

## Le diagnostic précoce de la BPCO est réellement utile!

La BPCO (Broncho-pneumopathie chronique obstructive) est une maladie de plus en plus fréquente associée à une morbidité et une mortalité considérables. La présente prise de position fait une revue des preuves en faveur du diagnostic précoce de cette affection et vous donnera quelques outils qui vous serviront à améliorer l'état de santé de vos patients dans votre pratique quotidienne.

### A QUEL POINT LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE EST-IL SI IMPORTANT?

La BPCO est classiquement sous-diagnostiquée dans le monde entier. Dans une étude réalisée en Espagne, un quart seulement des personnes atteintes d'une BPCO avérée avait connaissance de leur diagnostic.<sup>1</sup>

Le diagnostic de BPCO ne se pose habituellement qu'après la perte d'une part significative de la fonction pulmonaire. Lorsque les patients prennent conscience des symptômes, leur VEMS a en général déjà chuté à environ 50% de la valeur prédite – un niveau correspondant d'ores et déjà à une atteinte à la santé avec un état inflammatoire systémique significatif, associé à diverses comorbidités.<sup>2</sup>

Le coût économique de la BPCO est considérable si on tient compte des coûts directs des hospitalisations et des autres interventions médicales, ainsi que des coûts indirects liés aux tiers et aux membres de la famille impliqués dans les soins, à la perte de productivité et à l'invalidité. Un diagnostic et donc un traitement plus précoces pourraient grandement diminuer ces coûts.<sup>3</sup>

### UNE INTERVENTION PRÉCOCE PEUT-ELLE AIDER?

Des interventions telles que l'arrêt de la consommation de tabac, la pratique d'une activité physique régulière et la réhabilitation, des changements du style de vie, une vaccination contre la grippe et le pneumocoque, ainsi que la réduction du nombre d'exacerbations améliorent la qualité de vie du patient à tous les stades de la prise en charge de la BPCO.<sup>2</sup>

De plus en plus de données suggèrent que le dépistage d'une limitation du flux expiratoire et l'intervention thérapeutique précoces peuvent retarder le déclin de la fonction pulmonaire, diminuer le fardeau constitué par les symptômes de la BPCO et améliorer la qualité de vie des patients.<sup>4</sup>

Il est démontré que l'arrêt de la consommation de tabac est l'intervention la plus efficace pour ralentir la diminution de la fonction pulmonaire<sup>5</sup> et plus le patient arrêtera sa consommation de tabac tôt, mieux la fonction pulmonaire sera préservée.<sup>6</sup> L'intervention

visant à stopper le tabagisme a toutes les chances d'être plus efficace chez les fumeurs qui reçoivent un diagnostic clair.<sup>7</sup> L'explication de la maladie et l'information donnée aux patients sur l'âge de leurs poumons améliorent également le taux d'interruptions de la consommation de tabac.<sup>8</sup> Pour des dispositifs pour l'arrêt du tabac, veuillez vous référer au fact sheet de l'IPCRG<sup>9</sup> ou aux guides pratiques consultables sur internet.<sup>10</sup>

Une intervention pharmacologique précoce peut améliorer l'état de santé et la tolérance à l'effort des patients atteints de BPCO et réduire le nombre d'exacerbations, même chez des patients avec BPCO légère à modérée.<sup>11</sup> Une limitation du débit expiratoire durant l'exercice physique est associée à une dysfonction importante des petites voies aériennes, y compris chez les patients dont la fonction pulmonaire au repos paraît relativement préservée. Ces patients pourront probablement bénéficier d'une bronchodilatation quelle que soit l'amélioration observée lors de la spirométrie.<sup>12</sup> Une identification précoce permet aussi d'introduire plus rapidement des changements du style de vie, notamment une activité physique régulière et des mesures de réhabilitation pulmonaire.<sup>13</sup>

Une prise en charge rapide et agressive des exacerbations protège les patients d'une progression de la BPCO. Chaque exacerbation purulente de la BPCO affecte la qualité de vie, diminue la fonction pulmonaire et réduit l'espérance de vie.<sup>14</sup>

Il a été bien démontré que les vaccina-

tions, une alimentation équilibrée et une intervention pharmacologique appropriée diminuent le nombre d'exacerbations.<sup>15,16</sup>

Une éducation à l'autogestion est un élément essentiel de la prise en charge et tout patient atteint de BPCO devrait avoir l'occasion de discuter des changements de style de vie susceptibles d'améliorer son pronostic et de mettre en place les mesures permettant une intervention précoce en cas d'exacerbation.<sup>17</sup>

### QUELS SONT LES OBSTACLES FREINANT LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE?

Il y a de nombreuses barrières qui s'opposent au diagnostic précoce – voir Tableau 1.

### COMMENT PROMOUVOIR UN DIAGNOSTIC PRÉCOCE?

Il existe certaines stratégies qui peuvent être utilisées pour encourager à pratiquer un dépistage plus précoce. Provoquer une prise de conscience et une meilleure compréhension dans le monde politique, médical et la population générale de cette maladie dont l'importance ne cesse de croître constitue la pierre angulaire d'une modification globale des comportements dans ce domaine.

Une recommandation était de faire une spirométrie de dépistage chez tous les fumeurs, qu'ils soient symptomatiques ou non en termes de BPCO. Le taux de détection d'une nouvelle BPCO avec une telle mesure atteint environ 20%.<sup>4</sup> De nombreux auteurs recommandent cependant une recherche plus ciblée en conseillant la spirométrie aux ►

**Tableau 1. Obstacles à la promotion du diagnostic précoce de la BPCO**

- La BPCO progresse inexorablement, mais lentement, si bien que de nombreux patients ne réalisent pas qu'ils ont un problème
- Les patients atteints de BPCO attribuent leur essoufflement au vieillissement et à la sédentarité. Ils perçoivent leur toux comme un phénomène normal; une simple «toux du fumeur»
- Les patients avec une BPCO tendent à ne pas se plaindre de leur état – décrit comme le «silence des personnes avec une BPCO»<sup>18</sup>
- Le fait que les patients minimisent leurs symptômes peut inciter le médecin à être moins agressif en matière de traitement et à négliger l'éventualité de la maladie au stade précoce
- Les médecins peuvent ne pas prendre les infections bronchiques récurrentes comme des signes annonciateurs du développement d'une BPCO
- Ces patients ont souvent des comorbidités multiples et ces affections peuvent paraître plus urgentes et plus simples à diagnostiquer
- Les médecins ont une forte propension à croire que les femmes ont plutôt de l'asthme et donc à manquer le diagnostic correct<sup>19</sup>
- Les controverses au sujet de l'utilisation de la spirométrie en cabinet de médecine de premier recours peut décourager certains cliniciens<sup>20</sup>
- Il y a des carences dans la pratique systématique de la spirométrie et dans la formation pour la spirométrie dans le domaine de la médecine de premier recours<sup>21</sup>
- Les retards dans la remise des rapports des spirométries pratiquées en-dehors du cabinet sont courants<sup>22</sup>
- La pression du temps à laquelle sont soumis les médecins généralistes constitue un obstacle à une gestion proactive de leurs patients<sup>23,24</sup>

◀ fumeurs symptomatiques après une approche initiale fondée sur des questionnaires existants visant à la détection des symptômes précoces de la maladie.<sup>25</sup>

Dans le contexte de la population générale, de tels questionnaires pourraient être diffusés par la voie des médias, afin d'inciter les fumeurs à risque à vérifier s'ils présentent des symptômes et à consulter leur médecin généraliste. Le «Canada Lung Health Test»<sup>26</sup> en est un bon exemple (Tableau 2). Un résultat négatif au screening réduit la probabilité d'une BPCO.<sup>27</sup>

**Tableau 2. Canada Lung Health Test<sup>26</sup>**

1. Toussez-vous régulièrement?
2. Crachez-vous régulièrement?
3. Êtes-vous essoufflé lors d'efforts même légers?
4. Est-ce que votre respiration est sifflante lorsque vous faites des efforts ou durant la nuit?
5. Êtes-vous fréquemment victime de rhumes qui traînent plus longtemps que ceux des autres personnes que vous connaissez?

Des investigations complémentaires, notamment une spirométrie, sont indiquées si le patient est âgé de plus de 40 ans et est fumeur ou ex-fumeur et s'il répond par oui à l'une des questions figurant ci-dessus.

L'IPCRG recommande actuellement que tous les patients de plus de 35 ans soient soumis à un contrôle de leur risque de développer une BPCO<sup>28</sup> – voir la Figure 1.

1. Recueillir l'anamnèse à l'aide d'un questionnaire de dépistage validé, basé sur l'association éventuelle d'autres facteurs de risque et de symptômes.
2. Pratiquer une spirométrie de type « identification des cas » à l'aide de l'un ou l'autre « mini-spiromètre », afin d'exclure les patients avec VEMS normal et de repérer ceux qui nécessitent des investigations complémentaires à la recherche d'une BPCO.
3. Proposer des spirométries diagnostiques aux patients symptomatiques, porteurs de facteurs de risque, ayant un questionnaire de dépistage positif ou dont le VEMS était anormal dans les tests de screening.

Des doutes ont été émis quant à la fiabilité de la spirométrie effectuée dans les cabinets de médecine de premier recours.<sup>29,30</sup> Des études ont néanmoins montré qu'il était possible de faire des spirométries précises au cabinet lorsque les utilisateurs ont bénéficié d'une formation adéquate et sont suffisamment motivés.

Les cabinets ayant introduit la spirométrie dans leur pratique quotidienne ont fondamentalement changé le diagnostic et le traitement de la BPCO.<sup>31</sup>

Il a été montré qu'une spirométrie de dépistage de la BPCO pratiquée de manière judicieuse est une mesure économique.<sup>32</sup>

## RÉSUMÉ

Le diagnostic précoce de BPCO est une bonne chose à la fois pour le patient et pour la communauté. Les soignants doivent être attentifs aux symptômes et aux facteurs de risque suggérant ce diagnostic, envisager un dépistage à l'aide de mini-spiromètres et proposer une spirométrie complète pour confirmer le diagnostic. Poser le diagnostic précocement encouragera les sujets à arrêter de fumer et permettra de mettre plus rapidement en œuvre les mesures destinées à prévenir les exacerbations et, dans le meilleur des cas, à préserver la fonction pulmonaire et la qualité de vie et à diminuer la mortalité de la maladie.

## REFERENCES

1. Miravittles M, Soriano JB, Garcia-Rio F, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax* 2009;64(10):863-8. Epub 2009 Jun 23.
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2008. Available from: <http://www.goldcopd.org>.
3. Tzavaras NZ, Kouloumenta VN, Gourgoulanis KI. The economic impact of late detection of COPD in general practice. *Chest* 2005;127(1):412.
4. Tinkelman DG, Price D, Nordyke RJ, Halbert RJ. COPD screening efforts in primary care: what is the yield? *Prim Care Resp J* 2007;16(1):41-8.
5. Fletcher C, Peto R. A prospective epidemiological study of the natural history of chronic airflow obstruction. *Br Med J* 1977;25(1):1645-8.
6. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, et al. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161(2 Pt 1):381-90.
7. Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J, et al. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking. *Thorax* 2006;61(10):869.
8. Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, et al. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. *BMJ* 2008;336:598-600.
9. van Schayck OCP, Pinnock H, Ostrem A, Litt J for the IPCRG. IPCRG Consensus statement: Tackling the smoking epidemic - practical guidance for primary care. *Prim Care Resp J* 2008;17(3):185-193. <http://dx.doi.org/10.3132/pcrj.2008.00060>
10. IPCRG web-based practical guidance <http://www.theipcr.org/smoking/index.php>
11. Johansson G, Lindberg A, Romberg K, et al. Bronchodilator efficacy of tiotropium in patients with mild to moderate COPD. *Prim Care Resp J* 2008;17(3):169-175.
12. Ofir D, Laveneziana P, Webb KA, et al. Mechanisms of dyspnea during cycle exercise in symptomatic patients with GOLD stage I chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177:622-9.
13. Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ, Martin S. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD003793. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub2>.
14. JJ. Soler-Cataluna, M.A. Martinez-Garcia, P. Roman, Sanchez, E. et al. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005;60:925-931.
15. Calverley PMA, Anderson JA, Celli B et al. for the TORCH investigators Salmeterol and Fluticasone Propionate and Survival in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2007;356:775-789.
16. Tashkin DP, Celli B, Senn S et al. A 4-Year Trial of Tiotropium in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2008;359:1543-54.
17. Kaplan A. The COPD Action Plan. *Can Fam Physician* 2009;55(1):58-9.
18. Habraken JM, Pols J, Bindels PJE, Willems DL. The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2008;58:844-849.
19. Chapman KR, Tashkin, DP, Pye D. Gender Bias in the Diagnosis of COPD. *Chest* 2001;119:1691-1695.
20. Lin K, Watkins B, Johnson T, et al. Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Using Spirometry: Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;148:605-20-213.
21. Lee TA, Barile B, Weiss KB. Spirometry use in clinical practice following diagnosis of COPD. *Chest* 2006;129:1509-1515
22. Stanbrook MB, Kaplan A. The error of not measuring asthma. *CMAJ* 2008;179:1099-102.
23. Østbye T, Yarnall KSH, Krause KM, et al. Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care? *Ann Fam Med* 2005;3:209-214.
24. Yarnall KS, Østbye T, Krause KM, P et al. Family physicians as team leaders: "time" to share the care. *Prev Chronic Dis* 2009;6(2):A59. Epub 2009 Mar 16.
25. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007;147(9):633-8.
26. O'Donnell D, Hernandez P, Kaplan A, et al. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive lung disease-2008 update- highlights for primary care. *Can Resp J* 2008;15(Suppl A): 1A-8A
27. Jing JY, Huang TC, Cui W, et al. Should FEV1/FEV6 replace FEV1/FVC ratio to detect airway obstruction? A meta-analysis. *Chest* 2009;135(4):991-8.
28. Price D, Crockett A, Arne M, et al. Spirometry in primary care case-identification, diagnosis and management of COPD. *Prim Care Resp J* 2009;18(3):216-223. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2009.00055>
29. Enright P. Provide GPs with spirometry, not spirometers. *Thorax* 2008;63(5):387.
30. Soriano JB, Zielinski J, Price D. Screening for and early detection of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2009;374:721-32.
31. Miravittles M, de la Roza C, Naberan K, et al. Use of spirometry and patterns of prescribing in COPD in primary care. *Respir Med* 2007;101(8):1753.
32. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence 2004.

## Figure 1.<sup>28</sup> Une approche d'identification des cas de BPCO en médecine de premier recours

Adapté avec l'aimable autorisation du *Primary Care Respiratory Journal*  
Le texte complet de cet article peut être consulté à l'adresse suivante:  
<http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2009.00055>

