

## **BPCO: GOLD 2024 évolution ou révolution?**

*Dr Ivan Guerreiro*

Les modifications clefs des recommandations GOLD 2024 nous sont présentées...

### Histoire de la BPCO - Une maladie relativement récente

- 1958: 1ère étude de pathologie classifie bronchite chronique et emphysème
- 1977: BPCO trouble ventilatoire obstructif >>> infectieux/hypersécrétion bronchique
- 1997: création du groupe GOLD: Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease  
→ poussent une meilleure prise en charge, la recherche...
- 2001: premières recommandations GOLD 1234, selon grade du trouble obstructif
- 2011: Evaluation multimodale → sévérité du trouble ventilatoire obstructif, dyspnée, qualité de vie, exacerbation → GOLD ABCD. 1<sup>ers</sup> conseils non pharmacologiques.
- 2017: Les symptômes dictent l'évolution du traitement (vs fonctions pulmonaires)
- 2023-24: Passage au GOLD ABE, 2024 confirme et assoit 2023.

### Nouvelles définitions et étiologies de la BPCO

GOLD insiste sur la notion d'hétérogénéité de la maladie, au niveau des symptômes comme des anomalies des voies aériennes. L'évolution temporelle est également mise en avant.

Le tabagisme était pointé du doigt comme seule étiologie. Cependant, seuls 50% des gros fumeurs développent un BPCO. Dans certains pays d'Asie du sud-est, la BPCO est principalement causée par l'exposition à la biomasse, soit 50 à 60% des cas.

Outre le déficit en  $\alpha$ -1-antitrypsine, de petites mutations causant prédispositions génétiques sont retrouvées. Celles-ci pourraient expliquer l'équilibre d'atteinte entre les hommes et les femmes, ainsi que des symptômes plus marqués chez les femmes malgré une exposition plus faible au tabac.

Le dysanapsis, ou décalage de croissance entre le poumon et les bronches, fait également partie des facteurs prédisposants, tout comme l'exposition aux infections (TB!) et à l'environnement (pollution).

### Dépistage

La fonction pulmonaire, effectuée par un professionnel formé, reste d'actualité pour poser le diagnostic, avec une VMS/CVF <0.7 comme seuil diagnostique. Elle est à utiliser pour la recherche active, en cas de symptômes ou de facteurs de risque: > 20 UPA, infections récurrentes, prématurité...

Les spiromètres portables peuvent écarter un diagnostic, mais cela doit être confirmé en laboratoire pour poser le diagnostic.

Bien que les patients sans trouble obstructif ventilatoire ne bénéficient pas des traitements bronchodilatateurs, le pré-BPCO refait son apparition dans les recommandations, dans le but de faire plus de prévention active. La pré-BPCO PRISM montre une baisse isolée du VEMS.

## Scanner dans la BPCO stable

De plus en plus de patients avec une BPCO font un CT dans le cadre du dépistage du cancer pulmonaire.

L'emphysème est en lien avec un déclin plus important du VEMS, et 30% des personnes avec BPCO ont des bronchiectasies.

Le CT permet aussi de dépister des co-morbidités comme: calcifications coronariennes, dilatation du tronc pulmonaire, diminution de la densité osseuse et de la masse musculaire...

## Diagnostic: ABE

- Groupe A: peu de symptômes et 0-1 exacerbation → bronchodilatateur LA>SA  
Confirmer l'utilité du traitement au long court. Concerne peu de patients BPCO.
- Groupe B: plus de symptômes et 0-1 exacerbation → LABA + LAMA  
→ effet bénéfique de la bithérapie sur la dyspnée et les exacerbations
- Groupe E: ≥ 2 exacerbations ou ≥ 1 hospitalisation  
→ LABA/LAMA en 1ère intention  
→ LABA/LAMA/CSI si ↑éosinophiles: meilleur effet sur exacerbations

Le sérétide (CSI/LABA), beaucoup prescrit, a été démontré comme ayant un effet insuffisant sur la charge des symptômes (score composite), alors que deux études, [ETHOS](#) et [IMPACT](#), démontrent un clair bénéfice de la trithérapie, pour les symptômes comme pour la mortalité toutes causes confondues.

## Inhalateur - [asthma.org](#), [rightbreathe.com](#), (vidéos) [Asses, Choose and Train \(ACT\)](#)

- [Algorithme](#) ACT basé sur les capacités d'inhalation et de coordination patient
- Les poudres demandent une inspiration plus lente et constante, alors que les aérosols nécessitent une inspiration profonde et rapide.
- Un seul type d'inhalateur par patient (poudre vs aérosols) améliore les issues cliniques et diminue l'utilisation de ressources médicales.

A chaque RDV: réévaluer les symptômes, identifier les risques d'exacerbation, évaluer la technique d'inhalation et l'adhérence, ajuster le traitement pharmacologique.

En moyenne, 2/3 des patients font au moins une erreur à l'utilisation de l'inhalateur. Combiné aux oublis, cela correspond à 50% des doses prescrites... 15% des soignant.es ne savent pas utiliser les inhalateurs.

Les CSI ont une place prépondérante dans la prise en charge de la BPCO. La réduction des exacerbations est une priorité, le taux d'éosinophiles sert de guide au traitement.

## Traitements non pharmacologiques

- Education et autogestion: soutien personnalisé au changement de comportements
- Arrêt du tabac: interventions brèves, traitement, vape, pollution intérieure?
- Activité physique: interventions basées sur la technologie
- Support nutritionnel et psychosocial: 90% des cas ont une déplétion nutritionnelle
- Réadaptation respiratoire pour les groupes B et E.

La téléadaptation pallie aux besoins de réadaptation, dont les places sont difficiles à obtenir, même en suisse. Elle permet une éducation thérapeutique et de l'auto-gestion, dont la mise en place d'un plan d'action en cas de dyspnée ou d'exacerbation.

Tous les patients avec un BPCO avancé doivent être considérés pour des soins palliatifs.

→ Un ventilateur dirigé sur le visage du patient peut diminuer la dyspnée.

→ Pour en savoir plus: [Prise en charge palliative précoce](#)

Vaccination lors de BPCO: VZV (> 50 ans), coqueluche (si ø à l'adolescence), influenza, SARS-CoV-2, Pneumocoque (groupe E ou aggravation), RSV (>60 ans, pas dispo en CH).

Permettent de réduire la mortalité: trithérapie CSI/LABA/LAMA, Arrêt du tabac, Réadaptation respiratoire, Oxygène, VNI, Réduction de volume, Transplantation pulmonaire

### Nouvelles classification des exacerbations

*Avant:* ↑ symptômes + ↑ traitement. Sévérité en fonction des ressources utilisées.

*Maintenant:* Événement caractérisé par une augmentation de la dyspnée et/ou de la toux et des expectorations en < 14 jours qui peut s'accompagner d'une augmentation de l'inflammation locale et systémique causée par les infections, la pollution ou d'autres atteintes des voies aériennes.

Contributeurs aux exacerbations: Éosinophiles ↑, Infections bactériennes, hiver, pollution atmosphérique, infections virales, mauvaise adhérence, comorbidités.

Les comorbidités doivent être suivies et traitées durant une exacerbation, et les diagnostic différentiels sont à pousser, notamment l'embolie pulmonaire... (5.6% des cas d'exacerbations dans [cette étude](#))

La sévérité de l'exacerbation est maintenant déterminée par des facteurs simples: échelle visuelle analogique 0-12, fréquence respiratoire et cardiaque, SpO<sub>2</sub>, ± CRP ([figure 2](#))

Une exacerbation (ou "lung attack"), même modérée, augmente le risque de mortalité cardiovasculaire +23%. Les conséquences ne sont pas loin de celles d'un infarctus...

### Résumé

- Simplification de l'algorithme pour le début des traitement bronchodilatateurs en ABE: ouvertures pour plus de personnalisation et adaptation des bronchodilatateurs
- Pistes d'amélioration pour la prise en charge des patients, même en pré-BPCO
- La réduction de la mortalité fait maintenant partie des objectifs de traitement.
- Nouvelle définition plus rigoureuse de la BPCO



Compte-rendu de Valentine Borcic  
[valentine.borcic@gmail.com](mailto:valentine.borcic@gmail.com)  
Transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)