

Mots clés :

BPCO,
Education
thérapeuti-
que,
Qualité de
vie

BPCO : améliorer la qualité et l'espérance de vie

Les approches non pharmacologiques sont l'un des aspects essentiels de la prise en charge de la BPCO. Au-delà de sa grande prévalence, ce qui caractérise cette maladie est sa longue phase asymptomatique, pendant que s'installe la détérioration de la fonction respiratoire. Les données des études des 10 dernières années ont bien montré la possibilité d'obtenir, faute de régression, une stabilisation de la dégradation fonctionnelle autrement inéluctable, en réduisant les facteurs de risque, surtout le tabagisme, presque toujours en cause¹, et modifiant le style de vie. L'*American Thoracic Society* et l'*European Respiratory Society* ont fait le point factuel à ce sujet et proposé des recommandations². Un essai randomisé multicentrique en a testé le bien-fondé, au moins à court terme³. Toutes les études convergent : il est possible de réduire la dyspnée, augmenter les performances physiques, réduire les hospitalisations, donc améliorer la qualité et l'espérance de vie de ces patients.

Les mesures préventives générales

La société de pneumologie de langue française (SPLF) recommande 3 mesures¹ : le sevrage tabagique (recommandation de grade A), ou s'il est impossible, la réduction partielle du tabagisme par substitution nicotinique (grade B), l'éviction des polluants professionnels respiratoires (grade A) et la protection individuelle en cas de pollution atmosphérique (grade B).

L'éducation du patient.

Elle est fondamentale, concernant les règles de vie générale, la prévention et le traitement précoce des exacerbations. Plusieurs études ont montré qu'elles réduisaient les exacerbations et les hospitalisations^{4,5}.

Le réentraînement physique

Il concerne toutes les formes de BPCO, visant un entraînement à l'effort, un renforcement de l'activité physique. **Quand ?** Il est indispensable même chez les patients dyspnéiques et intolérants à l'effort, à tous les stades de la maladie (notamment après les exacerbations)^{1,2}.

Qu'en attendre ? Chez des patients motivés, au mieux de leur traitement pharmacologique : améliorer leurs possibilités d'activité physique, leurs symptômes respiratoires, leur fonction cardiovasculaire, réduire les troubles de l'humeur (grade C), améliorer la qualité de vie (grade A), mais aussi réduire les hospitalisations^{1,2,4}.

Comment ? Le réentraînement des membres inférieurs (marche sur tapis ou bicyclette ergométrique) est proposé³ (grade A), mais tous les exercices d'entraînement

musculaire semblent efficaces, avec poursuite à domicile. Un programme de 20 séances minimum (30 mn 3 fois par semaine) 1 fois par an, fait consensus (grade B) selon des modalités variables^{1,2}. Mais dans une étude sur 1 an, les patients ayant un haut niveau d'activité physique usuelle sont moins hospitalisés³.

BPCO et poids

La mesure de l'index de masse corporelle montre la maigreur fréquente des patients BPCO (1/3 des patients ambulatoires, 2/3 des patients hospitalisés)². Cette perte de poids se fait au détriment de la masse grasse, entraînant cachexie et atrophie musculaire, associée dans les études épidémiologiques à une surmortalité indépendante du degré d'obstruction bronchique. Elle doit faire l'objet de mesures rééducatives (exercice : cf ci-dessus), nutritionnelles (supplémentation), voire médicamenteuses (anabolisants, mégestérol...)².

Oxygénothérapie ?

L'oxygénothérapie à l'effort améliore la tolérance à l'exercice. L'intérêt de l'oxygénothérapie de longue durée (OLD) n'est démontré que dans le cas de désaturations artérielles importantes (PaO₂ diurne \leq 60 mmHg). L'OLD doit alors être la plus prolongée possible au cours du nyctémère, toujours > 15 heures par jour (grade A), avec contrôle technique régulier de l'appareillage (grade A). Au-delà, le recours à une ventilation endotrachéale relève de cas particuliers^{1,2}.

Que conclure pour notre pratique ?

L'évolution de la BPCO n'est ni inéluctable ni linéaire. Le sevrage tabagique est la 1^{ère} mesure ; le suivi du poids, l'activité physique régulière, l'éducation du patient, l'autosurveillance, participent à l'amélioration de la qualité de vie et sa durée. Tout ceci nécessite un dialogue patient-médecin particulièrement confiant.

La BPCO nécessite des interventions multidisciplinaires : soins primaires pour le suivi habituel, avec parfois l'intervention d'infirmières⁴, et de structures de réadaptation ; avis spécialisés, parfois hospitalisations pour certaines exacerbations, ou pour faire le point, programmer une oxygénothérapie... Le récent guide américano-européen² appelle de ses vœux une meilleure coordination de ces interventions, en l'attente d'études spécifiques.

Références :

- 1- SPLF. Actualisation des recommandations de la SPLF pour la prise en charge de la BPCO. *Rev Mal Respir.* 2003;20:294-9.
- 2- Nici L et al. American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2006;173:1390-1413.
- 3- Gadoury MA et al. Self-management reduces both short- and long-term hospitalisation in COPD. *Eur Respir J* 2005; 26: 853-7.
- 4- Wedzicha JA, Seemungal TAR. COPD exacerbations: defining their cause and prevention. *Lancet* 2007; 370: 786-96.
- 5- Collectif. Exacerbations de BPCO : le rôle du généraliste. *Bibliomed.* 2007: 475.