

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

Mardi 28 janvier 2014  
Hôpital cantonal de Genève  
**L'ABCD de la BPCO**  
Dr D. Adler

Il s'agit des recommandations GOLD (global initiative for chronic obstructive lung disease) pour 2014...

Accrochez vous... ça ne se simplifie pas... !

L'on a une BPCO lorsque le VEMS/CV < 0,7 ou lorsqu'il est en dessous de la limite inférieure de la norme (LLN) qui dépend de l'âge, de la taille et du sexe.

Mais maintenant, on ne s'intéresse plus seulement à la spirométrie, mais on tient compte des symptômes, du risque d'exacerbations et des comorbidités, afin de classer les patients grâce à un tableau à plusieurs entrées dans une des catégories A, B, C ou D qui représentent des degrés de gravité croissants de la maladie...

En gros, pour A : peu de symptômes et peu de risques d'exacerbations... et pour D : beaucoup de symptômes et un risque élevé d'exacerbations.

On nous rappelle que le COPD (ou BPCO pour les francophones) se manifeste par une limitation du débit expiratoire partiellement réversible, principalement associé au tabagisme.

La définition spirométrique est un rapport VEMS (ou FEV1)/ CV (ou FVC) < 70%, ensuite on classe la gravité spirométrique avec le VEMS seul (ou FEV1) selon le tableau ci-dessous...

Stage I	Mild COPD	FEV1/FVC<0.70	FEV1≥ 80% normal
Stage II	Moderate COPD	FEV1/FVC<0.70	FEV1 50-79% normal
Stage III	Severe COPD	FEV1/FVC<0.70	FEV1 30-49% normal
Stage IV	Very Severe COPD	FEV1/FVC<0.70	FEV1 <30% normal, or <50% normal with chronic respiratory failure present*

- Usually, this means requiring long-term oxygen therapy.

Lorsque l'on se base sur les valeurs de VEMS ajustés à la taille, au sexe et à l'âge, on est plus précis, et on risque moins de sous diagnostiquer à un âge plus jeune, ou de surdiagnostiquer à un âge avancé...

Différents tests permettent de mesurer l'impact sur le quotidien :

- CAT score (pour COPD assesment test) (<http://www.catestonline.org> )
- CCQ score (pour clinical COPD questionnaire)
- mMRC (pour modified british Medical Resaerch Council test)

Je ne rentre pas dans le détail... en gros c'est : toux, expectos, dyspnée etc....

Ensuite on mesure le risque d'exacerbations, en se rappelant que l'indicateur de risque le plus fiable c'est d'avoir eu déjà des exacerbations auparavant... Plus il y en a eu, plus il y en aura...

Ensuite, on s'intéresse aux comorbidités... sarcopénie (perte de muscle), répercussions cardiaques (blue bloater d'autrefois ?), le pancréas (diabète ?), le poumon (mais cette fois à cause du risque de cancer pulmonaire plus élevé) ou de syndrome d'apnées du sommeil (SAS), ostéoporose...

Comme déjà dit précédemment, cette évaluation va permettre de classer le patient dans une catégorie A-B-C ou D, selon la gravité des symptômes, de la spirométrie, du risque d'exacerbations, et des tests CAT et mMRC....

Maintenant... est-ce que tout ça permet de mieux prédire voir de prévenir les complications ?????

Apparemment pour les extrêmes (c'à d les A et les D)... oui un peu... mais pas pour les B et les C qui ne sont pas stables dans leur groupe au cours du temps... et qui passent de B à C à B...

Les traitements à disposition sont :

SAMA : short-acting anti-cholinergic

LAMA : long-acting anti-cholinergic

SABA : short acting  $\beta$ 2-agonist bronchodilator

LABA : long acting  $\beta$ 2-agonist bronchodilator

ICS : inhaled corticosteroids

PDE4 : Phospho diesterase 4 inhibitors

On commence par SAMA ou SABA, on ajoute ensuite LAMA ou LABA et on ajoute ensuite ICS... On garde PDE4 en réserve...

Les anticholinergiques type Tiotropium (Spiriva®) se sont montrés plus efficaces que les bêta-agonistes...

Les PDE4 auraient une indication phénotypique chez les BPCO en surpoids, avec des exacerbations fréquentes et des bronchiectasies... Ils diminueraient les exacerbations, mais c'est cher, et on nous les déconseille plutôt à moins d'en parler avec un pneumologue...

L'azythromycine (Zithromax®) est donné à 250 mg/j non pas comme antibiotique mais comme anti-inflammatoire. Il diminue le risque d'exacerbations, mais au prix d'effets secondaires digestifs et du développement de résistances microbiennes.

Pour éviter une exacerbation il faut traiter 4 patients (NNT=4)....

Donc la classification A-B-C-D n'a pas de valeurs pronostique... ces groupes sont souvent instables et les patients passent de l'un à l'autre (surtout les B et les C).

Les propositions de traitement par groupe, ne sont pas EBM (evidence based) mais sont plutôt des avis d'experts («eminence based»... comme dit Raetzo)...

C'est difficile la pneumologie... Le pneumologue doit faire avec la maladie chronique et son impuissance... il doit envier le cardiologue avec stents, statines et pacemakers... presque tout puissants...

Allez m'sieurs dames un ptit sou pour nos pneumologues....



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)