



Septembre
2014

RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

Suivi en ville après hospitalisation pour BPCO^[1] Stratégie thérapeutique

 après avis de la HAS^[2]

Cette fiche récapitule la stratégie thérapeutique de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) dont les objectifs sont :

- de diminuer les symptômes et améliorer la fonction respiratoire (toux, expectoration, dyspnée...) ;
- de prévenir et traiter les complications et exacerbations (surinfection, décompensation respiratoire...) ;
- d'augmenter la tolérance à l'exercice.

L'atteinte de ces objectifs permet une amélioration de la qualité de vie et une diminution de la mortalité.

Traitements préventifs

La sensibilisation et l'implication du patient dans les traitements préventifs doivent permettre :

- l'arrêt des facteurs de risque au 1^{er} rang desquels le tabagisme ;
- la pratique / reprise quotidienne d'exercice physique ;
- une hygiène alimentaire adaptée (pour limiter les excès de poids ou éviter la dénutrition) ;
- une vaccination antigrippale ;
- une vaccination antipneumococcique.

Traitements de fond

• Les bronchodilatateurs :

Les anticholinergiques et les Beta2 mimétiques de longue durée d'action ont fait la preuve de leur efficacité en apportant :

- une diminution de la dyspnée ;
- une augmentation de la capacité d'exercice ;
- une diminution du nombre d'exacerbations ;
- une amélioration de la qualité de vie.

• L'association de corticoïdes et de beta2 mimétiques de longue durée d'action sous forme inhalée^[3] :

Elle est à réserver au patient ayant une obstruction bronchique sévère avec exacerbations répétées (voir définition au dos). Elle permet :

- une réduction des symptômes ;
- une diminution du nombre d'exacerbations ;
- une amélioration de la qualité de vie.

• La réhabilitation respiratoire :

Il s'agit d'un programme pluriprofessionnel structuré et individualisé comprenant un réentraînement à l'exercice, une éducation thérapeutique, de la masso-kinésithérapie respiratoire et/ou motrice, une aide au sevrage tabagique, une prise en charge diététique et psychosociale.

• L'oxygénothérapie de longue durée (OLD) et la ventilation assistée au long cours :

L'OLD est à proposer pour les stades sévères malgré un traitement médical bien conduit. Sa durée journalière minimale est de 15 heures.

La ventilation assistée est à proposer à l'issue d'une exacerbation grave avec insuffisance respiratoire hypercapnique. Son efficacité se traduit par une diminution de la PaCO₂.



Traitement de secours

Il est à mettre en place dans le cadre du plan d'action élaboré et porté à la connaissance du patient par l'équipe hospitalière, le pneumologue ou le médecin traitant (voir la fiche « conduite à tenir en cas d'aggravation » et la page 3 du carnet de suivi du patient). Il instaure en cas d'aggravation de la situation respiratoire :

- **un bronchodilatateur de courte durée d'action** : utilisé à la demande, il induit une broncho-dilatation en quelques minutes ;
- **une antibiothérapie** : à utiliser en cas de purulence franche de l'expectoration ;
- **une corticothérapie par voie orale** : en cas de signes de gravité et pour une courte durée ;
- **des séances de masso-kinésithérapie respiratoire** : si besoin pour aider à dégager les bronches.

Stratégie thérapeutique

Les traitements sont adaptés en fonction de la sévérité de la BPCO, telle que définie par la classification GOLD 2010^[4]

Stade de sévérité	(VEMS/CV < 0,7)			
	I : Léger	II : modéré	III : sévère	IV : très sévère
	VEMS ≥ 80 % de la valeur prédite	50% ≤ VEMS < 80 % de la valeur prédite	30% ≤ VEMS < 50 % de la valeur prédite	VEMS < 30 % de la valeur prédite ou VEMS < 50 % de la prédite avec insuffisance respiratoire chronique
	Arrêt du tabac et réduction des autres facteurs de risque Vaccinations antigrippale et antipneumococcique			
	Bronchodilatateur de courte durée d'action (si besoin)			
	Un ou plusieurs bronchodilatateurs de longue durée d'action Réhabilitation respiratoire			
			Glucocorticostéroïdes inhalés sous forme d'association ^[4] si exacerbations répétées	
				Oxygénothérapie longue durée si insuffisance respiratoire chronique Traitements chirurgicaux

Traitements non recommandés :

Chez le patient atteint de BPCO, la HAS recommande d'éviter :

- les corticoïdes inhalés pris isolément et les corticoïdes oraux au long cours ;
- les antitussifs ;
- les agents mucolytiques (inutiles dans le cas général) ;
- les cures préventives d'antibiothérapie ;
- les médicaments dépresseurs du système respiratoire (utilisables après avis spécialisé et sous surveillance gazométrique en cas de nécessité) : anxiolytiques, hypnotiques, certains antalgiques...

En cas de BPCO sévère, il est également recommandé d'éviter les bêtabloquants non cardiosélectifs (les bêtabloquants cardiosélectifs peuvent être utilisés).

^[1] BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive.

^[2] www.has-sante.fr

^[3] VEMS < 50 % de la théorique pour budésonide-formotérol, < 60% pour l'association fluticasone-salmétérol.

^[4] Tableau sur la prise en charge de la BPCO élaboré selon la classification Gold (traitement en fonction des stades de sévérité) mis à jour en 2009.