

Bénéfices du repérage précoce de la BPCO

Pr Bruno Housset

CHI de Créteil

04 06 19



LE SOUFFLE, C'EST LA VIE



Déclaration liens d'intérêts

SUBVENTIONS À TITRE COLLECTIF	RÉMUNÉRATION ET AVANTAGES À TITRE PERSONNEL
Fondation du souffle FFP OREP	AstraZeneca, Mundipharma, Boehringer Ingelheim, Pfizer, Nycomed/Altana, Chiesi, GlaxoSmithKline, Novartis.

Cette intervention est faite en toute indépendance vis-à-vis de l'organisateur de la manifestation.

Questions sur un repérage précoce

- Repérage précoce d'une BPCO ou repérage d'une BPCO précoce ?
- Pourquoi ?
- Comment ?
- Où et par qui ?

Quels bénéfices à un diagnostic précoce ?

- Favoriser l'arrêt du tabac ?
 - Encore controversé
 - Des valeurs spirométriques normales ne sont pas une autorisation à fumer = discours adapté
- Redresser un diagnostic
- Justifier un traitement
 - Non pharmacologique : conseils diététiques, activité physique, réhabilitation
 - Pharmacologique = respect des AMM
 - Objectif: améliorer le confort respiratoire – prévenir les exacerbations

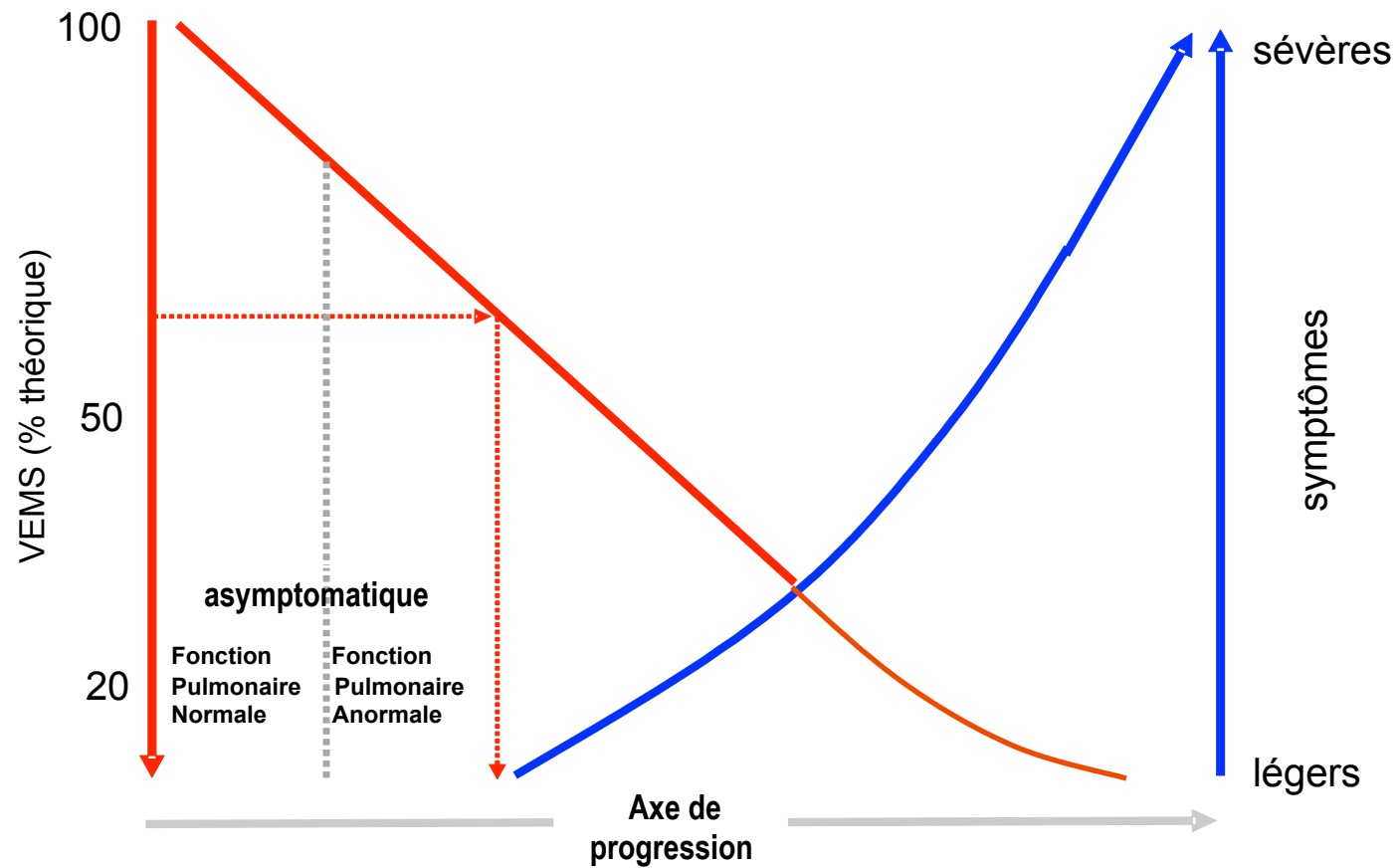
Pourquoi un diagnostic précoce ?

Informé le patient sur les risques encourus

- Décision en connaissance de cause
- Rattacher les symptômes à une anomalie organique

Oui mais...

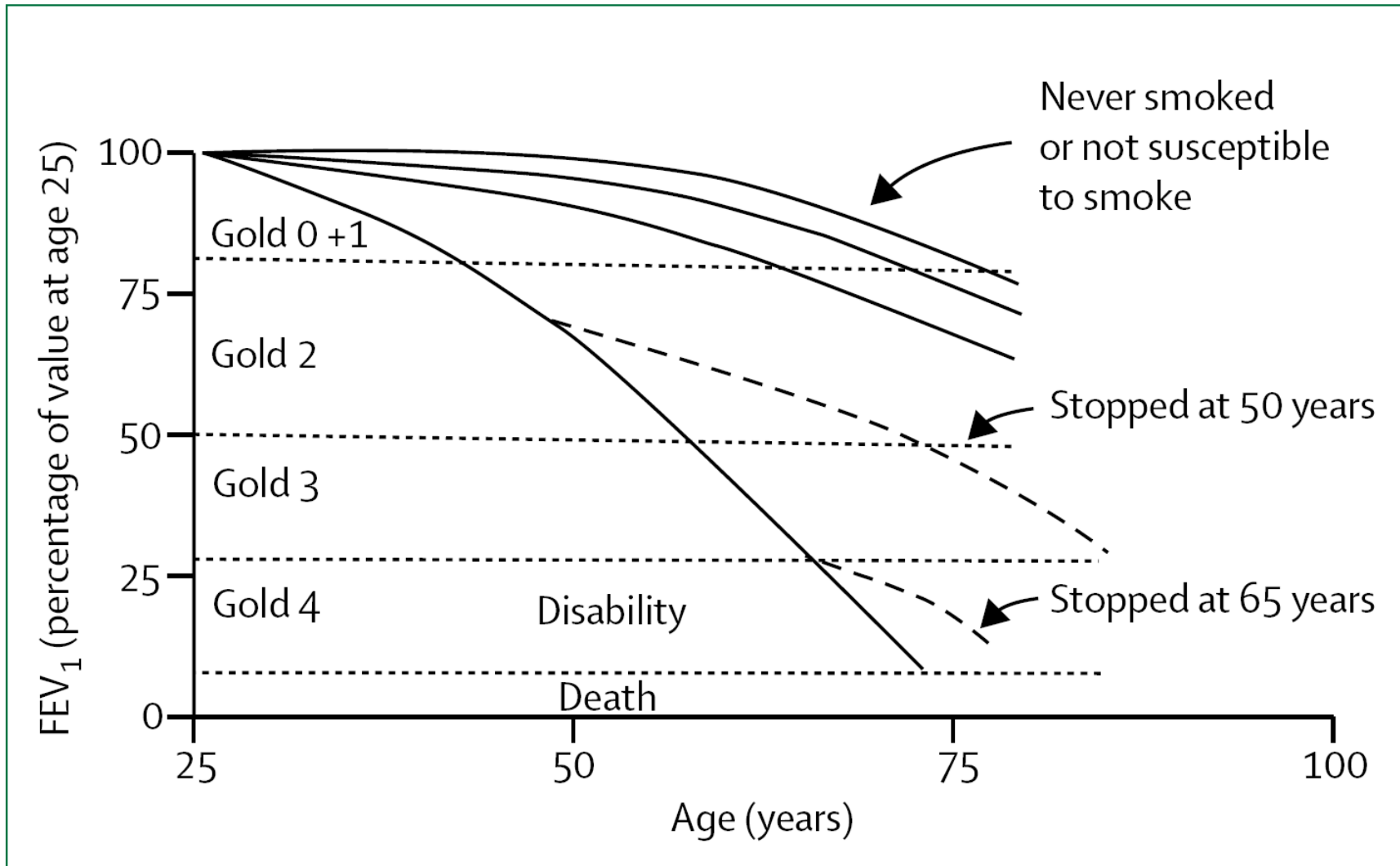
Apparition tardive des symptômes de BPCO



Conséquences d'une détection précoce

- Changement des pratiques :
 - Sur 1024 sujets fumeurs
 - Obstruction méconnue 9%
 - Notion erronée de TVO 11%
(Dales et coll Chest 2005)
 - Sur 146 patients 40 à 70 ans - > 15 PA
 - 17% déjà connu pour BPCO
 - Mais prévalence dans la population 47%
(Vandevoorde et coll Respir Med 2007)

Soustraction à un facteur de risque identifié



Amélioration du sevrage tabagique ?

- Le simple conseil de sevrage tabagique par le Médecin Généraliste double le taux d'arrêt
- Les substituts nicotiniques doublent le taux de succès des tentatives d'arrêt
- Le dépistage facilite-t-il le sevrage tabagique ?
 - Taux de sevrage 16% si obstruction modérée à sévère versus 6,4% si légère ($p < 0,001$) : Influence du dépistage ou des symptômes ?
 - Information par courrier : Sevrage à 1 an : 13,7 % si information sur EFR anormale et/ou risque asbestosique versus 9,9 %

Gorecka D et al. Diagnosis of airflow limitation combined with smoking cessation advice increases stop-smoking rate. Chest. 2003; 123: 1916-1923

Humerfelt S et al. Effectiveness of postal smoking cessation advice: a randomized controlled trial in young men with reduced FEV1 and asbestos exposure. Eur Respir J. 1998; 11: 284-290

Amélioration du sevrage tabagique ?

- 4494 sujets > 40 ans et > 10 PA
 - Syndrome obstructif 26%
 - Chez ces derniers explications précises données (courbe de Fletcher)
Si non obstruction discours centré sur K et risque cardio-vasculaire
 - A 1 an : 3077 sont revus (68.5%)
 - Obstruction 16.3% de sevrage
 - Non obstruction 12% de sevrage
 - $P < 0.001$ mais non randomisé...

Table 4. Study Characteristics and Abstinence Outcomes of Smoking Cessation Trials (Key Question 5a)

Source	No. Randomized	Population Summary	Follow-up, mo	Treatment Comparison	Smoking Abstinence, No. (%)	Quality
Kotz et al, ³⁹ 2009	296	Aged 35-70 y; ≥10 pack-year history; ≥1 respiratory symptom (cough, sputum, shortness of breath); mild or moderate COPD ^a	12	IG: Counseling plus discussion of spirometry results	13 (11.2) ^{b,c}	Fair
				CG: Counseling alone or referral to smoking cessation treatment	13 (11.6) ^{b,c}	
McClure et al, ⁴⁰ 2009	542	Smokers aged ≥18 y; smoked average of 15 cigarettes/d for the past year or 10 cigarettes/d for ≥10 y	12	IG: Counseling plus discussion of spirometry, "lung age," and CO results ^d	29 (10.9) ^{c,e}	Fair
				CG: Health risk report and general advice to quit smoking	35 (13.0) ^{c,e}	
Parkes et al, ⁴¹ 2008	561	Aged ≥35 y; patient record indicates was a smoker within the last 12 mo	12	IG: Counseling and confrontation with "lung age"	38 (13.6) ^{b,f}	Fair
				CG: General advice to quit smoking and lung function scores via mail with no further explanation	18 (6.4) ^{b,f}	
Sippel et al, ⁴² 1999	205	Smokers aged ≥18 y	9	IG: Counseling plus discussion of spirometry and CO results	9 (9.0) ^{c,e}	Fair
				CG: Counseling alone	14 (14.0) ^{c,e}	
Risser and Belcher, ⁴³ 1990	90	Smokers participating in a general preventive intervention Veterans Administration demonstration project	12	IG: Counseling plus discussion of spirometry and CO results	9 (20.0) ^{c,e}	Fair
				CG: Counseling alone	3 (6.7) ^{c,e}	

Abbreviations: CG, control group; CO, carbon monoxide; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; FEV₁, forced expiratory volume in 1 second; FVC, forced vital capacity; IG, intervention group; RCT, randomized clinical trial.

^a Postbronchodilator FEV₁/FVC <70% and FEV₁ ≥50% predicted.

^b Biochemically validated smoking abstinence.

^c Not statistically significant.

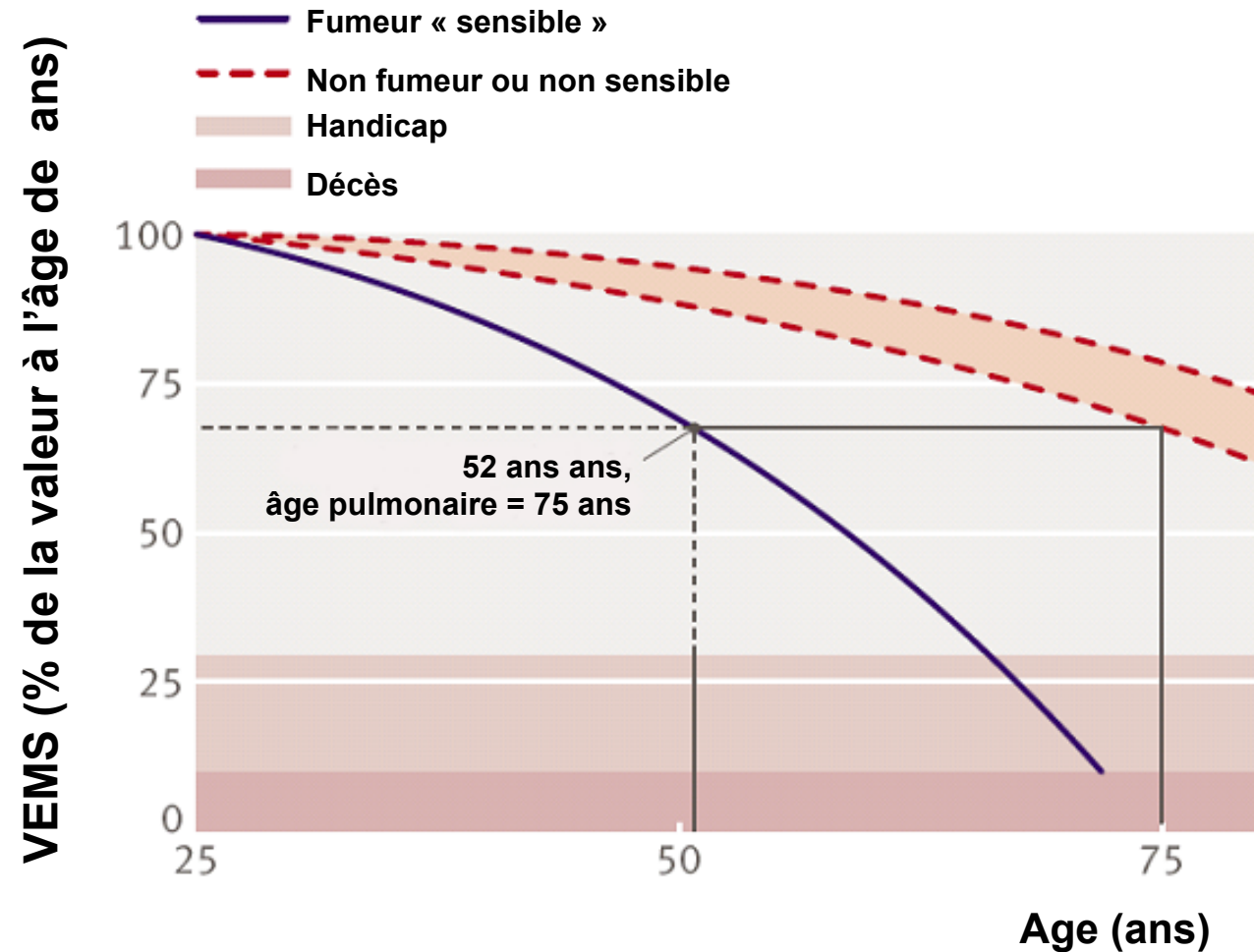
^d "Lung age" given to those with FEV₁ <80%.

^e Self-reported smoking abstinence.

^f Statistically significant difference; validated quit rate difference, 7.2% (95% CI, 2.2%-12.1%); *P* = .005.

Age pulmonaire

Principe



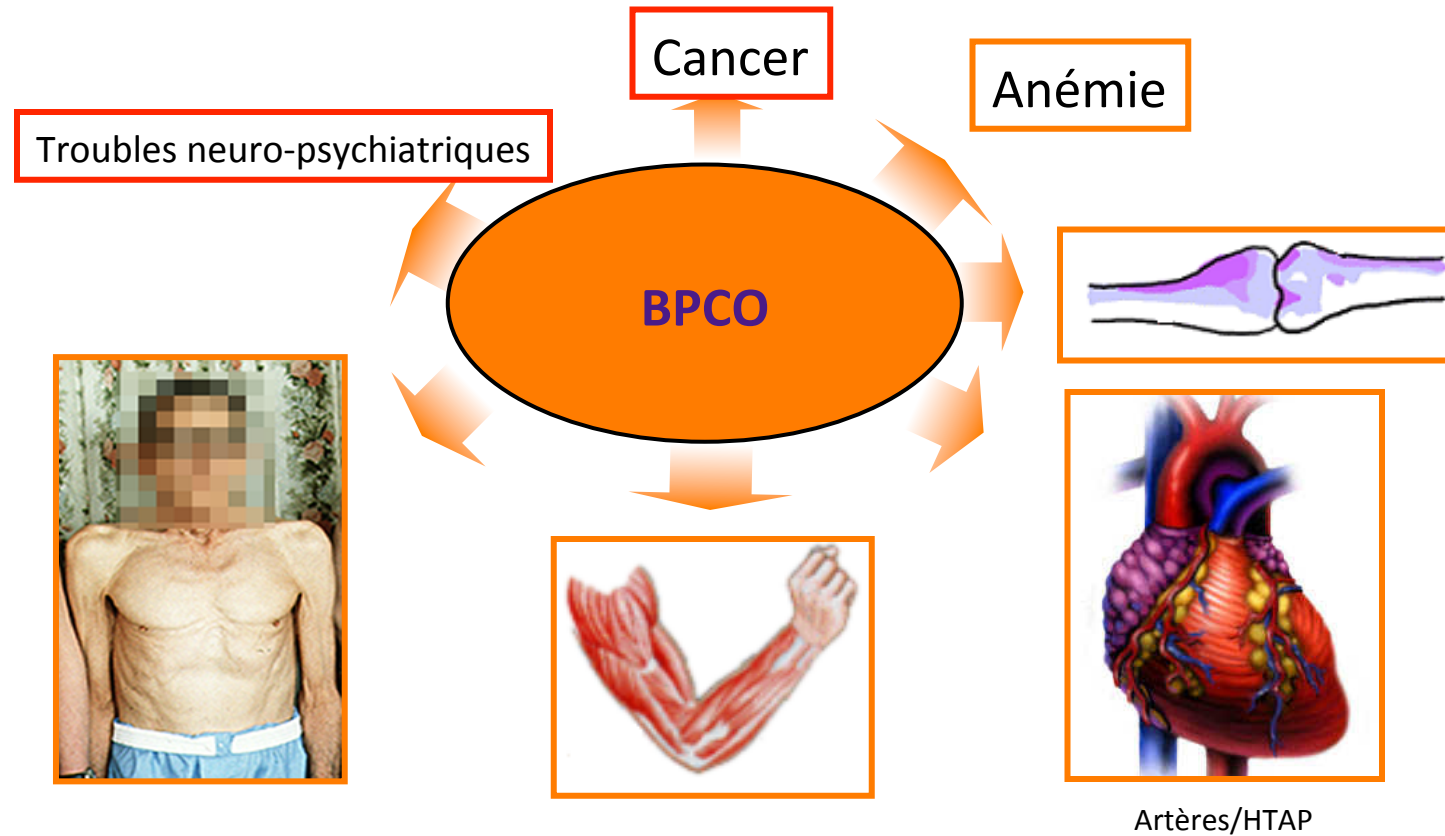
Application

Impact de l'âge pulmonaire sur le sevrage tabagique

- Essai randomisé

	Témoin (n=281)	Intervention (n=280)	Valeur P
Perdu de vue	11,4 (32)	11,0 (31)	0,9
Tabagisme			
Sevrage tabagique confirmé*	6,4 (18)	13,6 (38)	0,01
Fumeur à 12 mois	90,4 (254)	84,6 (237)	
Non connu	3,2 (9)	1,8 (5)	
Consommation journalière en cigarettes moyenne (écart type)	13,7 (10,5)	11,7 (9,7)	0,03
Fréquentation de programme de cessation NHS	1,4 (4)	1,7 (5)	
Utilisation d'assistance à la cessation tabagique (clinique, NRT, bupropion, acupuncture)	7,8 (22)	10,7 (30)	0,2†

Co-morbidités chez les patients atteints de BPCO



D'après Agustí AGN, Noguera A, Sauleda J, Sala E, Pons J, Busquets X. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. European Respiratory Journal. 2003;21(2):347-60.

Risque cardio-vasculaire et BPCO

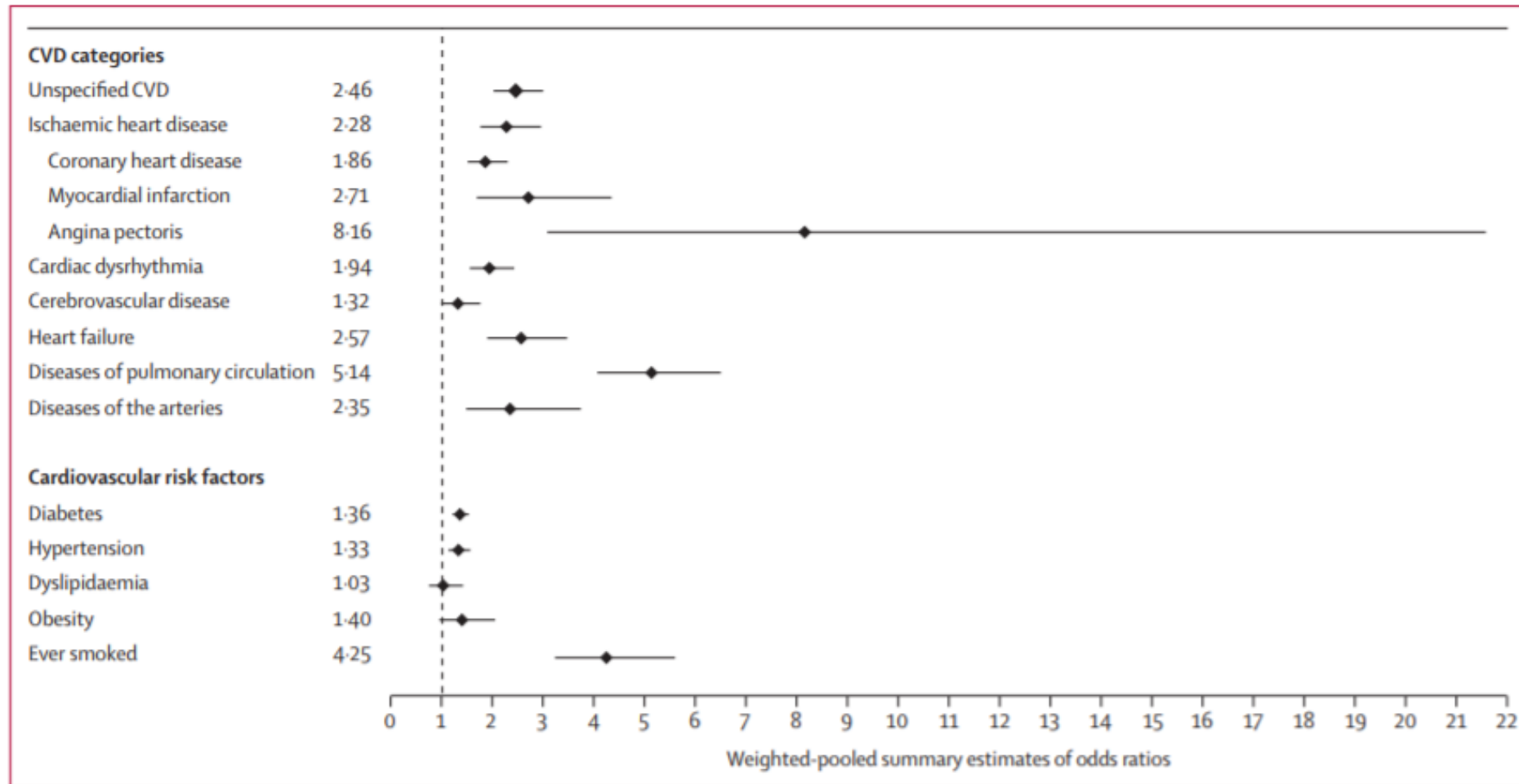
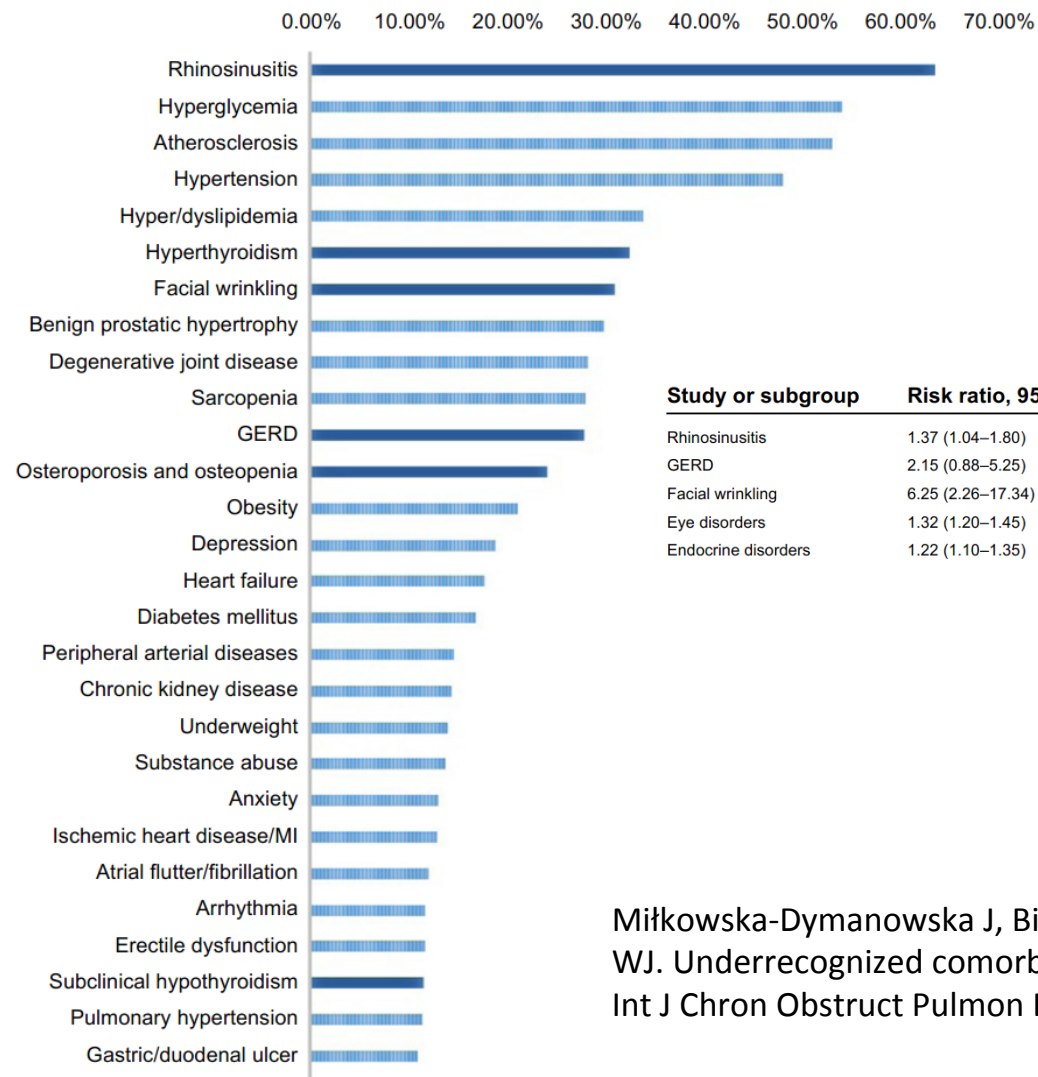


Figure 2: Summary forest plot showing the weighted-pooled summary estimates of odds ratio (meta-OR) and the 95% CI for cardiovascular disease in COPD compared with non-COPD population

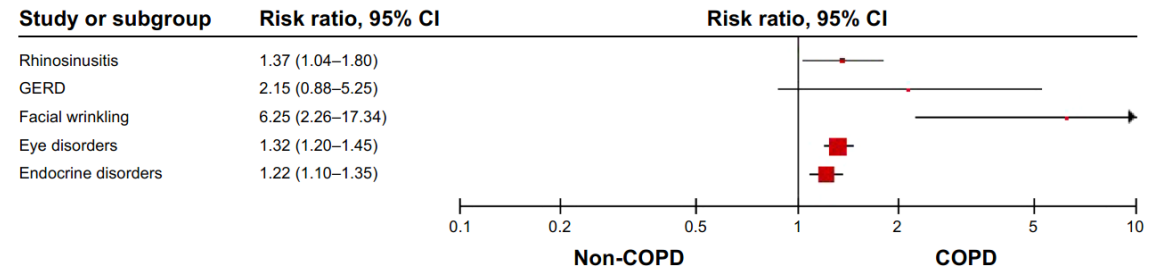
The meta-odds ratio is indicated with a black diamond and the error bars span the 95% CI. The bold dash vertical line marks the border for significance.

CVD=cardiovascular disease. COPD=chronic obstructive pulmonary disease.

Chen W, Thomas J, Sadatsafavi M, FitzGerald JM. Risk of cardiovascular comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med.* août 2015;3(8):631-9.

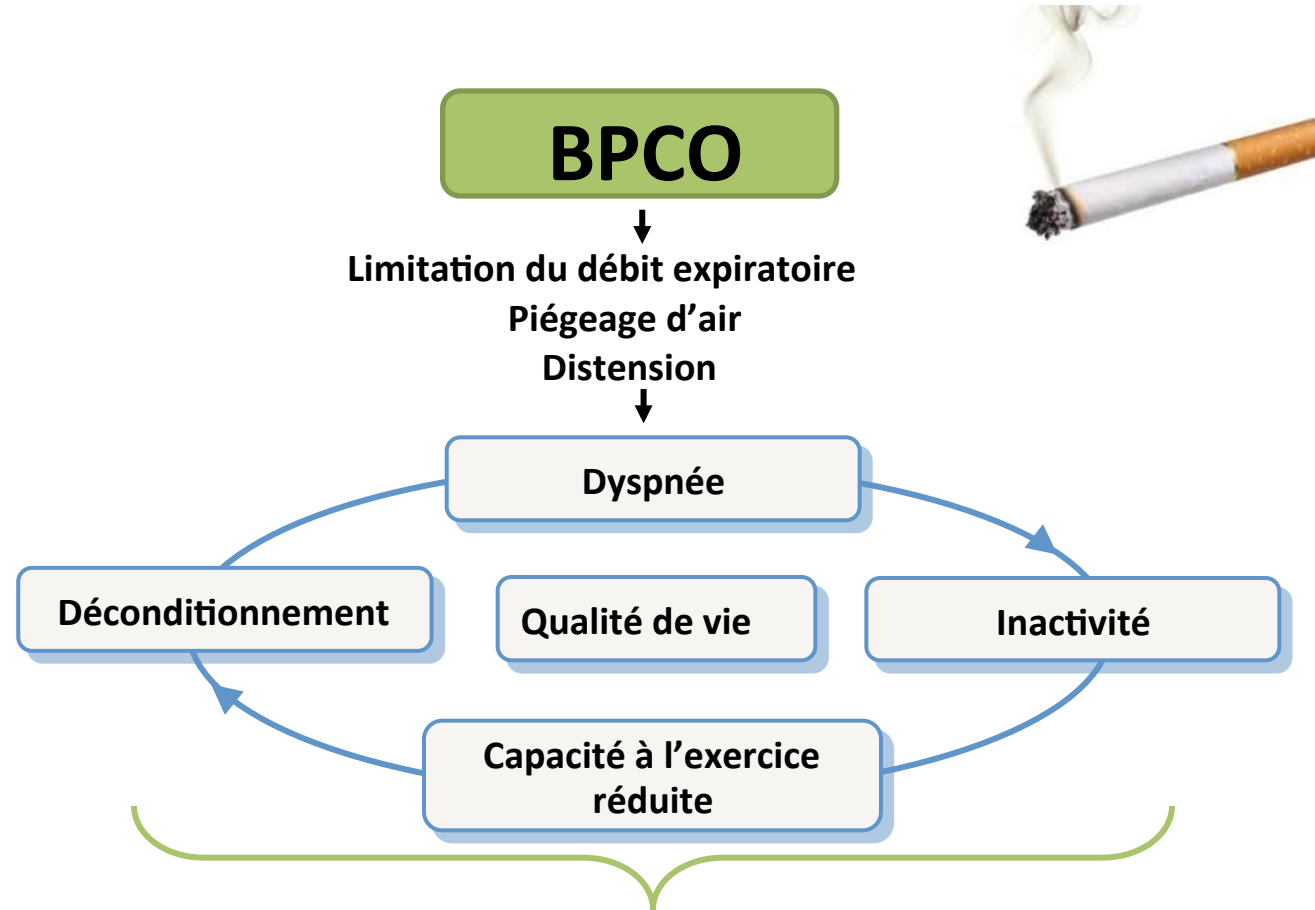


Co-morbidités méconnues



Miłkowska-Dymanowska J, Białas AJ, Zalewska-Janowska A, Górski P, Piotrowski WJ. Underrecognized comorbidities of chronic obstructive pulmonary disease. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2015;10:1331-41.

La BPCO est une maladie progressive



Conséquences systémiques

Fonte musculaire, atteinte cardiovasculaire, modification IMC, dépression, ostéoporose, handicap, décès

Diminution précoce de l'activité physique

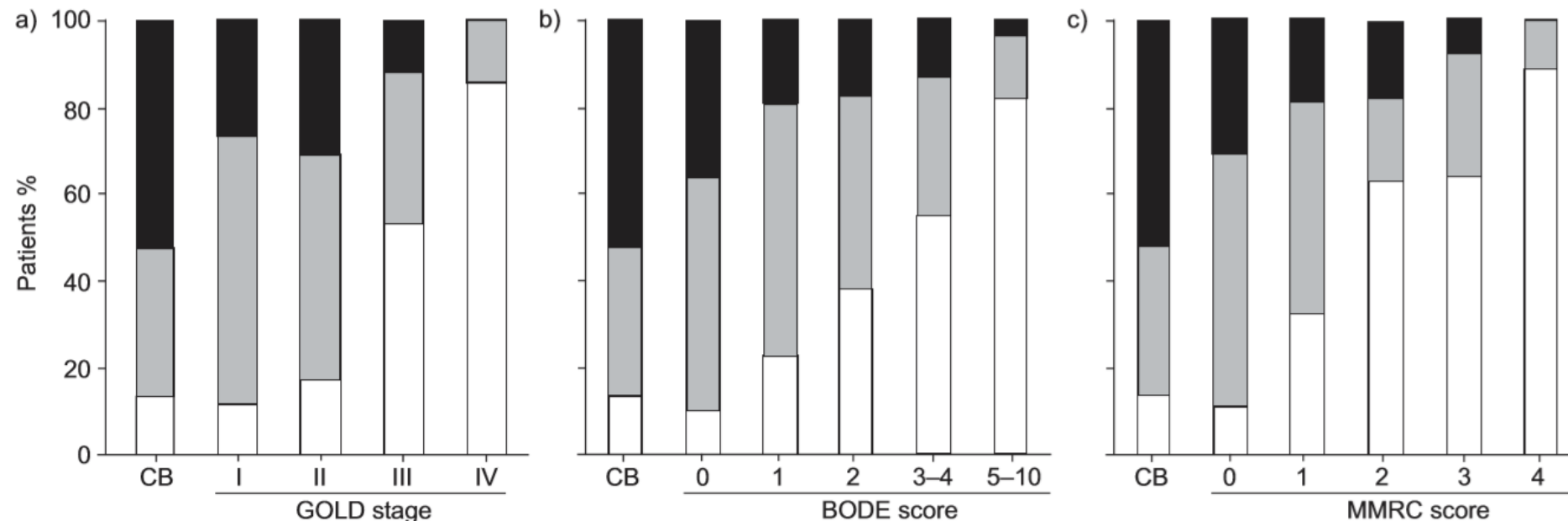
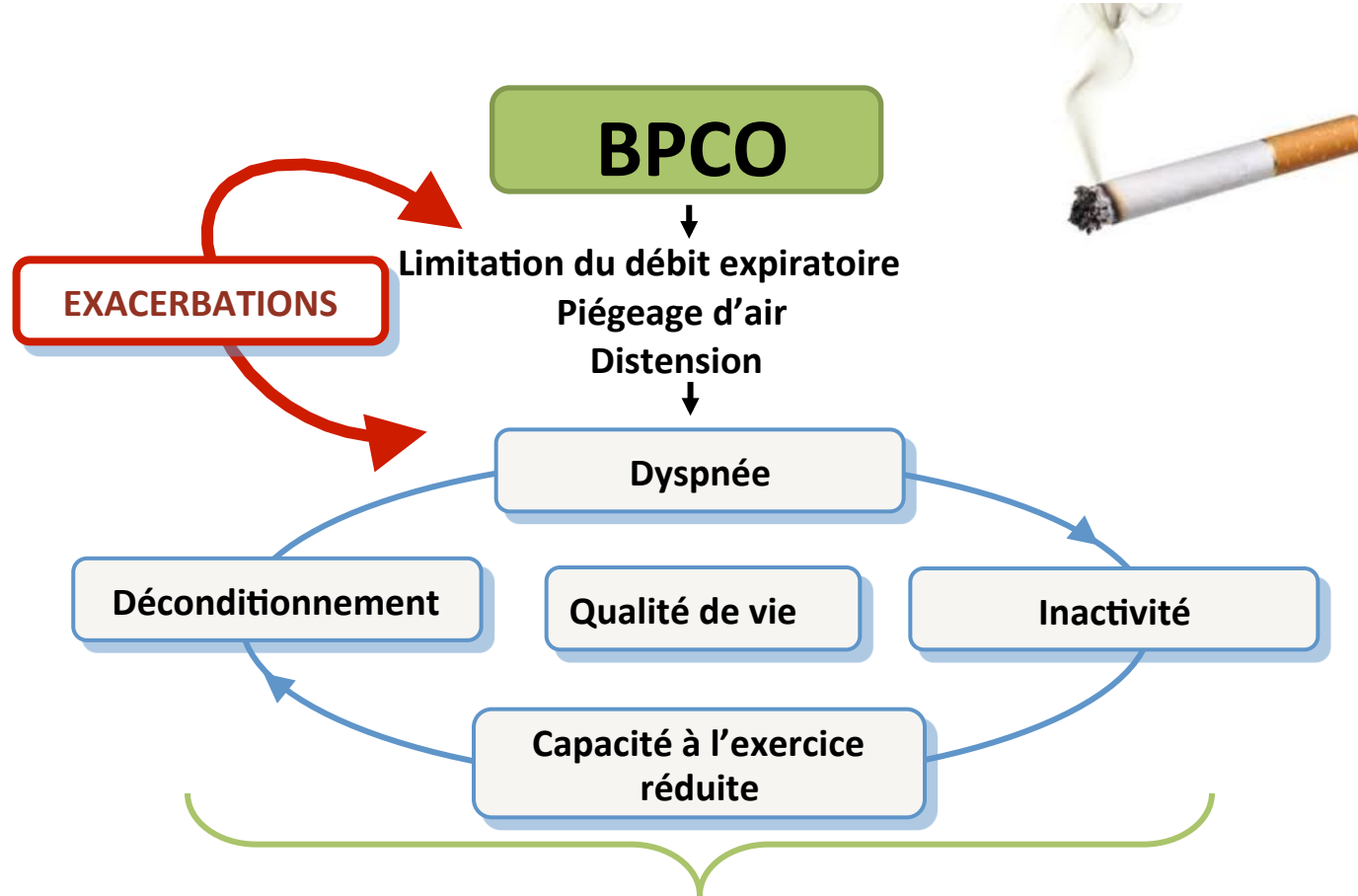


FIGURE 5. Percentage of patients who were active (physical activity level >1.70; ■), predominantly sedentary (physical activity level 1.40–1.69; ■) or very inactive (physical activity level <1.40; □) according to a) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) stages, b) BODE (body mass index, airway obstruction, dyspnoea, exercise capacity) score and c) the modified Medical Research Council (MMRC) dyspnoea scale. CB: chronic bronchitis.

principal facteur pronostique !

Watz H, Waschki B, Meyer T, Magnussen H. Physical activity in patients with COPD. European Respiratory Journal. 2008;33:262–272.

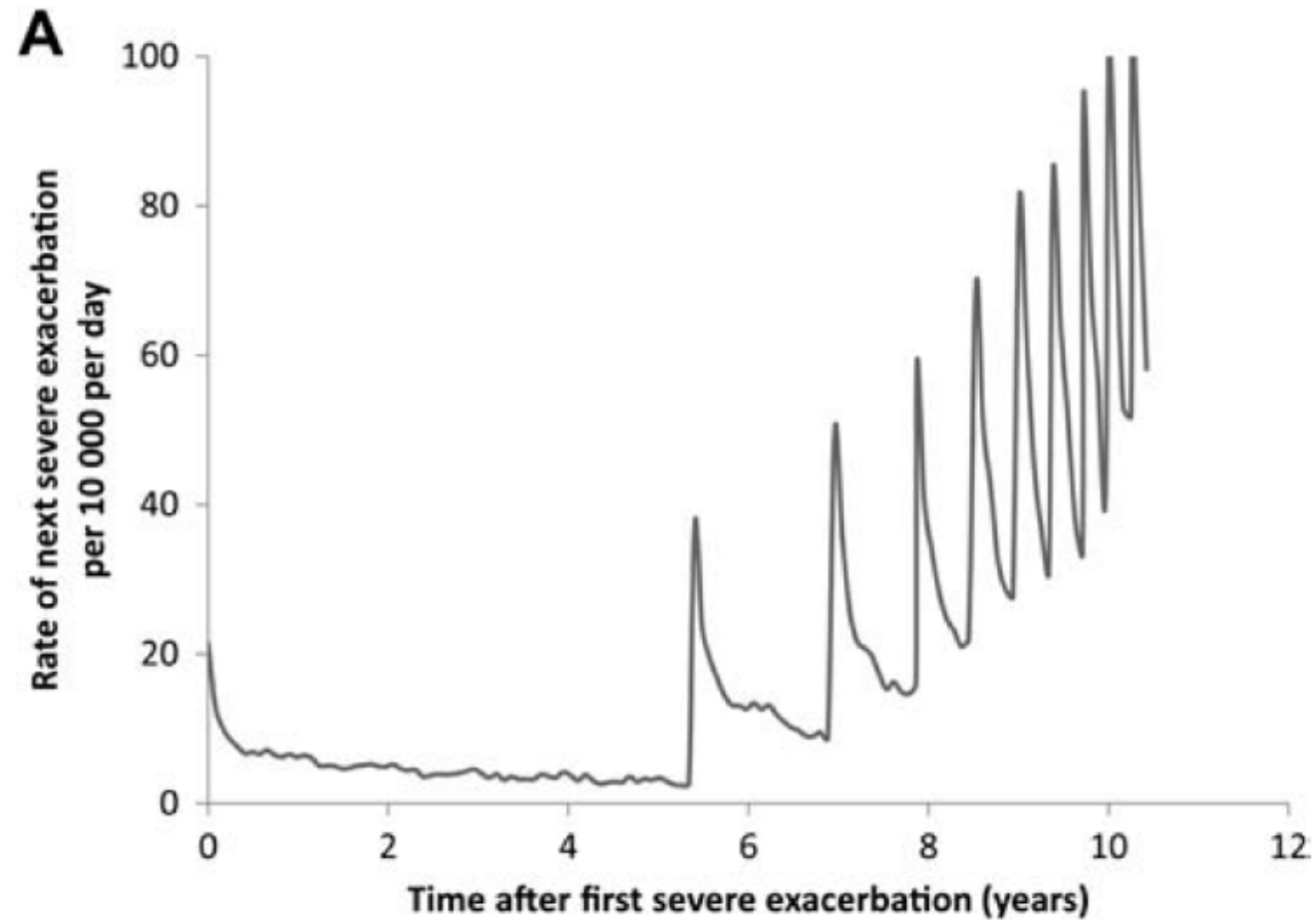
La BPCO est une maladie progressive



Conséquences systémiques

Fonte musculaire, atteinte cardiovasculaire, modification IMC, dépression, ostéoporose, handicap, décès

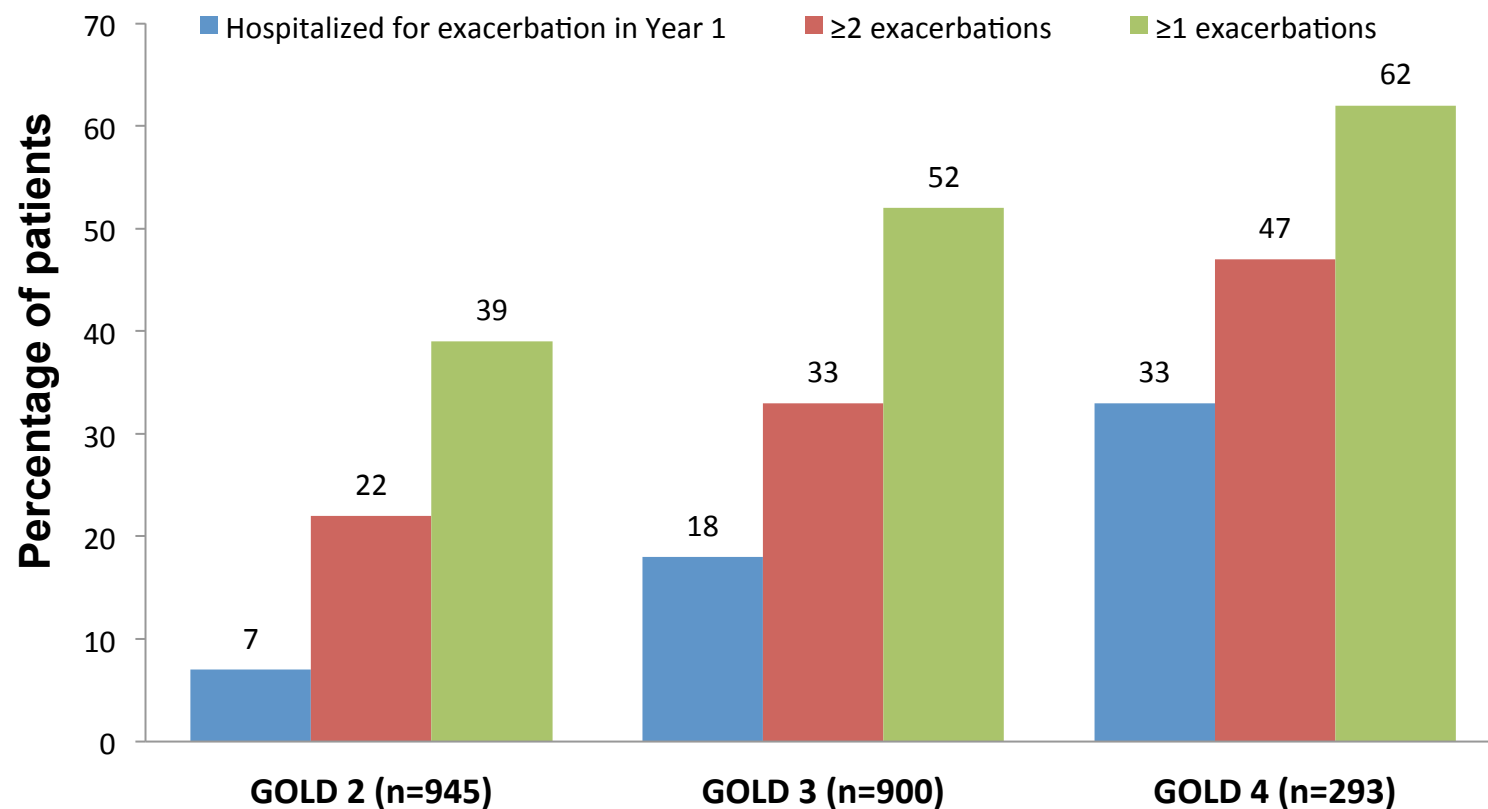
Qui a fait fera !



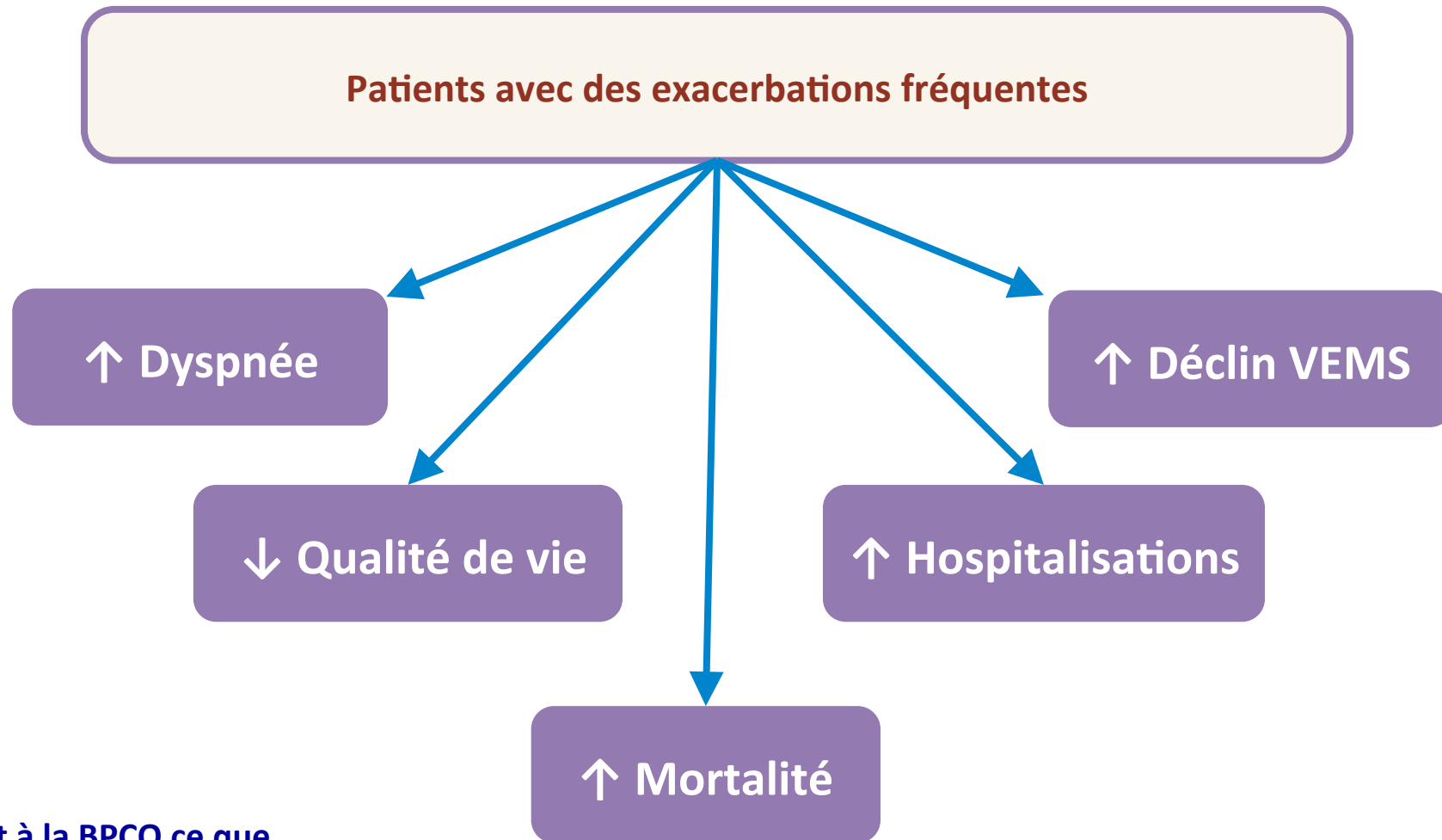
Suissa S, Dell'Aniello S, Ernst P. Long-term natural history of chronic obstructive pulmonary disease: severe exacerbations and mortality. *Thorax*. 2012;67(11):957–63.

Relation entre sévérité de la BPCO et fréquence et sévérité des exacerbations

- La fréquence et la sévérité des exacerbations augmentent avec la sévérité de la BPCO (GOLD 2 à GOLD 4)



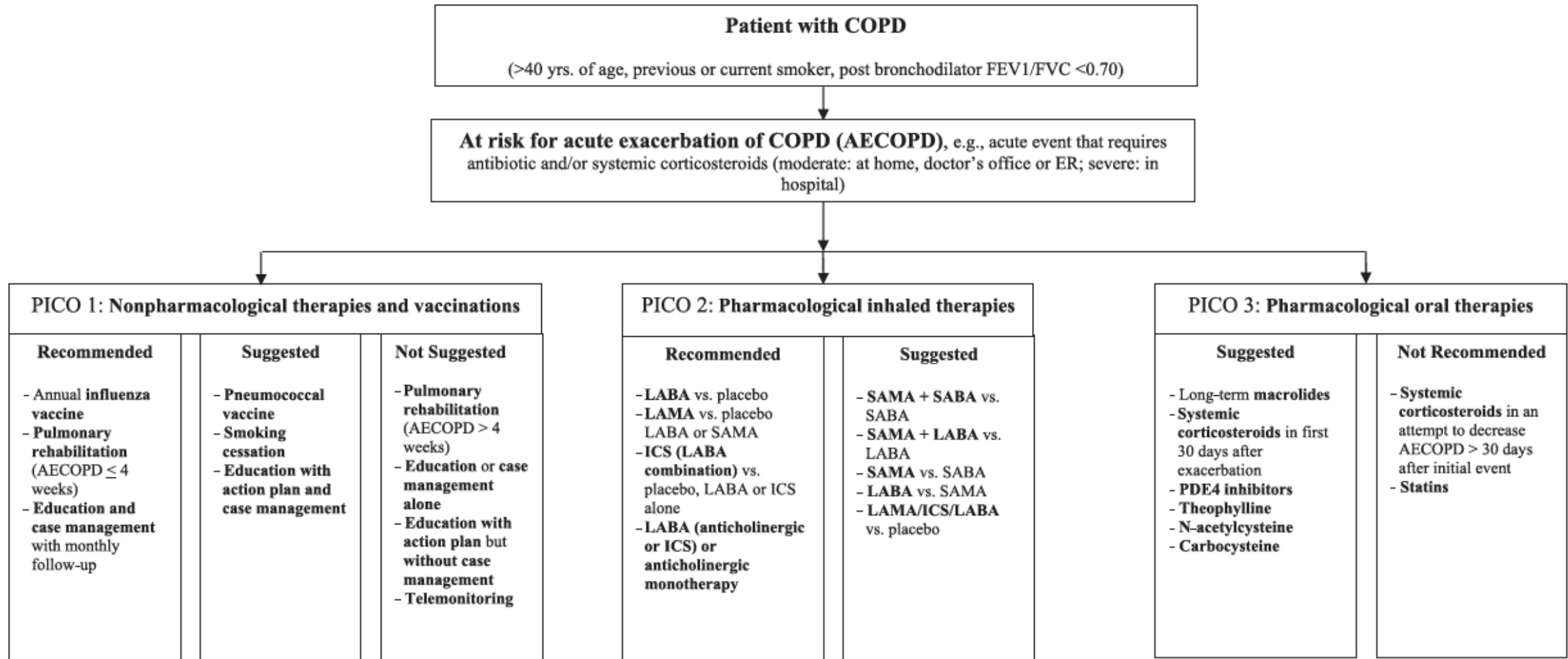
Impact des exacerbations modérées et sévères de la BPCO



Les exacerbations sont à la BPCO ce que
l'infarctus est à l'insuffisance coronarienne
J Bourbeau

Wedzicha JA , Seemungal TA. Lancet 2007

Prévention des exacerbations



Les bénéfices d'un diagnostic précoce de BPCO sont donc multiples

Favoriser l'arrêt du tabac : c'est probable ...
mais reste à prouver

Redresser un diagnostic

Identifier et traiter une co-morbidité

Justifier un traitement

- Non pharmacologique : conseils diététiques, **activité physique, réhabilitation**
- Pharmacologique = respect des AMM
- Objectif: améliorer le confort respiratoire – prévenir les exacerbations

