

Diagnostiquer plus précocement la BPCO

Ce Desktop Helper passe en revue les évidences concernant l'intérêt d'un diagnostic plus précoce de la BPCO et fournit aux praticiens les outils permettant de l'assurer chez les patients qu'ils prennent en charge

INTÉRÊT DU DIAGNOSTIC PLUS PRÉCOCE

La BPCO est une pathologie fréquente associée à une morbidité et une mortalité importantes.¹ Le sous-diagnostic de la BPCO est un problème mondial et est une cause essentielle d'insuffisance thérapeutique de la maladie et ce malgré la disponibilité de moyens thérapeutiques non pharmacologiques et pharmacologiques efficaces.² La prévalence globale de la BPCO est estimée à 10,3%.² Dans les pays à faibles et moyens revenus, le niveau du sous diagnostic est particulièrement élevé et certains avancent même un chiffre de 90% de cas non diagnostiqués.³

Un patient BPCO symptomatique non diagnostiqué est à haut risque d'exacerbations, de pneumonie, d'un impact négatif sur la qualité de vie et source de décès précoce.^{1,4-6} Le plus souvent le diagnostic de la BPCO n'est fait qu'après une altération importante de la fonction respiratoire. Le temps que les patients consultent, leur VEMS a souvent baissé à environ 50% de sa valeur théorique ; un

niveau associé à un état de santé particulièrement altéré. De plus, les autres manifestations de la BPCO telles que la dyspnée, la dépression et l'anxiété rendent les patients moins actifs et donc moins aptes à faire face à leur maladie.¹ Les causes du diagnostic tardif de la BPCO sont multiples et intriquées avec des facteurs liés au personnel et professionnels de la santé- et au système de santé qui empêchent que les symptômes suggérant une BPCO soient rapportés, reconnus ou identifiés; ou à la non disponibilité de la spirométrie, un outil essentiel au diagnostic de la BPCO (voir le guide de l'IPCRG sur la spirométrie à l'adresse: <https://www.ipcr.org/DTH14>).² Des praticiens, et aussi dans la population générale, certains pensent qu'il s'agit d'une maladie auto-infligée par les personnes qui fument, ce qui est à l'origine d'une stigmatisation de la maladie, de sentiments de culpabilité et de consultations tardives. Ceci sous-estime le fait que le tabagisme est une dépendance qui débute souvent dans l'enfance, est souvent elle-même sous-diagnostiquée et insuffisamment traitée. En plus, les nouvelles évidences scientifiques ont

montré que plusieurs facteurs génétiques et environnementaux sont associés à une altération de la fonction respiratoire, qui varient, s'accumulent et interagissent dans le temps, et débute même avant la naissance.^{2,7}

UNE INTERVENTION PLUS PRÉCOCE PEUT ELLE AIDER?

Une meilleure qualité de vie peut être obtenue si un patient BPCO symptomatique bénéficie d'une prise en charge plus précoce.¹ Une littérature scientifique abondante indique depuis longtemps qu'un diagnostic plus précoce avec une prise en charge sans délai retarde l'altération de la fonction respiratoire, diminue le poids des symptômes et améliore la qualité de vie.² Pour diminuer le risque d'exacerbations liées aux infections respiratoires, il faut s'assurer que les patients reçoivent bien leurs vaccinations (comme le vaccin antigrippal, de la COVID-19, anti-pneumococcique et le DTC [coqueluche]).² Bien qu'il ne soit pas encore inclus dans les recommandations, les évidences

Figure 1: Les obstacles à un diagnostic plus précoce de la BPCO et les stratégies pour les contourner.

Obstacles

Stratégies à mettre en oeuvre



- Difficulté du diagnostic de la BPCO compte-tenu de la lenteur et de la tenacité de sa progression.
- Tendance à mettre l'essoufflement sur le compte de l'âge et de la sédentarité, considérant la toux comme normale (ex. La toux des fumeurs).
- Tendance à ne pas se plaindre de la situation (ex. Le silence des patients souffrant de BPCO).
- Une sous-estimation des symptômes fait que les professionnels de la santé sont moins portés à évoquer une BPCO aux stades précoces de la maladie et moins enclins à utiliser les traitements efficaces associée à une tendance des fumeurs à ne pas parler de leur essoufflement de peur de la stigmatisation d'être tabagique.

- Éducation des patients
- Éducation des membres de la famille/des soignants et leur implication
- Dépistage actif des personnes ayant des symptômes évocateurs de BPCO.



- Ne pas considérer les infections bronchiques répétées comme signe précoce de BPCO.
- Ne pas considérer la BPCO chez des non-fumeurs.
- Porter son attention uniquement sur les comorbidités (Les patients BPCO ont souvent de multiples comorbidités qui peuvent être plus pressants et plus facilement diagnostiqués)
- Ne pas évoquer la BPCO chez les femmes en raison du biais Genre (en considérant plutôt l'asthme chez les femmes)
- Ne pas explorer plus tôt la BPCO car le sevrage tabagique est la principale mesure à considérer quelque soit le statut BPCO.
- Les services et le soutien au sevrage tabagique sont souvent non proposés/non disponibles.

- Éducation des professionnels de la santé
- Porter une plus grande attention aux symptômes qui suggèrent une BPCO (surtout chez les patients à risque les plus âgés)



- Les résultats incohérents de la spirométrie et l'absence de formation sur la spirométrie dans le secteur des soins primaires.
- La controverse concernant l'utilisation de la spirométrie dans les soins primaires pour le diagnostic précoce de la BPCO décourage certains professionnels de la santé.
- L'absence de financement/remboursement de la spirométrie assurée en soins primaires.
- L'absence de disponibilité de la spirométrie.
- Le retard d'obtention du rapport de la spirométrie quand elle est réalisée ailleurs que dans le cabinet.

- Les professionnels de santé particulièrement intéressés
- Micro-spiromètre pour éliminer une BPCO
- Formation sur la spirométrie
- Stratégies locales de financement



- Les contraintes de temps dans le secteur des soins primaires altèrent la capacité des soignants à gérer proactivement les patients.
- Les épidémies à tropisme respiratoire (ex. COVID-19) créent des difficultés importantes pour évaluer les patients, et sont sources de retard voire d'un arrêt des prestations à visée diagnostique.

- Mettre en place des guides de procédures de bonnes pratiques en cas d'encombrement des structures de soins lors des épidémies.

scientifiques suggèrent que le vaccin VRS peut être bénéfique chez les patients à haut risque comme les BPCO. Le traitement de la dépendance tabagique et l'aide au sevrage tabagique sont efficaces pour décélérer le déclin de la fonction respiratoire,⁸ et le bénéfice est d'autant plus important que le patient arrête plus tôt de fumer.⁹ Parmi les moyens qui aident les tentatives de sevrage tabagique est le fait de communiquer un diagnostic de certitude de la maladie¹⁰ et de faire un état de la maladie et de l'âge pulmonaire.¹¹ Pour les moyens d'aide au sevrage tabagique, référez à "IPCRG Desktop Helper helping people quit tobacco" (Disponible à l'adresse: <https://www.ipcr.org/desktophelpers/desktop-helper-no-4-helping-patients-quit-tobacco-3rd-edition>) and <https://www.ipcr.org/themes/tobacco-dependence>.

Pour les populations ayant une pollution intérieure ou extérieure comme facteur de risque essentiel de la BPCO, il est important de rester attentif aux symptômes de la maladie quels que soient les antécédents ou le genre de la personne (la maladie peut se présenter différemment dans le genre féminin; voir IPCRG Desktop Helper on improving care for women with COPD à l'adresse <https://www.ipcr.org/DTH8>).

Aussi, dans la prise en charge de la BPCO, un traitement pharmacologique précoce est très important. Le traitement par des bronchodilatateurs de longue durée d'action est recommandé chez les patients chez qui la dyspnée est prédominante.² Si ces derniers traitements ne sont pas disponibles le recours aux anti-muscariniques de courte durée d'action (SAMA) ou des bêta agonistes de courte durée d'action (SABA) peut être une alternative pour initier le traitement.^{2,12} Pour les personnes qui ont une fonction respiratoire relativement préservée au repos, la limitation des débits aériques à l'effort est liée à une altération fonctionnelle étendue au niveau des petites voies aériennes,¹³ ce qui peut signifier un intérêt de ces thérapeutiques aussi chez ces personnes.¹⁴ Nous avons observé ces dernières années un changement dans les recommandations en faveur de l'utilisation d'une double bronchodilatation comme traitement initial chez les patients symptomatiques.^{1,15} Cependant la généralisation de cette approche pour les formes légères ou modérées de la maladie nécessite plus d'investigations. Pour les exacerbateurs fréquents, il faut prendre en compte le taux d'éosinophiles dans le sang – la notion d'une exacerbation modérée par an avec un taux d'éosinophiles ≥ 100 mais $< 300 \mu\text{L}$ doit faire préférer l'association de corticoïdes inhalés aux bronchodilatateurs de longue durée d'action ; des antécédents d'hospitalisation pour exacerbation de la BPCO ou 2 exacerbations modérées ou plus par an avec un taux d'éosinophiles supérieur à 300 cellules/ μL indique fortement le besoin d'associer des corticoïdes inhalés au traitement bronchodilatateur de longue durée d'action.² Pour ces 2 derniers cas de figure, le traitement par corticoïde inhalé est considéré comme un traitement d'ajout (« Add-on ») aux bronchodilatateurs de longue durée d'action. Si les patients avec BPCO ont un asthme associé, ils doivent être

Tableau 1: Exemples d'outils pour reconnaître les personnes vues en secteur primaire et qui ont des symptômes suggérant une BPCO et qui doivent être considérées pour une spirométrie.

Outil	Commentaires	Web address
Test canadien de santé respiratoire ²⁶	Simple et rapide à administrer; non validé. 5 questions	https://www.lungsask.ca/media/16
Dépistage de la BPCO auprès de la population (COPD-PS) ²⁷	Reconnu et validé au niveau international. Simple et rapide à administrer, 5 questions + âge	https://www.copdfoundation.org/Screeners.aspx
Évaluation de la BPCO en soins primaires pour identifier les risques de maladies respiratoires non diagnostiquées ²⁸	Validé et incluant la mesure du DEP. Bonne capacité de discrimination dans les pays à faible revenu. ²⁸ Faible sensibilité pour la détection d'une BPCO cliniquement significative dans une population américaine de soins primaires. ²⁹	https://www.researchgate.net/figure/The-CaPTUre-COPD-assessment-in-primary-care-to-identify-undiagnosed-respiratory-disease_fig1_325741206
La BPCO dans les PRFI (COLA) ³⁰	Validé et bonne capacité de discrimination dans les pays à faible revenu ²⁸ ; peut être utilisé parallèlement au PEF. ³¹	https://www.dovepress.com/a-novel-case-finding-instrument-for-chronic-obstructive-pulmonary-dise-peer-reviewed-fulltext-article-COPD

PRFI, pays à revenu faible et intermédiaire ; DEP, débit expiratoire de pointe.

traités comme des asthmatiques. Un diagnostic plus précoce offre l'opportunité de minimiser les effets cumulés des exacerbations qui incluent (mais non limités à) la perte de la fonction respiratoire, une récurrence des exacerbations, une diminution de la qualité de vie, des complications cardiovasculaires et des effets indésirables des corticoïdes par voie générale.⁸

La prise en charge de la BPCO est multidimensionnelle et nécessite la collaboration entre le patient BPCO, sa famille/les soignants et les professionnels de la santé. À côté du diagnostic plus précoce, l'évolution de la BPCO est plus favorable si la famille et les soignants comprennent la maladie et deviennent partenaires dans les décisions concernant les objectifs du traitement.

L'approche peut être facilitée en discutant des 5 questions-clés concernant la BPCO : Pourquoi est-elle nommée ainsi ? Pourquoi je l'ai eue ? Que m'arrivera-t-il par la suite ? Que peut-on faire la concernant ? Comment mes choix peuvent-ils changer l'évolution ? (voir the IPCRG COPD Wheel à l'adresse <https://www.ipcr.org/copdwheel>). Il faut encourager une auto-prise en charge supervisée en donnant aux patients et à leurs familles/soignants la formation nécessaire et la possibilité de discuter des différentes étapes pratiques pour gérer cette situation ; en incluant la prise en charge de la dyspnée et la prévention des comportements sédentaires.¹⁶ Voir the IPCRG Desktop Helper on integrating a supportive and palliative approach from diagnosis to end of life for people with COPD (Disponible à l'adresse: <https://www.ipcr.org/DTH3>) and the IPCRG COPD Magazine Magazine (Disponible à l'adresse: <https://www.ipcr.org/resources/search-resources/copd-magazine-breathe-well-move-more-live-better-pdf-edition> and <https://www.ipcr.org/DTH10>) pour être mieux guidé dans ce processus.

QUELS SONT LES OBSTACLES AU DIAGNOSTIC PLUS PRÉCOCE ?

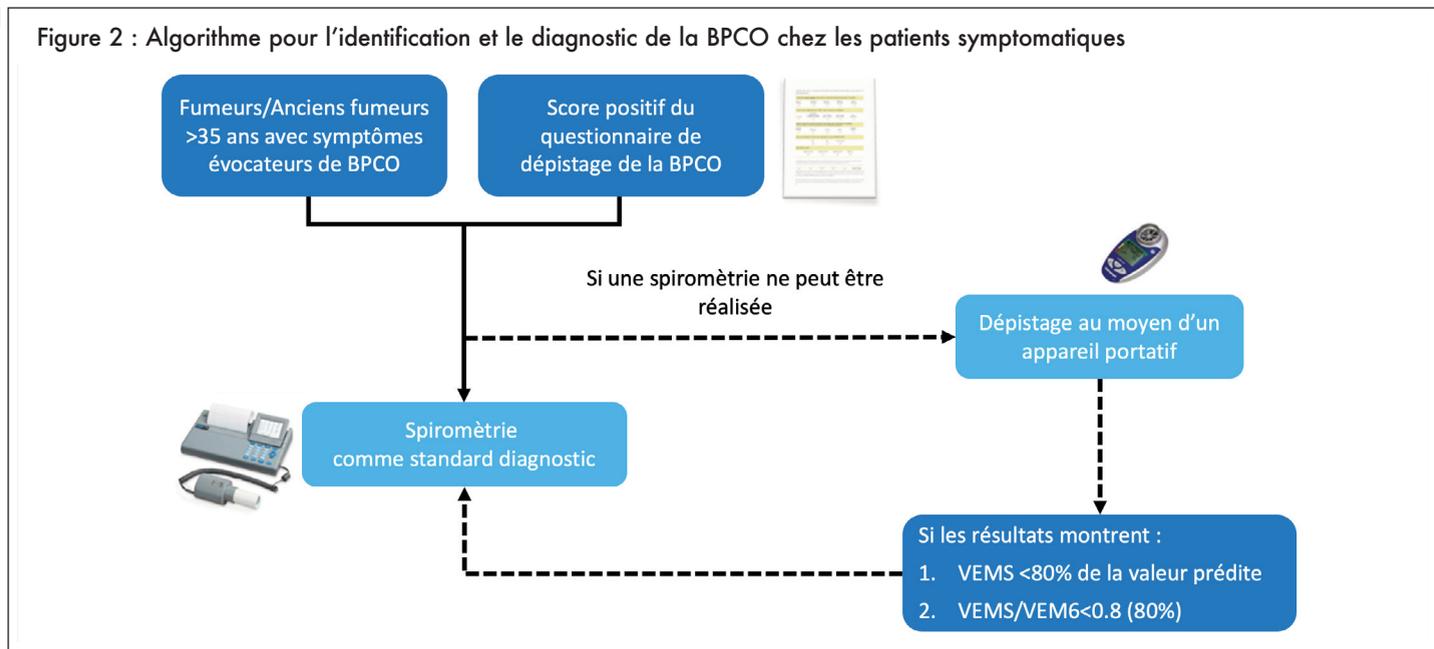
Les preuves scientifiques concernant les bénéfices d'un diagnostic et d'une prise en charge plus précoces sont bien établies.¹⁷ Cependant, plusieurs obstacles empêchent ce diagnostic plus précoce (Figure 1). En identifiant ces obstacles nous pouvons initier les premiers pas pour les contourner.

COMMENT ASSURER UN DIAGNOSTIC PLUS PRÉCOCE ?

Plusieurs stratégies sont possibles pour assurer un diagnostic plus précoce. Les études les plus récentes indiquent qu'on doit donner de l'importance aux antécédents cliniques pour les patients chez qui une BPCO est évoquée en notant les événements précoces de la vie ; et que la spirométrie doit être plus largement utilisée comme indicateur de santé globale.

Une meilleure compréhension et une prise de conscience chez le personnel de santé et la population communautaire concernant cette maladie, qui devient de plus en plus importante, est une pierre angulaire du changement global des comportements. Le diagnostic de la BPCO ne peut se faire sans la spirométrie (Voir "the IPCRG Quick guide to spirometry" à l'adresse: <https://www.ipcr.org/DTH14>).² Cependant, identifier les personnes qui nécessitent une spirométrie pose parfois problème. Ils peuvent parfois ne pas rapporter les symptômes de la BPCO ou ont du mal à les percevoir comme pathologiques et/ou peuvent se sentir gênés d'en parler vu la stigmatisation de la dépendance tabagique qui lui fréquemment associée.^{18,19} Il faut penser à la BPCO chez les patients qui présentent des symptômes respiratoires évocateurs surtout chez les tabagiques actuels ou anciens, de même que chez les personnes exposées à la pollution intérieure (Cuisine/Chauffage avec des combustibles solides) et extérieure, y compris professionnelle.

Figure 2 : Algorithme pour l'identification et le diagnostic de la BPCO chez les patients symptomatiques



Des outils cliniques basés sur des questions clés pour les personnes qui ont des symptômes évocateurs de BPCO ont été développés (Table 1). Des études récentes suggèrent que ces outils sont utiles surtout quand ils sont associés au diagnostic objectif de la limitation des débits aériques (DÉP ou Spirométrie).²⁰⁻²² Quand le résultat est négatif, le diagnostic de la BPCO est moins probable.

Utilisés avec une évaluation approfondie des antécédents évocateurs d'exacerbations de BPCO (qui peuvent être parfois exagérés) ils peuvent aider à faire décider si une spirométrie est indiquée. A l'échelle populationnelle, la généralisation de la mise à disposition de ces questionnaires, via les médias (aussi bien traditionnels que via les réseaux sociaux), peut encourager les gens à auto-évaluer leurs symptômes. Une fois sensibilisés, ils peuvent être encouragés à consulter leur médecin de première ligne pour plus d'investigation.

L'IPCRG recommande que toutes les personnes ≥ 35 ans avec une histoire de dépendance tabagique soient évaluées pour le risque de développer une BPCO (Figure 2). L'utilisation de micro-spiromètres, quand le diagnostic par spirométrie n'est pas possible, s'est montré utile pour un diagnostic d'élimination de la BPCO chez les patients à haut risque de la maladie en se basant sur un critère de dépistage;²⁴ mais la micro-spirométrie n'est pas elle-même diagnostique de la maladie. Un micro-spiromètre n'est pas cher (moins de 100€), il est portable, utilise le rapport VEMS/VEM₆ pour dépister une altération de la fonction respiratoire en vue d'une exploration plus poussée de la BPCO ; une valeur $<0,8$ doit faire adresser le patient pour une

spirométrie diagnostique.²⁵ Le test est rapide et ne nécessite pas le recours à une bronchodilatation.

Il faut être conscient d'un risque potentiel de passer à côté de cas de BPCO quand on explore des sujets jeunes. Une BPCO peut être diagnostiquée chez ces sujets et peut-être liée à une exposition significative durant l'enfance (exp. aux fumées de la biomasse) ou indiquer la présence d'un déficit en $\alpha 1$ -antitrypsine.² Le fait d'évoquer la BPCO peut aider à faire diagnostiquer cette maladie et permettre à ces sujets de profiter des bénéfices d'une prise en charge précoce, du dépistage de la maladie chez d'autres membres de la famille, d'un conseil génétique, et de l'éventualité d'une pharmacothérapie plus précoce. Il ne faudrait pas perdre de vue les personnes qui ont des symptômes de BPCO et des risques de développer la maladie en raison des expositions mais qui ne présentent pas actuellement de déficit ventilatoire obstructif, et ce pour le suivi et la surveillance.

EN RÉSUMÉ

Un diagnostic précoce de la BPCO permet d'initier tôt la prise en charge et prendre les mesures efficaces pour minimiser les atteintes chez les personnes exposées à un risque (fumées de tabac, pollution intérieure et extérieure), réduire les symptômes de la maladie et permettre un diagnostic spirométrique (voir "the IPCRG Desktop Helper quick guide to spirometry"; disponible à l'adresse <https://www.ipcr.org/DTH14>) quand il est possible. Faire un diagnostic précoce va aussi permettre de mettre en place des mesures de prévention des exacerbations, faire préserver la fonction respiratoire, améliorer la qualité de vie et diminuer la mortalité.

References

- Miravilles M, et al. Thorax 2009;64:863-8.
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2023. Available from <http://www.goldcopd.org>.
- Lamprecht B, et al. Chest 2015;148:971-85.
- Colak Y, et al. Lancet Respir Med 2017;5:426-34.
- Koch M, et al. BMC Public Health 2019;19:1727.
- Alhabeef FF, et al. Respir Med 2022;200:106917.
- Vila M, et al. Med Clin (Barc) 2022;159:33-9.
- Scanlon PD, et al. Am J Respir Crit Care Med 2000;161(2Pt1):381-90.
- Bednarek M, et al. Thorax 2006;61:869.
- Parkes G, et al. Br Med J 2008;336:598-600.
- van Schayck OCP, et al. npj Prim Care Respir Med 2017;27:38.
- Johansson G, et al. Prim Care Respir J 2008;17:169-75.
- Ofir D, et al. Am J Respir Crit Care Med 2008;177:622-9.
- Lacasse Y, et al. Cochrane Database Syst Rev 2006:CD003793.
- Soler-Cataluna JJ, et al. Thorax 2005;60:925-31.
- Tashkin DP, et al. N Engl J Med 2008;359:1543-54.
- Kaplan A. Can Fam Physician 2009;55:58-9.
- Habraken JM, et al. Br J Gen Pract 2008;58:844-9.
- Chapman KR, et al. Chest 2001;119:1691-5.
- Martins S, et al. Eur Respir J 2021;58:PA3639.
- Pan Z, et al. BMJ Open 2021;11:e051811.
- Siddharthan T, et al. JAMA 2022;327:151-60.
- Lee TA, et al. Chest 2006;129:1509-15.
- Yarnall KS, et al. Prev Chron Dis 2009;6:A59.
- Pinto L, Banka R. Eur Respir J 2017;50:PA397.
- O'Donnell D, et al. Can Respir J 2008;15(Suppl A):1A-8A.
- Gu Y, et al. Ann Med 2021;53:1198-206.
- Martinez FJ, et al. Am J Respir Crit Care Med 2017;195:748-56.
- Martinez FJ, et al. JAMA 2022;329:490-501.
- Siddharthan T, et al. JAMA 2022;327:151-60.
- Siddharthan T, et al. Int J Chron Obstruct Pulm Dis 2020;15:2769-77.

Auteurs: Alan Kaplan, Miguel Roman Rodriguez, Siân Williams
 Revue: Ioanna Tsiligianni, Sundeep Salvi
 Editeur: Patima Tanapat (Integrity Continuing Education, Inc) et Tracey Lonergan (IPCRG)

Traduction: Habib Ghedira

Une assistance administrative a été fournie par Stefania Chiarolanza et Samuel Ciociola (integrity Continuing Education Inc.) et Russell Emery (IPCRG). Ce Desktop Helper est indicatif, il est proposé pour une approche globale et ne saurait être appliqué à un cas particulier.

Attribution d'un Droit Général Non Commercial de Création - ShareAlike

L'IPCRG est enregistrée comme organisation caritative [SC No 035056] et une Société à responsabilité limitée par garantie (Company No 256268).
 Adresse de correspondance: 19 Armour Mews, Larbert, FK5 4FF, Écosse, Royaume-Uni

Les Desktop Helpers de l'IPCRG sont des fiches d'information à usage convivial développées par des cliniciens, des patients et des éducateurs cliniques:

- Ils guident la pratique clinique et apportent une aide aux cliniciens qui travaillent dans le secteur des soins primaires sur différents aspects du diagnostic et de la prise en charge des maladies respiratoires.
- basés sur des faits établis et proposent des liens vers d'autres



www.ipcr.org/desktophelpers

The collage features several Desktop Helper documents:

- DESKTOP HELPER No. 12 March 2022:** COPD and Mental Health: Holistic and Practical Guidance for Primary Care. It discusses the challenge of identifying and managing mental health problems in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).
- DESKTOP HELPER No. 9. Maio 2018:** Guia Prático Cuidados personalizados: Adultos com asma. It provides practical guidance for personalized care for adults with asthma.
- DESKTOP HELPER No. 8 January 2018:** Improving care for women with COPD: guidance for primary care. It focuses on the specific challenges of COPD in women.
- DESKTOP HELPER No. 5 May 2016:** Predicting diagnosis in primary care patients suspected of obstructive pulmonary disease.
- DESKTOP HELPER No. 10 December 2019:** USO RACIONAL DE LA MEDICACIÓN INHALADA EN PACIENTES EPOC CON COMORBILIDAD MÚLTIPLE: GUÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA.
- DESKTOP HELPER No. 19 October 2019:** Como tá hoje? (How are you today?).
- DESKTOP HELPER No. 11 January 2021 First edition:** Remote respiratory consultations. It provides guidance on conducting remote consultations for respiratory issues.
- DESKTOP HELPER No. 7 July 2017:** Um Guia de Referência: O que é essencial saber sobre a reabilitação pulmonar na comunidade. It serves as a reference guide for community pulmonary rehabilitation.