



TABAGISME ET BPCO

SEVRAGE TABAGIQUE DES

PATIENTS ATTEINTS DE BPCO

Dr. Jean PERRIOT

Pneumologue, Tabacologue, Addictologue
Institut Rhône - Alpes - Auvergne de Tabacologie
perriotjean@gmail.com



DIU de Tabacologie et d'aide au sevrage tabagique
Clermont-Ferrand le 19 Mars 2026

Je déclare n'avoir aucun lien d'intérêt avec
l'industrie du tabac, de l'e-cig, de l'alcool,
des jeux ni l'industrie pharmaceutique.



INTRODUCTION

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) : un enjeu majeur de santé publique.

- . 2030 : 3^{ème} cause de mortalité dans le monde ... (BPCO : comorbidités, handicap, mortalité). ¹
- . France : 12 millions de fumeurs (6-8% de BPCO, 4.10⁶ patients, 100.10³ hospitalisations, 17.10³ décès).
- . Coût : 4-5 milliards € (50% pour les hospitalisations, 5000 € /an /patient BPCO)

Des déficits multiples.

- . 30% des BPCO sont diagnostiquées et 30 à 50% sont traitées.
- . 38 à 77% des patients BPCO fument (LM : 54-77%; S : 38-51%) ²
- . Tabagisme : 1^{ère} cause de BPCO (RR = 4,01; IC 95%:3,18-5,05) ³

A l'horizon 2050 : Pays à revenus faibles ou intermédiaires ⁴

Arrêt du tabac : premier traitement de la BPCO.

PLAN DE L'EXPOSE

- BPCO : ce que l'on sait
- Sevrage tabagique dans la BPCO
- Synthèse pour la pratique.
- Conclusion.
- Pour en savoir plus

¹ Peiffer G, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018; 74:133-44.

² Tonnesen P. *Eur Respir Rev* 2013 ; 22 : 37-43.

³ Jayes L, et al. *Chest* 2016 ; 150:164-79.

⁴ Perriot J, et al. *Rev Med Liege* 2025 ; 150:164-79.



BPCO : CE QUE L'ON SAIT

Conjonction d'une vulnérabilité personnelle et du tabagisme (20 à 30% des fumeurs ; vulnérabilité plus élevée de la femme fumeuse), Risque de BPCO identique pour l'homme et la femme,

Le tabagisme accroît le déclin du VEMS après 25 ans (Non fumeurs : 8 à 20 ml/an ; fumeurs actifs : 60 ml/an ; fumeurs + BPCO : 80 ml/an). Arrêt du tabac : déclin VEMS retour à celui du non fumeur.

FACTEURS DE RISQUE DES BPCO

Facteurs exogènes

Polluants professionnels

Polluants domestiques

Pollution urbaine

Infections respiratoires

Précarité économique

Tabagisme (80% BPCO)

Cannabis & autres SPA

Facteurs endogènes

Génétiques (α -1-antitrypsine, GST)

Hyperactivité bronchique

Prématurité (+ infect respiratoires)

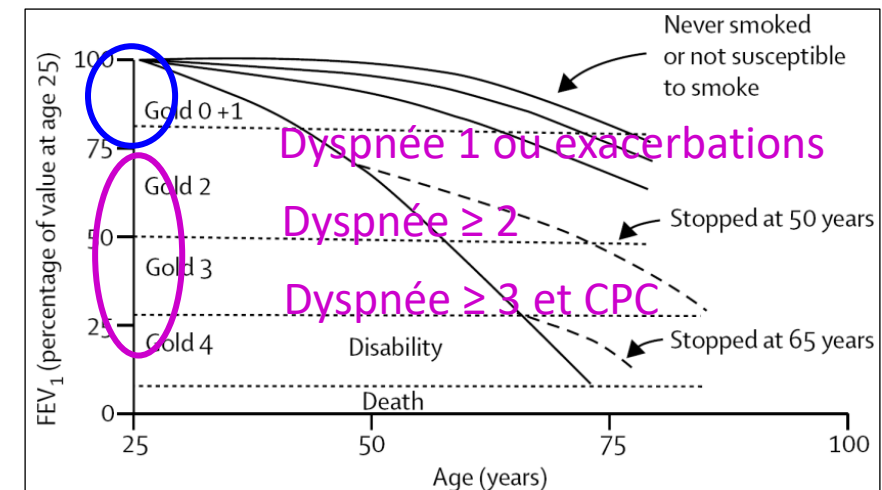
Prédisposition familiale

Reflux gastro-œsophagien

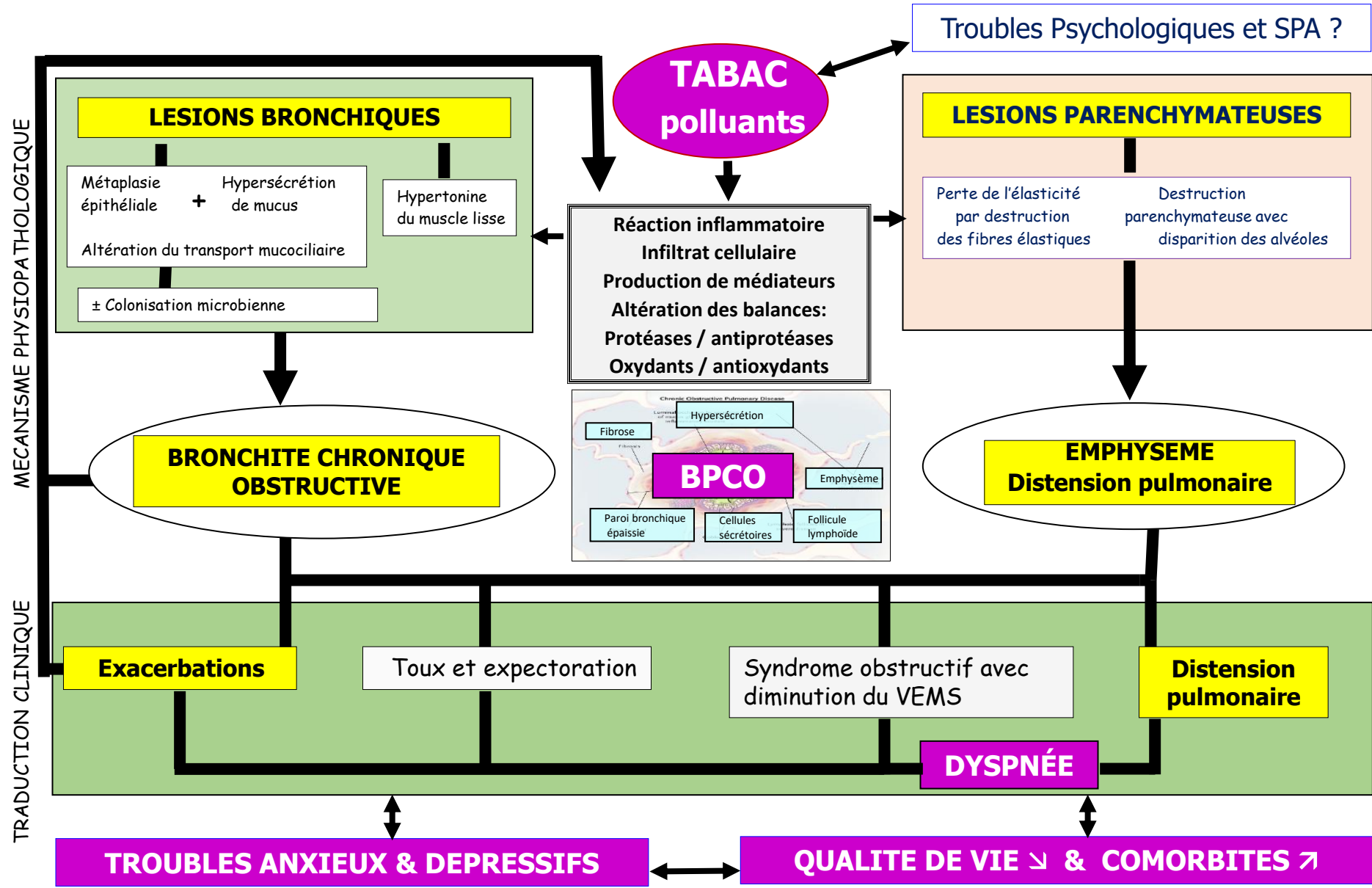
Sexe féminin

TABAC ET FONCTION RESPIRATOIRE

Relation imparfaite entre clinique & EFR

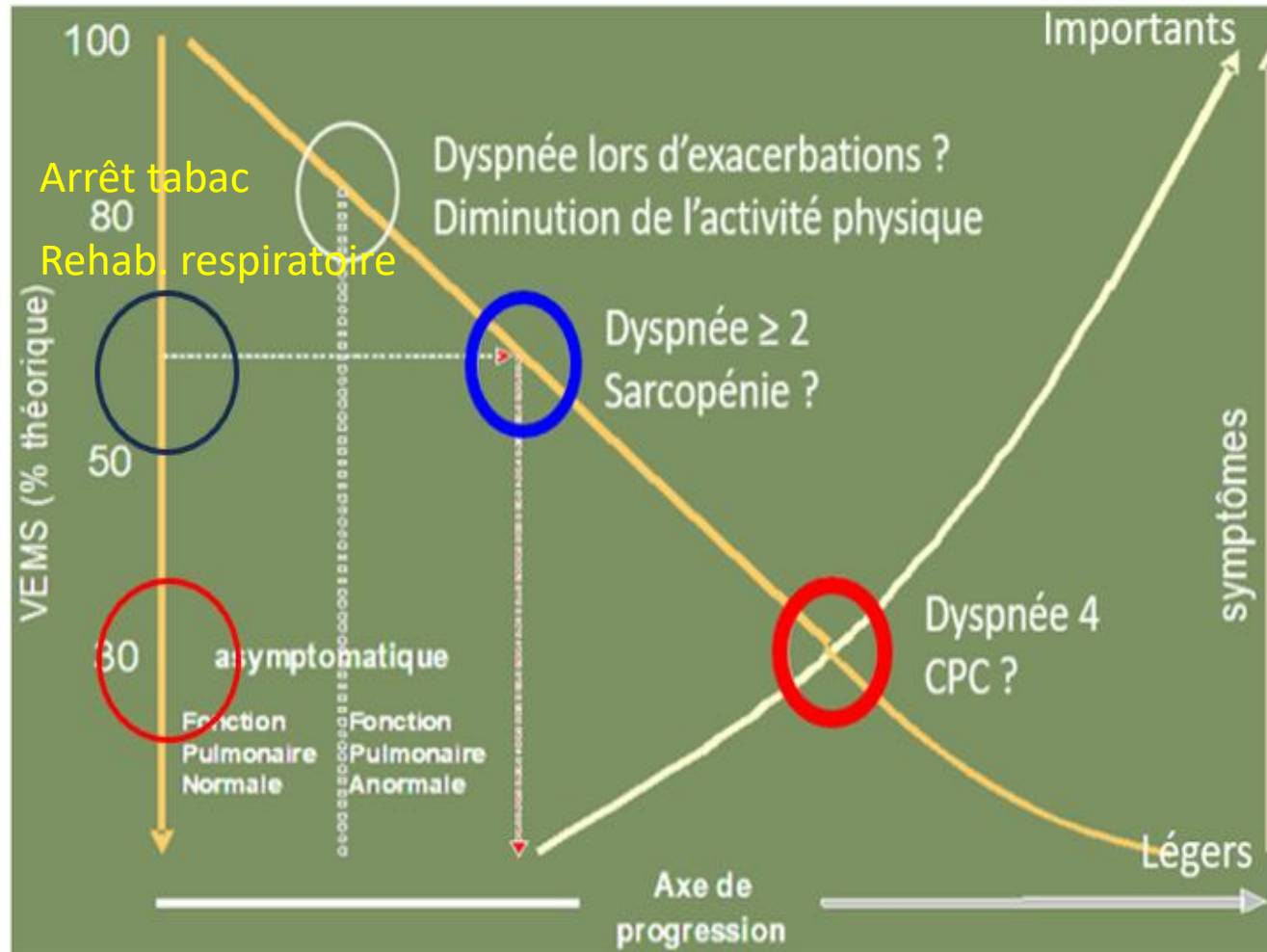


BPCO : UNE MALADIE MULTICOMPOSANTES



BPCO : DYSPNEE EN RETARD SUR L'EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE.

Dépister la BPCO par EFR (Fumeur + Tabac > 15 - 20 PA)



Stades de la dyspnée.

0 : dyspnée > 2 étages ou à la course.

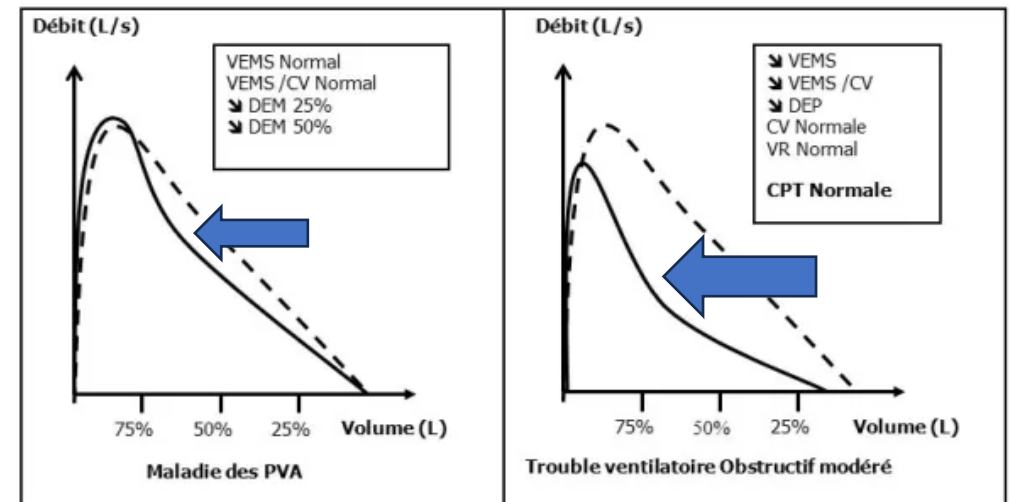
1 : marche rapide (ou en pente).

2 : marche terrain plat (avec individu même âge).

3 : marche terrain plat (avec arrêt au bout de 100 m).

4 : dyspnée continue.

- $\downarrow$ VEMS < 80% et VEMS/CV $\leq$ 70%
- CV peut être $\downarrow$ dans les sd obstructifs
- CPT est normale ou $\uparrow$



DÉPISTAGE DES TROUBLES VENTILATOIRES OBSTRUCTIFS (TVO).

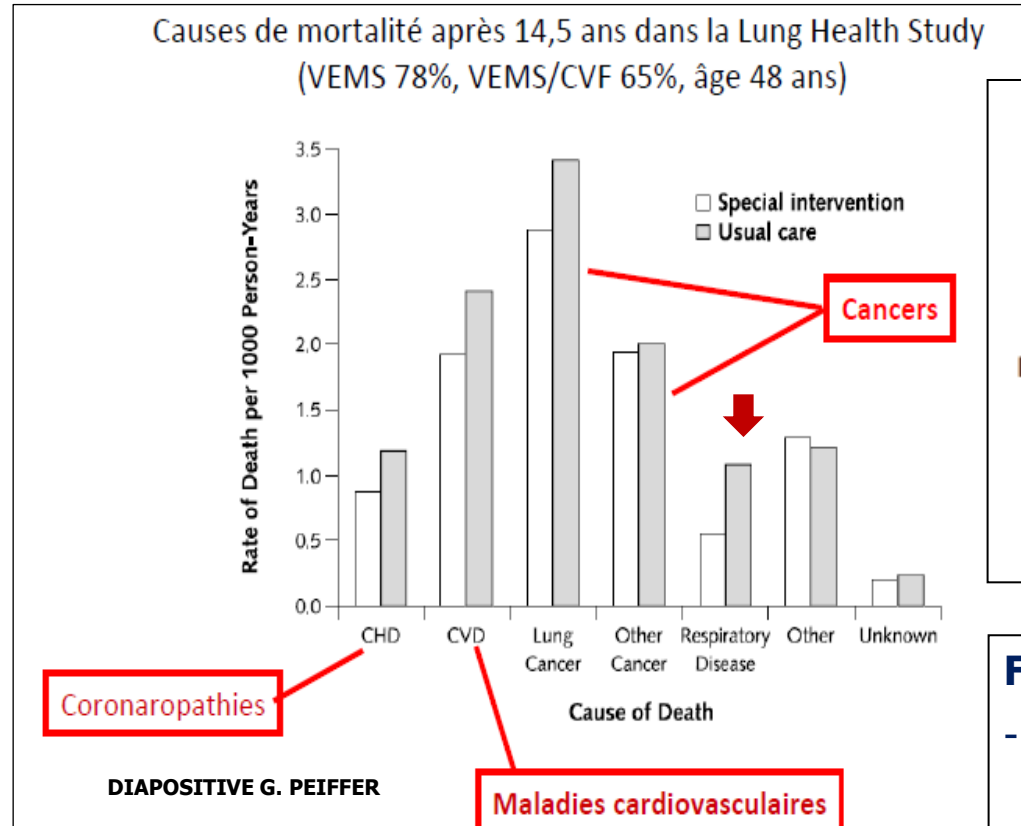


Vorilhon P, et al. *Rev Mal Respir* 2014; 31:396-403.
Tenin K, et al. *Respir Med Res* 2022;81:100891.
Pouget R, et al. *Addict Health* 2016;8:1-8.
Perriot J, et al. *Rev Mal Resp* 2016; 33: A268.
Zhou J, et al. *NPJ Primary Care Medicine* 2022;32:15.

RESULTATS OBTENUS
VEMS, VEM6(CVF), VEMS/VEM6
VEMS/VEM6 < 70% : TVO ?
Épreuve au salbutamol :
2/4 bouffées (10mn) : VEMS post
+12% / +200ml vs. VEMS pré-SABA
CONFIRMATION PAR UNE EFR

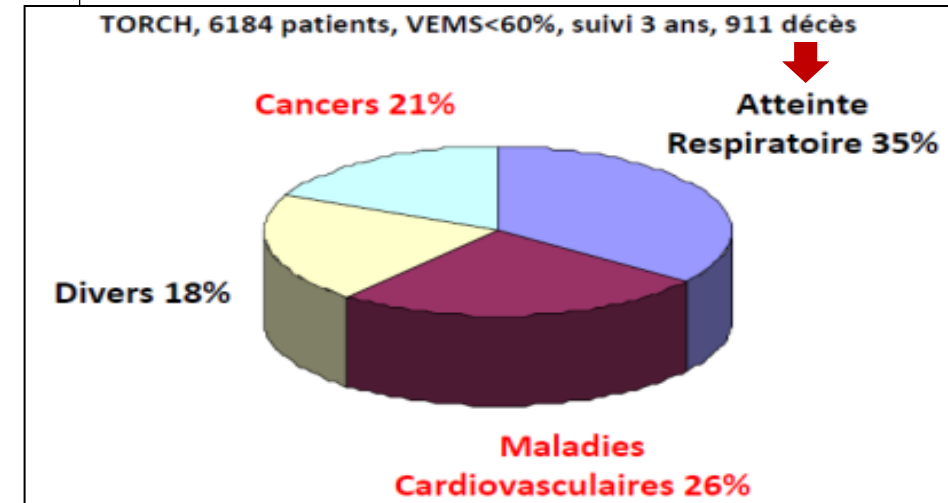
DÉCÈS DES PATIENTS ATTEINTS DE BPCO

BPCO peu sévère



Anthonisen, et al. *Ann Intern Med* 2005 ; 142 : 233-239
Calverley P, et al. *N Engl J Med* 2007 ; 356 : 775-789
Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2010 ; 27 : 1150-63T
Peiffer G, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:133-44

BPCO modérée à sévère



Fumeur 1 à 4 cigarettes/jour

- Décès par cancer bronchique, AVC, nécrose myocardique (suivi 30 ans) : RR=5 (vs NF)
- Coronaropathie aigue non létale (suivi 6 ans) RR=2 (VS NF)
- **Arrêt du tabac** (pas simple réduction)

TABAGISME, BPCO & CANCER BRONCHIQUE (CB)

TABAGISME : RISQUE DE BPCO ¹

Tabagisme actuel : **RR=4,01; IC 95%:3,18-5,05** ¹

BPCO : RISQUE DE CB ²⁻⁴

Patient BPCO : Risque de CB (**RR >1,5** vs. pas de BPCO)

Emphysème : Risque de CB (**RR = 2,44**)

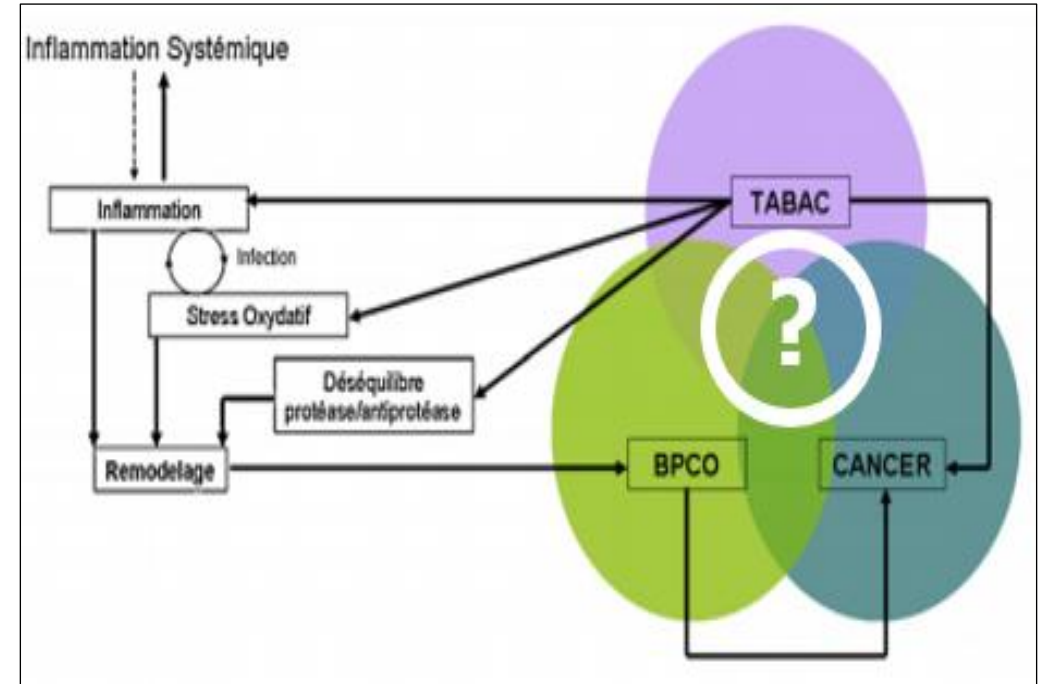
Stades du GOLD (stade1 : **3,78/1000** ; 4 : **13,25/1000**)

MECANISME COMPLEXE ²⁻⁴

nAChR sur l'épithélium bronchique

Facteurs génétiques (15q24-25), épigénétiques

Stress oxydatif, lésions de l'ADN, etc.



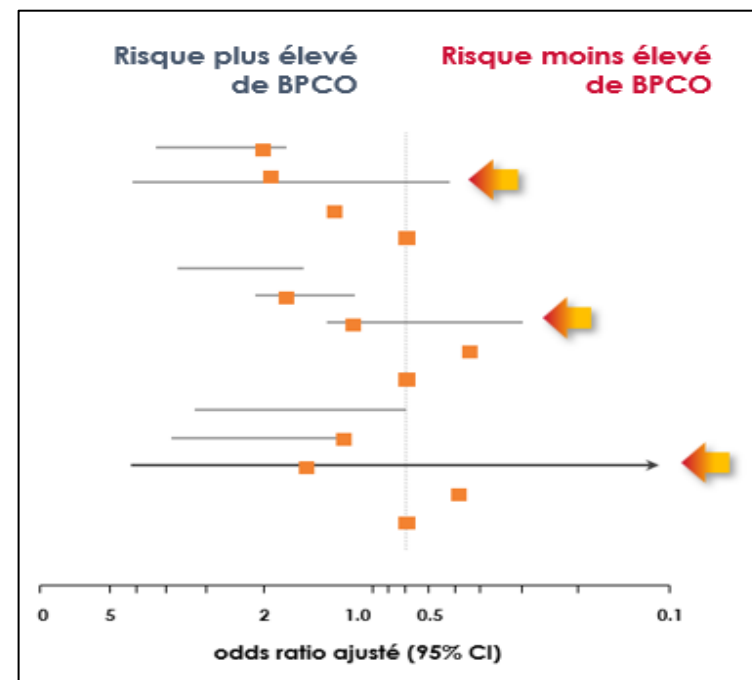
FUMEURS BPCO : OBJECTIF ARRET COMPLET PAS SIMPLE REDUCTION DE CONSOMMATION

prendre en compte les préférences et les compétences
du patient, engager une stratégie d'arrêt puis ajuster en
cours de suivi (ETP = « *teachable moment* ») ⁵⁻⁸

- 1 Jayes L, et al. *Chest* 2016 ; 150:164-79.
- 2 Santoro A, et al. *Recent Pat Anticancer Drug Discover* 2019;14:39-52.
- 3 Vermaelen K, et al. *Pulm Pharmacol Ther* 2013;26:544-554.
- 4 Biswas A, et al. *Curr Opin Pulm Med* 2018;24:152-160.
- 5 Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2014;31:937-60.
- 6 Perriot J, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:170-80,
- 7 Peiffer G, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:23-27.
- 8 Gratiou Ch, et al *Respir Med* 2014;108:577-83.

USAGE DE TABAC ET/OU CANNABIS ET RISQUE DE BPCO

Groupe	n/N	Odds ratio ajusté (95% CI)
BPCO définie par test spirométrique		
Tabac et cannabis	25/160	2,90 (1,53 - 5,51)
Tabac seul	79/286	2,74 (1,66 - 4,52)
Cannabis seul	4/54	1,66 (0,52 - 5,26)
Non fumeurs	35/364	1,00 (ref)
BPCO définie par les symptômes rapportés par les patients		
Tabac et cannabis	98/160	2,39 (1,58 - 3,62)
Tabac seul	174/286	1,50 (1,05 - 2,14)
Cannabis seul	14/54	0,62 (0,31 - 1,27)
Non fumeurs	163/364	1,00 (ref)
BPCO définie par les symptômes rapportés par les médecins		
Tabac et cannabis	13/160	1,53 (0,71 - 3,31)
Tabac seul	32/286	2,07 (1,10 - 3,90)
Cannabis seul	1/54	0,67 (0,09 - 5,29)
Non fumeurs	18/364	1,00 (ref)



Tabac : OUI

Cannabis : EGALEMENT

Tabac + Cannabis : OUI (++) ≥ TABAC

TABAC + CANNABIS : Bronchite chronique et atteintes fonctionnelle des petites bronches
COCAÏNE et HÉROÏNE (inhalées) : **Risque de BPCO** (asthme) indépendant du tabagisme

Than WC, et al. *CMAJ* 2009 ; 180:814-20

Underner M, et al *Rev Mal Respir* 2013; 30:272-85

Tashkin DP. *Eur Respir J* 2010; 35: 3-5

SEVRAGE TABAGIQUE DU FUMEUR ATTEINT DE BPCO

PROFIL DES FUMEURS BPCO (vs. Fumeurs non BPCO)

Dépendance à la nicotine (FTCD ou HSI) plus élevée

Jiménez-Ruiz CA, et al. *Chest* 2001 ; 119 : 1365-70
Shahab I, et al. *Thorax* 2006 ; 61 : 1043-7

Consommation de tabac (C/J, COE, Cot/salive) plus élevée

Jiménez-Ruiz CA, et al. *Chest* 2001 ; 119 : 1365-70
Shahab I, et al. *Thorax* 2006 ; 61 : 1043-7

Motivation à l'arrêt (Prochaska) identique.

Jiménez-Ruiz CA, et al. *Chest* 2001 ; 119 : 1365-70

Niveau socio-économique plus bas.

Prescott E, et al. *Eur Respir J* 2003 ; 21 : 821-6

Niveau de formation inférieur.

Monninkhof E, et al. *Patient Educ Cours* 2004 ; 52 : 231-6

Déficit d'autonomie vis-à-vis de la BPCO.

Dowson CA, et al. *J Psy Res* 2004 ; 56 : 333-4

Minimisation du risque à fumer.

Gibbons FX, et al. *J Pers Soc Psychol* 1997 ; 72: 184-95

Faible croyance d'un bénéfice à l'arrêt.

Walters N, et al. *Br J Gen Pract* 2002 ; 52 : 132-4

Perception d'une difficulté majeure à l'arrêt.

Perriot J. *Le Courrier des addictions* 2004 ; 6 : 161-4

Perspective temporelle «no future».

Merson F, et al. *Presse Med* 2012; 41: e43-e51

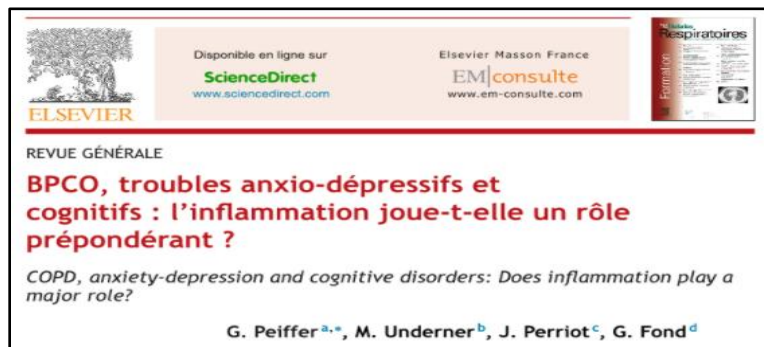
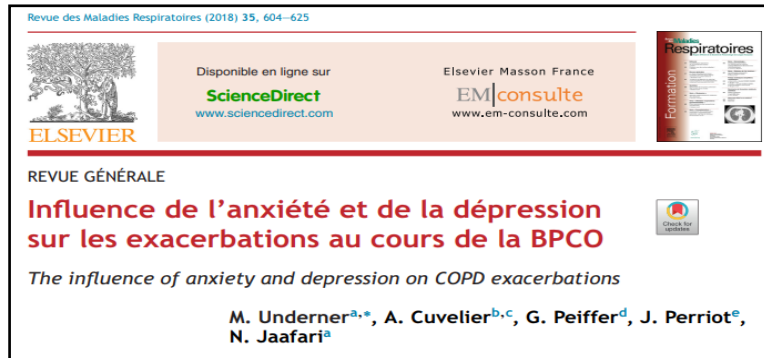
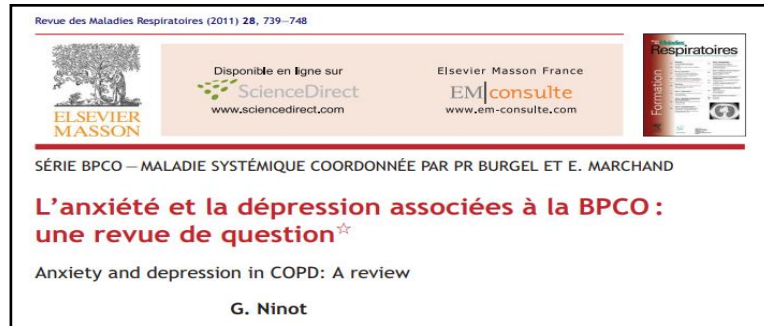


← FUMEURS

NON FUMEUR →



BPCO ET RETENTISSEMENT PSYCHIQUE



BPCO : ↗ usage de SPA (x 3 vs. non BPCO)

Patten SB, et al. *Psychosomatics* 2007 ; 48 : 496-501

BPCO : ↗ des tr. anxieux (30%) et dépressifs (50%): ↘ de QDV, observance thérapeutique, tolérance à l'effort, et du risque suicidaire (hypoxémie)

Ninot G. *Rev Mal Respir* 2011; 28 : 739-45

Femmes PBCO : fréquence TAD x 2 (vs. Hommes)

Laurin C, et al. *Chest*, 2007 ; 132 : 148-55.

Riblet NBV, et al. *Chest*. 2023 ;163 :259-261.

BPCO avec TAD : ↗ F. des exacerbations (TAD prédictif).

Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2018; 35:604-25.

Blakemore A, et al. *Intern J COPD* 2019 ; 14:1343-53,

BPCO : Inflammation généralisée ➡ TAD et cognitifs, d'exacerbations et de formes sévères de BPCO

Peiffer G, et al. *Rev Mal Respir* 2021;38:357-371.

Rafferty AL et al. *Front Immunol* 2020;11:2144.

BPCO : altération des fonctions cognitives.

Zhang J, et al. *Intern J COPD* 2016 ; 11 : 1713-19.

BPCO, ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION ET ARRÊT DU TABAC

N = 357	OR (IC95%) BPCO + vs. BPCO -
Anxiété (A : HAD)	3,33 (2,44-4,55)
Dépression (D : HAD)	2,55 (1,80-3,61)

Association positive : anxiété et BPCO ; dépression et BPCO

Anxiété et dépression : ↘ motivation à l'arrêt ; ↗ des rechutes

Wagena EJ, et al. *Psychosom Med* 2004 ; 66 : 729-3

Fumeurs BPCO moins adhérent à réhabilitation

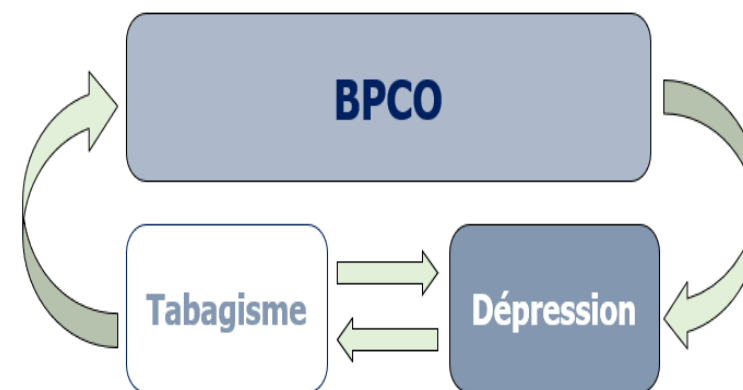
Hayton C, et al. *Respir Med* 2013 ; 107:401-7

Dépression ↘ l'activité physique du patient BPCO

Duenas-Espin I, et al. *Int J COPD* 2016 ; 11 : 1287-95

Activité physique ↘ reprise du tabac (si dépression)

Bernard P, et al. *Am J Addict* 2012 ; 21 : 348-55



MOYENS D'AIDE AU SEVRAGE DU FUMEUR AVEC BPCO

Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease (Review)

Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 8. Art. No.: CD010744.

van Eerd EAM, van der Meer RM, van Schayck OCP, Kotz D



Cochrane Database of Systematic Reviews

RESULTATS 16 études (N = 13 123 participants)

Pharmacothérapies (4).

. **TNS** (FO) RR = 2.60 (IC 95% : 1,29 – 5,24).

. **Bupropion** RR = 2.03 (IC 95% : 1,26 – 3,28).

. **Varenicline** RR = 3.34 (IC 95% : 1,88 – 5,92).

. **Pharmacothérapies + TCC** (*vs.* TCC) RR=2.53(IC 95%:1,83-3,50)

Soutien comportemental (TCC) efficacité si intense et répété.

Conseil minimal d'arrêt : efficacité "minimale" (insuffisant).

MOYENS D'AIDE : RESULTATS DETAILLES

AIDE COMPORTEMENTALE SEULE (AC : 13 études) ¹

Conseil d'arrêt (CA) : RR=1

Aide Intensive (≥90mn/xple) : **RR=7,70** (IC 95%: 4,64-12,79)

Minime/modérée (<90mn) : **RR=1,56** (IC 95% :0,65-3,72)

HOSPITALISATION vs AMBULATOIRE (AC+TNS) ³

Arrêt à	1 an	2 ans	
Hospitalisation	52 %	38%	suivi ↘
Ambulatoire	7 %	10%	suivi ↗
<i>p</i>	<0,0001	<0,0001	

AIDE COMPORTEMENTALE (AC et CA)+ MÉDICAMENTS (6 études) ²

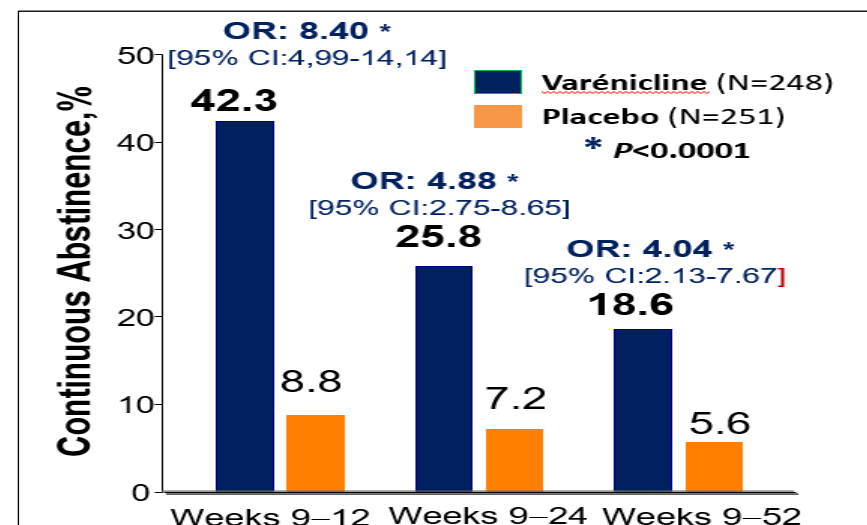
AC + TNS (vs CA): **OR = 5,08** (IC 95% : 4,32-5,97) ; *p*<0,001

(vs AC): **OR = 2,80** (IC 95% : 1,49-5,26) ; *p*=0,001

AC + Bup (vs CA): **OR = 3,32** (IC 95% : 1,53-7,21) ; *p*=0,002

(vs AC): **OR = 1,83** (IC 95% : 1,18-2,83) ; *p*=0,007

VARENICLINE ET SEVRAGE DANS LA BPCO ⁴



¹ Thabane M, et al. *Ont Health Technol Assess Ser* 2012 ; 12 : 1-50.

² Strassmann R, et al. *Eur Respir J* 2009 ; 34 : 634-40.

³ Sundblad BM. *Nicotine Tob Res* 2008 ; 10 : 883-90.

⁴ Tashkin DP, et al. *Chest* 2011;139:591-9.

MOYENS D'AIDE COMPLEMENTAIRES

DÉPISTAGE DE LA BPCO (TVO) & ARRÊT DU TABAC

Commenter les résultats de l'EFR (neutre, objectif) puis conseiller et aider l'arrêt du tabac (**3A : Ask, Advise, Assist**) :

Améliore la motivation, la décision d'arrêt, le taux d'arrêt à 12 mois ¹⁻⁴

1 Lorenzo A, et al. *Rev Mal Respir* 2017;34(7):734-741.

2 Gorecka D, et al. *Chest* 2003; 2003; 123:1916-1923.

3 Bednarek M, et al. *Thorax* 2006; 61: 869-873.

4 Stratelis G, et al. *Scand J Prim Health Care* 2006;24:133-9.



L'ACTIVITE PHYSIQUE

Redynamisation, contrôle de craving, ↘ tr dépressifs ¹⁻³

Réduction du risque de reprise après arrêt. ²

Rôle (++) IDE & Kinésithérapeutes (prescription TNS) ^{4,5}

1 Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2015; 32: 1016-1033.

2 Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2016; 33: 431- 443;

3 Bernard P, et al. *Am J Addict* 2012;21:348-56.

4 Underner M, et al. *Rev Infirm.* 2019; 68 :40-42.

5 Perriot J, et al. *Kine Scientifique* 2022; 645 et 646.

Effets de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le *craving* à l'arrêt du tabac[☆]



Effects of physical activity on tobacco craving for smoking cessation

M. Underner^{a,*}, J. Perriot^b, G. Peiffer^c,
J.-C. Meurice^a

**KINESITHERAPIE
CARDIO-RESPIRATOIRE**

**La prise en charge de l'aide à l'arrêt
du tabac**

Perriot J, Peiffer G, Underner M, Ruppert AM,
Vannimenus C, Urban T. *KS* 2022; 645 et 646.

EDUCATION THERAPEUTIQUE ET REHABILITATION RESPIRATOIRE

Prise en charge globale (malade, environnement, maladie, interrelations).
Renforcer les compétences d'autosoins et d'autonomie face à la maladie chronique.
Améliorer la fonction respiratoire à l'exercice, nutrition et bien-être général.

Galera O et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:221-25.
Ouksel A. *Rev Pneumol Clin* 2017;73:309-15.
Guilleminault L. *Rev Mal Respir* 2018;35:626-641.
Marchandise F. *Soins Aides soignantes* 2018;15:18-19.
Peiffer G, et al. *Rev Mal Respir* 2023;40:520-30.

Sevrage tabagique du patient atteint de BPCO : importance de l'éducation thérapeutique

Rev Mal Respir. 2023;40(6):520-530.

Smoking cessation treatment for smokers with COPD: The importance of therapeutic education

G. Peiffer^{a,*}, J. Perriot^b, M. Underner^c,
R.-M. Rouquet^d

Élaborer un diagnostic éducatif

Définir un programme personnalisé d'ETP avec priorités d'apprentissage

Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective, ou en alternance

Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme

MOYENS DE SOUTIEN A DISTANCE

Quitlines +/- soutien des pharmaciens
Coaching téléphonique, télé médecine
Soutien des « pairs » (*Lung Health Study*).
Mindfulness, Hypnose et acupuncture ?

Stead LF, et al. *Tob Control* 2007; 16: i3-8.
Melzer AC, et al. *Ann Am Thorac Soc.* 2018;15:341-347
Murray RP, et al. *Addict Behav.* 1995; 20: 159.
Witry M, et al. *J Med Internet Res.* 2018;20:e125.



E-CIGARETTE ET ARRÊT DU TABAC (FUMEUR BPCO) ?

Dautzenberg B et al. (2014).

Bals R, et al. (2019).

Toxicité inférieure à la cigarette à court terme, mais mal connue à long terme.

Etude de Polosa et al. (2016)

Suivi de 24 F BPCO single/dual vs contrôles (M12, M 24)

↳ exacerbations (p= 0,001/D=S), GOLD et VEMS stable

↳ symptômes-CAT (p=0,001), ↗ TDM 6 (p=0,001)

Etude de Bowler et al. (2017)

Fumeurs :4596 F. BPCO 45-80ans (vapoteurs réguliers :5%)

Arrêts moins fréquents, BPCO plus sévères, FTND plus élevés

Song B et al. (2024)

Intérêt douteux et risques reels (e-cig et e-cig + cigarette).

Polosa R. et al. *Respir Res* 2016 ; 17:166 Respiratory Research

RESEARCH

Open Access

Evidence for harm reduction in COPD smokers who switch to electronic cigarettes



Bowler JR, et al. *J Gen Intern Med* 2017; 32: 1315-22



Electronic Cigarette Use in US Adults at Risk for or with COPD: Analysis from Two Observational Cohorts

Impact of electronic cigarette usage on the onset of respiratory symptoms and COPD among Chinese adults

Song B, et al. *Sci Rep.* 2024;14(1):5598.

REDUCTION DE LA CONSOMMATION DE TABAC : NON

La simple diminution de la consommation du tabac n'est pas associée à une réduction du risque de mortalité.

Seule l'abstinence réduit la mortalité : tabac ^{1,2} et BPCO ^{3,4}

¹ Berlin I. *Alcoolologie et Addictologie* 2017; 39:107S-111S.

² Lee PN. *Regul Toxicol Pharmacol* 2013 ; 372 – 81.

³ Anthonisen, et al. *Ann Intern Med* 2005 ; 142 : 233-239.

⁴ Calverley P, et al. *N Engl J Med* 2007 ; 356 : 775-789.

PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE

Fumeurs BPCO «Hard-core smokers»

- PEC « renforcée » PHARMACOTHERAPIE(S) & TCC (suivi > 12 mois)
- EVALUER et PRENDRE EN CHARGE
- PEC DES COMORBIDITÉS (TAD, Usage SPA)
- SUPPORT DE L'ETP / RÉHABILITATION RESPIRATOIRE

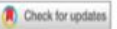
Bénéfices de l'arrêt du tabac

- ↘ Fréquence des exacerbations
- ↘ Déclin accéléré du VEMS
- ↘ Fréquences inf. bronchiques
- ↗ Réponse aux bronchodilatateurs
- ↗ Adhérence à la réhabilitation respiratoire
- ↗ Activité physique

Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit

Jiménez-Ruiz CA, et al. *Eur Respir J* 2015;46:61-7.

ARTICLE OPEN



Attempts to quit smoking, use of smoking cessation methods, and associated characteristics among COPD patients

Yekaterina Pashutina¹, Daniel Kotz^{1,2} and Sabrina Kastaun^{1,3}

NPJ Prim Care Respir Med. 2022 Nov 10;32(1):50.

Smoking cessation effectiveness in smokers with COPD and asthma under real life conditions



Respir Med 2014; 108:577-81

Ch Gratziou^{a,*}, A. Florou^{a,1}, E. Ischaki^a, N. Eleftheriou^a, A. Sachlas^c, S. Bersimis^c, S. Zakynthinos^b

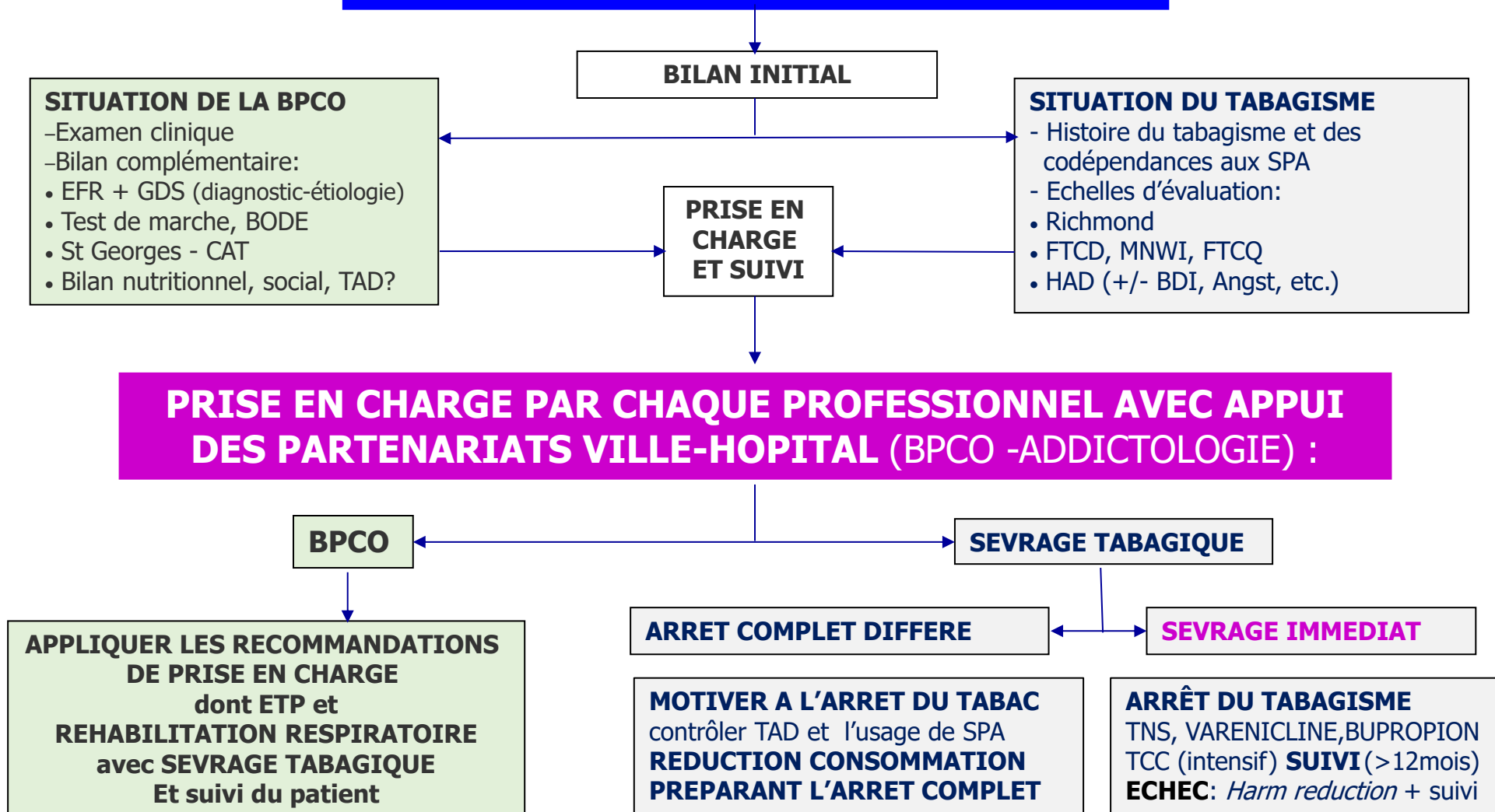
Tabacologie

Le bilan éducatif partagé dans le processus de sevrage tabagique

Peiffer G, Masson M, Perriot J, Underner M, Rouquet RM.

Rev Inf 2024;73(301):32-34.

FUMEUR BPCO ET ARRÊT DU TABAC



POINT DE VUE DES FUMEURS ?

Recommendations to improve smoking cessation outcomes from people with lung conditions who smoke

Masefields, et al. *ERJ Open Res* 2016 ; 2 : 00009 2016.

RESULTATS

490 questionnaires (internet /26 pays UE)
H (54%) ; 40-55 ans (39%); **BPCO (70%)**

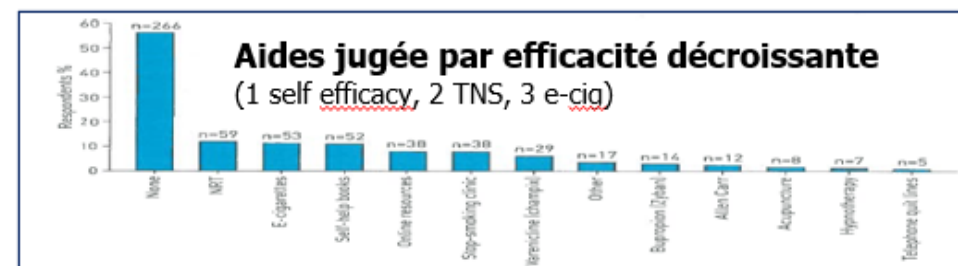
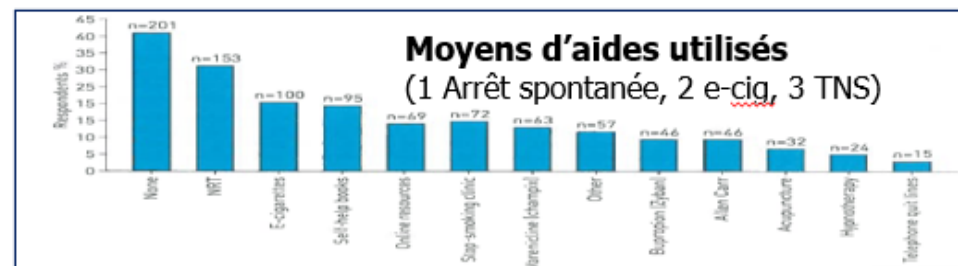
Motifs du tabagisme

stress (27%) ; incapable de s'arrêter (23%);
plaisir (18%); entourage (10%) ; élément de
personnalité : 6%...

Echanges avec les soignants (tabagisme)

Elle a lieu (40%), jamais (15%).
Attitude du praticien : aidante (27%) ou pas (22%),
« harcèlement » (24%), « incompetent »(15%)

Des progrès possibles : évaluer les attentes et
besoins des fumeurs pour ajuster la prise en charge



Peiffer G, et al. BPCO et sevrage tabagique: attentes
des patients et réponses des professionnels de santé.
Rev Pneumol Clin 2018;74 : 23-27.

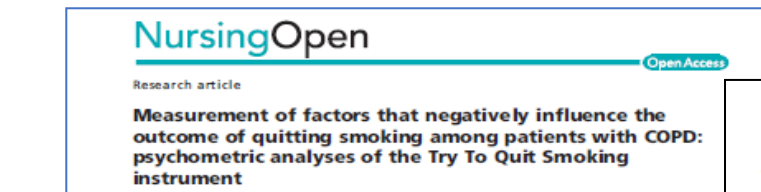
Ecouter les fumeurs BPCO (croyances, attentes) pour
ajuster la prise en charge de sevrage (dialoguer).

Smoking cessation effectiveness in smokers
with COPD and asthma under real life
conditions

Gratziau Ch, et al. *Respir Med* 2014:577-83



FORMER ET MOTIVER LES SOIGNANTS



International Journal of COPD Dovepress

ORIGINAL RESEARCH

Patient-perceived treatment burden of chronic obstructive pulmonary disease

Nathan Harb^{1,2}, Juliet M Foster¹, Claudia C Dobler^{1,3,4}

¹South Western Indian Clinical School, University of New South Wales, ²Department of Respiratory Medicine, Liverpool Hospital, ³Clinical Management Group, Woolcock Institute of Medical Research, ⁴University of Sydney, Sydney, NSW, Australia

Background: While chronic morbidity and mortality from COPD is well documented, little is known about the treatment burden faced by patients with COPD.

Subjects and methods: Patients with severe airflow obstruction (forced expiratory volume in 1 second [FEV₁] <50% predicted) representing different age-groups, sex, and number of comorbidities participated in a semistructured interview. Interviews were conducted until thematic saturation was reached. Interviews were recorded, transcribed, and analyzed thematically using an established treatment-burden framework.

Results: A total of 26 patients (42% male, mean age 66.7±9.8 years) with severe (n=15) or very severe (n=11) airflow limitation (mean FEV₁, 32.1%±9.6% predicted) were interviewed. Participants struggled with various treatment-burden domains, predominantly with changing health behaviors, such as **smoking cessation** and exercise. Interviewees often only ceased smoking after a major health event, despite being advised to do so earlier by a doctor. Recommended exercise regimens, such as pulmonary rehabilitation classes, were curtailed, although some patients replaced them with light home-based exercise. Interviewees had difficulty attending medical appointments, often relying on others to transport them. Overall, COPD patients indicated they were not willing to accept the burden of treatments where they perceived minimal benefit.

Conclusion: This study describes the substantial treatment burden experienced by patients with COPD. Medical advice may be rejected by patients if the benefit of following the advice is perceived as insufficient. Health professionals need to recognize treatment burden as a source of nonadherence, and should tailor treatment discussions to fit patients' values and capacity to achieve optimal patient outcomes.

Keywords: patient perspective, patient experience, treatment burden, burden, chronic obstructive pulmonary disease, COPD

Introduction

Treatment burden can be defined as the workload and impact of health care regimens on patient functioning and well-being, separate to that caused directly by disease.¹ For many chronic conditions, managing an illness requires an investment of a significant amount of time and effort from the patient, their family, or carers. This patient "workload" is often driven by a complex treatment regimen, which includes the need to navigate health services, interact with multiple health professionals, undergo tests, carry out treatment-taking, and change diet and exercise habits. In such instances, patients often lack the "capacity" to fulfill the requirements of maintaining these regimens, causing disruptions to the patients' daily functioning and overall well-being. Treatment burden is characterized by the workload of treatment outweighing the capacity of the patient to fulfill the requirements of treatment. In this regard, it is important to

PERSPECTIVES

Why Don't Our Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Listen to Us? The Enigma of Nonadherence

Felicity C. Blackstock¹, Richard ZuWallack^{2,3}, Linda Nie⁴, and Suzanne C. Leneau⁵

¹Physiotherapy, Respiratory and Rehabilitation, C. Providence, R.

Abstract

Nonadherence to treatment accounts for a significant proportion of treatment failure in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). It is a complex phenomenon, involving a range of factors, including patient beliefs, knowledge, and resources, as well as healthcare provider factors, such as communication skills and patient education. This paper explores the enigma of nonadherence in COPD, highlighting the need for a more holistic approach to patient care that addresses the underlying reasons for nonadherence.

Keywords: COPD, nonadherence, patient education, healthcare provider factors.

Pour une implication plus forte du pneumologue dans l'aide à l'arrêt du tabac des patients fumeurs

For a powerful involvement of the pulmonologist in smoking cessation of smoking patients

G. Peiffer¹, M. Underner², J. Pernicelli³, R.M. Rouquet⁴

En 1950, les épidémiologistes Doll et Hill ont mis en évidence le lien entre tabagisme et cancer bronchique [1]. Le cancer bronchique est l'indicateur le plus spécifique des effets du tabac sur la santé parmi de nombreuses pathologies respiratoires associées à l'usage du tabac, qui place le pneumologue en première ligne de la lutte contre le tabagisme. Les pneumologues français se sont engagés de longue date dans la lutte contre le tabagisme et pour l'aide à l'arrêt du tabac, comparativement à l'Angleterre où la prévalence du tabagisme est inférieure à celle de la France. Mais en Angleterre les psychologues et les psychiatres sont les moteurs de la lutte contre le tabagisme. La raison principale de ce "french paradox", trouve partiellement son origine dans le fait que les pneumologues et physiologistes de

Le tabagisme et les maladies respiratoires associées à l'usage du tabac [4]

Concerné quotidiennement par environ 25 % de la population adulte en France, le tabac est la première cause évitable de décès. Les pathologies broncho-pulmonaires, liées ou aggravées par la consommation de tabac, confrontent le pneumologue à la toxicité du tabagisme et le conduisent à s'impliquer auprès des malades du tabac. En France, en 2015, le nombre total de décès annuels attribuables au tabagisme, chez les hommes et les femmes, âgés de 35 ans dépassait 75 000 [5], près de 40 % sont dus aux cancers du poulmon et aux maladies pulmonaires chroniques (Figure 2 et 3).

Année	Nombre de consultations
2000	8
2001	2
2002	3
2003	4
2004	4
2005	5
2006	5
2007	12
2008	61
2009	86
2010	131

Figure 1. Les consultations d'aide à l'arrêt du tabac en France dans les années 2000 [6,12].

Revue des Maladies Respiratoires (2018) 35, 626–641

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Particularités de la prise en charge non médicamenteuse de la BPCO chez les sujets âgés. Réhabilitation, sevrage tabagique, nutrition et éducation thérapeutique

Characteristics of non-pharmacological interventions in the elderly with COPD. Smoking cessation, pulmonary rehabilitation, nutritional management and patient education

L. Guilleminault^{a,b,*}, Y. Rolland^{c,d}, A. Didier^a

^a Airway center, Larrey Hospital, CHU de Toulouse, 31059 Toulouse, France
^b STROMALab, université de Toulouse, CNRS ERI 5311, EPS, INS-EHT, Inserm, UPS, 31100 Toulouse, France
^c Geriatrie, CHU de Toulouse, 31059 Toulouse, France
^d UMR Inserm 1027, université de Toulouse III, 31000 Toulouse, France

Reçu le 11 septembre 2017 ; accepté le 16 décembre 2017
Disponible sur Internet le 27 juin 2018

MOTS CLÉS
BPCO ;
Sujets âgés ;
Sevrage tabagique ;
Réhabilitation
respiratoire

Résumé La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une pathologie respiratoire à l'origine d'une mortalité et d'un handicap important. Les sujets âgés de plus de 65 ans sont plus fréquemment touchés par cette maladie que les patients plus jeunes. Les interventions non pharmacologiques prennent une place importante dans la prise en charge de la BPCO et présentent des spécificités chez la personne âgée. Le sevrage tabagique doit être proposé quel que soit l'âge compte tenu de l'amélioration de la qualité de vie et du risque d'hospitalisation. L'augmentation de l'activité physique est également source de réduction des symptômes de dyspnée. Des tests sous-maximaux comme le « Short Physical Performance Battery » sont à privilégier. L'utilisation du test de marche de 6 minutes est également incontournable. L'augmentation de l'activité physique doit se faire en association avec l'amélioration

* Auteur correspondant. Pôle des voies respiratoires, Hôpital Larrey, CHU de Toulouse, 24, chemin de Roussayville, 31059 Toulouse, France.
Adresse e-mail : guilleminault.l@chu-toulouse.fr (L. Guilleminault).

Harb N, et al. *Int J Chron Obstruct Pulm Dis* 2017;12:1641-52.
Lundh I, et al. *Nurs Open* 2014;1:23-31.
Blackstock FC, et al. *An Am Thor Soc* 2015;13:317-23.
Peiffer G, et al. *Le Courrier des addictions* 2020;22:21-26.
Guilleminault L, et al. *Rev Mal Respir* 2018;35:626-41.

CONCLUSION

L'ARRÊT DU TABAC FAIT PARTIE DU TRAITEMENT DE LA BPCO (Fumeur)

Fumeurs BPCO : arrêt du tabac plus difficile.

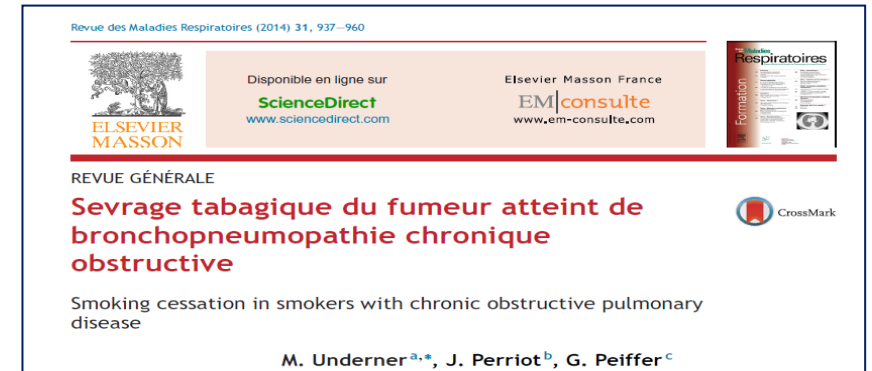
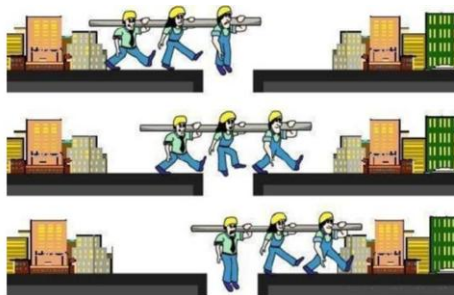
Optimisation du sevrage tabagique.

- Identification précoce de la BPCO (clinique en retard sur l'EFR)
- Aide à l'arrêt du tabac : pharmacothérapie + TCC
- Suivi prolongé, contrôle des comorbidités.
- ETP et réhabilitation respiratoire.
- Partenariats entre professionnels de santé.

Bénéfices à l'arrêt du tabac chez le fumeur BPCO Pas de bénéfice à la simple réduction.

Remerciements.

- . G. Brousse - Clermont-Ferrand.
- . G. Peiffer - Metz, P. Arvers - Grenoble
- . M. Rude-Bache - Clermont-Ferrand.
- . M. Marbois - Clermont-Ferrand



POUR EN SAVOIR PLUS

- Guilleminault L, Rolland Y, Didier A. Caractéristiques des interventions non pharmacologiques chez les personnes âgées atteintes de BPCO. Arrêt du tabac, réhabilitation respiratoire, prise en charge nutritionnelle et éducation des patients. *Rev Mal Respir*. 2018 Jun;35(6):626-641.
- Peiffer G, Underner M, Perriot J, Fond G. BPCO, anxiété-dépression et troubles cognitifs : l'inflammation joue-t-elle un rôle majeur ? *Rev Mal Respir*. 2021 Apr;38(4):357-371.
- Fieutelot G, Valentin S, Ribeiro Baptista B, Chaouat A, et al. L'infirmier en pratique avancée, un acteur-clé dans le développement de la réadaptation respiratoire chez le patient atteint de BPCO. *Rev Mal Respir*. 2022 Dec;39(10):822-831.
- Oukssel H. Place de l'éducation thérapeutique du patient atteint de BPCO en réhabilitation respiratoire. *Rev Pneumol Clin*. 2017 Dec;73(6):309-315.
- Razban M, Sztajzel MD, Lador F, Sommer J, et al. COPD: Guidelines for primary care physicians. *Rev Med Suisse* 2022 Sep 28;18(797):1792-1797.
- Peiffer G, Underner M, Perriot J. Les effets respiratoire du tabagisme. *Rev Pneumol Clin*. 2018 Jun;74(3):133-144.
- Underner M, Cuvelier A, Peiffer G, Perriot J, et al. Influence de l'anxiété et de la dépression sur les exacerbations au cours de la BPCO. *Rev Mal Respir*. 2018 Jun;35(6):604-625.
- Perriot J, Underner M, Peiffer G, Dautzenberg B. Aide à l'arrêt du tabac dans la BPCO, l'asthme, le cancer du poumon, les fumeurs opérés. *Rev Pneumol Clin*. 2018 Jun;74(3):170-180.
- Underner M, J. Perriot, and G. Peiffer. "Sevrage tabagique du fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive. *Rev Mal Respir*. 2014; 31(10): 937-960.
- Peiffer G, Perriot J, Underner M. La diminution de la consommation de tabac est-elle associée à une réduction du risque de morbi-mortalité cardiovasculaire et pulmonaire ? *Rev Mal Respir*. 2018 Jun;74(3):188-195.
- Pradère P, Ruppert AM, Peiffer G, Perriot J, et al. Cannabis inhalé et poumon, une liaison dangereuse *Rev Mal Respir*. 2022 Oct;39(8):708-718.
- Jiménez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, Tonnesen P, et al. Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Respir J*. 2015 Jul;46(1):61-79.
- Jiménez Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, Mayayo Ulibarri M, et al. Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications. *Nicotine Tob Res* 2012 ;14(9): 1035-1039.
- Peiffer G, Underner M, Perriot J, Rouquet RM. Pour une implication plus forte des pneumologues dans l'aide à l'arrêt du tabac des patients fumeurs. *Le Courrier des addictions* 2020;22(1):21-26.
- Peiffer G, Perriot J, Underner M, Rouquet RM. Sevrage tabagique des patients atteints de BPCO : importance de l'éducation thérapeutique 2023;40(10):520-530.
- Dogru S, Akbayram HT, Aytaç S, et al. Investigation of smoking cessation intention and the associated factors in patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease: A cross-sectional study. *Tob Induc Dis*. 2026 Feb13 ;24.

ETUDE DE CAS CLINIQUE

Un vétérinaire en retraite de 65 ans vous est confié pour sevrage tabagique après hospitalisation en centre de réhabilitation respiratoire à la suite d'une exacerbation de BPCO. Son histoire est la suivante :

- . **Tabagisme actuel : 25 cigarettes/jour** (80 paquets-années).
- . **A l'âge de 58 ans, le diagnostic de BPCO a été porté** (il fumait 30 C/J, conseil d'arrêt du tabac mais poursuite).
- . **Il y 3 mois** : exacerbation de BPCO + hospitalisation (3 jours + patchs 21mg 1/J), puis réhabilitation respiratoire (BPCO GOLD III) traitée selon les recommandations)... il fumait 20 C/J.

Un sevrage tabagique (1^{ère} tentative) a été aidé par SNTD (21 mg - 24h/24). Après 4 semaines d'arrêt et de retour chez lui, il a repris une consommation de tabac (4C/J...10C/J...20C/J)...manque + craving + découragement.

La situation clinique actuelle est celle d'une BPCO GOLD III (dyspnée 3). Traitement selon les recommandations, arrêt de la réhabilitation respiratoire... sait l'importance de l'arrêt mais n'y arrive pas, Il vous est adressé par son MG.

Que pensez-vous de la situation du patient ? Vous manque-il des éléments pour assurer la prise en charge du sevrage tabagique ?

- . **Situation cardio-vasculaire** : RAS (pas de coronaropathie, pas d'IVD, ni IVG, pas d'AOMI)
- . **Situation addictologique** : PAS d'autre consommation de SPA.
- . **Situation personnelle** : femme de 43 ans (alcoolo-tabagique), fils de 13 ans (si je meurs que deviendront-ils ?),
- . **Etat dépressif** (souffrance Ψ, perte d'énergie / intérêt, culpabilité, tr. du sommeil...), pas d'ATCD Ψ (perso/famille).
- . **Pas de précarité économique** : score EPICES 17,34...mais précarité sociale (isolement, insécurité/instabilité)
- . **Motivation à l'arrêt** : « je sais l'importance de l'arrêt mais je n'en suis pas capable, je suis nul ».

Vous prenez en charge le patient (ajuster la PEC de la BPCO) **et complétez le bilan initial :**

- . **Motifs de la tentative d'arrêt** (conseil médical, craintes pour l'avenir de femme et enfant)
- . **Freins à la décision d'arrêt** (doute sur les bénéfices de l'arrêt et sa capacité à s'arrêter)
- . **Tests d'évaluation et d'aide à la prise en charge du sevrage :**
 - FTCD=10, QSU = 9, MNWS=47, COE = 44ppm (10C ce jour dernière il y a 1h)
 - Richmond=7, HAD A=9 D=13, BDI=14, pas d'idéation suicidaire, Angst = 1,
- **Alimentation déséquilibrée** (pauvre protides), **petit déjeuner** (café seul). **Pas alcool.**

Synthèse – quels sont les éléments évocateurs d'une difficulté (HCS) ?

- . **Dépendance tabagique forte** (FTCD= 10, TTFC = 5 mn), craving élevé (FTCQ = 51)
- . **Motivation à l'arrêt imparfaite avec confiance en soi réduite** (Richmond peu élevé)
- . **Trouble anxio-dépressif avéré** (Clinique et contexte, HAD, BDI)

Attitude thérapeutique immédiate ?

- . **Réduction de la consommation aidée par TNS.**
- . **Entretien motivationnel**
- . **Psychotropes antidépresseurs** (état dépressif avéré)

CRITERES CLINIQUES DU DIAGNOSTIC D'UN EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE (HAS, Octobre 2017).

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

- être présents durant une période minimum de 2 semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ;
- avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial) ;
- induire une détresse significative.

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

- être présents durant une période minimum de 2 semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ;
- avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial) ;
- induire une détresse significative.

Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé	
Au moins 2 symptômes principaux : ■ humeur dépressive ; ■ perte d'intérêt, abattement ; ■ perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité.	Au moins 2 des autres symptômes : ■ concentration et attention réduite ; ■ diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ; ■ sentiment de culpabilité et d'inutilité ; ■ perspectives négatives et pessimistes pour le futur ; ■ idées et comportement suicidaires ; ■ troubles du sommeil ; ■ perte d'appétit.

Tests utiles (dépistage, évaluation)

- Hospital anxiety depression scale (HAD)
- Beck depression inventory (BDI)
- Test de Angst (Hypomanie)
- Test des tempéraments affectifs (Akiskal et Hantouche)
- Risque suicidaire (MINI, HAS, Ducher)

Un épisode dépressif caractérisé peut également se manifester par des expressions somatiques (ex. : algies et plaintes fonctionnelles diverses et répétées) et des troubles de la sexualité.

Après 8 semaines de réduction de consommation par TNSFO (remplacement d'une C/2 par pastille 1,5mg) + **TNSTD 21 mg avec traitement par fluoxétine 20mg/j** le patient ne fume que **10 C/J**, il a repris une activité physique encadrée (kinésithérapeute) et se sent bien mieux (HAD A = 8, D = 7, BDI = 6, QSU = 3, MNWS = 15). **COE = 14 ppm** (6 cig. dernière il y a 3 h). **Il se sent prêt à arrêter de fumer.**

Que pensez-vous de la situation et du choix du patient ?

- . **Stratégie de réduction de consommation aidée de TNS efficace**
- . **Trouble dépressif contrôlé** (et meilleure qualité de vie)
- . **Patient motivé à l'arrêt du fumer**

Propositions thérapeutiques pour le sevrage complet ?

- . **TNS transdermique + TNSFO à forte posologie** (TNSTD 21 mg/24h x 2 + TNS FO Ad Lib.).
contrôle de l'arrêt, tolérance et adaptation de la posologie à J2, J7, J14, J28.
- . **Associer TCC au traitement médicamenteux**
suivi de: Clinique + QSU + MNWS + HAD et adaptation posologie TNS
- . **Réhabilitation respiratoire** (kiné) **et nutritionnelle** (diététicienne)
- . **Fixer date du prochain RDV en fin de chaque consultation** (+ soutien téléphonique : TIS : 39 89)
carnet de suivi, HAD, à chaque consultation : FTCQ, MNWS, HAD
TNS de durée ≥ 145 j (diminution posologie très lente et poursuite des TNS FO après arrêt patch)
Stratégie de prévention de la reprise.

7 jours plus tard, le patient ne fume plus (COE = 2 ppm) ; Clinique = OK, HAD stable, MNWS et craving contrôlés. Le patient satisfait, il souhaite aider sa femme à arrêter de boire et de fumer.

Quelle évaluation faites-vous de la situation et que proposez-vous pour la suite ?

- . **Abstinence tabagique confortable ; poursuite du TNS avec diminution très progressive**
- . **Soutien et renforcement régulier étalé dans le temps ≥ 12 mois** (prévention et gestion de la reprise; impliquer omnipraticien, et autres partenaires de santé dans le suivi : kinésithérapeute, IDE)
- . **Aide du patient à solutionner les problèmes de l'épouse** (informer, relation avec un centre spécialisé)

Autres possibilités thérapeutiques

- . **Varénicline + TCC** (si échec du TNS ou d'emblée, préférence du patient) **+/- TNS**
 - . Efficacité dans l'arrêt du patient atteint de BPCO (Tashkin DP, *et al. Chest* 2011;139:591-9)
 - . Aide l'arrêt après réduction initiale (Ebbert JD, *et al. JAMA* 2014;311:155-163)
 - . Arrêt à dose flexible : J8-J35 (Rennard S, *et al. Nicotine Tob Res* 2012;14:3:343-50)
 - . Bonne tolérance en cas de TAD (Anthenelli RM, *et al. Lancet* 2016;387:2507-20)
- . **Bupropion + TCC** si absence de CI (Berlin I. *Alcoologie et Addictologie* 2017; 39:107S - 111S)

Stratégie de réduction des risques ou de la consommation avant arrêt complet ?

- . **Absence de $\searrow$ des risques par $\searrow$ de la consommation** (Lee PN. *Regul Toxicol Pharmacol* 2013 ; 372 – 81.
- . **Utilisation de TNS pour préparer et faciliter l'arrêt** (Moore D, *et al. BMJ* 2009;338:b1024)
- . **E-cigarette : usage exclusif +/-TNS alternative** (Dautzenberg B, *et al. Rev Mal Respir* 2017 ; 34:177-9)

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE LA BPCO

Prise en charge thérapeutique* selon la sévérité de la BPCO

STADE I LÉGER	STADE II MODÉRÉ	STADE III SÉVÈRE	STADE IV TRÈS SÉVÈRE
VEMS/CV < 70 % VEMS ≥ 80 % de la valeur prédite	VEMS/CV < 70 % 50 % ≤ VEMS < 80 % de la valeur prédite	VEMS/CV < 70 % 30 % ≤ VEMS < 50 % de la valeur prédite	VEMS/CV < 70 % VEMS < 30 % de la valeur prédite ou VEMS < 50 % de la valeur prédite avec insuffisance respiratoire chronique
ARRÊT DU TABAC : Médicaments d'aide à l'arrêt et TCC • Arrêt du tabac : évaluation du statut tabagique, freins et motivation à renouveler régulièrement, médicaments recommandés†, thérapies cognitivo-comportementales • Prévention d'une exposition respiratoire aux polluants • Vaccination antigrippale tous les ans ‡. Chez les patients insuffisants respiratoires chroniques, vaccination antipneumococcique tous les 5 ans • Information/éducation thérapeutique du patient (ETP)			
Traitement selon les symptômes			
Bronchodilatateur de courte durée d'action (CA) si besoin : β-2 agoniste CA ou anticholinergique CA			
Bronchodilatateur de longue durée d'action (LA) § : β-2 agoniste LA ou anticholinergique LA <u>Réhabilitation respiratoire</u>			
Glucocorticostéroïdes inhalés sous forme d'association fixe si exacerbations répétées et symptômes significatifs			
Oxygénothérapie de longue durée si IRC			

* : hors exacerbations/décompensations, † : médicaments recommandés : substituts nicotiniques en 1^{re} intention, varénicline en 2^e intention, ‡ : remboursé par la Sécurité sociale chez les patients BPCO, § : si la réponse n'est pas satisfaisante, il est préférable de changer de classe plutôt que d'augmenter les doses.
NB : POUR LES FORMES INHALÉES, IL CONVIENT DE S'ASSURER À CHAQUE CONSULTATION QUE LA TECHNIQUE D'INHALATION EST CORRECTE

Groupe selon les symptômes et les exacerbations

Exacerbations

≥ 2/an
ou 1 hospitalisation

0-1/an
Pas d'hospitalisation

C	D
A	B

Symptômes

Score dyspnée 0-1 (NYHA ou mMRC)	Score dyspnée ≥ 2 (NYHA ou mMRC)
Score CAT < 10	Score CAT ≥ 10

Test CAT (8 questions retentissement BPCO)
(<10 léger, **10-20 modéré**, >20 élevé, >30 très élevé)

Score BODE (VEMS / TDM6 / Dyspnée / IMC)
Évaluation de R de Mortalité à 4 ans en %
(score 0-2 : 15% ; 3-4 : **30%** ; 5-6 : 40% ; 7-10 : 80%)

Exacerbation de type 3 : 50% de décès à 5 ans

INTERPRETER LES RESULTATS DE LA SPIROGRAPHIE

Nom:	Age: 45ans	Taille : 157cm	Toux, Dyspnée 2
Profession Employée	Sexe : Fém.	Poids : 48.0 Kg	Infections bronchiques répétées
Né(e) le : 12/07/1957	Médecin : DR. PERRIOT		Abcès dentaire et parodontite
Technicien : F M	Provenance :		Traitement Amoxicilline + SABA
N° dossier : 298 A 15	Fumeur : Oui	PAM 25 Arrêt 15C/J	

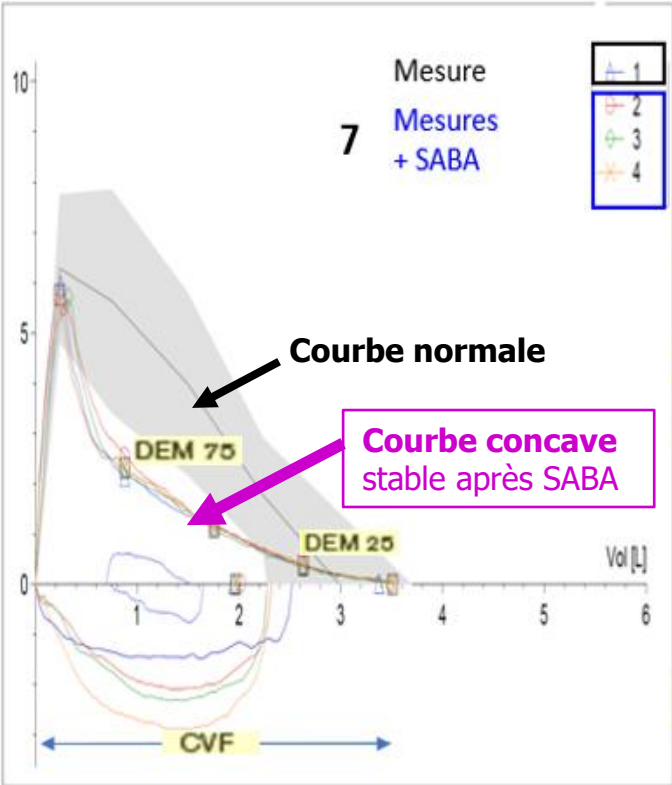
Syndrome obstructif

CV N ↗ CPT

VEMS ↘

VEMS/CV ↘ / N = ↘

TVO : courbe concave
Réversibilité VEMS + 6%
après salbutamol **TVO NR**



	Mesures	Valeur de référence	Variation vs référence	
Capacité vitale (L)	3,5	3,01	16 % (116 %)	2
Capacité Vitale Forcée (L)	3,5	2,95	19 %	
VEMS (L.s-1)	1,96	2,54	-23 % (77 %)	3
Rapport VEMS*100/CV (%)	56	81	-31 %	4
DE Max à 50% de CVF (L.s-1)	1,1	4	-73 %	
DE Max à 25% de CVF (L.s-1)	0,4	1,7	-76 %	
MMEF 25%-75% (L.s-1)	1	3,5	-71 %	
Volume Résiduel (L)	2,32	1,48	57 %	
VR/CPT (%)	40	33	21 %	6
Capacité Pulmonaire Totale (L)	5,82	4,51	29 % (129 %)	5

QUESTIONNAIRE CAT (COPD ASSESSMENT TEST)

Impact de la BPCO

CAT (0-9) : Faible

Prévention des risques (PR)
et exacerbations (PE) - ETP
Traitement de fond BPCO

CAT (10-20): Moyen

PR + PE + Observance (ETP)
Réhabilitation Respiratoire
Ajustement du traitement

CAT (≥ 20): Fort (≥ 30 : très)

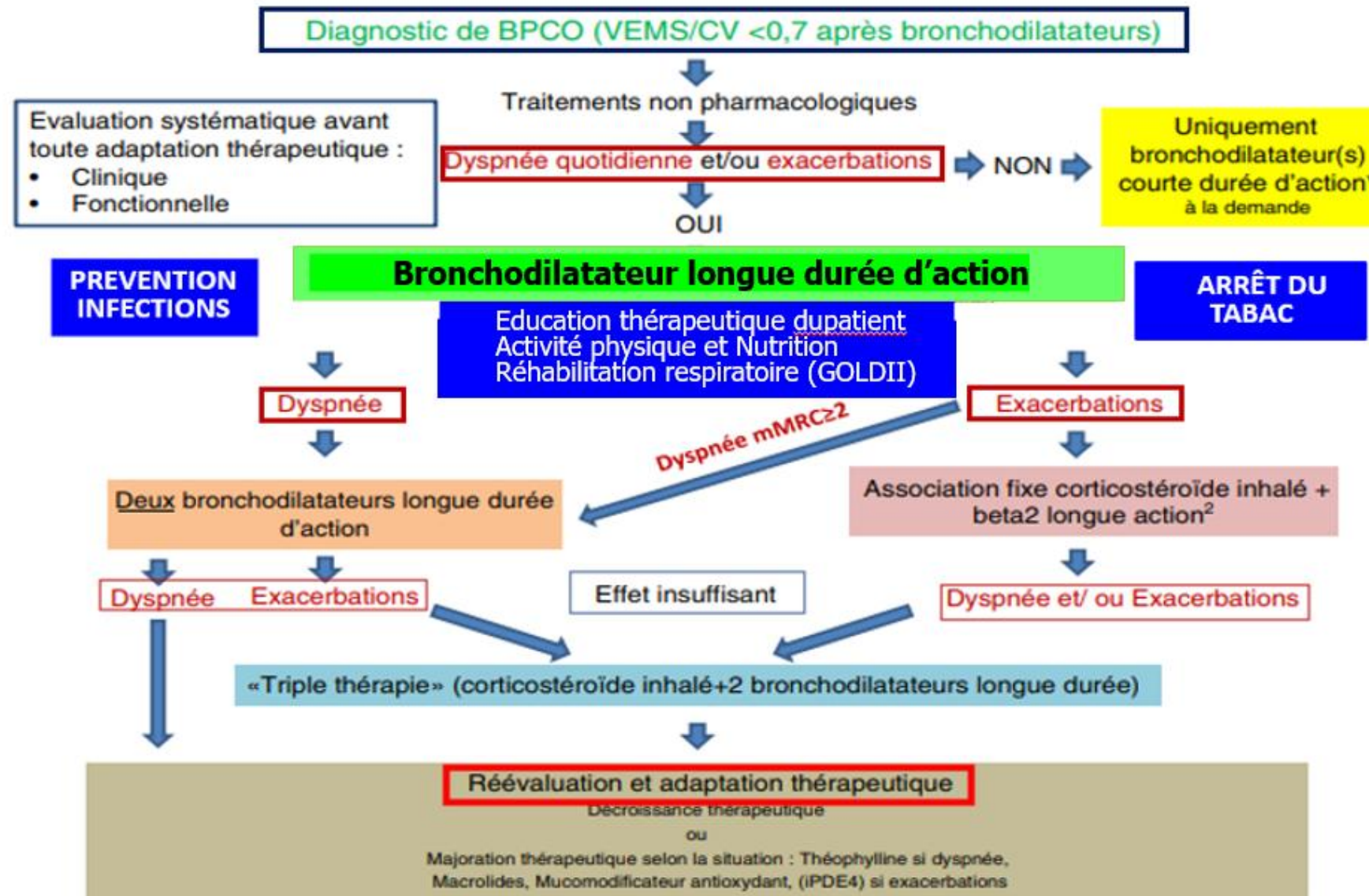
Avis Pneumologique
optimisation de la PEC

Exemple: Je suis très heureux (heureuse) 0 **X** 2 3 4 5 Je suis très triste

		POINTS
Je ne tousse jamais	0 1 2 3 4 5 Je tousse tout le temps	
Je n'ai pas du tout de glaires (mucus) dans les poumons	0 1 2 3 4 5 J'ai les poumons entièrement encombrés de glaires (mucus)	
Je n'ai pas du tout la poitrine oppressée	0 1 2 3 4 5 J'ai la poitrine très oppressée	
Quand je monte une côte ou une volée de marches, je ne suis pas essouffé(e)	0 1 2 3 4 5 Quand je monte une côte ou une volée de marches, je suis très essouffé(e)	
Je ne suis pas limité(e) dans mes activités chez moi	0 1 2 3 4 5 Je suis très limité(e) dans mes activités chez moi	
Je ne suis pas inquiet(e) quand je quitte la maison, en dépit de mes problèmes pulmonaires	0 1 2 3 4 5 Je suis très inquiet(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires	
Je dors bien	0 1 2 3 4 5 Je dors mal à cause de mes problèmes pulmonaires	
Je suis plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 Je n'ai pas d'énergie du tout	
		SCORE TOTAL

Le questionnaire CAT (COPD Assessment Test) et le logo sont des marques déposées du laboratoire GlaxoSmithKline.
© 2009 GlaxoSmithKline. Tous droits réservés.

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DANS LA BPCO



REPONSE THERAPEUTIQUE AU RETENTISSEMENT DE LA BPCO

1- Lésions pulmonaires

Obstruction

Limitation débits
expiratoires

DISTENSION
THORACIQUE
REPOS (VR)

2- Adaptation respiratoire

Hyperventilation

Distension
thoracique
DYNAMIQUE

DYSPNÉE

3- Retentissement clinique

↘ des activités
quotidiennes

↘ des capacités
à l'exercice

MOINDRE
QUALITÉ DE VIE

EXACERBATIONS

INACTIVITE

FACTEURS
AGGRAVANTS

BRONCHODILATATION
Continue optimisée

REHABILITATION

STOP
TABAC

INDEX BODE (Body mass index, airflow Obstruction, functional Dyspnea, Exercise capacity) DES INSUFFISANTS RESPIRATOIRES (BPCO)

1 - Eléments nécessaires pour construire cet index :

Calculer l'Indice de masse corporelle (IMC), mesurer le VEMS, coter la Dyspnée, réaliser un TDM6.

- **Stade 1** : dyspnée pour **la marche rapide** (liés à l'âge physiologique du sujet)
- **Stade 2** : dyspnée à la **montée d'un étage** ou d'une côte à marche normale
- **Stade 3** : dyspnée à la **marche sur terrain plat** en suivant quelqu'un de son âge
- **Stade 4** : dyspnée au **moindre effort** de la vie courante

2 - Calculer l'index BODE

(additionner les points par item pour obtenir le total)				
Points	0	1	2	3
VEMS (%)	> ou = 65	50 - 64	36 - 49	< ou = 35
TDM6 (mètres)	> ou = 350	250-349	150-249	< ou = 149
Dyspnée (mMRC)	0-1	2	3	4
IMC (kg/Tm2)	≥21	< ou = 21		

3 - Déterminer la SEVERITE (+ à ++++ ; mortalité à 4 ans en %) :

score 0 à 2 : catégorie 1 Indice de sévérité + 15 %

score 3 à 4 : catégorie 2 Indice de sévérité ++ 30 %

score 5 à 6 : catégorie 3 Indice de sévérité +++ 40 %

score 7 à 10 : catégorie 4 Indice de sévérité ++++ 80 %