

JOURNÉES NATIONALES DES INFIRMIER.E.S EN PRATIQUE AVANCÉE

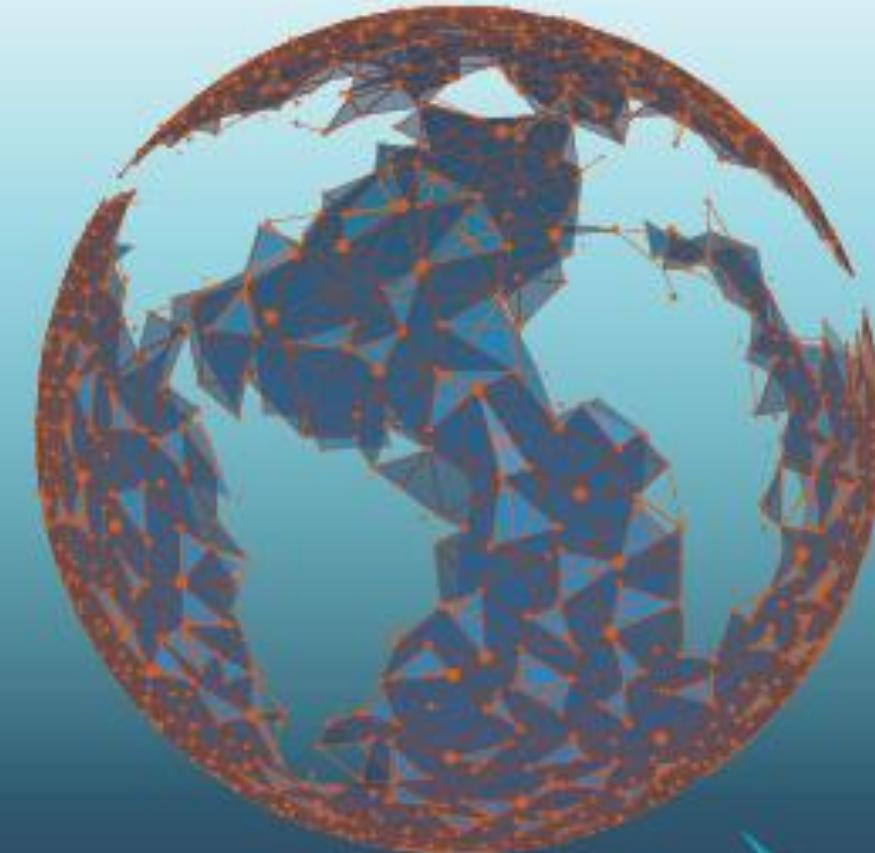


IPA D'ICI ET D'AILLEURS

inspirations, innovations et partages

CITÉ INTERNATIONALE UNIVERSITAIRE DE PARIS
Maison Internationale 17 boulevard Jourdan PARIS 14^E

13-14 NOV
2025



jnipa.fr

 **ANFIPA**
ASSOCIATION
NATIONALE FRANÇAISE
DES INFIRMIER·E·S
EN PRATIQUE AVANCÉE



BPCO

De bonnes pratiques diagnostiques et de suivi GOLD 2025

Mylène BONNAIRE, IPA PCS CHU de Rouen

Déclaration de vos liens d'intérêts

Je soussignée Mylène BONNAIRE, déclare avoir eu au cours des cinq dernières années :

Astrazeneca

Chiesi

GSK

Diagnostic de la BPCO

Le diagnostic de BPCO doit être suspecté (**dépistage**) chez tout patient :

- avec dyspnée d'effort
- toux chronique, sèche ou productive
- antécédant d'infections respiratoires basses à répétition
- exposition à un ou plusieurs facteurs de risque respiratoire (tabac +++)

La présence d'un trouble ventilatoire obstructif **est obligatoire** pour le diagnostic de BPCO :

- Spirométrie et non un outil de dépistage
- VEMS/CVF < 0,7
- idéalement en post-bronchodilatateur
- Il n'y a pas d'intérêt à utiliser la limite inférieure de la normale

Un TVO non réversible n'est pas spécifique d'une BPCO

- L'interrogatoire est obligatoire pour le diagnostic
- Rechercher un diagnostic différentiel : asthme, dilatations des bronches, bronchiolite

Recommandations internationales

- Il est impératif que les centres de soins primaires soient équipés de spiromètres
- Nécessité de former le médecin, infirmière, technicien à fournir des mesures valides

Identifier la sévérité de la BPCO

Une fois le diagnostic confirmé (clinique + spirométrie)

Déterminer le degré d'obstruction bronchique



Stade	VEMS (% théorique)
GOLD 1	≥ 80
GOLD 2	50 - 79
GOLD 3	30 - 49
GOLD 4	< 30

Evaluer symptômes et niveau d'exacerbation



Exacerbations/an			
≥2 exacerbations modérées	E		
ou 1 exacerbation avec hospit			
0-1 exacerbation modérée	A	B	
	mMRC 0-1	mmMRC≥2	
	CAT<10	CAT≥10	

Piège !

Le VEMS peut être diminué pour d'autres raisons que le trouble ventilatoire obstructif

Echelle mMRC et Score CAT

Echelle de dyspnée modifiée du Medical Research Council (mMRC) :

Stade 0 : je suis essoufflé uniquement pour un effort important

Stade 1 : je suis essoufflé quand je me dépêche à plat ou quand je monte une pente légère

Stade 2 : je marche moins vite que les gens de mon âge à plat ou je dois m'arrêter quand je marche à mon pas à plat

Stade 3 : je m'arrête pour respirer après 90 mètres ou après quelques minutes à plat

Stade 4 : je suis trop essoufflé pour quitter ma maison ou je suis essoufflé rien qu'à m'habiller

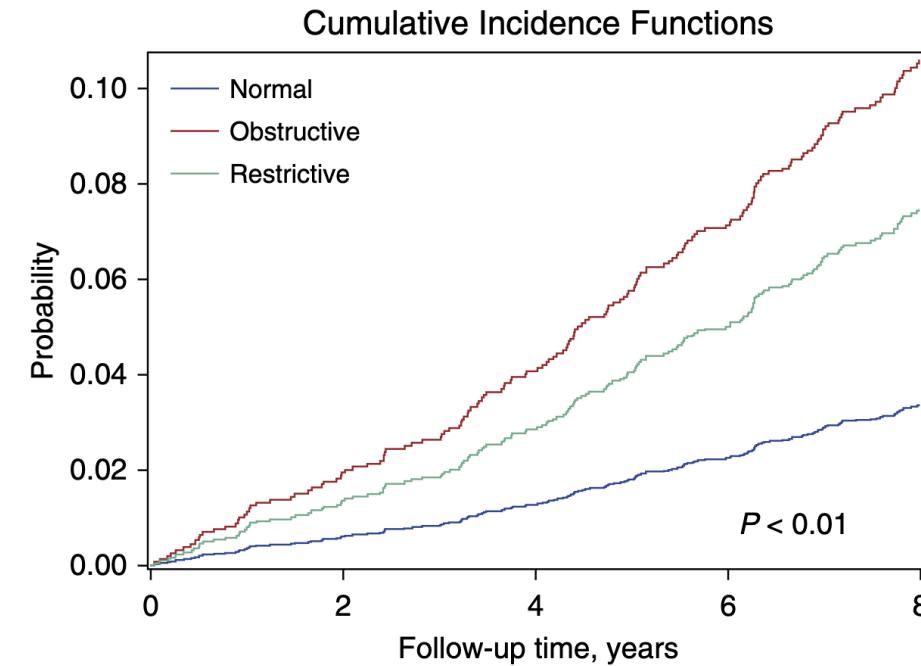
Comorbidités ou diagnostics différentiels à évaluer

Modifient l'interprétation des symptômes cliniques de la BPCO
et/ou modifient l'interprétation de la spirométrie

Asthme, Dilatations des bronches, Obésité, Insuffisance cardiaque, ...

20-30% des patients insuffisants cardiaques ont une BPCO

20-70% des patients atteints de BPCO ont une insuffisance cardiaque



	BPCO 2 - 4	Obésité restrictive	IC "sèche"	IC congestive
VEMS/CVF	↙	normal	normal	normal
VEMS	↙	↙	normal	↙
CVF	↙	↙	normal	↙
DLCO	↙	normal	normal	↙

Une conduite diagnostique rigoureuse est nécessaire

Sous-diagnostic de la BPCO (faux négatifs)

60 à 86% des patients atteints de BPCO ne sont pas identifiés

Etude en population générale au Danemark (100 000 individus) :

- 34% des individus ont un des éléments cliniques faisant évoquer une BPCO
- Parmi ceux-ci, un tiers ont une BPCO après EFR
- Parmi ceux-ci 78% n'était pas diagnostiqués antérieurement

Facteurs associés au sous-diagnostic

TVO léger ou modéré

Sexe féminin

Âge jeune

Niveau socio-culturel bas

Absence de spirométrie

Patients non diagnostiqués

Charge en soins importante pour le système de santé

Visites médicales non programmées

Passages aux urgences

Hospitalisations

+ 23% de mortalité p/r à la population sans BPCO

Une conduite diagnostique rigoureuse est nécessaire

Sur-diagnostic de la BPCO (faux positifs)

On estime qu'environ 30 à 50% des patients étiquetés BPCO en soins primaires n'ont pas de BPCO.

Etude de population Canada : 58% des patients atteints de BPCO n'ont en réalité pas de BPCO.

Patients surdiagnostiqués BPCO : +89% hospitalisations, + 42% passages aux urgences, +52% visites non programmées p/r à non-BPCO après ajustement âge et sexe

Facteurs associés au sur-diagnostic

Absence de spirométrie, erreurs techniques, fluctuations

Âge jeune

Sexe masculin

Médecin âgé

Niveau socio-culturel faible

Autres pathologies

Patients sur-diagnostiqués

Traitements non nécessaires

Risques iatrogènes

Coûts médicamenteux

On passe à côté d'autre(s) pathologie(s)

Modification des parcours de soins

Identifier des "traits traitables" de la BPCO

Une fois le diagnostic confirmé (clinique + spirométrie) puis la sévérité établie

Phénotype emphysémateux

- + de handicap ventilatoire
- Mortalité accrue
- Risque accru de cancer bronchique
- Réduction de volume pulmonaire
- Transplantation

Phénotype exacerbateur

- Obstruction bronchique plus sévère
- + de comorbidités
- DDB
- RGO
- SAOS
- Plus d'éosinophilie sanguine

Phénotype inflammatoire TH2

- Plus d'éosinophilie sanguine
- FeNO élevé
- + d'exacerbations
- + de corticodépendance
- Traitements anti-éosinophiles

La prise en charge non pharmacologique

Groupes GOLD	Indispensable	Recommandé	Vaccinations
GOLD A	Sevrage tabac	Activité physique	Influenza SARS-CoV-2 Pneumocoque Coqueluche Zona (Shingrix) VRS (Abrysvo, Arexvy)
GOLD B et D	Sevrage tabac	Activité physique Réhabilitation respiratoire Conseils nutritionnels	Influenza SARS-CoV-2 Pneumocoque Coqueluche Zona (Shingrix) VRS (Abrysvo, Arexvy)

Traitement pharmacologique initial

Un bronchodilatateur de courte durée d'action

Exacerbations	Groupes	
Plus de 2 exacerbations par an ou au moins 1 avec hospitalisation	E : LABA + LAMA ou LABA + LAMA + CSI Macrolide	
Aucune exacerbation ou 1 par an sans hospitalisation	A : LABA ou LAMA	B : LABA + LAMA
	mMRC < 2 CAT* < 10	mMRC ≥ 2 CAT* ≥ 10

Triple thérapie inhalée dans la BPCO

Eléments à considérer pour ajouter un CSI à une association LABA/LAMA

Pour	Antécédant d'exacerbations sévère sous LABA/LAMA ≥ 2 exacerbations modérées/an sous LABA/LAMA Taux d'éosinophiles ≥ 300/mm³ (mesuré plusieurs fois) Antécédant d'asthme ou asthme associé
Contre	Absence d'exacerbations Antécédant de pneumopathie Taux d'éosinophiles < 300/mm ³ (mesuré plusieurs fois) Antécédant de mycobactériose

Eléments à considérer pour supprimer le CSI d'une association LABA/LAMA

Pour	Absence d'exacerbations modérées à sévères pendant un an Taux d'éosinophiles < 300/mm³ (mesuré plusieurs fois) Survenue d'une pneumopathie avant ou après CSI Persistance des exacerbations sous CSI
-------------	---

Bronchite chronique : pas d'indication des traitements inhalés

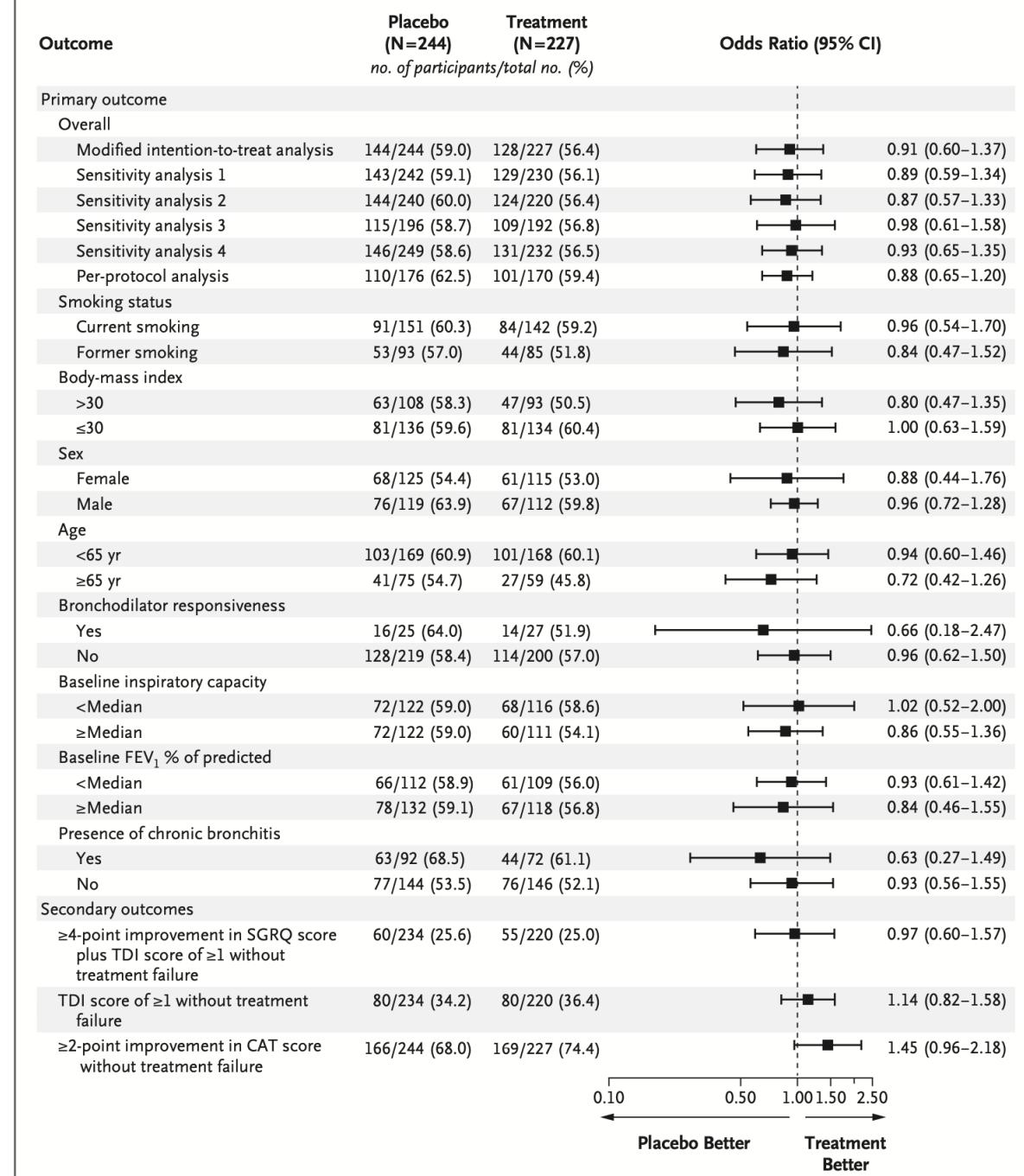
Fumeurs ou ex-fumeurs ≥ 10 p/a (n=535)

Pas de trouble ventilatoire obstructif aux EFR
(VEMS/CVF $\geq 70\%$)

Score CAT ≥ 10

Traitement pendant 3 mois
LABA+LAMA vs placebo

MK Han et al, New Engl J Med 2022



Aspect pratique du suivi du patient atteint de BPCO

Hospitalisation pour exacerbation de BPCO :

- Réévaluation clinique à 7 jours
- Consultation pneumologue à 2 mois

Efr/ Spirométrie tous les ans

Suivi du patient atteint de BPCO



Ajuster la prise en charge

- Escalade thérapeutique
- Désescalade thérapeutique
- Adapter le dispositif inhalé
- Plans d'action programmés

Avis pneumologique

Réévaluer l'évolution de la maladie

- Dyspnée, toux/expectorations
- Exacerbations
- Comorbidités (toutes)
- Capacité à l'exercice, tolérance à l'exercice
- Anxiété, dépression
- Interrogatoire de sommeil



Revoir la prise en charge de fond

- Vaccinations
- Sevrage tabagique
- Nutrition
- Information sur la maladie/éducation
- Promotion de l'activité physique
- Réhabilitation respiratoire
- Prise en charge psycho-sociale
- Tolérance des traitements
- Technique d'inhalation

Treatment instrumental



MERCI POUR VOTRE ATTENTION !

jnipa.fr

JOURNÉES NATIONALES

DES INFIRMIER.E.S EN PRATIQUE AVANCÉE

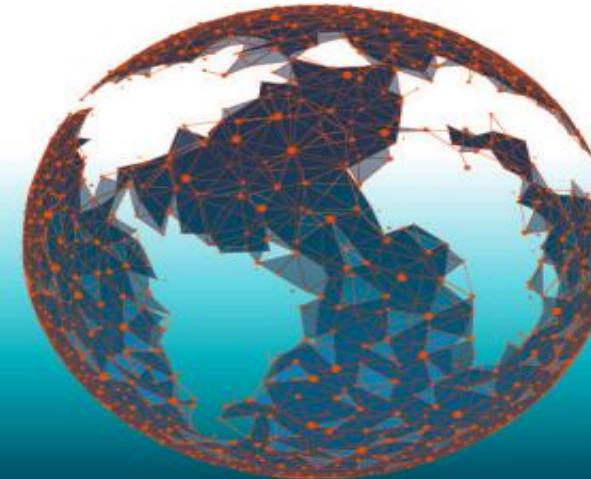
IPA D'ICI ET D'AILLEURS

inspirations, innovations et partages



13-14 NOVEMBRE 2025

CITÉ INTERNATIONALE UNIVERSITAIRE DE PARIS Maison Internationale 17 boulevard Jourdan PARIS 14^e



ANFIPA

ASSOCIATION
NATIONALE FRANÇAISE
DES INFIRMIER.E.S
EN PRATIQUE AVANCÉE

jnipa.fr

**VOS ATTENTES COMPTENT :
RÉPONDEZ EN SCANNANT**



Ce questionnaire a pour objectif de recueillir vos attentes et propositions afin d'adapter les actions de l'ANFIPA et les thématiques des webinaires proposés



9^e JNPA

13-14 NOV
2025

CITÉ INTERNATIONALE UNIVERSITAIRE DE PARIS
Maison Internationale 17 boulevard Jourdan PARIS 14^e