



 ACTUALITÉ MÉDICALE

JOURNÉE MONDIALE BPCO, l'enjeu du diagnostic précoce

En France, 65 à 75 % des malades atteints de BPCO ne seraient pas diagnostiqués. Si les freins expliquant cette situation critique sont multiples et tenaces, les bénéfices d'un diagnostic précoce font de plus en plus consensus. Le point en amont de la journée mondiale annuelle contre la BPCO du 21 novembre.

HÉLÈNE JOUBERT



La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) touche directement plus de trois millions de personnes en France et pourrait devenir la troisième cause de mortalité à l'horizon 2030. Or, à l'heure actuelle, « au moins les trois quarts des personnes atteintes ne le savent pas », affirme le Pr Nicolas Roche, pneumologue à l'hôpital Cochin (Paris), président de la Société de pneumologie de langue française (SPLF).

Il faut dire que tout concourt à favoriser la méconnaissance de la maladie. Outre un acronyme peu intuitif, l'emploi courant à sa place du terme "bronchite chronique" ne traduit pas la gravité de la maladie et la banalise. Résultat : le grand public connaît toujours aussi mal cette maladie. Dans le Baromètre santé 2017 paru fin octobre, seuls 22,1 % des Français en avaient déjà entendu parler.

Dans ce contexte, l'initiative doit venir du médecin traitant, comme l'ont clairement formulé les participants d'un "Board Patients" organisé par l'association BPCO en avril 2018. Pour eux, « tout patient fumeur depuis plusieurs années devrait se voir poser des questions simples en consultation de routine sur son souffle, sa capacité à l'effort et d'éventuelles difficultés respiratoires naissantes ».

Des bénéfices multiples

Sans doute, mais pour quel bénéfice ? Même si pour le moment, les médicaments disponibles améliorent les symptômes sans pour autant agir sur la capacité respiratoire, diagnostiquer tôt, « c'est la possibilité de récupérer de la fonction respiratoire si l'on est encore au stade 1 ou 2 de la maladie grâce à l'arrêt du tabac couplé à la réhabilitation respiratoire », assure le Pr Chantal Raheison-Semjen, service des maladies respiratoires (CHU Bordeaux). Cela améliore également le score de dyspnée et la tolérance à l'effort, diminue les exacerbations et de ce fait le risque d'hospitalisation. »

C'est aussi l'opportunité de délivrer des messages personnalisés d'hygiène de vie, de motiver le patient vis-à-vis du sevrage tabagique et de l'activité physique (dont les bénéfices sur la santé mais aussi la qualité de vie font consensus), ou encore de promouvoir des actions de prévention comme la vaccination contre le

pneumocoque et la grippe.

Cela permet également de « dépister voire de mieux gérer les comorbidités, très fréquentes », ajoute le Dr Armine Izadifar, pneumologue (Saint Denis), président de l'Association des pneumologues libéraux d'Île-de-France. Dans la cohorte française Palomb, 72 % des personnes BPCO souffraient au moins d'une autre maladie type HTA, apnées obstructives du sommeil, dyslipidémie, cardiopathie ischémique, etc.

Enfin, le diagnostic est essentiel au maintien dans l'emploi, avec le recours au médecin du travail et/ou la demande d'une reconnaissance de qualité de travailleur handicapé pour un aménagement de poste de travail. Environ 15 % des patients présentent un déclin accéléré de leur fonction respiratoire dès la quarantaine, c'est-à-dire à une période où ils sont encore en activité.

Une plainte à minima

Reste que la détection de la BPCO n'est pas si simple, car les signes sont souvent aspécifiques. La dyspnée, signe cardinal, est un symptôme subjectif. « La plainte provient rarement du patient lui-même, car la plupart du temps, la gêne qu'il ressent est modérée », confirme le Dr Jean-Luc Delabant, généraliste, secrétaire adjoint de l'URPS-Médecins libéraux d'Aquitaine. Le dépistage proactif de la part du médecin est d'autant plus incontournable que les malades « ne mentionnent généralement pas leur tabagisme, en cause dans 85 % des BPCO, et tendent à ne pas reconnaître leur état qui les renvoie à une perception culpabilisante d'eux-mêmes », fait remarquer le Dr Bruno Stach, pneumologue (président du Syndicat de l'appareil respiratoire).

De plus, le stéréotype masculin du malade fumeur ou ex-fumeur quinquagénaire à la vie dure, alors qu'aujourd'hui, 40 % des malades sont des femmes, contre 20 % il y a 20 ans, avec une mortalité féminine en hausse de 1,7 % par an. « À symptômes identiques, le médecin va plus souvent porter un diagnostic d'asthme que de BPCO chez une femme », déplore le Dr Anne Prudhomme, pneumologue (CH Tarbes, coresponsable du groupe femme/santé respiratoire de la SPLF), s'appuyant sur une étude conduite en médecine générale. ■

En France, la BPCO est responsable chaque année de 150 000 hospitalisations et 18 000 décès.



La spirométrie en soins primaires, une fausse bonne idée ?

Au-delà des freins liés à l'image de la maladie et à la difficulté de recueillir la plainte, le débat porte de longue date sur le meilleur outil de dépistage en soins primaires. Si elle constitue le gold standard, « la spirométrie en médecine générale est un vœu pieux, estime le Dr Frédéric Le Guillou, président de l'Association BPCO. Elle exige que le médecin soit équipé et dûment formé. De plus, la spirométrie est "patient et opérateur-dépendant", et la mesure doit être précédée d'un test de bronchodilatation aux β_2 mimétiques inhalés 15 minutes auparavant. Un temps incompressible difficilement compatible avec la durée de consultation. » Pour sa part, l'Assurance maladie semble y croire et a initié une étude pilote. « En Essonne, Gironde et Artois, la Cnam a recruté entre 10 et

20 % des généralistes, sur la base du volontariat, explique le Dr Pierre Gabach, responsable du département des maladies chroniques (Cnam). Ils ont été formés à la spirométrie en présentiel et accompagnés pendant un an par un pneumologue qui évaluait la qualité des courbes. » L'analyse des résultats de cette étude est attendue fin 2019.

Repérage précoce En attendant, les mini-spiromètres (BPCO-6, PIKO-6, etc.), très en vogue il y a quelques années, « peuvent donner une idée de l'obstruction bronchique, estime le Dr Le Guillou. Plus adaptés à la pratique en médecine générale, c'est une première étape, rapide, dans la détection des patients BPCO, avant une orientation vers le pneumologue. » Dans plusieurs études, le Piko-6 a montré qu'il pouvait améliorer la

détection précoce de la BPCO.

« Ce ne sont pas des outils diagnostiques mais des outils de repérage, appuie le Pr Roche. Ils sont techniquement fiables. Il faut juste connaître leurs limites : ils sont très "opérateurs dépendants", d'où un risque de résultats erronés important avec des examens faussement normaux, et de ce fait un sous-diagnostic potentiel. Il faut donc intégrer leurs résultats dans le contexte clinique. Et savoir adresser le patient si ce contexte fait suspecter une BPCO, même en cas de résultat rassurant. »

Depuis 2014, la HAS propose un auto-questionnaire en cinq questions qui permet de déceler les principaux signes d'alerte de la BPCO. L'accent est mis notamment sur la présence d'une toux, la fréquence des épisodes de dyspnée et l'exposition au tabac. ■