



QUIZ

PATHOLOGIE PULMONAIRE

A partir de ce cas clinique quelle est la prise en charge qui vous paraît la plus adaptée ?



Présentation du cas clinique

Un patient sédentaire de 45 ans, 65kg pour 1m75, tabagique (1 paquet par jour depuis 20 ans) vient consulter son médecin traitant pour une toux persistante accompagnées d'expectorations depuis plusieurs années, une dyspnée au moindre effort limitant ses activités. Ce patient n'est pas diabétique et n'a pas de signes de cardiopathies. Il ne rapporte pas de crise d'exacerbation de ses symptômes. A l'auscultation des râles bronchiques, pas d'hypertension artérielle ni de tachycardie, et le patient est apyrétique.

Le patient est traité par Lorazépam (TEMESTA) 2,5 mg au coucher prescrit par son psychiatre pour des «insomnies d'endormissement » depuis plus de 12 semaines.

Q1 Quelles sont les orientations diagnostiques possibles ?

- Asthme
- Pneumonie aigüe communautaire
- Bronchite chronique
- Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- Insuffisance ventriculaire gauche
- Tuberculose

Q2 Quels signes cliniques et paracliniques vous permettraient de suspecter une BPCO ?

- Toux chronique
- Dyspnée persistante aggravée par l'effort
- Tabagisme et/ou exposition professionnelle à des produits irritants ou toxiques
- Expectoration chronique
- Râles bronchiques
- Absence de fièvre

Réponses aux questions 1 et 2

- BPCO sur les arguments suivants :
 - ▣ tabagisme prolongé et important
 - ▣ Dyspnée (traduit un rétrécissement permanent du calibre des bronches qui le distingue de la bronchite chronique)
 - ▣ Toux et expectorations chroniques au moins 3 mois/an pendant au moins 2 années consécutives (pas de crise contrairement à l'asthme)
 - ▣ Absence de fièvre
 - ▣ Pas de signes d'insuffisance ventriculaire gauche (tachycardie...)

Prise en charge

Vous adressez votre patient à un pneumologue pour étayer votre diagnostic, évaluer la gravité du trouble ventilatoire obstructif et les comorbidités éventuelles.

Précisez la prise en charge.

Q3 Quels sont les examens requis à l'appui de votre demande de consultation spécialisée ?

- Radiographie thoracique
- EFR avec mesure de la VEMS/CV
- Tomodensitométrie thoracique
- ECG
- Dosage de l'alpha 1-antitrypsine
- Gaz du sang
- Taux d'éosinophiles circulants

Réponses à la question 3

- Radiographie thoracique face et profil
- EFR avec mesure de la VEMS/CV
- Les autres examens sont fonction de l'évaluation du pneumologue :
 - La tomodensitométrie thoracique est utile pour évaluation de la destruction parenchymateuse (emphysème)
 - Le dosage de l'alpha 1-antitrypsine se justifie si emphysème objectivé non corrélé avec l'intensité du tabagisme et si antécédents familiaux
 - L'ECG permet d'apprécier le retentissement sur le cœur d'une atteinte pulmonaire (signes d'appel : HTA, tachycardie, cardiopathie)
 - Gaz du sang si dyspnée au repos
 - Le taux d'éosinophiles circulants est un facteur prédictif du risque d'exacerbation

Prise en charge thérapeutique

Le pneumologue confirme une BPCO « modérée » ($50\% < \text{VEMS}/\text{CV} < 80\%$) sans insuffisance respiratoire chronique ($\text{PaO}_2 > 70 \text{ mm Hg}$) ni retentissement cardiovasculaire, mais suspecte un syndrome anxieux à l'origine de ses insomnies qui le conduit à demander un arrêt progressif du Lorazepam.

Q4 Quel traitement instaurer en 1ère ligne en cas de BPCO « modérée » sans exacerbations ?

- ❑ Bronchodilatateur inhalé
- ❑ Corticoïde inhalé
- ❑ Antitussif
- ❑ Mucolytique
- ❑ Théophylline LP
- ❑ Anti-leucotriène (Montélukast = SINGULAIR®)
- ❑ Substitut nicotinique (sevrage tabagique)
- ❑ Kinésithérapie respiratoire

Réponses à la question 4

- Bronchodilatateur inhalé :
 - Long Acting Muscarinic Agent (LAMA) en 1^{ère} intention (plus efficace que LABA pour la prévention des exacerbations) ou Long Acting Beta Agonist (LABA) en l'absence de facteurs de risque cardiovasculaire
 - + Bronchodilatateur d'action courte à la demande
- Kinésithérapie respiratoire
- Substitut nicotinique dans le cadre d'un sevrage tabagique
- Autres :
 - Corticoïde inhalé uniquement en cas d'exacerbation répétées en association à un LABA. Le corticoïde inhalé augmente le risque de pneumonie.
 - Antitussif et Mucolytique n'ont pas démontré d'efficacité.
 - Théophylline LP à réserver au patients qui ne peuvent prendre de médicament inhalé (faible effet bronchodilatateur et index thérapeutique étroit).
 - Anti-leucotriène (montélukast = SINGULAIR) pas d'indication dans la BPCO.
- Réévaluation :
 - LABA + LAMA si la dyspnée et les exacerbations persistent (≥ 2 /an)
 - LABA + corticoïdes inhalé si les exacerbations persistent (≥ 2 /an)

Q5 Les vaccinations antigrippale ou antipneumococcique sont-elles indiquées ?

- Quelque soit le stade de sévérité de la BPCO ?
- Chez les patients présentant une insuffisance respiratoire chronique ?
- Chez les patients de plus de 65 ans ?

Réponses à la question 5

- La vaccination antigrippale recommandée sauf contre-indication (Cf. RCP).
- La vaccination antipneumococcique est indiquée, selon le calendrier vaccinal, chez les patients de plus de 65 ans et chez les patients de moins de 65 ans présentant une BPCO sévère (stade III et IV)

Q6 Dans le cadre du sevrage tabagique, vers qui orientez-vous le patient ?

- Vers une consultation spécialisée de tabacologie
- Vers un psychothérapeute ?

Réponse à la question 6

- La prise en charge psychologique lors du sevrage tabagique du patient est à mettre en place de préférence dans un centre de tabacologie pour apprécier le niveau de dépendance psychique, prévenir les rechutes et le cas échéant assurer un accompagnement psychiatrique en complément de l'accompagnement médical.


Q7 Quel bronchodilatateur inhalé utilisez-vous préférentiellement chez la personne âgée à risque de fausse route ou de rétention urinaire ?

- LABA (β 2 agoniste de longue durée d'action)
- LAMA (anticholinergique de longue durée d'action)

Réponse à la question 7

- Chez la personne âgée sans maladie cardiovasculaire sous jacente (trouble du rythme, cardiopathie ischémique) on utilisera préférentiellement un LABA, car pas d'action muscarinique contrairement aux LAMA, sous surveillance de la fréquence cardiaque (palpitations, tachycardie).

**Q8 Quelles consignes de bon usage de l'inhalateur
donnez-vous ?**



Réponses à la question 8

- Les consignes de bon usage de l'inhalateur notamment la coordination main-bouche lors de l'inspiration sont à délivrer.
- Elles seront renouvelées et complétées par une simulation lors de la dispensation du médicament par le pharmacien.

Q9 A quelle fréquence réévaluer le traitement ?



Réponse à la question 9

- La réévaluation est à réaliser
 - ▣ Dans le mois qui suit l'instauration du traitement
 - ▣ Puis après chaque changement
 - ▣ Puis 1 à 2 fois par an pour les stades I et II
 - ou tous les 3 mois pour le stade III
 - ou de façon mensuelle pour le stade IV

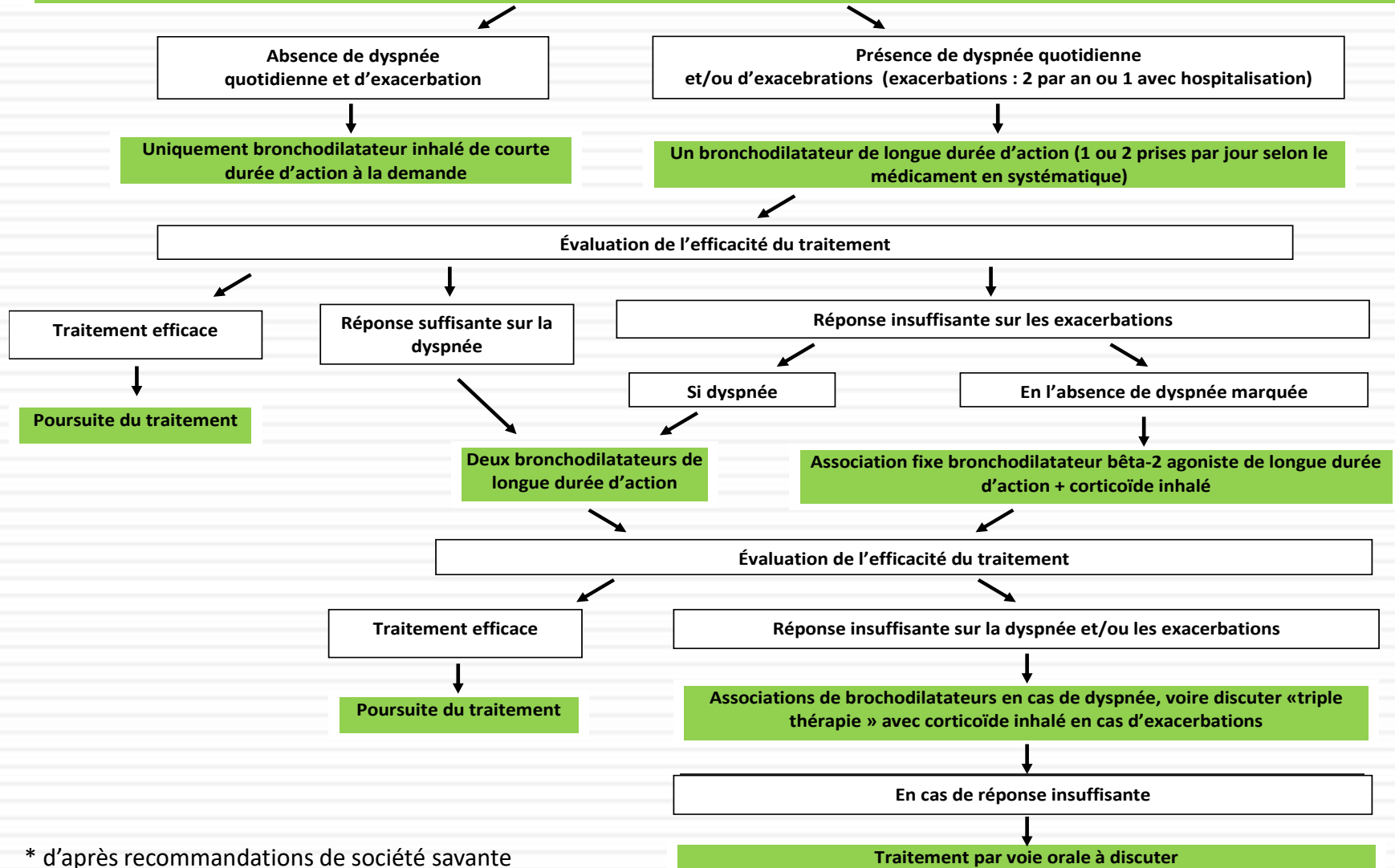
Références sur la BPCO

- ❑ <http://splf.fr/wp-content/uploads/2014/12/reco-bpco-trait-splf-2016-rmr.pdf>
- ❑ <http://splf.fr/wp-content/uploads/2017/06/erratum-Zysman-traitement-me%CC%81dicamenteux-BPCO-SPLF-2016.pdf>
- ❑ http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2015/01/item_205_BPCO-2.pdf
- ❑ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/schema_resume_parcours_de_soins_bpco.pdf
- ❑ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_bpco_finale.pdf
- ❑ <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide-Final-French.pdf>
- ❑ <https://splf.fr/videos-zephyr/> (*vidéos utilisation des inhalateurs*)

Prise en charge de la BPCO* VEMS/CV post bronchodilatateur < 70 %

Traitement de fond pour tous les patients

- ↳ Arrêt du tabac, prévention de l'exposition aux polluants notamment professionnels
- ↳ Activité physique, si nécessaire réhabilitation respiratoire pluridisciplinaire (kinésithérapeute, diététicien, psychologue, éducateur sportif, tabacologue, etc...)
- ↳ Vaccination antigrippale + vaccination antipneumococcique



* d'après recommandations de société savante

Composition du groupe de travail

- Gilles AUZEMERY : ARS Nouvelle-Aquitaine
- Driss BERDAI : CHU Bordeaux
- Jean CATHALIFAUD : URPS pharmaciens
- Gilles CHAPELLE : CHU Poitiers
- Martine CHASTAGNER : DRSM Centre-Ouest et Aquitaine
- Jean-Luc DELABANT : URPS médecins libéraux
- Guy ESPOSITO : ARS Nouvelle-Aquitaine
- Hélène GENIAUX : CRPV Limoges
- Pierre Olivier GIRODET : CHU Bordeaux
- Joanne JENN : CHU Bordeaux
- Frédéric LE GUILLOU : Pneumologue
- Bertrice LOULIERE : OMEDIT Nouvelle-Aquitaine
- Stéphanie MOSNIER-THOUMAS : CHU Bordeaux
- Sylvie OURCADE : DRSM Centre-Ouest et Aquitaine
- Marie-Christine PERAULT : CRPV Poitiers
- Emilie RENARD : Clinique du groupe Korian