

Journée SSMG

par le Dr Michel Hallez, médecin généraliste, 7380 Quiévrain

Pneumologie

La Hulpe, 29 novembre 2008

Revalidation pour la BPCO

Au fur et à mesure de l'altération de sa fonction respiratoire, le patient atteint de BPCO s'adapte à sa dyspnée en réduisant son activité physique (et ce dès le tout premier stade de la maladie). Ce faisant, il se sédentarise et s'isole socialement. Ceci entraîne pour conséquence une perte de fonction également au niveau des muscles de ses membres et de sa cage thoracique. Il entre alors dans un cercle vicieux aboutissant à la longue à une aggravation de ces déficits et allant de pair avec une perte de qualité de vie.

Afin d'enrayer ce lent déclin, il lui est demandé d'arrêter son tabagisme. Le traitement médicamenteux prescrit (en aérosols principalement), s'il soulage le patient à court terme, n'empêchera pas l'aggravation de sa pathologie. Il faut donc encourager le patient à conserver une activité physique. Le meilleur moyen est de lui prescrire une revalidation spécifique. Des études ont permis d'établir que le bénéfice de celle-ci est supérieur au traitement médicamenteux en termes de réduction de la dyspnée, d'endurance à l'effort et de qualité de vie.

Le patient doit d'abord subir une évaluation de ses capacités respiratoires et physiques générales. Il faut tenir compte de ses co-morbidités (une ischémie myocardique instable est la principale contre-indication). La base de cette réhabilitation est le reconditionnement physique général. On établit ensuite un programme de rééducation basé sur des exercices adaptés d'intensité modérée portant sur l'endurance, qu'on demande au patient d'effectuer très régulièrement (au moins 3 fois par semaine), à raison d'un minimum de 20 minutes par séance, pendant 8 à 24 semaines (le remboursement étant différent selon les centres, agréés ou non par convention INAMI). Les exercices des membres inférieurs sont privilégiés (tapis roulant, cycloergomètre), mais on travaillera aussi les membres supérieurs et les muscles res-

piratoires, particulièrement touchés lors d'utilisation itérative de corticoïdes oraux. Le bénéfice obtenu pourra alors être maintenu par la suite si le patient continue à maintenir une activité physique.

Malheureusement en Belgique, le nombre de centres de revalidation est insuffisant pour pouvoir prendre en charge les nombreux patients BPCO qui en auraient besoin.

D'après l'exposé du Pr. Eric MARCHAND, pneumologue à Mont-Godinne

L'oxymétrie de pouls en médecine générale

Avec la baisse du coût de cette technique, il est devenu possible pour le médecin généraliste d'apprécier, dans certaines situations, la saturation en oxygène de l'hémoglobine de ses patients en situation de détresses respiratoires. Si la technique a tout à fait été validée en milieu hospitalier (anesthésiologie, services de soins intensifs et d'urgence, services de pneumologie et de pédiatrie), ce n'est pas le cas en médecine ambulatoire où les études sont nettement moins nombreuses.

Rappelons que les résultats de l'oxymètre doivent toujours être interprétés en fonction du contexte du patient. De nombreuses situations peuvent interférer avec la mesure indiquée, induisant ainsi de faux positifs et de faux négatifs. Ainsi des paO_2 très basses, la présence de carboxyhémoglobine dans le sang et l'anémie sévère sont une cause de surévaluation de la saturation. À l'inverse, la saturation est sous-estimée lorsqu'il existe une vasoconstriction intense des extrémités, comme c'est le cas dans le froid, dans l'hypothermie, le choc circulatoire et en cas d'insuffisance cardiaque. Soulignons aussi que ces appareils ont une marge d'erreur de 2 à 3%. En conséquence, il est bon de retenir comme valeur minimale tolérable le chiffre de 92% de saturation en oxyHb

qui correspond plus ou moins à celle de 60 mmHg de paO_2 . Sous celle-ci, le patient est en insuffisance respiratoire et requiert alors des mesures thérapeutiques urgentes. Une hospitalisation pouvant s'imposer en fonction de l'état clinique du patient, surtout si les moyens mis en œuvre n'améliorent pas rapidement la situation. La dyspnée aiguë avec une saturation inférieure à 92% indique, avec une sensibilité de 100% et une spécificité de 86%, une hypoxémie sous les 60 mmHg. En se reportant à la littérature, on ne retrouvera que quelques indications où l'oxymétrie de pouls s'avère utile en médecine ambulatoire et en MR(S):

- la forte suspicion d'une infection pulmonaire sérieuse chez les personnes âgées
- la crise d'asthme pour évaluer sa sévérité, à côté des signes cliniques
- les exacerbations de la BPCO
- le screening des patients hypoxiques nécessitant une oxygénothérapie continue

D'après l'exposé du Pr DEROM, pneumologue à l'AZ Gent

L'enfant siffleur

La prévalence de l'asthme chez l'enfant a fortement augmenté ces dernières années (8-12%). Les situations qui s'accompagnent de sibilances auscultatoires sont très nombreuses et apparaissent très tôt, le plus souvent dès la première année. 25 à 50% des enfants en ont souffert avant 6 ans et la moitié d'entre eux récidivent et évoluent vers un asthme avéré. 80% des adultes asthmatiques ont eu un épisode avant 6 ans.

Il est donc important de dépister, parmi tous les «enfants siffleurs», ceux qui évolueront vers un asthme constitué et qui nécessiteront une prise en charge thérapeutique. Ceux qui ont le plus de risque d'évoluer ainsi sont les atopiques. La présence, avant 3 ans, d'un critère majeur (un parent asthmatique, de la dermatite atopique ou une sensibilisation aux aéroallergènes) ou de deux critères

mineurs (rhinite allergique, épisodes sifflants non infectieux et éosinophilie) prédit à 75 % un risque ultérieur d'évolution asthmatique.

Pour déterminer ce risque, il est donc important, dès que les épisodes de sifflements se multiplient, de réaliser une anamnèse familiale (parents atopiques, tabagisme passif, enquête dirigée sur les aéroallergènes...), d'effectuer les tests allergiques (IgE totales, éosinophilie, prick tests) quel que soit l'âge de l'enfant, et d'intégrer l'ensemble des résultats à la situation clinique.

Quelle est la place des virus dans l'apparition des sibilances et de l'asthme? Les virus seraient plutôt des révélateurs de l'hypersensibilité sous-jacente que des causes par eux-mêmes d'un asthme futur. Ils jouent cependant un très grand rôle dans les épisodes sifflants de la petite enfance. Quant aux expositions précoces aux virus, aux antibiotiques et aux aéroallergènes, de nombreuses hypothèses (dont toutes n'ont pas été confirmées) ont été mises en cause quant à leur rôle possible dans la genèse de l'asthme. En conséquence, les traitements seront adaptés aux situations rencontrées. En l'absence de facteurs de risque significatifs d'un asthme, on pourra se contenter de traiter à la demande les épisodes de sifflements, par exemple avec des bronchodilatateurs de courte durée d'action. Si un asthme est révélé et s'il n'est pas suffisamment contrôlé avec ces médications, un traitement de fond sera instauré, soit avec des corticoïdes inhalés à doses les plus basses possibles (premier choix) ou avec des antagonistes des leucotriènes (ceux-ci à partir de deux ans). Les bronchodilatateurs de longue durée d'action n'ont pas leur place chez l'enfant sous 6 ans. Il est important aussi de bien choisir la voie d'aérosolisation selon l'âge et les activités de l'enfant.

D'après un exposé du Dr G. DE BILDERLING, pédiatre-pneumologue au CHR Namur

Quoi de neuf dans l'aide au tabagisme?

De plus en plus de données confirment que l'addiction au tabac est liée à un état dépressif. En effet, la nicotine agirait sur le système nerveux central notamment sur des récepteurs sérotoninergiques et renforcerait le système dopaminergique de récompense. Il a d'ailleurs été constaté, dans certaines études, que le pourcentage de dépressifs chez le fumeur était plus élevé que chez le non-fumeur. Il en était

de même pour celui des suicides, notamment chez les femmes. De même, en cas de sevrage volontaire ou non, on remarque des exacerbations de la dépression (17-30 %).

L'aide au sevrage doit de plus en plus tenir compte de cette composante afin d'optimiser la réussite de celui-ci.

L'entretien motivationnel est toujours d'un grand intérêt de même que l'approche cognitivo-comportementale dans le soutien au sevrage.

La thérapeutique médicamenteuse dans ce contexte trouve un intérêt particulier. Quelques études ont fait mention de l'utilité de prescription d'antidépresseurs. Le plus étudié est la nor-tryptiline (Nortilen®). Mais on a également employé des IMAO et des ISRS. Le bupropion (Zyban®) et la varénicline (Champix®) ont également des effets anti-dépresseurs.

C'est le cas également des substituts nicotiniques dans la mesure où cette substance est sérotoninergique. C'est pourquoi il semble plus efficace de conseiller une association comprenant un substitut nicotinique et un antidépresseur.

D'après un exposé du Pr P. BARTSCH, pneumologue à l'UCL

Des antibiotiques dans les exacerbations BPCO

Sont-ils utiles à chaque épisode aigu? Théoriquement, les antibiotiques sont indiqués dans une surinfection bactérienne pouvant aggraver de façon aiguë l'état du patient et accélérer le déclin de sa fonction respiratoire.

Le choix d'une antibiothérapie empirique ou non nécessite de connaître le stade de sévérité GOLD du patient. En effet, dans les deux premiers stades (VEMS > 50 %), le pneumocoque domine (47 %), suivi par l'hæmophilus influenzae et le moraxella catarrhalis (23 %) et les germes Gram négatifs (30 %). Le rôle du pneumocoque et de ses deux acolytes du trio infernal devient moins important à mesure que le syndrome obstructif chronique s'aggrave. Ainsi au stade IV (VEMS < 30 %), les germes Gram négatifs, et en particulier le pseudomonas aeruginosa, sont responsables de 60 % des surinfections; sur des terrains nettement plus débilisés.

Retenons cependant que 30 à 50 % des exacerbations ne sont pas bactériennes.

On choisira donc de prescrire un antibiotique selon les critères d'Anthonisen tout en tenant compte de l'intensité de l'exacerbation et du terrain du patient. Ces critères tiennent compte d'une aggravation de la dyspnée, d'une augmentation du

volume des expectorations et d'une purulence plus prononcée de celles-ci. Si ces trois critères sont réunis ou si deux d'entre eux le sont avec une purulence significative, il faut donner un antibiotique. Et il faudra le faire d'autant plus que le patient est âgé de plus de 65 ans, qu'il est sous corticoïdes oraux, que son VEMS basal est inférieur à 40, qu'il exacerbe plus de trois fois par an ou qu'il est atteint de comorbidités. Outre le choix de prescrire un antibiotique, il faut aussi se poser la question ici d'une éventuelle hospitalisation. En ambulatoire, quel antibiotique donner? Le premier choix reste l'association amoxicilline-acide clavulinique (875 mg x 3) pendant 8 à 10 jours. En cas d'allergie, il vaut mieux recourir à la moxifloxacine (400 mg x 1). Si les exacerbations sont très fréquentes, l'alternance des deux est un bon choix. Ces recommandations diffèrent de celles du BAPCOC qui préconisent l'amoxicilline (3 g par jour). Le taux d'échec est ici plus important (nombreuses résistances, quand il ne s'agit pas d'un pneumocoque) et le recours aux drogues sus-dites s'impose le plus souvent et rapidement dans un second temps.

D'après un exposé du Dr J.B. MARTINON, pneumologue à Ste-Elisabeth, Namur

La spirométrie en e-learning à la SSMG

Il n'est plus besoin de rappeler que depuis l'été 2007 les généralistes peuvent pratiquer la spirométrie. Outil efficace pour un diagnostic précis de l'asthme, pour un dépistage précoce de la BPCO, pour l'évaluation du traitement ce celle-ci.

La SSMG continue à participer à la formation via des séances d'e-learning (voir sur www.ssmg.be) et des ateliers pratiques, formation donnant lieu à une certification.

D'après un exposé du Dr G. HOLLAERT, médecin généraliste à Dottignies, SSMG