

Mots clés :

BPCO,
tabac,
diagnostic
pronostic

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est un problème croissant en fréquence et en gravité, mais largement méconnu, en particulier dans ses formes longtemps asymptomatiques des stades 1 et 2¹. Le tabac en est le principal responsable, mais tous les fumeurs ne sont pas atteints, ce qui pose deux questions au clinicien : Quel est le risque de la poursuite du tabagisme et quel est le bénéfice de son arrêt. Plusieurs études concernant l'histoire naturelle de la BPCO apportent des réponses.

Histoire naturelle de la BPCO

Histoire naturelle de la BPCO

L'étude anglaise de Fletcher et Peto² reste l'étude de référence dans ce domaine. 792 hommes de 30 à 59 ans ont été suivis cliniquement et par spirométrie tous les six mois pendant 8 ans. Parmi les données, on retient :

- Le VEMS décline régulièrement avec l'âge chez tous les patients. Chez les non fumeurs ce déclin n'aboutit jamais à un VEMS de type BPCO, même modérée. De nombreux fumeurs ont un déclin presque identique.
- Un certain nombre, les fumeurs "susceptibles" développent des altérations des flux aériens bien plus marquées, variables selon les individus, aboutissant à des troubles cliniques d'autant plus importants qu'ils ont débuté tôt.
- L'arrêt du tabac chez les fumeurs avec altérations du VEMS ne permet pas de récupérer des flux aériens normaux, mais les pertes à venir rejoindront la pente des non fumeurs, et permet d'améliorer l'espérance de vie, même en cas d'arrêt tardif.
- Ainsi, après 8 ans de suivi, 28% des ex-fumeurs, 24% des fumeurs légers (<15 cigarettes/j), 45% des gros fumeurs avaient une légère baisse du VEMS (stade 1 des BPCO).
- Ni l'hypersécrétion muqueuse, ni les infections bronchiques n'ont un rôle indépendant dans la survenue des altérations spirométriques.

Les données de cette étude qui confirment le rôle dominant du tabagisme dans la genèse de la BPCO n'ont jamais été infirmées par les études ultérieures.

Que conclure pour notre pratique ?

Le tabagisme entraîne des altérations spirométriques de type BPCO qui s'aggravent avec le temps. Cela ne concerne pas tous les fumeurs, mais on ne sait pas identifier les sujets sensibles. L'existence d'altérations de stade 1 multiplie par 5 le risque de progression.

La progression de ces altérations varie en fonction de divers facteurs : l'âge, l'importance du tabagisme, son début dans l'enfance, l'existence de toux et de manifestations respiratoires.

Quel est le bénéfice de l'arrêt du tabac chez ces patients asymptomatiques ? Il ne permet pas la régression, mais ramène la progression au même niveau que chez les non fumeurs. Cela à soi seul semble justifier le dépistage. Y a-t-il d'autres bénéfices et d'autres propositions à faire aux patients avec atteinte asymptomatique ? Comment réaliser le dépistage en pratique de soins primaires. Nous tenterons de répondre dans un prochain Bibliomed.

Histoire naturelle de la BPCO chez les fumeurs

Cette cohorte néerlandaise de 702 fumeurs de 40 à 65 ans, hommes, sans maladie respiratoire connue, a été suivie pendant 5 ans.

A l'inclusion, la spirométrie était altérée chez 210 sujets (30%) : 182 (26%) au stade 1, 28 (4%) au stade 2, aucun au stade 3. Ces altérations étaient liées à l'âge, au tabagisme et à l'existence d'une toux. Les taux Ainsi après 55 ans vs de 40 à 44 ans, étaient de 38% et 19% pour les stades 1, 7% et 2% pour les stades 2. Pour les fumeurs de >30 paquets année vs ceux de <20 paquets année, les stades 1 étaient 38% et 19%, et les stades 2 à 27% et 1%. Les fumeurs touseurs vs non touseurs, étaient 37% vs 23% pour les stades 1, et 10% vs 2% pour les stades 2³.

Après un suivi de 5 ans, sur 399 patients avec une spirométrie normale ou de stade 1, le passage au stade 2 concernait 33 patients (8%), avec une incidence annuelle de 1,6%. Le risque était 5 fois plus élevé chez ceux qui étaient au stade 1 que chez ceux avec spirométrie normale (19,6% vs 4,1%). Il croissait progressivement avec l'âge (atteignant 16% après 55 ans), avec le nombre de paquets année (arrivant à 15% pour >30), et avec la toux (6% en son absence, 17% en sa présence, et 30% de ceux qui étaient déjà au stade 1). Le début du tabagisme avant l'âge de 15 ans faisait passer les chiffres de 4,5% à 14,3%⁴.

Ces données concordaient avec celles d'autres études analysées par les auteurs.

Références :

- 1- Collectif. BPCO : de plus en plus fréquente, mais sous-diagnostiquée. *Bibliomed*. 2007: XXX.
- 2- Fletcher C, Peto R The natural history of chronic airflow obstruction. *BMJ*. 1977; 1: 1645-8.
- 3- Geijer RMM et al. Prevalence of undetected persistent airflow obstruction in male smokers 40-65 years old. *Fam Pract*. 2005;22:485-9.
- 4- Geijer RMM et al Incidence and determinants of moderate COPD (Gold II) in male smokers 40-65 years : 5-years follow-up *Br J Gen Pract*. 2006;56:485-9
- 5- Jones R. Can early diagnosis and effective management combat the irresistible rise of COPD ? *Br J Gen Pract*. 2006;56:652-4.
- 6- Roche N. Comment améliorer le diagnostic de bronchopneumopathie chronique obstructive dans la population. *Presse Med*. 2005;34:1612-4.