

La BPCO – une maladie chronique en progression

Otto Brändli,
Erich W. Russi

Contrairement à d'autres maladies chroniques, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) continue de progresser. Aujourd'hui, elle est la quatrième cause de décès au monde. Elle compte encore parmi les maladies incurables, mais la médecine a fait des pas importants dans son traitement. Le nihilisme thérapeutique n'a donc pas sa place ici.

Les nouvelles données sur la fréquence de la BPCO en Suisse sont inquiétantes. Mais cette maladie, qui pose des problèmes de santé croissants, est quasi méconnue. En outre, comparées aux dépenses pour des maladies nettement plus rares, les sommes consacrées à la recherche sont modestes. La prise de conscience concernant cette maladie et sa prévention est encore trop faible, non seulement dans la population et chez les fumeurs, mais également dans la pratique médicale quotidienne. Des concepts de traitement modernes et le nombre croissant de cas de BPCO, surtout chez les femmes, feront augmenter les coûts dans ce domaine. Cette situation est d'autant plus regrettable que la fréquence de la BPCO pourrait être réduite par des mesures adéquates de prévention, dont en premier lieu la lutte contre le tabagisme.

Le tableau clinique de la BPCO

La BPCO ne présente pas un tableau clinique uniforme. Pour les Anglais, elle était à l'origine une bronchite chronique évoluant à bas bruit, caractérisée par une toux avec expectorations et une dyspnée progressive. Les Américains, eux, l'englobaient dans l'emphysème. Depuis des années, la BPCO est définie comme une affection respiratoire irréversible pouvant être diagnostiquée par une spirométrie [1] (fig. 1). Le rapport (FEV_1 / FVC) entre le volume expiré dans la première seconde (FEV_1) et la capacité vitale forcée (FCV) est abaissé en permanence ($<0,70$). Le degré de gravité de la maladie (stades I–IV selon GOLD) est évalué en % de la valeur de référence du FEV_1 . Tous les patients ayant des symptômes de bronchite chronique (toux, expectorations >3 mois sur 2 ans consécutifs) n'ont pas une BPCO, et tous ceux qui présentent une BPCO n'ont pas les symptômes d'une bronchite chronique. Mais il existe une bonne corrélation entre l'intensité de la dyspnée à l'effort et la limitation de la fonction pulmonaire.

On considère aujourd'hui la BPCO comme une maladie systémique. Une inflammation chronique des poumons avec des effets systémiques est au centre du problème. Cette inflammation à bas bruit, qui s'accompagne d'une augmentation de la CRP, constitue aussi un facteur de risque de maladies cardiovasculaires et est coresponsable de la faiblesse musculaire et de la perte pondérale de nombreux patients BPCO. La BPCO n'est le plus souvent diagnostiquée que tardivement. La fonction pulmonaire est alors souvent abaissée au-dessous de 50% et l'espérance de vie est significativement réduite.

L'épidémiologie en Suisse

En Suisse, il n'existe malheureusement pas de données précises sur la morbidité de la BPCO. Les certificats de décès liés à la BPCO compulsés par l'Office fédéral de la statistique montrent une augmentation de 81% des diagnostics primaires et secondaires entre 1969 et 2003, soit quelque 4000 décès par an.

La tranche de population des 18 à 60 ans, choisie de manière aléatoire pour être suivie durant 11 ans dans le cadre de SAPALDIA, révèle une prévalence de la BPCO de 9,1%, dont 85% au stade I selon GOLD et 57% asymptomatiques [2]. Entre 1992 et 2003, 14,5% des personnes suivies dans cette étude ont développé une BPCO, soit une incidence de 1,3% par an chez les adultes. Une étude suisse conduite en pratique clinique a montré que, sur 25 000 personnes ayant effectué une spirométrie, 28% des fumeurs de plus de 40 ans présentaient des valeurs pathologiques. Nous fondant sur ces études, nous partons de l'idée que l'on pourrait diagnostiquer une BPCO chez quelque 400 000 Suisses.

Les causes de la BPCO

Un fumeur sur deux développera une BPCO s'il ne meurt pas auparavant d'une autre maladie liée au tabagisme, d'une maladie cardiaque coronaire ou d'un cancer du poumon [3]. Seules quelque 15% des personnes souffrant de BPCO sont non-fumeuses! En Suisse, à côté du tabagisme, c'est le métier d'agriculteur qui constitue le facteur de risque majeur pour développer une BPCO. Les agriculteurs sont surtout exposés à la poussière de foin et de paille dans les écuries ainsi qu'aux émanations des animaux et de leurs matières

- 1 GOLD: Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2007. www.goldcopd.org.
- 2 Bridevaux PO, Gerbase MW, Probst-Hensch NM, Schindler C, Gaspoz JM, Rochat T. Long-term decline in lung function, utilisation of care and quality of life in modified GOLD stage 1 COPD. *Thorax*. 2008;63:768-74.
- 3 Lundbäck B. Not 15% but 50% of smokers develop COPD? *Resp Medicine*. 2003;97:115-22.

Correspondances:

Prof. Erich W. Russi
Klinik für Pneumologie
Universitätsspital
Rämistrasse 100
CH-8091 Zurich
erich.russi@usz.ch

Dr Otto Brändli
Hömelstrasse 15
CH-8636 Wald

braendli@swisslung.org

Figure 1

Classification du degré de gravité de la BPCO [1].

Classification du degré de gravité de la BPCO				
A risque	Stade I léger	Stade II moyen	Stade III sévère	Stade IV très sévère
Spirométrie normale	FEV ₁ / FVC < 70 % FEV ₁ ≥ 80 %	FEV ₁ / FVC < 70 % FEV ₁ 50 %–80 %	FEV ₁ / FVC < 70 % FEV ₁ 30 %–50 %	FEV ₁ / FVC < 70 % FEV ₁ < 30 %
Symptômes chroniques (toux, expectorations, exposition à des facteurs de risque)	avec ou sans symptômes	avec ou sans symptômes	avec ou sans symptômes	ou existence d'une insuffisance respiratoire chronique ou d'une insuffisance cardiaque droite

fécales. Les infections bactériennes et virales fréquentes des voies respiratoires sont des causes typiques d'exacerbation de la maladie et d'accélération de sa progression. Il est donc recommandé aux patients souffrant de BPCO de se faire vacciner régulièrement contre la grippe et les pneumocoques.

Jusqu'ici, le seul facteur de risque génétique bien documenté pour le développement d'une BPCO est le déficit en 1-antitrypsine. L'1-antitrypsine est une protéine circulant dans le sang et synthétisée par le foie; elle peut protéger les poumons de substances nocives inhalées, respectivement des inflammations qui en résultent. Ce déficit héréditaire en 1-antitrypsine peut facilement être diagnostiqué en mesurant la concentration sanguine de cette protéine. Cet examen doit être fait chez tous les patients qui présentent des symptômes de BPCO (âge <45 ans; non-fumeurs). Certains indices montrent que chez certains patients, une substitution intraveineuse d'1-antitrypsine peut freiner l'évolution d'une maladie pulmonaire. Mais ce traitement est cher et doit se poursuivre tout au long de la vie. D'autres maladies se manifestent sur le plan fonctionnel comme une BPCO, avec un important syndrome obstructif des voies respiratoires. Ce sont par exemple les états post-bronchiolite, les infections récidivantes des grandes et petites bronches dans les cas de mucoviscidose, le déficit en immunoglobulines ou le syndrome de Kartagener (du nom du médecin suisse qui le décrit en 1933).

Aujourd'hui, la BPCO est une maladie que l'on peut traiter

La stigmatisation de la BPCO en tant que maladie sans espoir est dépassée: L'étude américaine *Lung Health Study* a révélé que, chez les fumeurs motivés par les résultats pathologiques de leurs examens fonctionnels pulmonaires, l'arrêt du

tabagisme peut contribuer à freiner l'abaissement du FEV₁ [4] et que la mortalité peut ainsi diminuer significativement [5]. Des bronchodilatateurs modernes, des antibiotiques et des corticostéroïdes peuvent influencer favorablement sur la fréquence et la gravité des exacerbations de la BPCO. Chez les patients présentant des symptômes limités, l'enseignement et l'entraînement physique médicalement surveillé sont décisifs pour le succès du traitement. A un stade tardif, une oxygénothérapie à domicile – et rarement une réduction chirurgicale du volume pulmonaire ou une transplantation – est souvent nécessaire. Comme pour les cancéreux, aborder les mesures possibles en fin de vie constitue une autre tâche délicate du corps médical.

Journée mondiale de la BPCO, le 19 novembre 2008

La Ligue pulmonaire vient en aide. Elle s'engage en faveur de la prévention de maladies des poumons et des voies respiratoires. Le personnel spécialisé de la Ligue pulmonaire conseille et accompagne les personnes concernées. En étroite collaboration avec le médecin traitant, la Ligue pulmonaire met à disposition les appareils respiratoires indispensables au traitement. Elle propose des conseils et des cours pour l'arrêt du tabagisme.

La Ligue pulmonaire propose un test de risque en ligne sur www.bpcoliguepulmonaire.ch. Les personnes intéressées et à risque peuvent évaluer leur risque de BPCO par un test simple et sauront s'il est indiqué de consulter le médecin.

Le forum en ligne sur www.bpcoliguepulmonaire.ch propose aux personnes concernées et intéressées une plateforme permettant de recevoir des conseils médicaux et d'échanger des expériences. Ce forum sera animé du 10 au 28 novembre 2008 par le Prof. Roland Keller, spécialiste en pneumologie.

La brochure «BPCO – Bronchopneumopathie chronique obstructive. Symptômes · Diagnostic · Traitement», facile à comprendre, informe les personnes concernées, leurs proches et les personnes intéressées. Elle existe en français, allemand ou italien et peut être commandée gratuitement sur www.publications.liguepulmonaire.ch, par e-mail à info@lung.ch, ou par téléphone au 031 378 20 50.

Ligue pulmonaire suisse, Südbahnstrasse 14c, 3000 Berne 14, tél. 031 378 20 50, fax 031 378 20 51, e-mail: info@lung.ch. Internet: www.liguepulmonaire.ch

4 Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV₁: the Lung Health Study. *JAMA*. 1994;272:1497-505.

5 Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, et al. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality. *Ann Intern Med*. 2005;142:233-9.