

**SYNTHESE**

# Bronchopneumopathie chronique obstructive

## Prescription d'activité physique

Validée par le Collège le 13 juillet 2022

### Les données

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie générale à point de départ respiratoire, marquée par une obstruction bronchique irréversible, souvent associée à des lésions parenchymateuses pulmonaires (emphysème). Le tabagisme en est la principale cause (80 % des cas), aggravée par des facteurs environnementaux (pollution intérieure et extérieure).

Elle se manifeste par une dyspnée d'effort multifactorielle, respiratoire, mais aussi musculaire (déconditionnement périphérique), émotionnelle (peur de la dyspnée), psychologique (anxiété, dépression), aggravée par les comorbidités fréquentes notamment cardio-vasculaires, aboutissant à un cercle vicieux dyspnée-sédentarité-dyspnée, responsable d'une fatigue, d'un repli social et d'une altération de la qualité de vie.

L'activité physique (AP) a des effets bénéfiques sur la dyspnée, la fatigue, l'anxiété/dépression, la tolérance à l'exercice et la confiance en soi, facteurs de motivation de poursuite à long terme. Elle est une composante essentielle du traitement de la BPCO indépendamment de l'âge du patient, de son genre, de son statut socio-économique, de la sévérité de sa maladie et des comorbidités, pour peu qu'elles soient traitées et stabilisées.

### La consultation médicale d'AP

Une **évaluation médicale minimale** est recommandée avant de commencer ou d'augmenter une AP d'intensité modérée.

Une **consultation médicale d'AP** est préconisée pour les AP d'intensité élevée. Elle se justifie pour les AP d'intensité modérée en fonction de la sévérité de la maladie et du niveau de traitement nécessaire (oxygénothérapie), du contrôle de la dyspnée, de l'état de déconditionnement du sujet et des comorbidités associées, notamment cardio-vasculaires.

En cas de BPCO sévère ou très sévère (stades III et IV de GOLD), la reprise d'une AP adaptée régulière entre dans le cadre plus global de l'éducation thérapeutique (ETP), voire d'une réadaptation respiratoire. Dans ce contexte, un bilan clinique et paraclinique de la BPCO et des éventuelles comorbidités associées et l'adaptation de la prescription médicamenteuse sont les préalables indispensables à la prescription d'AP et d'une réadaptation respiratoire.

### Les examens complémentaires

Une **EFR (avec test de réversibilité initialement)** qui a permis de poser le diagnostic de BPCO peut, selon l'évolution clinique, être de nouveau réalisée pour contrôler la stabilité ou non de l'obstruction bronchique et adapter le traitement.

**Les tests en environnement** (test de marche de 6 minutes, test de lever de chaise) sont utiles pour évaluer la capacité physique. Ils sont réalisés avec un oxymètre de pouls, permettant d'analyser la fréquence cardiaque et de rechercher une éventuelle désaturation à l'effort.

**Une épreuve d'effort**, au mieux avec analyse des échanges gazeux (épreuve fonctionnelle d'exercice), peut se justifier pour les AP d'intensité élevée ( $\geq 6$  METs), en fonction de la sévérité de la maladie et du niveau de traitement nécessaire, et des comorbidités associées, notamment cardio-vasculaires (cf. guide adulte HAS).

## Contre-indications et points de vigilance

Il existe des contre-indications temporaires à l'AP chez les patients :

- atteints de BPCO après un épisode récent d'exacerbation (moins de 3 semaines) ;
- présentant une insuffisance respiratoire non contrôlée (acidose respiratoire).

## Conseils et prescription d'AP

Chez tous les patients avec BPCO quel que soit le stade, l'AP et sportive doit être promue et encouragée.

Chez le patient atteint d'une BPCO sévère ou très sévère (stades III et IV de GOLD) ou avec une insuffisance respiratoire chronique (sous oxygénothérapie et/ou ventilation non invasive), la prescription d'une AP régulière par le médecin traitant fait suite le plus souvent à une réadaptation respiratoire. Elle permet le maintien des acquis du stage à long terme, selon des modalités proposées par l'équipe de réadaptation en accord avec le patient (selon ses goûts, les possibilités locales et la météo).

**Diminuer du temps total de sédentarité** à moins de 7 heures par jour et rompre les temps prolongés assis en se levant et en bougeant au moins une minute toutes les heures.

**Augmenter les activités physiques de la vie quotidienne** qui ont souvent une place importante dans la remise en mouvement (physique et motivationnel) de ces patients, en donnant du sens à la poursuite des AP.

### Prescrire un programme d'APA

Le programme d'APA est en général composé d'AP d'endurance et de renforcement musculaire, et d'exercices respiratoires, 3 à 5 fois par semaine, en une ou au mieux en plusieurs fois, idéalement par séquences de 10 minutes, pour atteindre 30 à 45 minutes par jour.

Il est adapté par le professionnel de l'APA, qui doit prendre en compte l'âge du patient, les comorbidités cardio-vasculaires et la sévérité de la maladie respiratoire et assurer un soutien psychologique (peur de l'AP), souvent nécessaire.

Les augmentations de l'intensité et du volume de l'AP doivent être progressives et personnalisées, et basées sur le ressenti de la dyspnée (niveau 3 à 4, modérée à assez sévère, sur une échelle de Borg 0-10) et/ou une fréquence cardiaque cible, avec parfois contrôle de la  $SpO_2$  par un oxymètre de pouls.