



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

Revue française d'allergologie xxx (2017) xxx–xxx

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

The asthma COPD overlap syndrome (ACOS) Kèsako ?

Asthma-COPD overlap syndrome (ACOS)—what on earth is that?

O. Le Rouzic^{a,b,*}

^a CHU Lille, service de pneumologie et immuno-allergologie, centre de compétence des maladies pulmonaires rares, université Lille, 59000 Lille, France

^b Université Lille, CNRS, Inserm, Institut Pasteur de Lille, U1019 - UMR 8204 - CIIL - Center for Infection and Immunity of Lille, 59000 Lille, France

Reçu le 15 février 2018 ; accepté le 16 février 2018

Mots clés : Asthme ; Bronchopneumopathie chronique obstructive ; Chevauchement asthme-BPCO ; ACO ; Phénotypes

Keywords: Asthma; Chronic obstructive pulmonary disease; Asthma-COPD overlap; ACOS; Phenotype

L'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont deux maladies fréquentes dont souffrent respectivement environ 6 et 8 % de la population française de plus de 40 ans. Elles sont souvent présentées comme deux entités très distinctes sur le plan physiopathologique, évolutif et fonctionnel conduisant à des prises en charges thérapeutiques différentes. Pour autant, il n'est pas rare de constater en clinique, la coexistence de signes d'asthme et de BPCO chez un même patient. Ceci a conduit à la définition du syndrome de chevauchement asthme-BPCO (ACOS - Asthma and COPD Overlap Syndrome) appelé depuis 2017, chevauchement asthme-BPCO ou ACO avec suppression du « S » du terme syndrome.

Une définition de l'ACO a été proposée au niveau international en 2014 dans un document commun du GINA (Global Initiative for Asthma) et de GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) [1]. L'ACO n'y est pas une maladie mais une description clinico-fonctionnelle associant des caractéristiques de l'asthme et de la BPCO : âge d'apparition de la maladie, symptômes, obstruction bronchique et son niveau de réversibilité, expositions environnementales, évolution dans le temps, historique des exacerbations, données d'imagerie et identification d'une inflammation à éosinophiles. Selon cette définition et après identification de la présence d'une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes chez un patient, le diagnostic d'asthme est retenu s'il y a une prédominance de caractéristiques d'asthme, celui de BPCO s'il y

a une prédominance de caractéristiques de BPCO et celui d'ACO s'il existe des caractéristiques à la fois d'asthme et de BPCO. Cette évaluation clinique est ensuite complétée par la réalisation d'une nouvelle spirométrie qui évalue la présence d'un trouble ventilatoire obstructif et son degré de réversibilité après prise de bronchodilatateurs. Parallèlement, d'autres définitions de l'ACO ont été utilisées dans les études expliquant que la prévalence de l'ACO soit très variable dans la littérature allant de 12 à 55 % chez des patients BPCO [2].

On ne sait actuellement si l'ACO repose sur un substratum biologique spécifique ou s'il s'agit juste de la coexistence de deux pathologies fréquentes avec des degrés divers de chevauchement. Ainsi, l'avancement des connaissances dans l'asthme et dans la BPCO a permis d'identifier des phénotypes particuliers au sein de chacune de ces maladies pouvant conduire à des prises en charges spécifiques comme les traitements anti-IgE et anti-IL5 dans l'asthme ou des traitements endobronchiques dans la BPCO. Dans ce contexte, l'ACO est l'une des tentatives d'identifier un phénotype particulier et homogène de patients permettant de proposer une prise en charge plus personnalisée. De fait, à partir de leur catégorisation décrite ci-dessus, GINA-GOLD proposent de débiter un traitement d'asthme chez les patients présentant des caractéristiques d'asthme, un traitement de BPCO chez les patients présentant des caractéristiques de BPCO ou d'associer les deux types de traitement chez les patients présentant l'association de caractéristiques d'asthme et de BPCO. Cependant, cette catégorisation du patient en ACO ne modifie pas à ce jour la prise en charge par rapport à une évaluation clinique qui retiendrait l'association d'un asthme et d'une BPCO. Cette limitation est la conséquence du manque

* Correspondance. CHRU de Lille, hôpital Calmette, service de pneumologie et immuno-allergologie, 1, boulevard Jules-Leclercq, 59037 Lille, France.

Adresse e-mail : olivier.lerouzic@chru-lille.fr

de données scientifiques sur la façon de prendre en charge ces patients, les études sur l'asthme ayant exclus tous les patients fumeurs et les études sur la BPCO tous les patients présentant des caractéristiques ou un antécédent d'asthme. L'intégration de ces patients dans les études thérapeutiques rendues possible par la redécouverte de la possibilité de coexistence de caractéristiques d'asthme et de BPCO chez un même patient va peut-être dans l'avenir nous amener à des prises en charges spécifiques.

Enfin, l'ACO recouvre différents phénotypes [3]. L'appellation ACO ne simplifie donc pas la prise en charge des patients puisqu'il est insuffisant à clarifier leur phénotype et que l'on doit le préciser en revenant à des profils de patients que l'on identifie déjà comme les patients asthmatiques qui développent un trouble ventilatoire obstructif pérenne suite à un tabagisme actif prolongé ou encore les patients BPCO avec un profil inflammatoire éosinophilique. C'est également vrai sur le plan des caractéristiques cliniques des patients définis comme porteurs d'un ACO qui sont très variables d'une étude à l'autre en dehors du fait que ces patients semblent présenter plus d'exacerbations et une qualité de vie plus altérée que des patients atteints uniquement d'un asthme ou d'une BPCO [4]. Ceci doit nous inciter à les identifier et à les prendre en charge au mieux dans les limites des connaissances actuelles. Pour autant, à ce stade, rien ne prouve que catégoriser un patient comme porteur d'un ACO par rapport à un diagnostic conjoint d'asthme et de BPCO change quoique ce soit à sa prise en charge et son pronostic.

En conclusion, la redécouverte de la possibilité de la coexistence chez un même patient d'un asthme et d'une BPCO, et les difficultés à les prendre en charge sont surtout un rappel des limites de nos connaissances dans les bronchopathies inflammatoires chroniques. L'acronyme ACO a eu l'effet bénéfique de permettre aujourd'hui d'inclure ces patients dans des protocoles d'études qui vont nous permettre dans l'avenir de mieux comprendre ces bronchopathies chroniques qui nous paraissent mixte ou intermédiaires et de mieux les prendre en charge. Sur un plan pratique par contre, à ce jour cet acronyme apporte plus de confusion qu'il n'en résout en apposant sur le patient

une étiquette dont on ne sait quoi faire sur le plan thérapeutique à part associer d'emblée les traitements de l'asthme et de la BPCO. L'identification chez un patient de caractéristiques propres à l'asthme et à la BPCO doit donc nous amener à explorer de façon plus approfondie l'ensemble des caractéristiques de sa bronchopathie afin de déterminer celles qui sont pertinentes de celles qui ne le sont pas et décider si l'on est effectivement dans une association d'un asthme et d'une BPCO avec expression des deux composantes ou si seule l'une de ces composantes s'exprime. C'est à partir de cette réflexion qu'il sera alors possible d'évaluer le rapport bénéfices-risques de chacun des traitements que l'on pourra proposer au patient dans l'attente de données scientifiques plus robustes.

Déclaration de liens d'intérêts

O. L. R. Interventions ponctuelles : activité d'expertise pour JGM Health Conseils et réalisation d'un diaporama scientifique pour AstraZeneca ; conférences : invitations en qualité d'intervenant pour Boehringer Ingelheim, Chiesi, Lilly et Novartis et invitations en qualité d'auditeur (frais de déplacement et d'hébergement pris en charge par une entreprise) pour AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, MundiPharma et Novartis ; Essais cliniques : en qualité de co-investigateur pour AstraZeneca et Holaira.

Références

- [1] Diagnosis of diseases of chronic airflow limitation: asthma COPD and asthma-COPD overlap syndrome (ACOS). GINA and GOLD 2014.
- [2] Wurst KE, Kelly-Reif K, Bushnell GA, Pascoe S, Barnes N. Understanding asthma-chronic obstructive pulmonary disease overlap syndrome. *Respir Med* 2016;110:1–11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.10.2015.004>.
- [3] Bateman ED, Reddel HK, van Zyl-Smit RN, Agustí A. The asthma-COPD overlap syndrome: towards a revised taxonomy of chronic airways diseases? *Lancet Respir Med* 2015, [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(15\)00254-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(15)00254-4).
- [4] Alshabanat A, Zafari Z, Albanyan O, Dairi M, FitzGerald JM. Asthma and COPD overlap syndrome (ACOS): a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0136065>.