

Juin 2014

Actualisation Novembre 2019

## Prévention

Tous les professionnels de santé en contact avec la population devraient s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac en dépistant sa consommation de façon systématique et en la prenant en charge.

## Diagnostic et bilan initial

- **Repérer** la BPCO en posant la question du tabagisme et des autres facteurs de risque à tous ses patients, notamment de plus de 40 ans.
- En cas de symptôme ou de facteur de risque, **faire une spirométrie avec test de réversibilité** pour poser le diagnostic de BPCO : réalisée par tout professionnel formé (**lors d'une consultation dédiée pour le médecin généraliste**), l'interprétation revient au médecin.
- **Demander l'avis du pneumologue** en cas de doute diagnostic ou de discordance avec la clinique (emphysème prédominant).
- **Annoncer** le diagnostic en expliquant l'acronyme BPCO et en insistant sur la nécessité du sevrage tabagique pour interrompre la progression de la maladie.
- Rechercher les facteurs de **sévérité** et évaluer le retentissement de la maladie sur les activités de la vie quotidienne et la vie professionnelle.
- Rechercher les **comorbidités**, notamment les cancers liés au tabac et les comorbidités cardio-vasculaires, en incluant les antécédents psychiatriques (dépression, conduites addictives, etc.).
- Évaluer les **besoins médico-sociaux** et psychologiques du patient.

## Prise en charge thérapeutique à l'état stable (cf. figures 1 et 2)

Renforcer la **coordination et le partage d'informations** entre professionnels grâce notamment aux différents **modes d'exercice coordonné**.

- **Intervenir à chaque entretien pour favoriser et maintenir le sevrage tabagique.** Viser le sevrage complet, en passant si besoin par une réduction préalable.
- Rechercher les **autres facteurs de risque** (exposition au cannabis, polluants en particulier professionnels) (avis du médecin du travail après accord du patient).
- **Vacciner tous les patients contre la grippe chaque année et contre le pneumocoque selon le calendrier vaccinal.**
- **Encourager son patient à pratiquer une activité physique régulière** (lui prescrire selon la situation), notamment en augmentant son temps de marche quotidien, et éventuellement l'orienter vers une activité physique adaptée<sup>1</sup>.
- Déterminer l'indice de masse corporelle (IMC) et **surveiller le poids à chaque consultation** afin de dépister des troubles nutritionnels. **Maintenir ou corriger l'équilibre alimentaire.**

<sup>1</sup> Réalisée par le masseur-kinésithérapeute, l'enseignant en activité physique adaptée, les autres professionnels autorisés ou la structure adaptée correspondante : annuaires disponibles auprès des ARS ou <https://www.sfp-apa.fr/annuaire/> ou autres dispositifs

## ■ Réadaptation respiratoire (RR)

- **Proposer** la RR dès la présence d'une **dyspnée, d'une intolérance à l'exercice ou d'une diminution des activités quotidiennes**. Ses deux composantes essentielles sont le réentraînement à l'exercice et l'éducation thérapeutique (ETP) auxquels sont associés le sevrage tabagique, l'équilibre nutritionnel, la kinésithérapie respiratoire et la prise en charge psychosociale.
- Elle peut être proposée en **ambulatoire et/ou à domicile**<sup>2</sup> en fonction des disponibilités des structures pour répondre aux souhaits et aux contraintes du patient.
- Établir avec le patient un **programme personnalisé selon ses besoins** (sevrage tabagique, activités physiques, éducation à la prise des traitements inhalés, alimentation, gestion du stress, etc.).
- Organiser un **partage des informations** entre professionnels et une **coordination** (rôle de tous les professionnels impliqués, des réseaux de réadaptation respiratoire et autres dispositifs).
- **Maintenir les acquis à court et long termes** (rôle de tous les professionnels et intervenants incluant les associations de patients).

## ■ Traitement médicamenteux (hors traitement du sevrage tabagique)

- Le traitement symptomatique comprend les **bronchodilatateurs** (BD) administrés par voie inhalée : BD de courte durée d'action en cas de symptôme épisodique puis, si dyspnée quotidienne et/ou exacerbations récurrentes, BD de longue durée d'action en monothérapie (bêta-2- agoniste ou anticholinergique) et si échec en association. Le bon maniement du **dispositif d'inhalation et l'observance** sont essentiels.
- Il n'y a **pas d'indication aux corticoïdes inhalés en monothérapie**, en traitement de fond ou en phase d'exacerbation [absence d'autorisation de mise sur le marché (AMM)] ; ils ne sont indiqués qu'en association à un bêta-2- agoniste de longue durée d'action en cas d'antécédents d'exacerbations répétées et de symptômes significatifs malgré un traitement bronchodilatateur continu et selon l'indication de l'AMM (seuil du VEMS variable). Il y a un sur-risque de **pneumonie** en cas de corticothérapie inhalée.
- Le médecin doit prescrire, remettre et expliquer au patient le **plan d'action personnalisé** à mettre en œuvre en cas d'exacerbation.
- **L'information et l'éducation du patient** en s'assurant de sa compréhension sont essentielles : adhésion et prise régulière du traitement médicamenteux, maniement du dispositif d'inhalation choisi par le patient, reconnaissance des symptômes précoces d'exacerbation et mise en œuvre du plan d'action personnalisé.
- **Tous les professionnels** (médecins, pharmacien, infirmier(ère), masseur-kinésithérapeute) interviennent dans la surveillance de l'observance et de la bonne utilisation du dispositif d'inhalation.

## ■ Surveiller et traiter les comorbidités (cf. ci-dessous paragraphe comorbidités).

## ■ Pour les patients insuffisants respiratoires

La prise en charge régulière par le **pneumologue** est impérative à ce stade de sévérité : mise en place d'une oxygénothérapie de longue durée (OLD) et coordination des différents professionnels. Le médecin généraliste intervient en support dans la surveillance de l'efficacité, de la tolérance et de l'observance des traitements et dans la coordination de la prise en charge globale.

---

<sup>2</sup> L'annuaire des structures et des professionnels réalisant la réadaptation respiratoire dans chaque région est disponible sur <http://splf.fr/groupes-de-travail/groupe-alveole/la-carte-de-la-rehabilitation/>

- Apporter toute l'aide nécessaire au patient pour qu'il **s'arrête de fumer** [accompagnement, traitement médicamenteux, soutien téléphonique (Tabac Info Service), etc.] afin de bénéficier de l'OLD en toute sécurité.
  - Faire comprendre au patient que l'oxygène est un médicament à administrer **au moins 15 h par jour** (impact sur la survie) ; le but est d'obtenir une PaO<sub>2</sub> au repos > 60 mmHg et/ou une SpO<sub>2</sub> > 90 %.
  - Veiller au respect des **précautions de sécurité**.
  - Favoriser la **mobilité du patient** sous OLD en le motivant pour utiliser un dispositif d'oxygénothérapie portable.
  - Favoriser le **maintien d'une activité physique adaptée**.
  - Penser précocement à la **transplantation pulmonaire**, en parler au patient et lui proposer de l'adresser dans un centre de greffe pour un premier contact et une évaluation.
- **Impliquer le patient dans sa prise en charge : information et éducation thérapeutique (ETP) réalisée par des intervenants formés** (offres d'ETP disponibles auprès de l'ARS).
- **Inform**er le patient sur la maladie, ses traitements et son évolution, aborder la planification des soins futurs lorsqu'il est prêt.
  - Réaliser cette **ETP** (programmes d'apprentissage de l'autogestion de la maladie, actions éducatives ciblées) de façon **personnalisée, continue** et associée à :
    - des conduites à tenir claires et écrites (plan d'action et traitement personnalisés) ;
    - un suivi régulier par le médecin ou une infirmière de l'équipe de soins ;
    - un renforcement, une reprise ou une actualisation des compétences.
  - Construire avec le patient le **programme personnalisé d'ETP** pour l'apprentissage de l'autogestion de sa maladie, l'accompagner dans sa démarche de changement et dans le maintien de celle-ci (arrêt du tabac, activités physiques, nutrition).
  - **Expliquer le plan d'action personnalisé** en cas d'exacerbation.
- Parallèlement à **l'information du patient sur ses droits au niveau social et professionnel, le soutien des personnes aidantes** est indispensable dans toute la mesure du possible.

## Suivi en dehors des complications (cf. tableau page 5)

- Poursuivre la prise en charge du **tabagisme** et **l'accompagnement** pour un maintien de **l'abstinence et la prévention de la rechute**.
- **Vacciner** le patient : annuellement contre la grippe et selon le calendrier vaccinal contre le pneumocoque.
- Réévaluer régulièrement le patient sur le plan clinique et paraclinique pour **adapter si nécessaire le traitement** (médicament(s), oxygène ou ventilation) : possibilité de désescalade médicamenteuse, arrêt de l'OLD ou de la ventilation.
- Avoir des **messages cohérents** de la part des différents intervenants :
  - adhésion : médicaments, rythme des consultations, assistance respiratoire ;
  - poursuite ou reprise de l'activité physique régulière ;
  - poursuite d'une alimentation adaptée.
- Actualiser le diagnostic éducatif et adapter le contenu de **l'ETP**.

- Actualiser le **plan d'action** en cas d'exacerbation, **prévenir les exacerbations** pour ralentir la dégradation de la BPCO et éviter l'hospitalisation en urgence.
- Développer la **coordination** entre professionnels ; elle est facilitée par les réseaux et les dispositifs de coordination.
- Identifier et accompagner la **personne aidante**.

## Prise en charge des exacerbations en dehors des services de réanimation

- **Pour le patient** : connaître les symptômes d'alerte d'une exacerbation pour mettre en œuvre le plan d'action et consulter rapidement.
- Connaître les critères à évaluer pour poser l'**indication de l'hospitalisation**.
- Adapter le traitement bronchodilatateur et **ne pas prescrire** des antibiotiques et des corticoïdes **systématiquement**.
- À la **sortie de l'hôpital**, poursuivre ou commencer le traitement par un bronchodilatateur de longue durée d'action, mettre en place ou poursuivre l'aide au sevrage tabagique.
- Assurer la **continuité des soins** entre la ville et l'hôpital et la **coordination de la sortie** de l'hôpital : programme d'aide au retour à domicile avec transmission des informations au médecin généraliste et, le cas échéant, à l'infirmière et aux professionnels de santé concernés et prise de rendez-vous : consultation du médecin généraliste dans la semaine qui suit la sortie et du pneumologue dans les 2 mois à adapter selon la situation du patient.
- **Partager les informations** entre professionnels.
- Poursuivre l'**ETP** (adaptation du plan d'action personnalisé) pendant au moins 6 mois.
- Mettre en place un **programme de réadaptation respiratoire** selon les besoins et les objectifs du patient dans les suites de l'exacerbation.

## Comorbidités

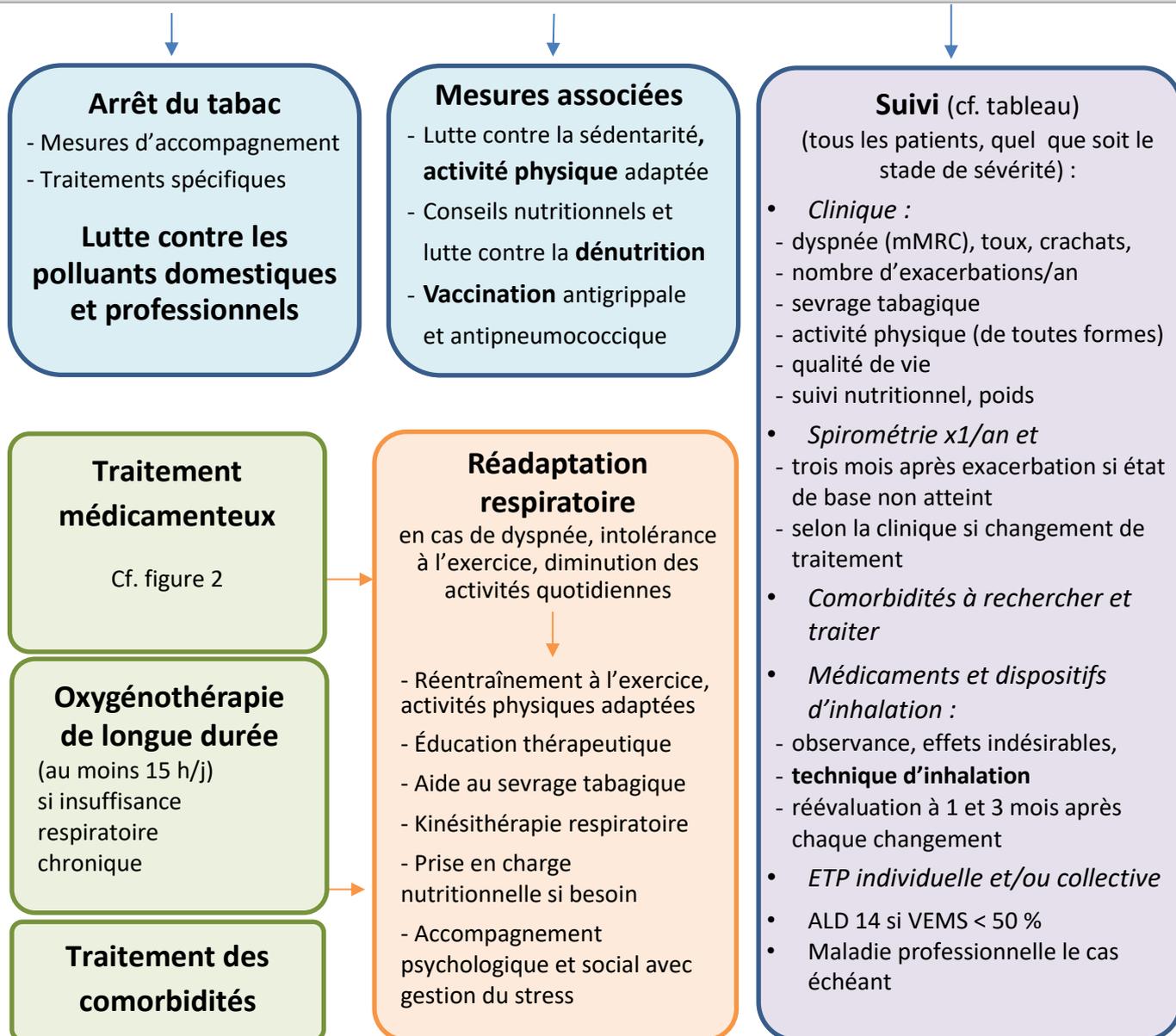
- **Rechercher, prévenir et traiter systématiquement les comorbidités** souvent multiples : en premier lieu les cancers liés au tabac, les comorbidités cardio-vasculaires et la dénutrition (IMC < 21 kg/m<sup>2</sup>), mais aussi l'anxiété et la dépression, les troubles du sommeil (insomnie, syndrome d'apnées du sommeil), l'ostéoporose et l'anémie.
- **Le traitement de la BPCO est identique** qu'il existe ou non des comorbidités et le traitement des comorbidités n'est pas modifié par la présence de la BPCO.

## Démarche palliative et fin de vie

- Mettre en œuvre la démarche palliative **précocement** afin d'anticiper la prise en charge des patients lorsqu'ils seront en fin de vie.
- Faire appel aux **professionnels de soins palliatifs** dès que nécessaire.
- Appliquer la loi du 2 février 2016 : notamment **absence d'obstination déraisonnable**, respect de la **volonté du malade**, mise en œuvre d'une **sédation palliative** à bon escient.

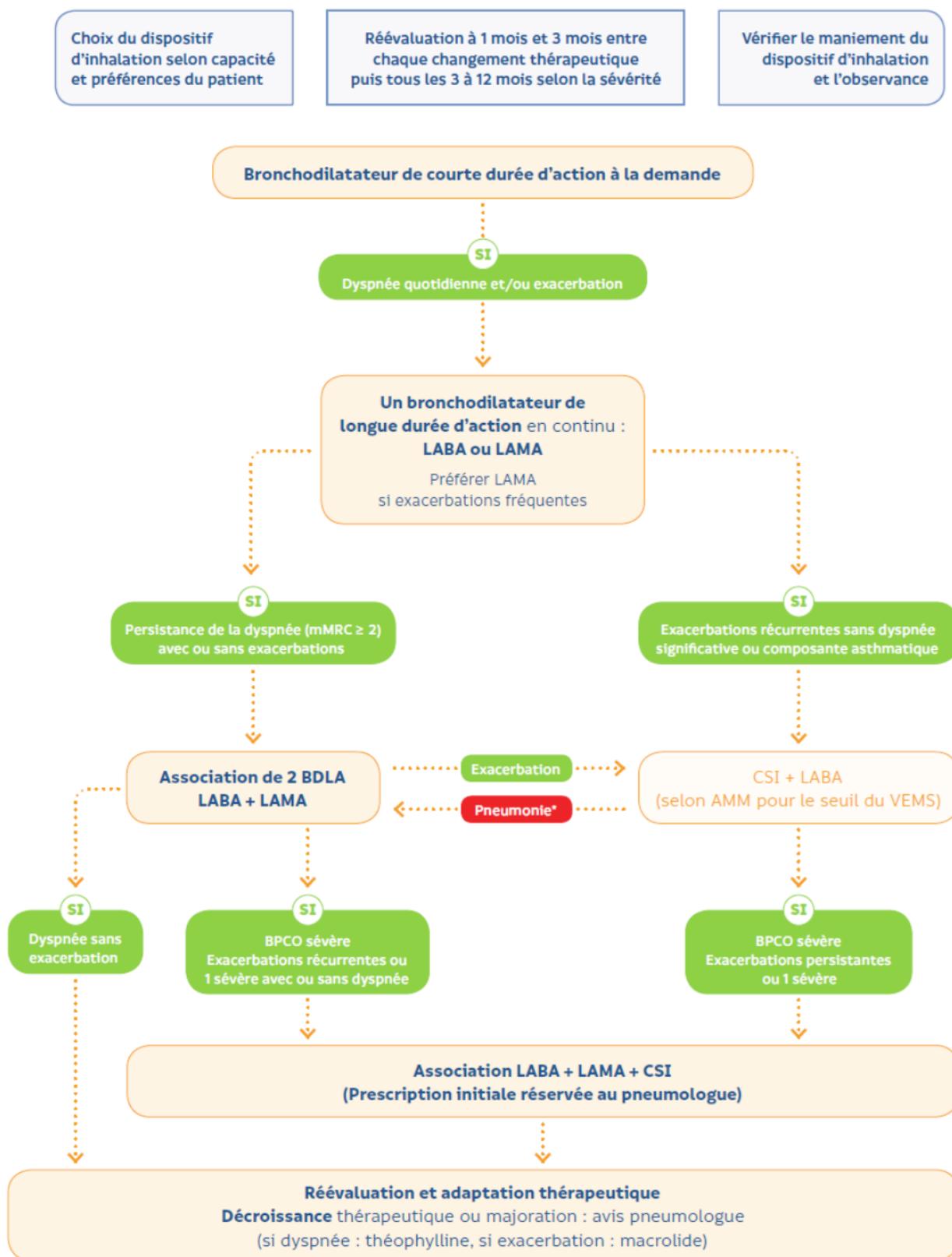
**Figure 1. Prise en charge globale d'un patient atteint de BPCO à l'état stable**

Le diagnostic de BPCO est spirométrique : VEMS/CVF < 0,7 après bronchodilatateur



mMRC : échelle de dyspnée du Medical Research Council modifiée, ETP : éducation thérapeutique, ALD : affection de longue durée

**Figure 2. Traitement médicamenteux de la BPCO à l'état stable**



\* Effet indésirable des corticostéroïdes inhalés

BDLA : bronchodilatateur de longue durée d'action, LABA : beta-2-agoniste de longue durée d'action, LAMA : anticholinergique de longue durée d'action, CSI : corticostéroïde inhalé. Adapté de Zysman et al. (2) et Nice 2018 (4).

**Tableau. Suivi minimal des patients selon le stade de gravité en dehors des exacerbations**

	Absence d'exacerbation, dyspnée absente ou légère (mMRC 0-1)	< 2 exacerbations modérées/an, dyspnée modérée (mMRC 2)	≥ 2 exacerbations modérées ou 1 sévère (hospitalisation)/an, dyspnée sévère (mMRC 3-4), patient sans OLD	Patient sous OLD et/ ou VNI à l'état stable
Fréquence des consultations à l'état basal (à adapter en fonction des besoins, de la réponse au traitement, et des exacerbations)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecin généraliste : consultations dédiées à la BPCO : au moins 1 fois par an</li> <li>Avis du pneumologue : selon les besoins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecin généraliste : au moins 2 fois par an</li> <li>Pneumologue : 1 fois par an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecin généraliste : tous les mois</li> <li>Pneumologue : tous les 6 mois</li> <li>Prestataire : selon le forfait à adapter si besoin</li> </ul>	
	Prise en charge pluriprofessionnelle à adapter selon les besoins cliniques, psychologiques et sociaux du patient, ses changements de comportement, les réponses aux traitements, notamment : pharmacien, centre de tabacologie, MPR, masseur-kinésithérapeute, EAPA, diététicien(ne) et psychologue (non pris en charge par l'Assurance maladie sauf situation particulière), chirurgien-dentiste, assistant de service social avec intervention éventuelle des structures de coordination			
Évaluation clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Tabagisme</b> (avis du médecin ayant une compétence en addictologie), expositions professionnelles (avis du service de santé au travail si accord du patient)</li> <li><b>Comorbidités</b> notamment cardio-vasculaires avec nécessité ou non d'avis ou explorations cardiologiques</li> <li><b>Dyspnée</b> (score mMRC), toux et efficacité des expectorations, fréquence des exacerbations, avec évaluation des besoins en kinésithérapie respiratoire et nécessité d'un apprentissage à l'autodrainage bronchique, fatigue</li> <li><b>Poids, évolution pondérale</b>, fonte musculaire, équilibre et régularité de l'alimentation</li> <li>Activités physiques (incapacité/handicap) : pratique et régularité, notamment temps quotidien de marche, et difficultés de réalisation afin d'évaluer le besoin de mise en place d'une réadaptation respiratoire</li> <li>Tolérance et observance des traitements, <b>technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation</b></li> </ul>			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi du programme de réadaptation respiratoire et encouragement au maintien des acquis, notamment la poursuite d'APA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation du besoin d'une OLD et/ou d'une VNI</li> </ul>	
Évaluation globale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Besoins et attentes des patients, suivi de l'éducation thérapeutique (acquisition, difficultés d'autogestion...)</li> </ul>			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Environnement, accompagnement psychosocial, besoin des services sociaux, suivi de l'aïdant non professionnel</li> <li>Qualité de vie (questionnaire), niveau d'anxiété, éléments dépressifs, gestion du stress</li> </ul>		
Examens complémentaires et fréquence	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>À chaque consultation SpO<sub>2</sub></b></li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Test de marche de 6 min ou autre test de capacité à l'exercice (suivi à long terme d'une réadaptation respiratoire)</li> <li>EFR : à un rythme adapté à l'état clinique du patient : VEMS et CVF 1 fois/an stades I à III, évaluation pneumologue stade IV. Après un changement thérapeutique : selon clinique</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Selon la situation clinique et l'oxymétrie</li> <li>À chaque renouvellement de l'OLD</li> </ul>	
	Gaz du sang si aggravation et selon oxymétrie		<ul style="list-style-type: none"> <li>Une fois par an NFS plaquettes</li> </ul>	
<p><u>D'autres examens peuvent être nécessaires selon le contexte et l'état clinique du patient (ECBC, RX de thorax, TDM, endoscopie, EFX, pléthysmographie à la recherche d'une distension thoracique, oxymétrie nocturne, capnographie nocturne poly(somno)graphie, échographie cardiaque)</u></p>				
Consultations supplémentaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si absence de sevrage tabagique : consultation du médecin ayant une compétence en addictologie ou du centre de tabacologie</li> <li>MPR si comorbidité, notamment locomotrice ou neurologique, gênant la mise en place d'une activité physique, cardiologue et autres spécialistes selon les comorbidités</li> </ul>			
<b>AU DÉCOURS D'UNE HOSPITALISATION POUR DÉCOMPENSATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultation : du médecin généraliste dans la semaine qui suit la sortie, du pneumologue dans les 1 à 2 mois avec gaz du sang et spirométrie ; si séjour en réanimation, ou soins intensifs, consultation du pneumologue dans les 4 semaines qui suivent la sortie</li> <li>Si état de base non atteint : consultations supplémentaires selon l'évolution, EFR à 3 mois et 1 an</li> </ul>			

OLD : oxygénothérapie de longue durée, VNI : ventilation non invasive, MPR : médecin physique et de réadaptation, EAPA : enseignant en activités physiques adaptées, mMRC : échelle de dyspnée du Medical Research Council modifiée, SpO<sub>2</sub> : saturation pulsée de l'hémoglobine en oxygène, EFX : explorations fonctionnelles d'exercice

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

