



Septembre  
2014

# RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

## Suivi en ville après hospitalisation pour BPCO<sup>[1]</sup> Stratégie thérapeutique

 après avis de la HAS<sup>[2]</sup>

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<sup>er</sup> 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<sup>[3]</sup> :

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 PaCO<sub>2</sub>.



## 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<sup>[4]</sup>

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
	<b>Arrêt du tabac et réduction des autres facteurs de risque</b> <b>Vaccinations antigrippale et antipneumococcique</b>			
	<b>Bronchodilatateur de courte durée d'action (si besoin)</b>			
	<b>Un ou plusieurs bronchodilatateurs de longue durée d'action</b> <b>Réhabilitation respiratoire</b>			
			<b>Glucocorticostéroïdes inhalés sous forme d'association<sup>[4]</sup> si exacerbations répétées</b>	
				<b>Oxygénothérapie longue durée si insuffisance respiratoire chronique</b> <b>Traitements chirurgicaux</b>

## 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).

<sup>[1]</sup> BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive.

<sup>[2]</sup> www.has-sante.fr

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

<sup>[4]</sup> 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.