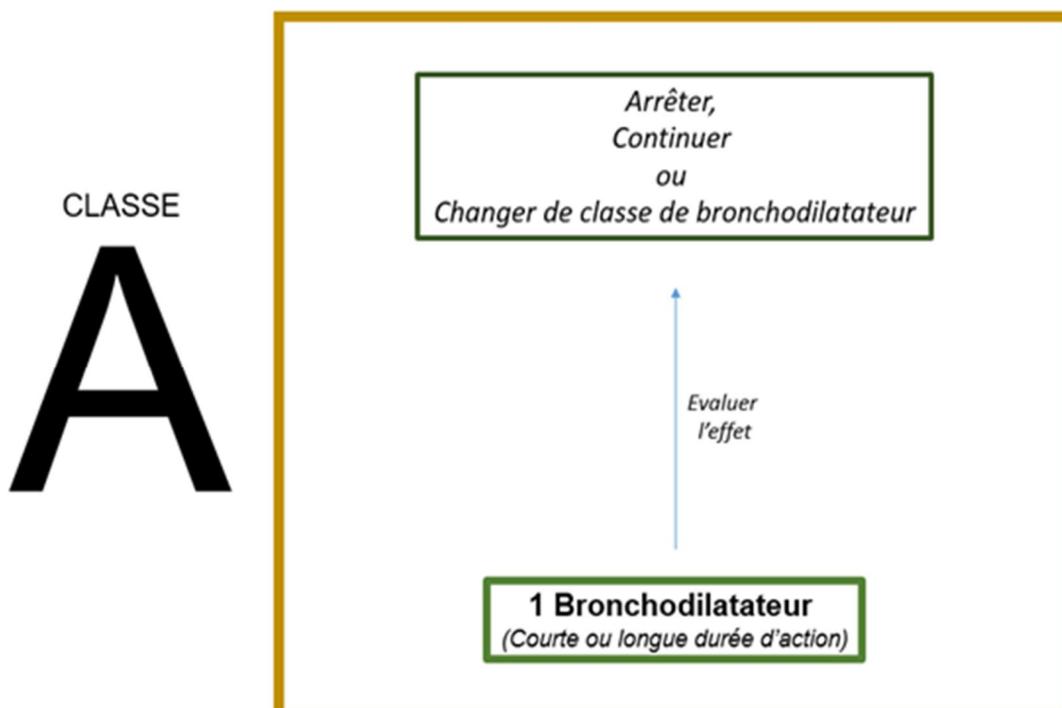
...On nous recommande de dépister systématiquement la déficience en alpha 1 antitrypsine...

Pour le traitement on retiendra les acronymes LABA pour bêta 2 de longue durée, LAMA pour muscariniques de longue durée, CSI pour corticostéroïdes inhalés...donc suivant les stades A, B, C ou D on commence par LAMA ou LABA seul et on augmente progressivement.

On retiendra que les CSI ont de moins en moins le vent en poupe et qu'on les recommande surtout en cas d'éosinophile ou d'ACOS (Asthma COPD overlap syndrom).

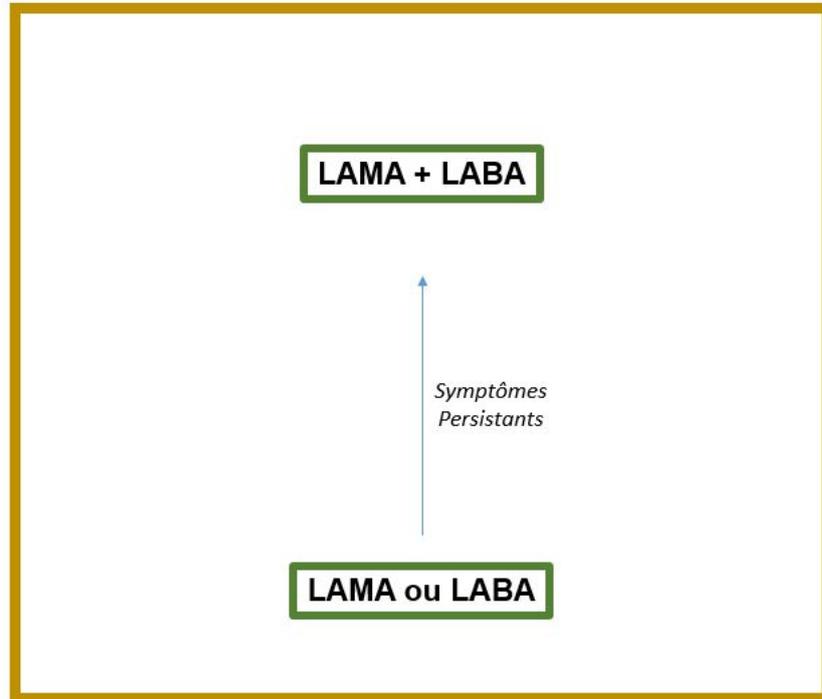
On signale la nouvelle molécule, le Roflumilast, (Daxas®) qui est un antiphosphodiésterase 4 donc plutôt un « antigranulocyte » qui prédomine dans la BPCO.

En résumé ça donne les 4 tableaux ci-dessous...



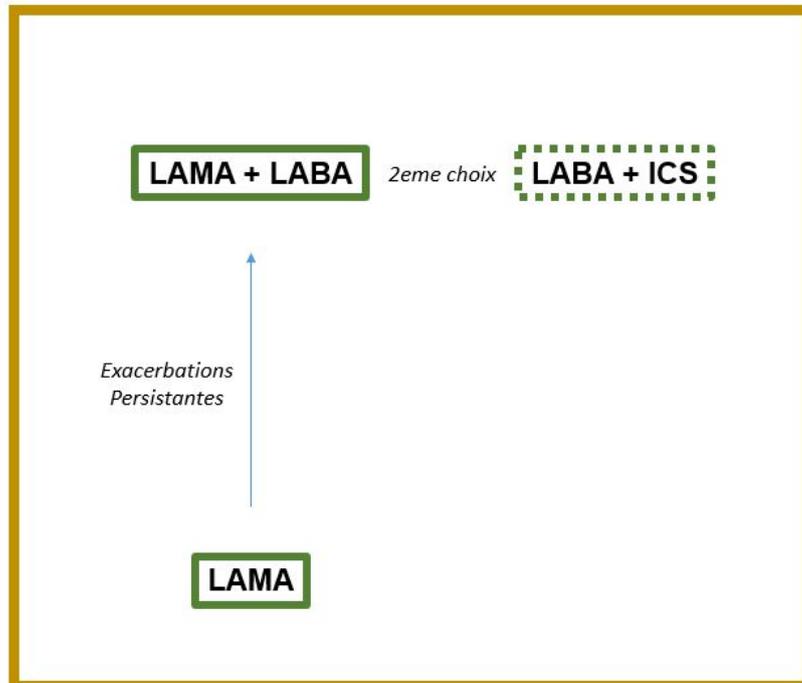
CLASSE

B

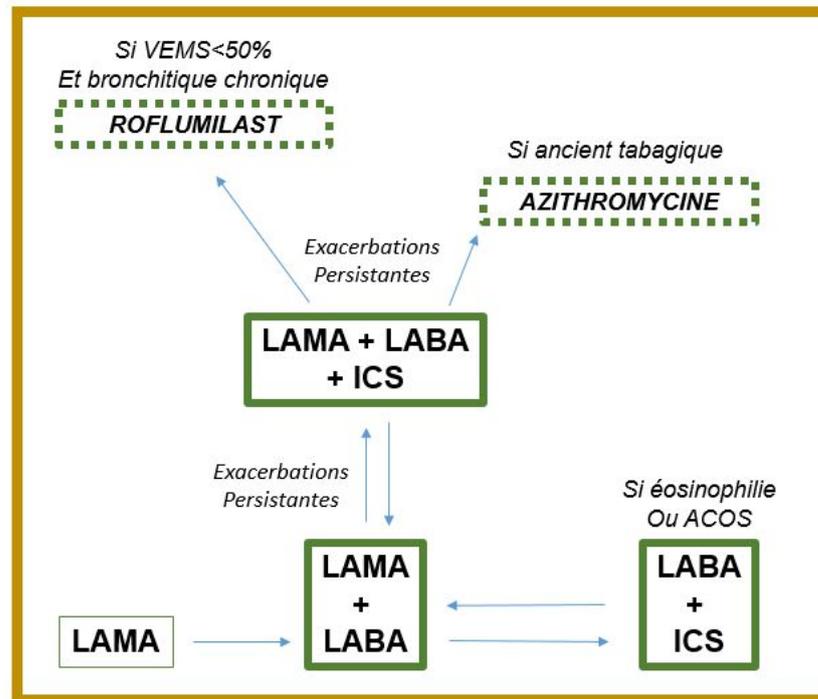


CLASSE

C



CLASSE
D



Pour terminer, on nous recommande de contrôler que les patients savent utiliser correctement leurs inhalateurs, encourager une réhabilitation post hospitalière, et ne pas renoncer à leur faire arrêter de fumer...

En résumé...les patients sont dorénavant classé selon leur clinique, il faut systématiquement rechercher une déficience en alpha 1 antitrypsine, il faut vérifier que l'inhalateur soit bien utilisé, il faut proposer une réhabilitation post hospitalière, et faire arrêter de fumer...

N'oubliez pas blockchoc.org <http://blockchoc.org/2016/12/gold-2017-la-bpco-change-et-ca-change-vite/> qui mérite de s'y arrêter même si c'est plutôt destiné aux hospitaliers...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch