

JOURNÉE MONDIALE CONTRE LA BPCO - 15 novembre 2017

FEMMES ET BPCO : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE.

DOSSIER DE PRESSE



SOMMAIRE

UN CONSTAT ACCABLANT

SOUS-DIAGNOSTIC, SOUS-REPRÉSENTATION DES FEMMES DANS LES ÉTUDES CLINIQUES

L'INÉGALITÉ HOMMES/FEMMES FACE À LA MALADIE

ÉPIDÉMIOLOGIE, PRÉVALENCE, FACTEURS DE RISQUE

MANIFESTATIONS CLINIQUES ET COMORBIDITÉS

LES SIGNES QUI DOIVENT ALERTER, LES COMORBIDITÉS

LES ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE

LE SOUS-DIAGNOSTIC, LE RÔLE DU MÉDECIN, L'ACCOMPAGNEMENT THÉRAPEUTIQUE

QUELLES PISTES DE PROGRÈS DANS LE TRAITEMENT DE LA BPCO CHEZ LA FEMME

LES CHIFFRES CLÉS

UN CONSTAT ACCABLANT

SOUS-DIAGNOSTIC, SOUS-REPRESENTATION DES FEMMES DANS LES ETUDES CLINIQUES

« A facteur de risque égal, notamment au tabac, les femmes paraissent développer une BPCO plus rapidement que les hommes » constate le Professeur Nicolas Roche qui vient de collaborer à une revue de littérature extrêmement détaillée sur le sujet¹. « On ne peut plus dire que la BPCO est une maladie masculine puisque sa fréquence chez la femme rejoint désormais celle de l'homme : 40% des personnes souffrant de la BPCO sont des patientes ». Il y a 20 ans, la proportion des femmes atteintes de la maladie était d'environ 20%, elle est désormais de 40% en France.

Les stéréotypes ont la vie dure

Ce constat général vient ébranler l'image selon laquelle un patient souffrant de BPCO est un homme, gros fumeur, d'âge mur. Ce stéréotype a la vie dure si l'on en croit les témoignages des spécialistes interrogés sur le sujet, comme Emilie Zard, jeune médecin généraliste, qui évoque « la représentation du « cow-boy » de Marlboro, personnage emblématique du malade à risque, auquel il est encore fait référence dans les cours de médecine ». C'est une des raisons pour lesquelles cette maladie, déjà sous-diagnostiquée de manière générale - au moins 2 personnes sur 3 ignorent qu'ils en sont porteurs - l'est encore plus pour les femmes chez lesquelles « les médecins pensent davantage à un asthme et moins à une BPCO » poursuit-elle. Après l'âge de 35-40 ans, l'apparition de symptômes respiratoires chroniques doit donc faire poser systématiquement la question d'une BPCO, aussi bien chez la femme que chez l'homme.

Insuffisance des données

Malheureusement, la quantité des données cliniques sur le sujet « Femmes et BPCO » est de nos jours encore trop faible ; Celles-ci sont sous-représentées dans les études cliniques relatives à la maladie alors que la moitié des malades sont des femmes. Ce constat est d'autant plus frustrant que les études publiées font état de réelles spécificités.

1 Improving the Management of COPD in Women.- CHEST Journal-Christiane R Jenkins

L'INÉGALITÉ HOMMES/FEMMES FACE À LA MALADIE

ÉPIDÉMIOLOGIE, PRÉVALENCE, FACTEURS DE RISQUE

Les études sur la prévalence de la BPCO font état d'une évolution plus rapide chez les femmes que chez les hommes ainsi que d'une mortalité plus élevée : les données épidémiologiques montrent que la mortalité liée à la BPCO chez les hommes est stable voire diminue, alors qu'elle est en hausse chez les femmes. C'est le cas aux Usa, en Australie, Autriche, et Nouvelle -Zélande. Il existe cependant des disparités selon les pays².

« Le nombre de femmes atteintes de BPCO augmente de manière constante de 1,7% par an depuis la fin des années 70. En France, il est de 1 million » explique le professeur Chantal Raheison.

Les FACTEURS DE RISQUES sont sensiblement différents chez les femmes et chez les hommes. « C'est un point qui fait l'unanimité au sein de la communauté des professionnels de santé », assure le professeur Nicolas Roche. Parmi-eux, de nombreuses sources d'exposition, auxquelles les femmes sont plus sensibles :

Le tabac

Si la BPCO est, pour les deux sexes, essentiellement liée au tabac, les femmes ont une susceptibilité supérieure à ce toxique³. Chez les jeunes filles fumeuses, on observe un ralentissement de la croissance pulmonaire dès 5 cigarettes /jour.

L'aérocontamination domestique

Dans les pays en voie de développement, l'exposition des femmes à la biomasse (fumées de charbon ou de bois) lorsqu'elles cuisinent⁴ constitue un facteur de risque que l'on peut retrouver partout dans les pays industrialisés, lorsqu'on se chauffe au bois dans des pièces non aérées.

Les expositions professionnelles

Des études montrent des liens entre la maladie et l'exposition à des produits de nettoyage ménagers⁵. Le contact professionnel régulier aux désinfectants de surface majore le risque de BPCO de 22 à 32%. D'autres sources de contamination sont possibles dans des secteurs d'activité qui produisent de la poussière ou des particules.

L'environnement socio-économique

On observe un lien entre la maladie et le niveau socio-professionnel, la BPCO concernant davantage les personnes les plus précaires, ce qui peut s'expliquer par des expositions plus marquées à des toxiques inhalés dont le tabac ou des facteurs professionnels ou domestiques.

Les enseignements de la cohorte millénium⁶

L'objectif de cette cohorte, publiée en janvier 2013, était de suivre des femmes impliquées dans un programme de dépistage du cancer du sein, sous l'angle du tabagisme (fumeuses, ex-fumeuses, non fumeuses). Le suivi a été réalisé pendant 8 ans.

L'analyse des résultats a porté entre autres sur les causes du décès en lien avec la consommation du tabac.

Les femmes fumeuses mourraient d'abord de causes respiratoires et en particulier de la BPCO, puis du cancer du poumon et enfin de causes cardiovasculaires comparativement aux femmes non fumeuses.

2 World Health Organization (WHO)- Chronic obstructive pulmonary disease. Accessed July 2015 / Thun M. et al. 50 Year Trends in Smoking Related Mortality in the United States, N Engl J Med. 2013 January 24; 368(4): 351-364

3 Meta analyse de 11 cohortes : 55709 patients de 32 à 73 ans suivi sur 5 à 29 ans
Wen Qi Gan et al Respiratory Research

4 Raheison Rev mal Resp 2010

5 D'après Dumas.O, INSERM,ERS Milan 2017

6 Pirie Ka et Ol, The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK, Lancet 2013, 381 :133-41

« Jusqu'alors, on parlait de mortalité surtout liée à des causes cardiologiques. La cohorte Millenium a permis de montrer que les causes respiratoires représentaient la première cause de mortalité chez les fumeuses » commente le Professeur Chantal Raheison.

Elle a également permis de montrer que le pronostic vital des femmes fumeuses était diminué de 12 ans par rapport aux non fumeuses et enfin mis en évidence que le risque de survenue d'une BPCO chez ces femmes existait même si le tabagisme n'était que de 5 à 10 cigarettes par jour.

MANIFESTATIONS CLINIQUES ET COMORBIDITÉS

LES SIGNES QUI DOIVENT ALERTER

L'expression clinique de la BPCO diffère le plus souvent entre les femmes et les hommes et les symptômes de la maladie, à tabagisme égal, sont plus importants et plus sévères.

A niveau d'obstruction bronchique égal, **UNE FEMME ATTEINTE DE BPCO SERA PLUS ESSOUFLÉE (DYSPNÉE) qu'un homme**, ce qui est souvent le signe initial de la maladie. Enfin, elles ont plus de risques de faire une exacerbation de la maladie et sont plus souvent hospitalisées. Leur qualité de vie s'en trouve très altérée.

« Les symptômes de la maladie sont toujours plus importants chez les femmes, résume le Docteur Maeva Zysman. On observe notamment une augmentation de la fréquence des exacerbations, des hospitalisations, l'altération de la qualité de vie, l'aggravation de la sensation de fatigue, et la réduction de la tolérance à l'effort ».

L'ÉTUDE CLINIQUE VITALITÉ⁷ est sur ce point très éclairante.

Cette étude est l'une des premières en France à établir des comparaisons des symptômes de la BPCO, selon que l'on est une femme ou un homme. Il a été mis en évidence qu'à tabagisme et sévérité de la BPCO égal, **les symptômes étaient plus importants** chez la femme : plus de toux, plus de dyspnée, plus d'expectorations.

L'étude fait également apparaître que les femmes ont une **qualité de vie plus altérée** que les hommes. Parmi les déterminants de cette qualité de vie était évoqué le fait de tousser et d'expectorer. Or, le fait d'être encombré est très pénalisant pour une femme.

Enfin, il apparaît clairement que les femmes qui ont une BPCO sont **plus jeunes que les hommes**.

Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce résultat : une hyperréactivité bronchique plus importante, un plus petit calibre des bronches, une sensibilité majorée à l'inflammation systémique voire la disparition du rôle protecteur des œstrogènes après la ménopause ou encore le rôle du poids.⁸

LES COMORBIDITÉS

Les comorbidités doivent être recherchées car elles peuvent révéler la maladie. Parmi les signes distinctifs, il y a l'anxiété et la dépression. « *La BPCO a un retentissement psychologique majeur chez les femmes* » explique le Dr Anne Prudhomme, pneumologue et co-responsable du Groupe Femme de la SPLF. « *L'anxiété et la dépression sont des comorbidités fréquentes de la maladie, potentiellement révélatrices de la pathologie.* »

L'ostéoporose devrait être systématiquement recherché. On sait également que les patientes atteintes de BPCO ont un **sur-risque de cancer du poumon**.

⁷ Etude descriptive, multicentrique, transversale, réalisée en France de Novembre 2009 à Novembre 2010
Raheison C, Taillié-leblond I, Prudhomme A, Taillé C, Biron E, Nocent-Ejnaini C, Mathieu B, Ostinelli J. Clinical characteristics and quality of life in women with COPD: an observational study BMC Women's health 2014

⁸ Raheison C et al. Existe-t-il des spécificités chez les femmes atteintes de BPCO? Rev Mal Respir, 2010;27:611-624

LES ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE

LE SOUS-DIAGNOSTIC

L'origine du problème dans la détection et la prévention de la BPCO vient de son sous-diagnostic qui s'explique d'abord par la permanence de ce cliché tenace selon lequel la personne atteinte de la maladie est historiquement un homme et pas une femme.

« Quand elles se présentent en consultation, les femmes évoquent la fatigue, signe très fréquemment retrouvé chez les femmes atteintes de la BPCO, plutôt qu'un essoufflement. Lorsqu'elles toussent, ou qu'elles ont une plainte d'ordre respiratoire, le médecin généraliste pose plus souvent un diagnostic d'asthme plutôt que de BPCO » regrette Emilie Zard.

Ceci retarde le diagnostic et a un impact négatif sur l'évolution de la maladie qui devrait être reconnue de façon précoce pour en limiter les dégâts.

LE RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Tous les professionnels de santé sont unanimes : le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans la détection de la maladie. « Pour poser le diagnostic, il faut qu'il ait à l'esprit que le patient porteur de la BPCO peut être une femme » explique le docteur Cécilia Nocent ; « Pour confirmer la maladie, il devrait disposer d'outils d'exploration cliniques et éventuellement spirométriques (mesure du souffle) qui lui permettront, s'il le juge nécessaire, d'adresser sa patiente à un pneumologue qui poursuivra les investigations ; S'il ne dispose pas lui-même d'un spiromètre, il doit adresser d'emblée la patiente au spécialiste sans attendre que la situation se dégrade ».

L'ACCOMPAGNEMENT THÉRAPEUTIQUE

Conseils de bon sens

Le rôle du médecin consiste également à prodiguer des conseils, le plus souvent de bon sens, comme avoir une activité physique régulière. Ceci est difficile, car la maladie limite l'activité et crée un déconditionnement physique contre lequel il faut lutter : la patiente a tendance à faire moins de sport au motif qu'elle est essoufflée alors que c'est précisément ce qu'elle doit faire pour que l'impact de la maladie soit moins important ! D'où l'importance de réaliser une activité physique encadrée dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire.

Sevrage tabagique

Le sevrage tabagique est plus difficile chez une femme que chez un homme : l'obstacle numéro un à l'arrêt du tabac, au-delà de la dépendance tabagique, est la peur de prendre du poids. Ceci constitue un facteur de rechute. « Si on n'a pas une prise en charge différenciée, et que l'on n'associe pas le sevrage à un accompagnement diététique ou psychologique, le risque d'échec du sevrage sera plus grand » explique le Pr Chantal Raheison.

Prise en charge des comorbidités

La prise en charge de la maladie devra être globale : c'est-à-dire que l'on doit traiter la BPCO *en même temps* que les comorbidités. Si la patiente souffre d'**anxiété** ou de **dépression**, il faut traiter ceci de façon adaptée. Pour évaluer l'**ostéoporose**, une ostéodensitométrie est nécessaire et permettra d'adapter le traitement – une supplémentation en calcium vit B, par exemple- (avis spécialisé si besoin) et de minimiser le traitement aux corticoïdes si celui-ci est nécessaire.

QUELLES PISTES DE PROGRÈS DANS LE TRAITEMENT DE LA BPCO CHEZ LA FEMME

Lutter contre la BPCO chez la femme est un véritable enjeu de santé publique.

Pour faire évoluer le regard que l'on porte sur la maladie, améliorer le diagnostic précoce et permettre qu'elle soit enfin mieux prise en charge, **il est essentiel de faire passer des messages de sensibilisation** auprès des **professionnels de santé** et notamment du **médecin généraliste** ainsi qu'auprès du **grand public** et plus particulièrement des **femmes**.

Un message vis-à-vis des MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Tous les professionnels de santé et en particulier le médecin généraliste ont un rôle clé dans la démarche de dépistage de prévention et de prise en charge de la maladie.

L'un des messages à lui transmettre est de l'inviter à être encore plus attentif à la maladie, qui peut survenir chez une femme jeune, de 35 ans, qui vient consulter pour un essoufflement à l'effort ; Ce n'est pas forcément de l'asthme !

Pour mieux la détecter, il devra mieux évaluer l'exposition au risque, reconnaître les spécificités cliniques puis leur retentissement sur la qualité de vie. Il doit pour cela disposer des bons outils de diagnostic, dont un spiromètre.

Pour le Professeur Nicolas Roche, l'essentiel du message pourrait se résumer ainsi :

- Ce n'est pas parce que quelqu'un qui a des symptômes respiratoires est une femme qu'il n'a pas de BPCO. C'est un message qui est important !
- Une femme a au moins autant de risque à tabagisme égal de développer une BPCO.
- Une femme atteinte de BPCO risque d'en souffrir plus qu'un homme, au sens clinique du terme.

Un message pour le GRAND PUBLIC, vis-à-vis de la population générale et des femmes en particulier

Les femmes aussi doivent être sensibilisées à la maladie. C'est un constat partagé par tous.

« Même si elles considèrent qu'elles n'ont pas beaucoup fumé, elles doivent être conscientes du fait qu'elles peuvent avoir une maladie respiratoire qui s'appelle la BPCO. Très souvent, lorsque l'on échange avec elles au cours d'une consultation, elles nous disent n'avoir fumé que 10 cigarettes par jour, pendant quelques années seulement. Or, dès l'instant où l'on fume, quelle que soit la quantité de tabac, il faut qu'elles sachent que l'on peut avoir une maladie respiratoire, qui plus est quand on est une femme, donc plus réactive » met en garde Chantal Raheison.

Des études cliniques doivent être menées pour conforter les données sur la BPCO chez les femmes afin de mieux comprendre les similitudes et les différences de la maladie entre les femmes et les hommes.

L'ensemble de ces mesures doit faire l'objet d'une POLITIQUE DE SANTÉ SPÉCIFIQUE ET DYNAMIQUE qui prenne mieux en considération la santé respiratoire de la femme. Un livre blanc sur la BPCO, proposé par la communauté des pneumologues, va être remis dans les prochains jours à la ministre de la santé pour attirer l'attention des hautes instances sur ce véritable enjeu de santé publique.

LES CHIFFRES CLÉS

En France, cette maladie potentiellement grave concerne **6 à 8 % de la population adulte de plus de 40 ans**, soit **2,5 à 3 millions** de personnes.

1 million d'entre eux souffre au sens clinique avec un impact sur leur vie quotidienne et **100 000** en sont sévèrement atteints.

Avec **17 500 morts** par an, soit **5 fois** plus que le **nombre d'accidentés de la route**, la BPCO sera en 2030 la **troisième cause de mortalité dans le monde**.

RÉALISATION

Dossier réalisé sur la base d'entretiens avec les Professeurs **Nicolas Roche**, pneumologue à l'Hôpital Cochin, spécialiste de la BPCO et **Chantal Raheison**, pneumologue au CHU de Bordeaux et épidémiologiste, (INSERM U1219) ainsi qu'avec les Docteurs **Anne Prudhomme**, pneumologue au CHR de Bigorre à Tarbes, co-responsable du groupe femme santé respiratoire de la SPLF (Société de Pneumologie de Langue Française), **Cécilia Nocent Ejnaini**, pneumologue-Allergologue au CHR de Bayonne, co-responsable du groupe femme/santé respiratoire de la SPLF, **Maeva Zysman**, membre du groupe femme /santé respiratoire de la SPLF, pneumologue au CHU de Nancy (INSERM U955), Créteil et **Emilie Zard**, Chef de clinique des Universités, Département de Médecine Générale de Créteil, membre du groupe femme/santé respiratoire.

CONTACT PRESSE

Catherine ROUILLÉ - PASQUALI

+33 (0)6 73 62 57 61 c.rouille@cr-communication.fr

Nathalie LAURENT

+33 (0)6 03 98 19 41 n.laurent@cr-communication.fr