

Autogestion en cas d'exacerbation de BPCO ?

Référence

Lenferink A, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, et al. Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 8. DOI: 10.1002/14651858.CD011682.pub2

Analyse de

Pierre Chevalier, médecin généraliste

Question clinique

Chez des sujets présentant une BPCO documentée, quelle est l'efficacité d'une intervention d'autogestion incluant un plan d'action en cas d'exacerbation, versus soins habituels, en termes de qualité de vie en rapport avec la santé, d'hospitalisation pour affection respiratoire et autres critères de santé ?

Contexte

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) affecte la qualité de vie (1) des personnes qui en sont atteintes et est en passe de représenter la 3^{ème} cause mondiale des décès (2). En particulier, les exacerbations de BPCO contribuent à augmenter le handicap fonctionnel et le risque de décès (3) ainsi que les coûts liés à la pathologie (4). S'il existe un large consensus universel pour insister sur l'importance de lutter en premier lieu contre le tabagisme dans l'abord (préventif et) thérapeutique de cette pathologie, des consensus professionnels (5) ont aussi insisté sur l'importance de soins intégrés dans cette approche. Des interventions visant à la prise en charge par le patient lui-même de son traitement, particulièrement en cas d'exacerbation selon un plan précis, représentent un des éléments de ce volet « soins intégrés ». Les études évaluant une intervention d'autogestion avec plan d'action en cas d'exacerbation ont livré des résultats divergents. Une (première) méta-analyse de ces études était donc la bienvenue.

Résumé

Méthodologie

Synthèse méthodique avec méta-analyses

Sources consultées

- bases de données : Cochrane Airways Group Specialised Register of trials (de 1995 à mai 2016) et listes de références des études incluses ; ce registre est alimenté par de nombreuses sources : Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Cochrane Register of Studies Online, MEDLINE Ovid SP, Embase Ovid SP, PsycINFO Ovid SP, CINAHL, AMED EBSCO, plus recherches manuelles dans les rapports de conférences concernant les maladies respiratoires
- pas de restriction de langue
- si nécessaire, contact avec les auteurs de la publication originale.

Etudes sélectionnées

- critères d'inclusion : RCT évaluant une intervention d'autogestion chez des sujets présentant une BPCO, publiée à partir de 1995 ; l'intervention doit comporter au minimum un plan d'action écrit en cas d'exacerbation de BPCO et un processus itératif entre le participant et le(s) soignant(s) incluant une rétroaction (feedback)
- critères d'exclusion : programme de prise en charge de la pathologie classé comme réhabilitation pulmonaire, séances d'exercices exécutés dans un hôpital, dans un centre de réhabilitation ou dans un cadre communautaire pour éviter autant que possible un chevauchement avec une réhabilitation pulmonaire ; études publiées avant 1995
- inclusion finale de 22 RCTs, d'une durée de 2 à 24 mois, sur un suivi médian de 12 mois.

Populations étudiées

- participants d'étude incluant des sujets présentant une BPCO sur critères définis par GOLD avec un rapport post bronchodilatation VEMS/ CVF < 0,70
- exclusion des patients avec un diagnostic d'asthme primaire
- total de 3854 patients inclus
- seules 5 RCTs sur les 22 incluses ont recruté les patients en pratique de médecine générale ou dans des cliniques de soins de première ligne.

Mesure des résultats

- durée médiane d'intervention : 9 mois
- critères de jugement primaires : qualité de vie en relation avec la santé (Health-related quality of life, HRQoL) mesurée au **score SGRQ** et nombre d'hospitalisations liées à un problème respiratoire
- critères secondaires : nombre d'hospitalisations de toutes causes, recours aux services de santé, recours à d'autres médicaments, état de santé, dyspnée au Medical Research Council Dyspnea Scale (MRCDS), nombre d'exacerbations de BPCO, mortalité globale, efficacité auto-évaluée, absentéisme au travail.

Résultats

- pour les deux critères primaires choisis, un bénéfice statistiquement significatif est observé (*voir tableau 1*) en faveur de l'autogestion versus soins habituels ; suivi de 12 mois pour le SGRQ, suivi de 6 à 24 mois pour les hospitalisations ; pour la qualité de vie, la différence moyenne observée au score SGRQ n'atteint cependant pas la différence clinique minimale pertinente généralement admise (qui est de 4 points)
- pour les critères secondaires : *voir tableau 2*.

Tableau 1. Résultats des méta-analyses pour les critères de jugement primaires des interventions d'autogestion versus soins habituels pour des patients avec BPCO.

Critère de jugement	Résultats en chiffres absolus		OR (avec IC à 95%)	Nbre de sujets (n) et de RCTs (N)	Qualité de preuve GRADE
	Soins habituels	Autogestion (IC à 95%)			
Qualité de vie au score SGRQ	moyennes de 37,7 à 70,4	DM* de -2,69 (-4,49 à -0,90)		n = 1582 N = 10	élevée
Nombre de patients avec au moins 1 hospitalisation pour affection respiratoire	312/1000	238/1000 (188 à 298)	0,69 (0,51 à 0,94)	N = 3157 N = 14	modérée

* DM = différence moyenne

Tableau 2. Résultats des méta-analyses pour les critères de jugement secondaires des interventions d'autogestion versus soins habituels pour des patients avec BPCO.

Critère de jugement	Résultats en chiffres absolus		OR (avec IC à 95%)	Nbre de sujets (n) et de RCTs (N)	Qualité de preuve GRADE
	Soins habituels	Autogestion (avec IC à 95%)			
Nombre de patients hospitalisés (toutes causes) au moins une fois	427/1000	356/1000 (287 à 434)	0,74 (0,54 à 1,03)	n = 2467 N = 10	modérée
Nombre de décès de toutes causes	102/1000	107/1000 (74 à 153)	1,06 (0,71 à 1,59)	N = 3296 N = 16	modérée
Nombre de décès d'origine respiratoire	48/1000	89/1000 (57 à 136)	1,94 (1,20 à 3,13)	n = 1219 N = 7	très faible
Dyspnée MRCDS	moyenne de 2,4 à 2,6	DM -0,63 (-1,44 à +0,18)	-	n = 217 N = 3	faible
Nombre d'exacerbations de BPCO par patient	moyenne de 1,13 à 4,3	DM +0,01 (-0,28 à +0,29)	-	n = 740 N = 4	modérée
Nombre de patients avec au moins 1 recours à un stéroïde oral	497/1000	812/1000 (352 à 972)	4,38 (0,55 à 34,91)	n = 963 N = 4	faible

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que les interventions d'autogestion qui incluent un plan d'action en cas d'exacerbation de la BPCO sont associées à une amélioration de la qualité de vie estimée via le SGRQ et à une plus faible probabilité d'hospitalisation liée à une affection respiratoire. Une augmentation de risque de décès de toutes causes n'est pas observée, mais une analyse exploratoire montre un taux faiblement, mais cependant significativement plus élevé, de mortalité lié à l'autogestion par rapport aux soins habituels.

Pour les futures études, les auteurs désirent insister sur l'utilisation unique de plans d'action conjointement avec des interventions d'autogestion qui répondent aux exigences de la plus récente définition de l'intervention d'autogestion de la BPCO. Pour améliorer la transparence, les auteurs de futures études devraient fournir une information plus détaillée concernant les interventions pratiquées, ce qui permettrait d'alimenter ultérieurement des analyses de sous-groupes et augmenterait la capacité de formuler des recommandations plus solides concernant l'efficacité d'interventions d'autogestion incluant un plan d'action pour les exacerbations de BPCO. Pour des raisons de sécurité, les plans d'action d'autogestion de la BPCO devraient tenir compte des comorbidités lorsqu'elles sont utilisées dans une population plus large de patients présentant une BPCO et souffrant d'une comorbidité. Bien que les auteurs n'aient pas pu évaluer cette stratégie dans cette synthèse, ceci pourrait augmenter la sécurité d'interventions d'autogestion. Les auteurs conseillent également d'impliquer des comités de surveillance des données et de la sécurité (Data and Safety Monitoring Boards) dans les futures études d'autogestion de la BPCO.

Financement de l'étude

Financement du National Institute for Health Research (NIHR) au groupe Cochrane Airways.

Conflits d'intérêts des auteurs

Le premier auteur signale avoir reçu une bourse en 2016 de Lung Foundation Australia/Cochrane Airways Australia ; les autres auteurs déclarent n'avoir rien reçu.

Discussion

Considérations sur la méthodologie

Pour leur synthèse et leurs méta-analyses, les auteurs se sont basés sur une recherche exhaustive dans la littérature régulièrement mise à jour par le Cochrane Airways Group. Deux auteurs ont, indépendamment l'un de l'autre, évalué la qualité des études et en ont extrait les données avec résolution de désaccords par consensus ou par implication d'un troisième chercheur. Ils ont contacté, si nécessaire, les auteurs de l'étude originale pour obtenir des informations supplémentaires ou des données manquantes (*NDLR : sans les recevoir...*).

Les auteurs ont analysé les risques de biais dans les études selon la méthodologie Cochrane (6) : élaboration de la séquence de randomisation, respect du secret d'attribution, insu des participants et des chercheurs, insu des évaluateurs, mention (in)complète des résultats, mention (non) sélective des résultats, autres risques de biais.

Les auteurs ont également évalué la qualité méthodologique des études (validité interne et externe) selon le score GRADE.

Les résultats ont été sommés, si appropriés, dans des méta-analyses en **modèle d'effets aléatoires**. Des analyses en sous-groupes ont été réalisées selon les co-interventions jointes (lutte antitabagique, pratique d'exercices, techniques comportementales) mais le nombre d'études et de patients est si faible que plus aucune différence n'est observée entre les 2 interventions principales (sauf pour le critère qualité de vie significativement meilleur en cas d'adjonction d'un programme d'arrêt du tabac).

Interprétation des résultats

Les interventions d'autogestion sont définies, selon les auteurs de cette synthèse, comme des interventions structurées, pour des individus, visant à améliorer les comportements pour sa propre santé et les compétences d'autogestion (7). Elles devaient comporter un apprentissage avec rétroaction (feedback) pour améliorer les compétences suivantes chez le patient : résolution de problèmes, prise de décision, utilisation des ressources, formation d'un partenariat patients-soignant, planification d'actions et auto-adaptation. Dans le domaine de la BPCO, si un panel international d'experts, dont 5 des auteurs de la présente synthèse, sont arrivés à un consensus (8) quant à la définition conceptuelle d'une intervention d'autogestion dans le domaine de la BPCO, ce panel a conclu que cette définition conceptuelle doit encore être opérationnalisée. Toutes les études incluses dans cette synthèse datent d'avant cette conceptualisation. Pour être incluse dans cette synthèse, l'intervention devait comporter un apprentissage formel, répétitif entre le participant et le soignant, avec rétroaction pour développer les compétences du patient en autogestion, mais elle pouvait inclure d'autres composantes : comportement vis-à-vis du tabagisme, exercices ou activité physique, alimentation, bonne utilisation de la médication et des dispositifs d'inhalation, « coping » quant à la dyspnée. Le contenu de l'intervention pouvait être communiqué au patient verbalement, par écrit (papier ou digital) ou de manière audiovisuelle. La communication a été individuelle dans 45% des études, en petits groupes dans 14%, individuelle et en groupe dans 41% des études. Des éléments de technique de changement comportemental ont été inclus dans toutes les études mais leur nombre a varié du simple au double.

Le plan d'action en cas d'exacerbation comporte des composantes différentes selon les études et des analyses de sous-groupes n'ont pas été possibles. Ceci ne permet donc pas de préciser les composantes les plus efficaces (sauf l'arrêt du tabagisme).

Quant au comparateur, comme le mentionnent les auteurs, les soins habituels pris en compte sont significativement différents selon les régions et les systèmes de santé et, dans certains cas, des éléments d'intervention d'autogestion sont eux-mêmes inclus dans les soins courants.

La durée d'étude est (fort) variable (2 à 24 mois) et aussi, globalement, trop courte pour cette pathologie chronique.

Pour le seul critère de jugement primaire pour lequel il y a une pertinence clinique possible, le nombre de patients avec au moins 1 hospitalisation pour affection respiratoire en moins, les auteurs mentionnent un NNT variant selon l'étude de 11 (avec IC à 95% de 7 à 65) à 71 (avec IC à 95% de 44 à 367). En reprenant les 7 études avec risque de base le plus élevé pour une hospitalisation, ils calculent un NNT à 12 (avec IC à 95% de 7 à 69). En l'absence de données individuelles d'étude, tous ces résultats ne donnent pas les caractéristiques des patients concernés... dans des contextes également différents. Les beaux pictogrammes présentés dans la publication ne sont donc d'aucune utilité pour le praticien. L'absence d'éléments permettant de déterminer pour quel type de patient BPCO les résultats calculés peuvent être applicables est également une limite importante pour le praticien. Quand il s'agit de tirer des conclusions pour la pratique, nous soulignons, une fois encore, les limites d'une méta-analyse, même si elle est méthodologiquement très bien réalisée, par rapport aux résultats d'une RCT de bonne qualité.

Autres études

Une précédente synthèse méthodique de la Cochrane Collaboration (9) avait évalué l'intérêt des interventions d'autogestion en cas de BPCO (23 RCTs), sans cibler cependant les interventions comportant un plan d'action en cas d'exacerbation. Les auteurs avaient conclu que ces interventions étaient associées à une meilleure qualité de vie liée à la santé telle que mesurée par le questionnaire SGRQ (*NDLR : cependant en-dessous du seuil de pertinence clinique comme dans la synthèse méthodique analysée ici*), à une réduction des admissions à l'hôpital pour cause respiratoire et pour toutes causes ainsi qu'à une amélioration de la dyspnée (score (m)MRC).

Une méta-analyse sur données individuelles (3282 patients issus de 14 RCTs) (10) a réalisé des études de sous-groupes et montre que, pour les critères de jugement pertinents, les résultats sont semblables pour les différentes caractéristiques de patients prises en compte (nombre/absence de comorbidité(s), stade de BPCO, etc...).

Les auteurs de la synthèse ici analysée signalent que depuis la fin de leur recherche dans la littérature (mai 2016) pour cette publication-ci, 12 études ont été publiées, études dont ils tiendront compte lors d'une mise à jour. Rappelons que nous avons aussi souligné l'intérêt (sans preuve de haut niveau) de programmes de soins intégrés, multidisciplinaires chez des patients atteints de BPCO (11,12).

Conclusion de Minerva

Cette synthèse méthodique de bonne qualité avec méta-analyses montre un intérêt limité d'interventions visant l'autogestion de la BPCO et particulièrement de ses exacerbations : probabilité moindre d'hospitalisations pour affection respiratoire, amélioration de la qualité de vie (mais inférieure à un seuil cliniquement pertinent). La mortalité d'origine respiratoire pourrait cependant être augmentée. La diversité des interventions ne permet cependant pas de tirer des conclusions quant à l'efficacité des composantes (variables) de ces interventions, sinon de l'intérêt de lutter contre le tabagisme.

Pour la pratique

Le GPC de GOLD de 2017 (2) reprend la définition consensuelle de 2016 (8) d'une intervention d'autogestion dans le domaine de la BPCO. Il recommande ces interventions d'autogestion avec communication avec un professionnel de la santé. Ces interventions améliorent l'état de santé et diminuent les hospitalisations et le recours aux services d'urgence (niveau de preuve B). Les auteurs soulignent l'hétérogénéité des études en espérant que des études basées sur la nouvelle définition conceptuelle apporteront des réponses plus précises.

La synthèse méthodique de Lenferink et al. confirme un intérêt (actuellement) limité d'interventions d'autogestion avec plan de prise en charge des exacerbations de BPCO, sans capacité de déterminer l'intérêt relatif des différentes composantes possibles dans ces interventions, sinon la lutte contre le tabagisme.

Références voir site web