



Prise en charge des patients atteints de BPCO : quoi de neuf en 2024 ?

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Thème DPC 2024

Rédacteurs : Éric DOREL, Yves LE QUEUX, François-Xavier DESCLEVE
(Animateurs Groupe Qualité-Pays de la Loire)

Préambule

La bronchite chronique obstructive (BPCO) est une maladie fréquente, source de morbi-mortalité importante (18 000 décès/an. Elle est la 3^{ème} cause d'hospitalisations après les maladies cardiovasculaires et les cancers (100 à 160 000/an en 2017).

Sa prévalence serait de 7 à 10 % chez les sujets âgés de plus de 40 ans (3,5 millions en 2010).

Cette maladie reste souvent méconnue des patients. La présence de symptômes respiratoires chroniques (toux, expectoration, dyspnée d'exercice, bronchites répétées ou traînantes). Ils sont sous-rapportés par les patients et 3/4 des cas ne sont pas diagnostiqués.

Les nouvelles recommandations publiées en 2023 (GOLD, NICE, SPLF, HAS...) ont apporté des modifications au niveau de plusieurs chapitres comme : les exacerbations comme critère prioritaire dans la classification de la gravité, les arbres décisionnels des traitements médicamenteux. La HAS propose 7 indicateurs de qualité du parcours de soins optimal permettant de mesurer la qualité à différentes étapes de la prise en charge.

Les objectifs de cette action :

- S'approprier les éléments-clés du parcours de soins pour identifier les points « faibles » et proposer des pistes d'amélioration ;
- Prendre en compte la multidisciplinarité de la prise en charge, ainsi que des principes de coordination et de coopération entre les professionnels impliqués ;
- Connaître les « éléments-clés » des recommandations,
- Questionner sa pratique et proposer des actions concrètes pour améliorer la pertinence des soins et la qualité de vie des patients.

Les étapes de la prise en charge

Le dépistage et le diagnostic de BPCO chez les patients à risque

Penser à la BPCO, y compris chez l'adulte jeune:

– Rechercher les facteurs de risque :

- le tabagisme
- les facteurs environnementaux : pollution atmosphérique et pollution intérieure (chauffage au bois ou charbon). Une exposition professionnelle : particules minérales (silice, charbon) ou organiques (végétales, moisissures), gaz, vapeurs et fumées. L'avis du médecin du travail sera demandé au moindre doute ;

– Des symptômes précoces : toux et/ou expectoration fréquente et/ou dyspnée. Un auto-questionnaire a été proposé.

Le repérage est facilité par l'utilisation d'un auto-questionnaire plus efficace que l'expression d'une plainte souvent sous-rapportée par les patients.

Questionnaire « GOLD » https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/questionnaire_depistage_bpco_gold_web.pdf

L'existence d'au moins un facteur de risque et/ou d'un symptôme précoce nécessite la réalisation d'une **spirométrie**, avec test de réversibilité. C'est l'**examen diagnostique de référence**.

Si le rapport VEMS / CVF est < à 70 % (de la valeur théorique), le diagnostic de trouble ventilatoire obstructif est confirmé. Un **test de réversibilité** est réalisé. Il consiste à effectuer une 2e série de

mesures, 15 minutes après administration de 400 µg de salbutamol, à l'aide d'une chambre d'inhalation. Réaliser au moins 3 courbes

- Si ce test montre un TVO non réversible le diagnostic de BPCO est probable ;
- Si ce test montre un TVO complètement réversible : il est évocateur d'asthme mais une BPCO est éliminée.

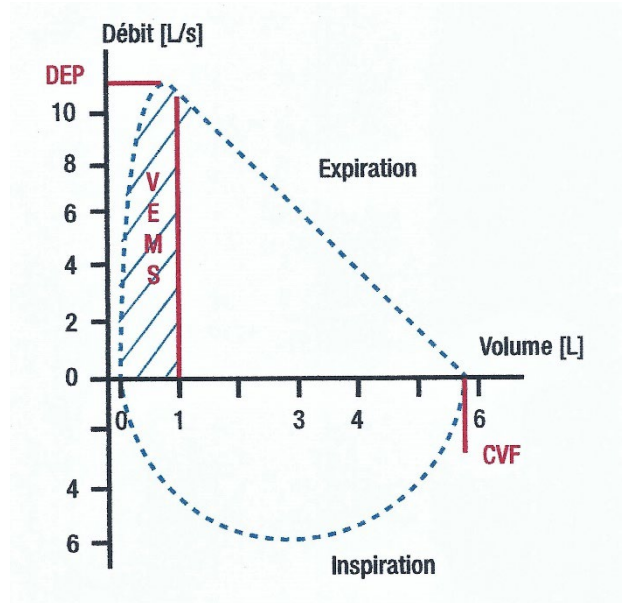


Figure 1. Courbe débit-volume physiologique
DEP : débit expiratoire de pointe ; VEMS : volume expiratoire maximal en une seconde ; CVF : capacité vitale forcée.

Cet examen peut être réalisé par tout professionnel de santé formé (IPA, Asalée...), mais l'interprétation revient au médecin. Les médecins généralistes devraient s'approprier cet « outil diagnostic » et de suivi de la BPCO.

Il existe une cotation CCAM spécifique : GLQP012 = 40,28 <https://omniprat.org/app/uploads/posts-pdf/spirometrie.pdf>

Demander l'avis du pneumologue :

- En cas de doute diagnostique (réversibilité partielle) ou de discordance du résultat avec la clinique,
- En cas de suspicion de forme sévère : VEMS < 50%), exacerbations fréquentes ;
- Pour compléter les investigations :
 - en cas de suspicion d'un syndrome d'apnée du sommeil (SAHOS). Associé à une BPCO il majore le risque d'insuffisance respiratoire et d'hypertension pulmonaire cardiovasculaire
 - rechercher des comorbidités : cancer bronchique chez les patients tabagique (TDM), DDB, emphysème ...

Le BPCO 6 n'est pas validé pour confirmer le diagnostic de BPCO. Cependant son utilisation en 1^{ère} intention permet de sensibiliser les patients à risque, de mettre en place des actions de prévention et de surveiller l'évolution par des mesures régulières du VEMS

La prise en charge du patient BPCO stable : objectifs et pistes d'amélioration

La BPCO altère souvent la qualité de vie et réduit son autonomie. La connaissance de la situation clinique du patient : histoire de la maladie, antécédents, retentissement fonctionnel, les facteurs de sévérité.

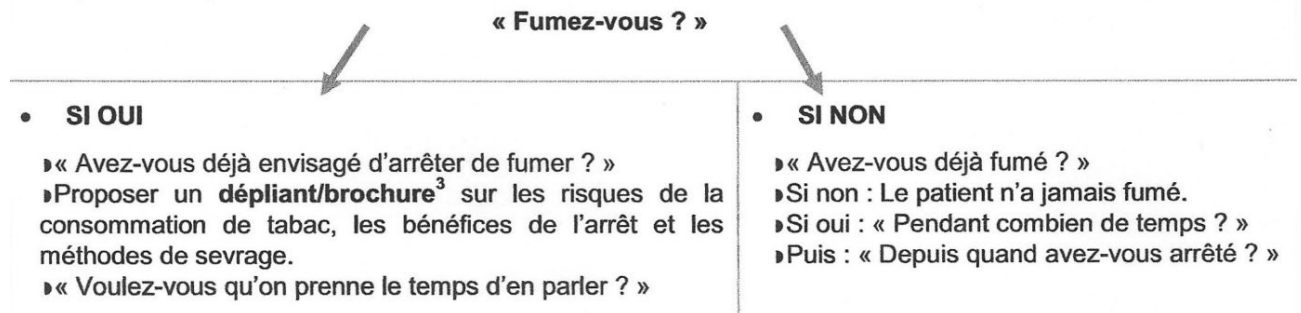
Mettre en place précocement les mesures de prévention adaptées à chaque patient. Cette prise en charge réalisée au sein des équipes pluriprofessionnelles de soins primaires est le garant de notre efficacité.

1/ Accompagner le sevrage tabagique

C'est le principal facteur de survenue de BPCO. Environ 90% des patients sont des fumeurs ou anciens fumeurs. C'est le seul traitement susceptible de ralentir le déclin du VEMS.

Tous les professionnels de santé en contact avec la population devraient s'impliquer dans le repérage systématique du tabagisme par une intervention brève.

Les questions à poser :



Une évaluation de la dépendance au tabac (Test de Fagerstrom) et une aide au sevrage doivent être proposées : substituts nicotiques, Varenicline en 2^{ème} intention, en cas d'échec ou de forte dépendance.

Pour en savoir plus :

- Test de Fagerstrom) https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf ;
- Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation. HAS. 2014 ; https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf

2/ Conseiller les vaccinations grippe, pneumocoque et Covid pour éviter les exacerbations et réduire le risque de pneumonie (environ 50% des patients BPCO sont vaccinés contre la grippe et 31% contre le pneumocoque).

Le nouveau schéma de vaccination contre le pneumocoque est simplifié se résume désormais à **1 dose de PREVENAR 20 chez les adultes non antérieurement vaccinés**, la nécessité d'une revaccination avec une dose ultérieure de PREVENAR 20 n'est pas établie à ce jour.

Pour les personnes déjà vaccinées par le PREVENAR® (VPC13) ou PNEUMOVAX® (VPP23) ou par la séquence VPC 13-VPP23, les recommandations vaccinales suivantes s'appliquent :

- personnes ayant reçu une seule dose de PREVENAR ou une seule dose de PNEUMOVAX : 1 dose de PREVENAR 20 si la vaccination antérieure remonte à plus de 1 an ;
- personnes déjà vaccinées avec la séquence VPC 13 - VPP23 : 1 dose de PREVENAR 20 en respectant un délai de 5 ans après la précédente injection.

<https://www.vidal.fr/actualites/30783-vaccin-pneumococcique-prevenar-20-une-strategie-vaccinale-simplifiee-chez-l-adulte.html>

L'AMM récente (juin 2024) du vaccin contre le VRS (AREXVY®) pour les sujets de plus de 60 ans fera probablement partie de la stratégie vaccinale (avis CT HAS en octobre)

3/ Encourager la reprise d'une activité physique

Selon les études, une activité physique régulière est associée à une diminution de la mortalité précoce comprise entre 29 et 41 %. (ANSES, 2016), tant en prévention primaire qu'en prévention secondaire.

Le message général est simple : « **Bouger plus** », peu importe le niveau d'activité physique initial de chacun (selon ses capacités, son environnement et ses envies). Aucune activité n'est plus essentielle qu'une autre et le « sport » n'est que l'une des composantes possibles.

L'auto-questionnaire de Marschall permet d'évaluer le niveau d'activité

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/questionnaire_marshall.pdf

La prescription d'activité physique doit être systématique et aussi précoce que possible.

La notion de « prescription » est utilisée sur la base d'une acception plus large que son acception classique dans le champ de la médecine.

Elle peut comprendre :

- 2 à 3 objectifs maximum, exprimés par le patient, dans les domaines qu'il souhaite. Objectifs simples, réalisables et contextualisés
- l'orientation du patient vers certains professionnels spécialisés aptes à l'accompagner dans le suivi (ex. diététiciens, infirmières, kinésithérapeutes, enseignants en activité physique adaptée, etc.).

Proposer une **réadaptation respiratoire** chez le patient dyspnéique et/ou en cas d'une gêne dans ses activités quotidiennes. Elle diminue la mortalité (50% à 5 ans) et les ré-hospitalisations. Elle est possible chez les patients âgés ou ayant une BPCO très sévère.

Elle peut être réalisée en ambulatoire par un kinésithérapeute formé à la RR ou hospitalier dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR), en hospitalisation complète ou hôpital de jour.

Pour en savoir plus :

- Aide à la prescription d'activité physique pour la BPCO.HAS.2018. [FICHE ORGANISATION DES PARCOURS \(has-sante.fr\)](#)
- Prescription APA https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/quide_aps_vf.pdf
- HAS.2014. Comment mettre en œuvre la réadaptation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive ? [fiche « Points clés et solutions – organisation des parcours »](#) .

4/ Impliquer le patient dans une démarche d'éducation thérapeutique

L'ETP n'est pas un "plus" ni une option, elle est indispensable. L'autonomisation des patients est une recommandation de même niveau de preuve que les thérapeutiques médicamenteuses les plus efficaces. Elle réduit le risque d'exacerbation et d'hospitalisations.

Elaborer avec le patient un programme ciblé d'autogestion de sa maladie, en particulier :

- identifier ses propres symptômes d'alerte d'une exacerbation nécessitant un avis médical rapide.
- la qualité du maniement du dispositif d'inhalation,
- activité physique, nutrition.

Il peut être réalisé par des intervenants formés (IDE, IPA, Asalée, kinésithérapeute, pharmaciens...)

Pour en savoir plus :

- HAS [Haute Autorité de Santé - Education thérapeutique du patient \(ETP\) \(has-sante.fr\)](#)
- Outils d'aide à l'utilisation des thérapeutiques inhalées dans l'asthme et la BPCO chez l'adulte [Guide ZÉPHIR - Société de Pneumologie de Langue Française \(splf.fr\)](#)

5/ Evaluer les comorbidités

La BPCO est une maladie isolée dans seulement 30 à 40% des cas : la grande fréquence des comorbidités est liée notamment aux facteurs de risque communs (âge, tabac, faible activité physique), sont des facteurs qui aggravent le pronostic.

Rechercher et traiter les comorbidités :

- cancer du poumon : TDM (si tabagisme +++);
- pathologies cardiovasculaires, présentes chez 20 à 70% des patients (maladie coronaire, insuffisance cardiaque, HTA, troubles du rythme, AOMI...);
- syndrome d'apnée du sommeil,
- reflux gastro-œsophagien (augmente le risque d'exacerbation).
- Anémie,
- dénutrition

Le dépistage d'une dénutrition est recommandé. Elle est définie par la perte de 2 kg ou 5 % du **poids** initial dans le dernier mois ou de 4 kg ou 10 % du poids initial dans les 6 derniers mois **et/ou** **IMC** < 21 (< à 23 chez le sujet âgé), e /ou **albuminémie** < 35g/l.

La consultation d'une diététicienne est recommandée.

Les traitements médicamenteux (cf ANNEXE 1 « Bronchodilatateurs inhalés dans la BPCO »)

Les bronchodilatateurs à courte durée d'action (BDCA) sont utilisés à tous les stades, à la demande en cas de dyspnée, de limitation d'exercice. Le choix entre un β 2-stimulant et un atropinique est fonction du bénéfice symptomatique individuel et de leur tolérance.

L'actualisation GOLD 2023 priorise les antécédents d'exacerbations (avec ou sans hospitalisation) indépendamment des symptômes.

Cette nouvelle classification ne comprend plus que 3 catégories de patient :

- « **A** »: patients peu symptomatiques : dyspnée modérée (mMRC \leq à 1) et un risque faible d'exacerbation (pas d'antécédent d'exacerbation dans l'année ou 1 modérée sans hospitalisation) ;
- « **B** »: patients avec dyspnée plus importante (mMRC > à 2) et un risque faible d'exacerbation (pas d'antécédent d'exacerbation dans l'année ou 1 modérée sans hospitalisation);
- « **E** » (englobe C et D du GOLD 2017): patients à haut risque d'exacerbation aiguë (\geq 2 exacerbations modérées ou 1 avec hospitalisation)

Exacerbations	mMRC 0-1 CAT < 10	mMRC \geq 2 CAT \geq 10
\geq 2 exacerbations modérées ou \geq 1 hospitalisation	LABA + LAMA ⓘ (groupe E) + CSI ⓘ si éosinophiles \geq 300	
0-1 exacerbation modérée	LABA ⓘ ou LAMA ⓘ Groupe A	LABA + LAMA ⓘ Groupe B

Tableau. Groupes GOLD et bronchodilatateur de choix de la BPCO selon les antécédents d'exacerbations. Dr JB Fron d'après GOLD 2023

Un bronchodilatateur à longue durée d'action (BDLA) est prescrit en **monothérapie** en cas de dyspnée modérée (mMRC \leq à 1) et un risque faible d'exacerbation (pas d'antécédent d'exacerbation dans l'année ou 1 modérée sans hospitalisation) : **catégorie «A»** du GOLD 2023). :

- soit un β 2-stimulant de longue durée d'action (LABA) :
- ou un atropinique (LAMA) : à privilégier en cas d'antécédent d'asthme, d'atopie, d'une réversibilité partielle du trouble obstructif à la spirométrie.

En cas de persistance de la dyspnée prescrire une **bithérapie** fixe :

- soit LABA/LAMA privilégiée chez les patients avec une dyspnée plus importante (mMRC $>$ à 2) et un risque faible d'exacerbation (absence d'exacerbation dans l'année ou 1 modérée sans hospitalisation) : **catégorie «B»** du GOLD 2023 ;
- Soit LABA/CSI en cas d'antécédent d'exacerbation (\geq 2 exacerbations modérées ou 1 avec hospitalisation), et/ou un taux d'eosinophiles $>$ à 300/mm³.

En cas d'effet insuffisant une **trithérapie** fixe LAMA/LABA/CSI peut être proposée (**catégorie « E »** du GOLD 2023).

Elle a une valeur ajoutée sur la fonction respiratoire, la qualité de vie. Elle réduit le risque de décès toutes causes confondues et d'exacerbation modérée à sévère.

Le **risque d'effets indésirables CSI** (dose-dépendant) doit être pris en compte : Les CSI sont fréquemment prescrit (70% des patients BPCO reçoivent un CSI) et souvent de manière inadaptée (35% de ces patients pour des BPCO de gravité modérée : catégories « A » et « B » Gold 2023).

Le risque pulmonaire est le plus fréquent (pneumonies, infections à mycobactéries tuberculeuses et non tuberculeuse), mais aussi le risque d'ostéoporose, de diabète, de cataracte.

La déprescription des CSI (décroissance posologie ou permutation pour une association LABA/LAMA) est recommandée en l'absence d'exacerbation dans l'année, et/ou eosinophiles $<$ à 300/mm³ (dosé à distance d'une exacerbation). L'arrêt des CSI (remplacée par une association LAB/LAM) serait associé à la réduction du risque de pneumonies (20% à 1 mois et 37% à 3 ans).

Les autres traitements médicamenteux :

- **Les macrolides au long cours dans la BPCO** : L'azithromycine a démontré son efficacité dans la diminution de la fréquence des exacerbations chez les patients BPCO exacerbateurs fréquents avec un effet maintenu à long terme.

La posologie de 250mg/jour, 3 jours/semaine est aussi efficace que des posologies supérieures et moins à risque d'effets secondaires.

C'est une prescription réservée au pneumologue en cas d'échec d'une prise en charge optimale. Le risque d'effets indésirables cardiovasculaires et hépatique nécessite une surveillance régulière. La diarrhée fréquente est à prendre en compte.

- **Les biothérapies** actuellement en cours d'évaluation. Une seule étude publiée avec 30% d'amélioration. Pas d'indication validée actuellement.

- Les **β -bloquants cardio-sélectifs** dans leurs indications cardiovasculaires sont bénéfiques en termes de mortalité et non délétères dans la BPCO stable.

-Au stade palliatif le traitement d'une **dyspnée invalidante** les opioïdes à faibles dose (5 à 8 mg forme LP/jour) ont démontré leur efficacité et l'absence d'effets secondaires majeurs.

Les médicaments contre-indiqués dans la BPCO :

- **Un CSI en monothérapie.** Pas de bénéfice prouvé sur le déclin du VEMS ni sur la mortalité et prescrits au long cours ils augmentent le risque d'effets indésirables, en particulier le risque de pneumonie.

- **Une corticothérapie orale au long cours** en raison d'un rapport bénéfices/risques négatif sur le long terme avec une absence de bénéfice démontré et nombreux effets indésirables. Ils peuvent être indiqués en cas d'exacerbation sévères mais sur une durée courte.

- **La théophylline**, du fait d'un faible index thérapeutique et d'un effet bronchodilatateur d'intérêt controversé. Elle restait jusqu'à présent une possibilité thérapeutique en cas de dyspnée insuffisamment soulagée avec un traitement de fond optimal. Son effet anti-inflammatoire a été récemment remis en question. Les résultats d'un essai randomisé en double aveugle versus placebo montrent que la théophylline n'a aucune efficacité ni sur le taux d'exacerbation, ni sur la qualité de vie, la dyspnée ou la fonction respiratoire.

- Les **mucohydriques** (bénéfice/risque défavorable) et les **médicaments dépresseurs respiratoires**: BZD, neuroleptiques, antitussifs sédatifs...

Prise en charge des patients présentant une exacerbation de BPCO

Le diagnostic d'exacerbation est clinique, définit par une majoration des symptômes respiratoires au-delà des variations quotidiennes : augmentation de la dyspnée, de la toux, du volume de l'expectoration et surtout la majoration de la purulence de l'expectoration.

La gravité est appréciée sur l'importance des signes cliniques, l'âge, le stade de gravité de la BPCO, les comorbidités et les antécédents d'exacerbations.

Les infections virales (rhinovirus, grippe) et bactériennes (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Pseudomonas aeruginosa*), sont les principaux facteurs déclenchant. La 2^{ème} cause est la pollution aux particules fines.

Repérer ces signes permet d'adapter le traitement et de traiter plus précocement l'exacerbation. Il est important d'informer le patient (et son entourage) des signes d'alerte afin d'en limiter la gravité par une prise en charge rapide.

Les exacerbations sont parfois difficile à différencier d'une affection associée (insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire...) elle-même facteur aggravant de la BPCO. Le dosage du NT-proBNP et des D-dimère peut être utile, principalement pour leur valeur prédictive négative.

La prise en charge en ambulatoire nécessite une **réévaluation clinique** systématique / 24-72h.

Elle comprend :

- une augmentation de la dose de **$\beta 2$ courte durée d'action** :: 2 bouffées (avec chambre d'inhalation) / 2h jusqu'à l'amélioration des symptômes, et réévaluation du traitement de fond (\nearrow posologie ou changement de stratégie).
- Suivi à domicile quotidien par **IDE**
- une **kinésithérapie respiratoire** si encombrement,
- une **corticothérapie** orale n'est pas systématique. Elle est justifiée en cas de dyspnée avec composante spastique importante, à la dose de 30 à 40 mg/j sur 5 jours.
- une **antibiothérapie** n'est pas systématique. La purulence de l'expectoration est le meilleur marqueur d'une infection bactérienne. Le choix et la durée (en moyenne 5 jours) tiendra

compte de la sévérité de la BPCO et des autres facteurs de risque, et de l'absence d'aggravation de la situation clinique.

Le dosage de la **CRP**, bien que peu spécifique peut être un moyen de réduire les prescriptions inutiles d'antibiotiques.

Cela a été confirmé dans un essai randomisé en soins primaires chez 653 patients atteints de BPCO, randomisé en 2 groupes : (1) « prise en charge clinique usuelle », (2) « prise en charge guidée par la mesure de la CRP » (CRP < à 20 = pas d'AB ; CRP entre 20 et 40 mg/L = AB si facteurs de risque associés ; CRP > à 40 mg/L = AB systématique.

La prescription d'antibiotiques était moindre à 4 semaines dans le groupe « CRP », 57 % contre 77,4 % dans le groupe « clinique usuelle ». <https://www.larevuedupraticien.fr/article/exacerbations-de-bpco-indication-dantibiotherapie-basee-sur-la-crp>

Traitement antibiotique <https://antibiocliv.com/>

Alterner les différents antibiotiques chez un même patient si plusieurs exacerbations dans l'année. En dehors de l'amoxicilline, privilégier les traitements courts (en **gras** les traitements de 1^{ère} intention)

Absence de FDR : VEMS > 50%, absence d'antécédent d'exacerbation sévère ni de cardiopathie ischémique ou décompensation cardiaque :

- **AMOXICILLINE** : 1 g 3 fois/j pendant 7 jours
- ou CÉFUROXIME-AXÉTIL PO : 250 mg 2 fois/j pendant 7 jours
- ou CEFPODOXIME-PROXÉTIL PO : 200 mg 2 fois/j pendant 7 jours
- ou CÉFOTIAM-HEXÉTIL PO : 400 mg 2 fois/j pendant 7 jours
- ou **PRISTINAMYCE** : 1 g 3 fois/j pendant 4 jours
- ou **AZITHROMYCINE** : 500 mg 1 fois/j le 1er jour, puis 250 mg 1 fois/j pendant 4 jours
- ou **CLARITHROMYCINE** : 1 g 1 fois/j pendant 5 jours
- ou **TÉLITHROMYCINE** PO : 800 mg 1 fois/j pendant 5 jours

En cas de FDR : VEMS < à 50%, antécédent d'exacerbation, comorbidités →

- **AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE** PO : 1 g 3 fois/j pendant 7 jours
- ou CEFTRIAZONE IV/IM : 1 à 2 g 1 fois/j pendant 5 jours
- ou CÉFOTAXIME IV : 1 à 2 g 3 fois/j pendant 7 jours
- ou LÉVOFLOXACINE PO : 500 mg 1 fois/j pendant 7 jours (en dernière intention +++)

L'examen cyto bactériologique des crachats (**ECBC**), n'est pas recommandé sauf en cas portage bactérien chronique (*P. aeruginosa*) ou d'échec d'une antibiothérapie de première ligne.

Les principaux critères d'hospitalisation sont :

- les comorbidités (cardiovasculaires ++),
- des antécédents d'exacerbations sévères,
- la sévérité de la dyspnée et/ou un encombrement important, une difficulté à la toux,
- une SpO₂ < 90%, une tachycardie > 110/min, une polypnée > 24/min,
- et surtout l'absence d'amélioration du traitement à 48-72h.

La prise en charge pluri-professionnelle du patient BPCO après hospitalisation pour exacerbation

Le risque de réhospitalisation est important dans les 2ers mois. L'organisation et la coordination du parcours de soins permet de réduire ce risque.

Ceci nécessite la mobilisation d'une équipe de soins primaires (MG, IDE, IPA, Azalée, kinésithérapeute, pharmacien...)

La prise en charge par le généraliste doit être précoce. Les recommandations (HAS, SPLF, GOLD) recommandent une consultation du MG à 1 semaine, une réadaptation respiratoire dès le 1^{er} mois, et une spirométrie entre 1 et 2 mois.

L'ETP est impérative, en particulier les objectifs de sécurité : la connaissance des symptômes d'exacerbation nécessitant un avis médical rapide.

Le médecin généraliste dispose d'une cotation spécifique : **MSH** pour prise en charge précoce en sortie d'hôpital (patient en ALD), une seule fois. Code NGAP : VG(S) + MSH (23 €) + MD = 58 € ;

Tous les dispositifs d'accompagnement du patient et d'exercice coordonné doivent être encouragés :

- le programme d'aide au retour à domicile (PRADO) avec transmission des informations au médecin généraliste,
- les plateformes territoriales d'appui (PTA) : guichet unique réunissant les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux,
- le dossier pharmaceutique partagé,
- les outils numériques sécurisés (Omnidoc, Globule, DMP...) sont autant de dispositifs indispensables pour renforcer la coordination et le partage d'informations entre les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient,
- les outils connectés pour le suivi des patients : téléconsultation, télésurveillance à domicile, téléexpertise...

Pour améliorer sa pratique : les « points clés »

- 1/ L'évaluation systématique du **statut tabagique** et sa prise en charge,
- 2/ Le diagnostic de BPCO par une **spirométrie** chez les personnes à risque (seul 21,3% de ces patients en ont bénéficié),
- 3/ La réalisation d'une spirométrie au moins annuelle est primordiale pour surveiller la fonction respiratoire et ajuster le traitement (elle n'est réalisée que pour 34,2% des patients),
- 4/ Les **vaccinations** recommandées (grippe, pneumocoque, Covid) :
 - . 52% des patients sont vaccinés contre la grippe (33% pour les moins de 65 ans),
 - . 31% contre le pneumocoque.
- 5/ La coordination d'un **parcours de soins primaire pluriprofessionnel** de proximité pour tous les patients BPCO
- 6/ **L'éducation thérapeutique** du patient est primordiale quel que soit le stade de la BPCO, en particulier :
 - . la bonne utilisation des dispositifs d'inhalation,
 - . la connaissance des signes d'alerte évocateurs d'exacerbation qui incitent à recourir à un soignant,
 - . une prescription d'activité physique adaptée (APA) chez tous les patients symptomatique ou non
- 7/ La **réévaluation du bénéfice/risque des CSI** au long cours (associations fixes bi ou trithérapie). Une déprescription (ou diminution des doses) est recommandée chez les patients en l'absence d'exacerbation dans l'année

Pour en savoir plus :

Indicateurs de qualité du parcours de soins. Patients à risque ou atteints de BPCO. HAS; 2020.
[Haute Autorité de Santé - Indicateurs de qualité des parcours de soins \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr)

Bibliographie

1. Traitement de fond de la BPCO en 2023 : une mise au point <https://splf.fr/traitement-de-fond-de-la-bpco-en-2023-une-mise-au-point/>
2. Recommandations GOLD 2023 : résumé et implications pratiques <https://www.frequencemedicale.com/pneumologie/actualites/10508-Recommandations-GOLD-2023-resume-et-impl>
3. Guide du parcours de soins des patients présentant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). HAS. 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/app_323_guide_bpco_actu_2019_vf.pdf
4. Bronchopneumopathie chronique obstructive. : les points critiques de la prise en charge. HAS. Actualisation Novembre 2019 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/app_323_points_critiques_bpco_vf.pdf ;
5. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence. HAS. 2014 ; https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
6. Aide à la prescription d'activité physique pour la BPCO.HAS.2018. [FICHE ORGANISATION DES PARCOURS \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/fiche_organisation_des_parcours_bpco.pdf)
7. Assurance maladie. Comment se déroule une spirométrie ? [En ligne] 2021. <https://www.ameli.fr/assure/sante/examen/exploration/deroulement-spirometri>
8. Optimisation du traitement médicamenteux des patients atteints de BPCO en état stable.SPLF). 2021 <https://splf.fr/wp-content/uploads/2021/12/optimisation-du-traitement-BPCO.pdf> ;
9. Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive ? HAS.2014 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/fps_bpco_rehabilitation_respiratoire_web_2014-06-02_17-33-40_489.pdf ;
10. Indicateurs de qualité du parcours de soins. Patients à risque ou atteints de BPCO. HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/rapport_bpco_iqss_parcours.pdf
11. Parcours du patient à risque ou atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : 7 indicateurs de qualité développés. HAS 2022 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/iqss_2022_-_bpco_rapport_de_developpement_mars_2022.pdf
12. Résultats des indicateurs de qualité du parcours des patients à risque ou atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/iqss_2022_-_indicateurs_bpco_developpement_-_synthese_mars_2022.pdf

ANNEXE 1

Bronchodilatateurs en inhalation buccale dans la BPCO (commercialisés en France au 11 décembre 2018)

Dénomination commune internationale (DCI)	Besoin de coordination main-inspiration	Forme pharmaceutique (a)	Nom commercial (b)	Nom du dispositif inhalateur particulier (éventuel indicateur des doses restantes)	Dosage (c)
Bronchodilatateurs non associés					
bêta-2 stimulants de courte durée d'action					
<i>salbutamol</i>	oui	suspension (à agiter)	VENTOLINE*, ou copie avec nom en DCI	—	100 µg
	non	suspension (à agiter)	AIROMIR*	AUTOHALER*	100 µg
poudre		VENTILASTIN*	NOVOLIZER* (avec indicateur)	100 µg (d)	
<i>terbutaline</i>	non	poudre	BRICANYL*	TURBUHALER* (avec indicateur)	500 µg
bêta-2 stimulants de longue durée d'action					
<i>formotérol</i>	oui	solution	FORMOAIR*	—	12 µg
	non	poudre	ASMELOT*	NOVOLIZER* (avec indicateur)	12 µg
poudre en gélules		FORADIL*, ou copie avec nom en DCI	AEROLIZER* ou autre	12 µg	
<i>indacatérol</i>	non	poudre en gélules	ONBREZ*	BREEZHALER*	150 µg, 300 µg
<i>olodatérol</i>	oui (e)	solution (a)	STRIVERDI* (f)	RESPIMAT* (avec indicateur)	2,5 µg (d)
<i>salmétérol</i>	oui	suspension (à agiter)	SEREVENT*	—	25 µg
	non	poudre	SEREVENT*	DISKUS* (avec indicateur)	50 µg
atropinique de courte durée d'action					
<i>ipratropium</i>	oui	solution	ATROVENT* (g)	—	20 µg
atropiniques de longue durée d'action					
<i>glycopyrronium</i>	non	poudre en gélules	SEEBRI*	BREEZHALER*	44 µg (d)
<i>tiotropium</i>	oui (e)	solution (a)	SPIRIVA*	RESPIMAT* (avec indicateur)	2,5 µg (d)
	non	poudre en gélules	SPIRIVA*	HANDIHALER*	18 µg
<i>umécldinium</i>	non	poudre (ne pas agiter)	INCRUSE*	ELLIPTA* (avec indicateur)	55 µg (d)
Bronchodilatateurs associés					
bêta-2 stimulant (action courte) + atropinique (action courte)					
<i>fénotérol + ipratropium</i>	oui	solution	BRONCHODUAL*	—	50 µg + 20 µg
bêta-2 stimulants (action longue) + atropiniques (action longue)					
<i>indacatérol + glycopyrronium</i>	non	poudre en gélules	ULTIBRO* (f)	BREEZHALER*	85 µg + 43 µg (d)
<i>olodatérol + tiotropium</i>	oui (e)	solution (a)	SPIOLTO* (f)	RESPIMAT* (avec indicateur)	2,5 µg + 2,5 µg (d)
<i>vilantérol + umécldinium</i>	non	poudre (ne pas agiter)	ANORO* (f), LAVENTAIR (f)	ELLIPTA* (avec indicateur)	22 µg + 55 µg (d)
bêta-2 stimulants (action longue) + corticoïdes					
<i>formotérol + béclo mé tasone</i>	oui	solution	FORMODUAL*, INNOVAIR*	(avec indicateur)	6 µg + 100 µg
	non	poudre	FORMODUAL*, INNOVAIR*	NEXTHALER* (avec indicateur)	6 µg + 100 µg
<i>formotérol + budésonide</i>	oui	suspension (à agiter)	SYMBICORT* (f)	RAPIHALER* (avec indicateur)	6 µg + 200 µg (h)
	non	poudre (ne pas agiter)	DUORESP*	SPIROMAX* (avec indicateur)	4,5 µg + 180 µg (d) 9 µg + 320 µg (d)
		poudre (à agiter)	GIBITER*	EASYHALER* (avec indicateur)	4,5 µg + 180 µg (d) 9 µg + 320 µg (d)
		poudre	SYMBICORT*	TURBUHALER* (avec indicateur)	6 µg + 200 µg (h) 12 µg + 400 µg (i)
<i>salmétérol + fluticasone</i>	non	poudre	SERETIDE*	DISKUS* (avec indicateur)	50 µg + 100 µg (g) 50 µg + 250 µg (g) 50 µg + 500 µg
<i>vilantérol + fluticasone</i>	non	poudre (ne pas agiter)	RELVAR*, REVINTY*	ELLIPTA* (avec indicateur)	22 µg + 92 µg (d)
bêta-2 stimulants (action longue) + atropiniques (action longue) + corticoïdes					
<i>formotérol + glycopyrronium + béclo mé tasone</i>	oui	solution	TRIMBOW* (j,k)	(avec indicateur)	5 µg + 9 µg + 87 µg (d,l)
<i>vilantérol + umécldinium + fluticasone</i>	non	poudre (ne pas agiter)	ELEBRATO* (j), TRELEGY* (j)	ELLIPTA* (avec indicateur)	22 µg + 55 µg + 92 µg (d)