

Mots clés :

BPCO,
tabac,
diagnostic
dépistage

Dépister la BPCO : pourquoi, chez qui, comment ?

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est insuffisamment diagnostiquée sans doute pour deux raisons : ses stades initiaux (dégradation progressive de la fonction respiratoire, notamment du VEMS) longtemps asymptomatiques sont de ce fait ignorés ; elle est mal ou non connue en tant que maladie par le grand public, le plus souvent confondue avec la bronchite chronique. Pourtant son histoire naturelle est claire avec une évolution progressive vers des formes invalidantes. La population à risque est bien connue : les fumeurs qui représentent plus de 80% des cas. Le bénéfice du dépistage semble bien prouvé, s'il débouche sur l'arrêt du tabac^{1,2}. La méthode de dépistage est apparemment simple avec la spirométrie. Derrière toutes ces « évidences » il y a sans doute des questions et des difficultés auxquelles nous tenterons d'apporter des réponses.

A quoi sert de dépister la BPCO ?

A proposer et accompagner un sevrage tabagique : chez tous les patients, à tous les stades, asymptomatiques ou non, **l'arrêt du tabac permet de stopper la dégradation de la fonction respiratoire** (évaluée par mesure du VEMS). Cela ne permet toutefois pas de récupérer une fonction meilleure. Les patients ayant arrêté le tabac continueront simplement la dégradation habituelle liée à l'âge. Dans la « Lung Health Study » (LHS) sur 5887 fumeurs, un bénéfice a été obtenu dès la 1^{ère} année, et maintenu tant que l'arrêt du tabac persiste³. L'arrêt du tabac permet également de réduire la toux et l'expectoration.

Un autre bénéfice, indépendant de la BPCO est la **baisse de mortalité liée au tabac** : le suivi sur 14 ans des patients de la LHS a montré chez ceux qui avaient arrêté de fumer une importante réduction des décès (6% vs 11%), surtout pour les cancers et les maladies cardiovasculaires⁴.

A favoriser l'arrêt du tabac ? La prise de conscience d'une maladie à pronostic sévère peut être un facteur de motivation pour le sevrage. Mais les données sont incertaines⁶, et de toute façon l'adhésion au sevrage reste difficile nécessitant la mise en œuvre de tous les moyens classiques. Par contre, il faudra veiller à ne pas démobiliser le patient par l'annonce d'un résultat négatif.

A mettre en œuvre d'autres mesures ?

Pratiquement pas. Les médicaments ne sont utiles qu'en cas de symptômes. Aucun (broncho-dilatateur, corticoïde inhalé, N-acétylcystéine) n'a permis de réduction significative de la dégradation du VEMS⁵. L'activité physique ne modifie pas la progression de la maladie, mais elle est bénéfique sur la qualité de vie dans les formes symptomatiques⁵.

Qui et comment dépister en pratique ?

Les fumeurs à partir de 40 ans, symptomatiques ou non, sont la population cible. C'est une raison supplémentaire d'informer sur les risques du tabac et de promouvoir son arrêt.

La spirométrie est le moyen recommandé. Mais beaucoup de généralistes n'en disposent pas, les mini-spiromètres électroniques sont peu répandus et demandent du temps et une formation.

Le débitmètre de pointe (peak-flow) est accusé d'une sensibilité insuffisante. Cependant, elle atteint 90% dans une étude anglaise⁷. Le peak-flow paraît ainsi suffisant pour un dépistage chez le fumeur asymptomatique, bien adapté aux conditions de la pratique généraliste^{7,8}. Un bilan spécialisé pourra ensuite être demandé, et la prise en charge du sevrage tabagique organisée, avec tous ses aspects, psychologiques, comportementaux et pharmacologiques.

Que conclure pour notre pratique ?

La BPCO est un continuum, des formes asymptomatiques aux symptomatiques. Il ne faut pas la limiter à la bronchite chronique, et à l'insuffisance respiratoire. Il est utile de dépister les formes silencieuses.

La recherche des formes asymptomatiques peut se limiter aux fumeurs. Le tabac est le principal facteur de risque. L'arrêt du tabac permet de stopper la dégradation du VEMS, et donc de limiter l'évolution vers des formes invalidantes. Il permet par ailleurs de réduire les autres causes de mortalité liées au tabac.

Cette identification peut se faire avec le peak flow, ou avec la spirométrie pour ceux qui en ont la pratique. Elle impliquera alors la mise œuvre d'une stratégie de sevrage dans toutes ses dimensions.

Il faut veiller qu'un examen négatif ne démobilise pas le patient, qui doit être informé de l'ensemble des dangers du tabac.

Références :

- 1- Collectif. BPCO : de plus en plus fréquente, mais sous-diagnostiquée. *Bibliomed*. 2007; XXX.
- 2- Collectif. Histoire naturelle de la BPCO. *Bibliomed*. 2007; xxx
- 3- Anthonisen NR et al. Effects of smoking intervention and use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV₁. *JAMA*. 1994;272:1497-1505
- 4- Anthonisen NR et al. The effects of a smoking cessation on a 14,5 years mortality. *Ann Intern Med*. 2005;142:233-9.
- 5- Sin Don D et al. Contemporary management of chronic obstructive pulmonary disease. *JAMA*. 2003;290:2301-12.
- 6- Jayet PY et al. La spirométrie au cabinet du praticien, pour quel patient ? *Rev Med Suisse*. 2006;2:2592-7.
- 7- Jackson H, Hubbard R. Detecting chronic obstructive pulmonary disease using peak flow rate : cross sectional survey. *BMJ*. 2003;327:653-4.
- 8- Cuvelier A, Muir JF. BPCO : arrêter le tabac avant le stade de la dyspnée. *Rev Prat Med Gén*. 2003;17:144-6.