

Edito

Apnées du sommeil et BPCO, liaisons dangereuses



Cette année, les Journées Pratiques Respiration Sommeil 2017 (JPRS) se sont déroulées du 5 au 7 octobre, accueillies pour la première fois au Palais des Congrès de Bordeaux. Ces rencontres annuelles entre professionnels de santé et grand public furent l'occasion d'approfondir les nouveaux enjeux de la prise en charge de la BPCO, de souligner la grande fréquence des troubles du sommeil chez les personnes BPCO

mais aussi de lever le voile sur une association de mieux en mieux connue et étudiée, à savoir la coexistence, chez une même personne, d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et de troubles du sommeil, en particulier le syndrome des apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS), ces pauses respiratoires prolongées chez une personne endormie.

Les données sont encore parcellaires sur la prévalence de ce syndrome appelé "Overlap syndrome" ou "syndrome de chevauchement". Un indice nous est pourtant fourni par la cohorte régionale d'Aquitaine PALOMB constituée de personnes BPCO : les apnées du sommeil diagnostiquées par le pneumologue sont présentes chez 20% d'entre-elles !

D'où mes deux messages : en cas de BPCO, pensez à parler de vos éventuels troubles du sommeil à votre médecin ou pneumologue. Le cas échéant, lorsqu'un Syndrome Overlap a été diagnostiqué, prendre en charge les apnées du sommeil est essentiel chez une personne BPCO, non seulement pour un meilleur confort de vie avec des nuits réparatrices, mais aussi parce que le traitement des apnées par la Pression Positive Continue a démontré son intérêt pour corriger la surmortalité et le risque cardiovasculaire associé aux apnées du sommeil.

Enfin, parce que nous sommes à la mi-novembre, j'encourage toutes les personnes motivées à franchir le pas et à écraser leur dernière cigarette. L'Association est partenaire officiel du Moi(s) sans tabac.

Frédéric Le Guillou, pneumologue
Président de l'Association BPCO

BPCO et sommeil : quelles sont les nouveautés ?



Il existe des liens étroits entre la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les troubles du sommeil, en particulier le syndrome des apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS).

Tour d'horizon des connaissances les plus récentes sur ce sujet, commentées lors des Journées Pratiques Respiration Sommeil 2017 (JPRS, 5-8 octobre, Bordeaux).

L' « OVERLAP Syndrome » mieux appréhendé

Le syndrome "overlap" ou "syndrome de chevauchement" recouvre l'association chez une même personne d'une BPCO et d'un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS). Ce dernier est défini par au moins cinq pauses respiratoires prolongées, de plus de 10 secondes, chez une personne endormie. Selon une revue scientifique parue en 2017 compilant les études publiées, sa prévalence en population générale oscille entre 1 et 3,6% (1). Mais dès lors que l'on s'intéresse à la coexistence de BPCO et de SAHOS chez ceux qui souffrent déjà d'un SAHOS, les choses se corsent avec, en fonction de la méthodologie des études, de 8% jusqu'à 56% des personnes concernées. A l'inverse, la prévalence du SAHOS chez des personnes diagnostiquées BPCO va de 3% jusqu'à 65%. Conclusion, si on n'a pas encore d'idée précise de la réalité de ce syndrome overlap, celui-ci existe bel et bien.

Une autre étude explorant les liens entre les différentes pathologies associées à la BPCO a sans surprise mis en évidence le poids majeur des comorbidités cardiovasculaires. Le SAHOS en revanche n'est retrouvé que chez 10% des personnes BPCO (2), probablement dû en partie à une sous-déclaration de cette dysfonction ventilatoire nocturne.

Dans la cohorte régionale d'Aquitaine PALOMB (2100 patients suivis depuis trois ans), les apnées du sommeil diagnostiquées par le pneumologue sont présentes chez 20% des personnes BPCO et particulièrement lorsque la BPCO est légère, de stade 1 (30%).

Troubles du sommeil, à repérer en cas de BPCO

40% des personnes BPCO déclarent souffrir de troubles du sommeil (3). Plus récemment, une étude sur 1 800 personnes BPCO a confirmé qu'une majorité d'entre elles se plaint d'un retentissement des troubles du sommeil sur leur qualité de vie, avec 66% des patients rapportant des symptômes nocturnes dans le mois écoulé (4). Cette gêne est légèrement sous-évaluée par le médecin comparé aux déclarations des patients, suggérant l'intérêt d'un questionnement systématique du soignant sur les troubles du sommeil chez les personnes BPCO.

Par ailleurs, la qualité du sommeil est globalement médiocre chez les personnes BPCO, avec en premier lieu l'insomnie, les troubles d'endormissement, les réveils nocturnes fréquents, sans que l'on sache s'ils sont liés à un encombrement bronchique, à des sensations de dyspnées (difficultés respiratoires) ou aux apnées elles-mêmes. Ces troubles sont tous responsables d'une fatigue physique (asthénie) diurne.

Les spécialistes déplorent que les récentes recommandations internationales (GOLD 2017) ne mettent pas en avant l'évaluation du sommeil chez une personne BPCO, passant ainsi sous silence l'intérêt du dépistage d'un éventuel SAHOS.

BPCO, sommeil et exacerbations : les liaisons dangereuses

Le diagnostic précoce et la prise en charge de la BPCO ont une finalité : prévenir les exacerbations. La preuve n'est plus à faire : plus le nombre d'exacerbations est important, plus la réduction de la survie est nette, et ceci dès deux exacerbations sur les douze derniers mois (5). Par ailleurs, la mortalité suite à une hospitalisation pour exacerbation de BPCO n'est pas négligeable, ceci en dépit d'une prise en charge adaptée, de 33% 400 jours après à 49% 1 000 jours après (6).

Or, chez les personnes "overlap" chez qui le SAHOS n'est pas traité par Pression Positive Continue (le malade dort avec un masque où la pression de l'air inspiré est augmentée d'à peine quelques millimètres de mercure, levant ainsi le barrage mécanique qui empêche l'air de passer) ont une moins bonne survie que celles traitées par PPC (7). Le point à souligner est que leur risque de décéder d'exacerbations liées à leur BPCO est accru. Un argument supplémentaire en faveur du dépistage du SAHOS en cas de BPCO et de son traitement, notamment dans l'objectif de prévenir les exacerbations.

Par ailleurs, des mécanismes inflammatoires communs entre SAHOS et BPCO concourent à un risque cardiovasculaire accru chez les personnes ayant un syndrome overlap (8) mais aussi à la probabilité de présenter d'autres comorbidités cardiovasculaires. Leur risque d'infarctus du myocarde est particulièrement élevé dès 5 jours après une exacerbation et persiste jusqu'à 7 semaines.

L'importance du sommeil vis-à-vis de la respiration

Les dernières publications ont permis d'approfondir le rôle du sommeil vis-à-vis de la respiration. Celui-ci agit à trois niveaux : sur le contrôle neurologique de la respiration, sur les muscles respiratoires (diaphragme et muscles intercostaux) et également sur la mécanique ventilatoire au niveau du poumon (résistance au flux d'air etc.).

Il existe de plus un débat sur l'effet potentiellement délétère des corticoïdes au long cours sur les muscles du pharynx. Tous les dysfonctionnements potentiels conduisent à une ventilation insuffisante -hypoventilation-, à une hypercapnie (surcharge du sang artériel en CO₂) et à une hypoxémie (diminution de la quantité d'oxygène transportée dans le sang) (8).

Prendre en charge à la fois la BPCO et les apnées du sommeil

La prise en charge des personnes ayant un syndrome overlap, c'est-à-dire sur le plan des deux comorbidités, est très bénéfique car associée à une diminution de la mortalité. Déjà, "appareiller" les personnes apnéiques avec la Pression Positive Continue est indispensable, tant pour améliorer la qualité de vie que pour corriger le risque cardiovasculaire associé aux apnées du sommeil.

Dans une étude sur l'utilisation de la PPC chez des patients ayant un SAHOS et une BPCO hypoxémique, ceux n'ayant pas la PPC en plus de l'oxygénothérapie ont une moins bonne survie que ceux ayant la PPC (9). Ces données illustrent bien le rôle majeur de la prise en charge thérapeutique du SAHOS chez des personnes BPCO et en particulier ceux utilisant l'appareil de PPC plus de 4 heures par nuit (10).

(1) Shawon et al. Sleep Medicine Reviews 2017 ; (2) Divo et al. Eur Respir J 2017; (3) S. Rennard et al, Eur Respir J 2002 ; 20 : 799-805 ; (4) Ding, Int J of COPD 2017 ; (5) J Soler-Cataluna et al. Thorax. 2005 Nov; 60(11): 925-931; (6) Gunen H et al. Eur Respir J 2005 ; 26 : 234-41 ; (7) Am J C Crit Med 2010 ; 182 : 325-31 ; (8) MC. Nicholas. CHEST 2017 ; (9) Machado Eur Respir J 2010 ; (10) Stanchina et al. Journal of Clinical Sleep Medicine 2015 Vol 9, n°8.

Hélène Joubert, journaliste

Merci au Pr Chantal Raheison-Semjen du service des maladies respiratoires au CHU de Bordeaux et à l'Université de Bordeaux (INSERM U1219) pour sa relecture.

BPCO, les nouveaux enjeux de la prise en charge



Prévention dès les premières années de vie ou diagnostic précoce chez les jeunes et les femmes ... aux Journées Pratiques Respiration Sommeil 2017 (JPRS, 5-8 octobre, Bordeaux), le Pr Chantal Raheison-Semjen du service des maladies respiratoires au CHU de Bordeaux et INSERM U1219 a passé en revue les nouveaux enjeux de la prise en charge de la BPCO.

Parmi les enjeux dans la BPCO figurent ceux de découvrir d'autres prédispositions génétiques que le déficit en alpha-1-antitrypsine mais aussi de mieux promouvoir l'arrêt du tabac. En effet, d'après la cohorte américaine de Framingham, 33% des fumeurs persistants développeront une BPCO et 24% des femmes fumeuses (1). Mais quel est selon vous l'enjeu le plus nouveau dans la BPCO ?

Pr C.R-S : L'idée récemment apparue est de considérer que la BPCO est une maladie qui débute dans les premières années de vie et d'agir en conséquence. Certains auteurs parlent même de traumatisme bronchique in utero du fait d'un tabagisme passif. Mais déjà, dès la naissance, certains individus souffrent d'un ralentissement de la croissance pulmonaire. Parmi eux, certains accuseront un déclin accéléré de la fonction ventilatoire, d'autres une dégradation plus progressive (2). C'est parmi ces deux profils que l'on retrouvera plus tard des BPCO si, en plus, ils sont exposés à un tabagisme actif ou à des aéro-contaminants sur le plan professionnel. D'où une prévention primaire vis-à-vis de l'environnement chez ces personnes depuis les premières années de vie voire in-utero.

Par ailleurs, le consortium européen de recherche « European care of chronic obstructive pulmonary disease » (3) incluant dix mille personnes suivies pendant 20 ans a mis en lumière que les facteurs de la petite enfance pèsent aussi lourd que le tabagisme actif dans la survenue de la BPCO à l'âge adulte. Parmi eux, des antécédents personnels d'asthme, une atopie familiale, une infection respiratoire basse sévère contractée avant l'âge de 5 ans et l'exposition au tabagisme passif.

Les femmes et les jeunes sont de plus en plus touchés par la BPCO. Peut-on affirmer qu'ils constituent l'enjeu actuel en matière de dépistage et de diagnostic précoces ?

On sait maintenant depuis 2013, année de la publication d'une étude américaine regroupant près de 500 000 personnes (4), que la prévalence de la BPCO continue de progresser, avec une modification épidémiologique substantielle puisque les femmes sont de plus en plus concernées et les malades de plus en plus jeunes. Une notion à conserver en mémoire, d'autant que cette étude a aussi entériné le bénéfice à l'arrêt du tabac surtout si la décision est prise avant l'âge de 40 ans. Le risque de décéder d'une BPCO rejoint alors celui d'un non-fumeur.

En Europe, l'évolution de la mortalité liée à la BPCO entre 1994 et 2010 met en évidence une diminution de celle-ci chez les hommes, clairement liée à modification de leurs habitudes tabagiques (5). En revanche, la stabilité de cette mortalité liée à la BPCO chez les femmes est plutôt inquiétante ; elle masque une grande hétérogénéité en fonction des pays concernant la prévalence du tabagisme où elle dépasse parfois celle des hommes.

L'autre enjeu majeur est la réduction des exacerbations. Pour quelles raisons ?

Chez certaines personnes BPCO, l'enjeu crucial est d'infléchir la fréquence des exacerbations, qui accentuent le déclin de la fonction ventilatoire. En effet, parmi les facteurs incriminés dans ces exacerbations il y a, à côté des facteurs infectieux, la pollution atmosphérique. Etre exposé à des pics de pollution accroît le risque d'exacerbations (6).

De plus, les patients ayant un phénotype d'exacerbations sévères et répétées nous inquiètent particulièrement. Une étude a montré que l'intervalle entre chaque exacerbation se raccourcissait à chaque nouvelle exacerbation, pouvant conduire dans un certain nombre de cas au décès (7).

Enfin, les femmes sont encore plus concernées par ce danger que constituent les exacerbations : l'augmentation des hospitalisations pour exacerbation est encore plus marquée chez elles : +5,4% par an chez les femmes âgées de 25 ans ou plus contre +2,4%/an chez les hommes entre 1998 et 2012 en France (8).

L'expression de « décroissance thérapeutique » revient aussi de plus en plus fréquemment. Que signifie-t-elle ?

La nouveauté des recommandations thérapeutiques en vigueur en France, édictées en 2016 par la Société de Pneumologie de Langue Française, en dehors d'être fondées uniquement sur la symptomatologie et non plus selon une catégorisation en fonction du niveau de VEMS, est d'alléger le traitement au maximum en réévaluant régulièrement les symptômes.

Les prescriptions reposent désormais sur les symptômes : un patient peu symptomatique recevra exclusivement des broncho-dilatateurs de courte durée d'action à la demande. Une dyspnée ou difficulté respiratoire permanente, avec ou sans exacerbation, indique un traitement de fond avec un bronchodilatateur de longue durée d'action (bêta-2-mimétiques ou anticholinergiques). Si la dyspnée persiste, l'ajout d'un second bronchodilatateur sera indispensable. Des exacerbations fréquentes nécessitent, au choix, l'association de plusieurs bronchodilatateurs ou la combinaison fixe de corticoïdes inhalés et de bêta-2-mimétiques, voire une trithérapie (corticostéroïdes et deux bronchodilatateurs de longue durée d'action). A noter, la double bronchodilatation a démontré sa supériorité sur l'association fixe dans l'étude FLAME en 2016 (9).

Finalement, le plus délicat dans la prise en charge n'est-il pas le volet non médicamenteux ?

Je le crois, la prise en charge étant une approche composite avec, en premier lieu, le sevrage tabagique. La tâche n'est pas si simple : 10 à 30% des patients PBCO pourtant inclus dans la cohorte de recherche française Palomb conservent un tabagisme persistant ! Pourtant, la prise en charge multidisciplinaire associant une consultation de tabacologie et le traitement de substitution nicotinique permet 35% d'arrêt à un an.

La prévention passe aussi par la vaccination. Prévention des exacerbations avec la vaccination antigrippale annuelle, laquelle réduit la fréquence des infections virales à l'origine des surinfections bronchiques, et la vaccination antipneumococcique vis-à-vis de la prévention des pneumonies à pneumocoques, des hospitalisations pour pneumopathie et de la mortalité chez les plus de 65 ans.

Quant à la réhabilitation respiratoire, en dépit d'avoir prouvé son intérêt primordial, sa place reste insuffisante et trop souvent restreinte aux patients les plus sévères. L'enjeu des années à venir est d'en développer l'accès à un maximum de patients, à tous les stades de la maladie.

Propos recueillis par Hélène Joubert, journaliste.

(1) Kohansal, AJMCCR 2009 ; (2) N Eng J MED 2016 ; 374 : 1843-52; (3) Thorax 2010; (4) N Eng J MED 2013 ; 24, 368 (4) : 351-64 ; (5) Lancet Respir Med 2014 ; 2 : 54-62 ; (6) Wedzicha Lancet 2007 ; (7) Suissa Thorax 2012 ; (8) invs-sante.fr ; (9) N Engl J MED 2016 ; 374 : 2222-34

BPCO et tabac : protégez vos poumons !

••••• www.bpcos-asso.com •••••



BPCO et tabac : protégez vos poumons !



Dans 85% des cas, le tabac a un rôle central dans la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Plus un individu a fumé, plus il risque de développer une BPCO. On estime qu'à partir de 1 paquet par jour pendant 15 ans (soit 15 paquet-année), le risque devient significatif. Même pour une exposition moindre, le tabagisme, y compris le tabagisme passif, constitue un risque dont il faut tenir compte. Plus d'explications.

Tabac : des conséquences sur l'appareil respiratoire

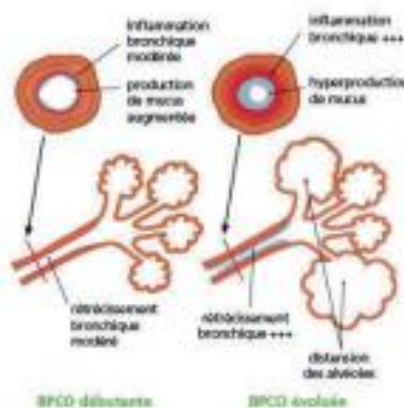
Les bronches sont revêtues d'une couche protectrice, d'une muqueuse constituée de cellules :

- les **cellules ciliées**, qui rejettent poussières et microbes.
- et les **cellules glandulaires** qui sécrètent une substance (le mucus) engluant les impuretés.

La fumée du tabac contient des substances toxiques et irritantes qui viennent déstabiliser et progressivement détruire ce revêtement protecteur. Les cellules ciliées ne remplissent plus leur fonction de « balayage ». Les cellules glandulaires produisent plus de mucus pour protéger les

bronches, réduisant progressivement leur calibre, et favorisant la bronchite chronique.

De plus, le tabac a une action nuisible sur les alvéoles pulmonaires : il fait disparaître progressivement leurs parois. La quantité d'air pouvant être inspirée et expirée (emphysème) diminue alors.



La bronchite chronique ou l'emphysème pulmonaire sont autant de signes pouvant faire penser à une BPCO.

Les expositions aux polluants, intérieurs, industriels, atmosphériques ou encore ceux liés à l'environnement de travail présentent aussi un risque pour la santé et les poumons.

Arrêter de fumer représente un immense bénéfice quel que soit le stade de la BPCO, la quantité de tabac consommée et la durée de consommation. Il n'est jamais trop tard ! Les bienfaits sur le souffle et la qualité de vie (moins de toux par exemple) se font ressentir presque immédiatement !

Associé à l'activité physique, l'arrêt du tabac est la mesure la plus efficace pour stabiliser la BPCO, réduire le risque d'exacerbations (épisodes de crises d'aggravation des symptômes habituels), diminuer le risque de complications et améliorer la qualité et l'espérance de vie.



Les bénéfices de l'arrêt du tabac dans le temps¹

20 minutes après la dernière cigarette

La pression sanguine et les pulsations du cœur redeviennent normales.

8 heures après la dernière cigarette

La quantité de monoxyde de carbone dans le sang diminue de moitié. L'oxygénation des cellules redevient normale.

24 heures après la dernière cigarette

Le risque d'infarctus du myocarde diminue déjà.

Les poumons commencent à éliminer le mucus et les résidus de fumée. Le corps ne contient plus de nicotine.

48 heures après la dernière cigarette

Le goût et l'odorat s'améliorent. Les terminaisons nerveuses gustatives commencent à repousser.

72 heures après la dernière cigarette

Respirer devient plus facile. Les bronches commencent à se relâcher et on se sent plus énergique.

2 semaines à 3 mois après la dernière cigarette

La toux et la fatigue diminuent. On récupère du souffle. On marche plus facilement.

1 à 9 mois après la dernière cigarette

Les cils bronchiques repoussent. On est de moins en moins essoufflé.

1 an après la dernière cigarette

Le risque d'infarctus du myocarde diminue de moitié.

Le risque d'accident vasculaire cérébral rejoint celui d'un non-fumeur.

5 ans après la dernière cigarette

Le risque de cancer du poumon diminue presque de moitié.

10 à 15 ans après la dernière cigarette

L'espérance de vie redevient identique à celle des personnes n'ayant jamais fumé.

¹Source : Tabac Info Service, www.tabac-info-service.fr

Nos conseils


Eviter les expositions aux fumées dues au tabac et autres sources de polluants de l'air.

Arrêter le tabac de manière complète et définitive.

L'état de dépendance au tabac est complexe, à la fois physique, psychologique et comportemental. Physiquement, la dépendance est essentiellement due à la présence de la nicotine, substance qui agit sur le cerveau et qui provoque le « manque ». Cette dernière procure une impression trompeuse de plaisir, sensation de détente, stimulation intellectuelle etc. Sur le plan du comportement, le tabac est souvent associé à la socialisation, notamment pour les jeunes fumeurs, et à une gestuelle « rassurante » dans des situations de mal-être (stress, colère, besoin de détente...).

Décider d'arrêter de fumer n'est pas simple lorsqu'il s'agit d'une habitude et d'un plaisir, mais cela est tout à fait possible ! Traitements substitutifs nicotiques, thérapies comportementales et cognitives, cigarette électronique, activité physique, méditation etc. : Il n'y a pas de solution unique, chacun peut construire sa stratégie, seul ou accompagné. Pour garantir le succès de sa démarche sur le long terme, il est important de trouver celle qui sera la plus adaptée à soi-même, sa relation au tabac et son vécu.

N'hésitez pas à demander de l'aide auprès d'un spécialiste. Un tabacologue peut vous aider sur le choix de la stratégie à adopter et les premiers mois d'arrêt. Pour trouver un tabacologue proche de chez vous : ICI



Pour être soutenu dans sa démarche et en savoir plus sur les stratégies reconnues comme efficaces dans l'arrêt du tabac : www.tabac-info-service.fr

Les 10^{èmes} Rencontres de l'Association



Le 9 novembre 2017, l'Association organisait ses 10^{èmes} Rencontres au Sénat sur le thème "**BPCO : et si l'éducation était la clé ?**", en présence de la Ministre des Solidarités et de la Santé, Madame Agnès Buzyn > [Voir la vidéo](#)

Suivez nos actualités !

Pour plus d'informations et recevoir la newsletter rendez-vous sur : www.asso-bpco.com



115 rue Saint Dominique,
75007 PARIS



contact.bpco@gmail.com



© 2017 Association BPCO

Avec le soutien institutionnel de AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi, GSK, Novartis et Philips.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des données personnelles vous concernant. Vous avez ainsi la possibilité de vous désinscrire de la newsletter à tout moment, facilement et rapidement. Pour exercer votre droit, contactez-nous : contact.bpco@gmail.com.