

Optimisation de la prise en charge ambulatoire de l'insuffisance respiratoire chronique chez les patients BPCO

Sqalli Houssini Z., Arfaoui H., Msika S., Bamha H., Bougteb N., Jabri H., El Khattabi W., Afif Mly H.

Service des maladies respiratoires, Hôpital 20 Août 1953, CHU Ibn Rochd, Casablanca (Maroc)

INTRODUCTION

L'insuffisance respiratoire chronique (IRC), définie par une altération durable des échanges gazeux se traduisant par une hypoxémie persistante avec ou sans hypercapnie, constitue une complication évolutive fréquente de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

OBJECTIFS

Optimisation de cette prise en charge ambulatoire représente un enjeu majeur afin de réduire les exacerbations, améliorer la qualité de vie et limiter les hospitalisations

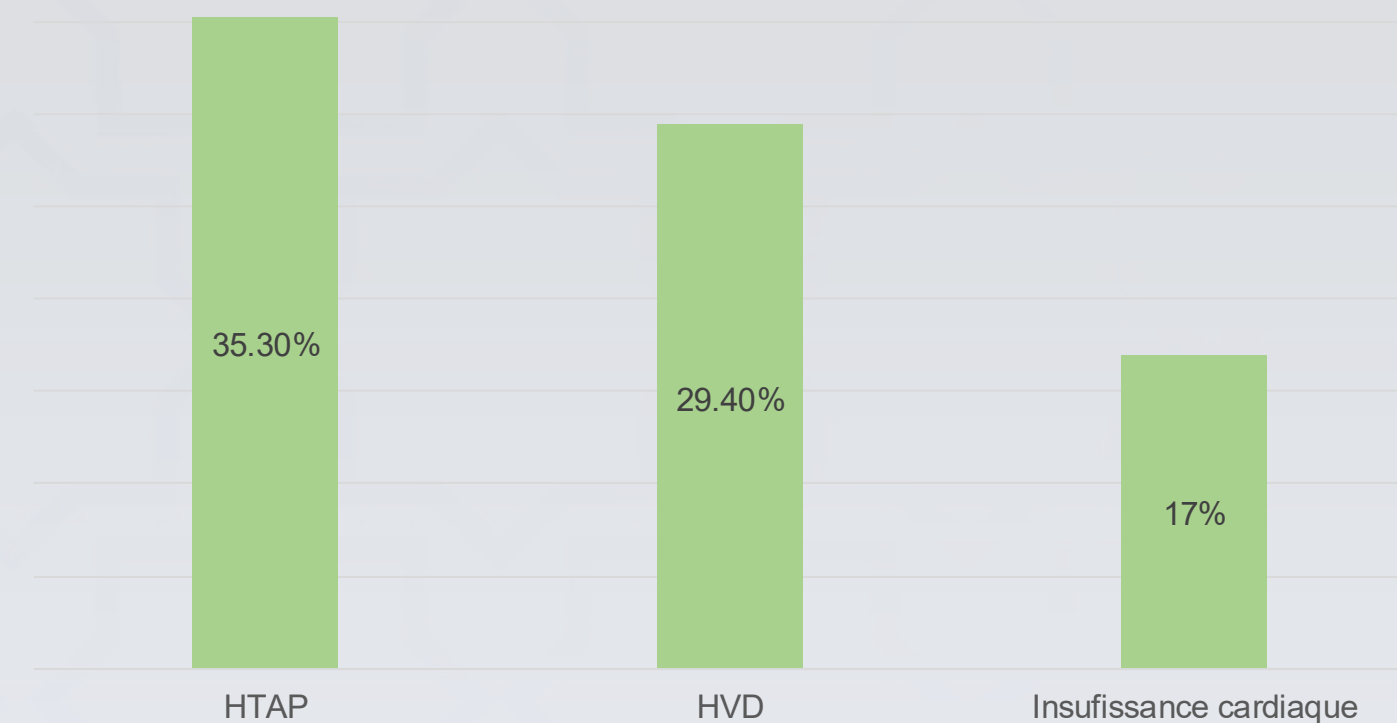
MATERIELS ET METHODES

Étude observationnelle rétrospective sur une période allant de janvier 2014 à septembre 2025, incluant 423 patients suivis en consultation pour BPCO, dont 163 (38 %) présentent une insuffisance respiratoire chronique

RESULTATS

- **Moyenne d'âge:** 63 ans
- **Genre prédominant:** 95 % hommes
- **Habitudes toxiques:**
 - tabagisme 100%, en moyenne 42,5 paquet-année
 - Canabisme: 27,4%

- **Ancienneté moyenne de la BPCO:** 5,2 ans
- **Fréquence moyenne d'exacerbation par an:** 2,6
- **Non-observance thérapeutique:** 71,9 %
- **Patients en IRC:**
 - Hypoxémie chronique: 82 % des cas → oxygénothérapie de longue durée à domicile (OLD)
 - Hypercapnie chronique: 18 % des cas → ventilation non invasive, parfois associée à OLD afin d'optimiser l'oxygénation
- **Comorbidités cardiovasculaires:**



- **Suivi ambulatoire:**
 - un mois après l'instauration du support respiratoire à domicile
 - Tous les trois mois après stabilisation des paramètres gazométriques
- **Éducation thérapeutique**
- **Observance des traitements inhalés**

et du support respiratoire

- **Aide au sevrage tabagique**
- **Vaccination antigrippale et antipneumococcique**

→ Base de chaque consultation

DISCUSSION

La BPCO constitue la première cause d'insuffisance respiratoire chronique à l'échelle mondiale et représente une source majeure de morbi-mortalité. Les données de la littérature montrent qu'une prise en charge ambulatoire structurée et multidisciplinaire de l'IRC permet de réduire la fréquence des exacerbations, les hospitalisations répétées et d'améliorer la qualité de vie. L'oxygénothérapie de longue durée, lorsqu'elle est correctement indiquée chez les patients présentant une hypoxémie chronique sévère, a démontré un bénéfice sur la survie, à condition d'une surveillance gazométrique régulière afin d'éviter l'hypercapnie iatrogène. Chez les patients présentant une hypercapnie chronique, la ventilation non invasive à domicile, seule ou associée à l'OLD, améliore les échanges gazeux et le contrôle de la maladie.

Enfin, la prise en charge des comorbidités cardiovasculaires, l'éducation thérapeutique, l'optimisation de l'observance et le sevrage tabagique constituent des éléments clés pour optimiser le suivi ambulatoire et limiter le recours aux hospitalisations.

CONCLUSION

BPCO: première cause d'insuffisance respiratoire chronique dans le monde. Une prise en charge ambulatoire optimisée, intégrant le support respiratoire à domicile, le dépistage des comorbidités cardiovasculaires et l'éducation thérapeutique, permet d'améliorer le contrôle de la maladie, de réduire les exacerbations et de limiter le recours aux hospitalisations.

REFERENCES

1. GOLD. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. GOLD Report, 2024.
2. Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group. Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic COPD. Ann Intern Med. 1980.
3. Murphy PB, et al. Home non-invasive ventilation for chronic obstructive pulmonary disease. Lancet Respir Med. 2017