



BPCO, le rôle du généraliste

Expliquer la courbe de Fletcher en consultation

Le médecin généraliste est en première ligne pour repérer une BPCO, ce qui revient souvent à étiqueter respiratoire une plainte qui ne l'est pas, faire accepter le traitement bronchodilatateur, prendre en charge les exacerbations, traiter les comorbidités. La collaboration avec le pneumologue est toujours nécessaire.

Philippe Serrier*, Nicolas Roche**

* Cabinet de médecine générale, Paris

** Service de pneumologie, Hôtel-Dieu, Paris

Un médecin généraliste voit en moyenne 2 ou 3 patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) par jour (50 000 MG en France, 5 à 10 % de la population souffre de la maladie, soit environ 70 patients par patientèle moyenne). Mais seulement un quart sont diagnostiqués, tandis que les trois quarts vivent sans connaître leur maladie ni leur risque vital.

Entité unique et d'évolution progressive, la BPCO, caractérisée par une limitation chronique des débits aériens, mesurés après la prise de bronchodilatateurs, peut être prévenue et traitée. Elle est due à une inflammation bronchique provoquée par des aérocontaminants, au premier rang desquels se situe le tabac (*tableau*) mais aussi

des polluants professionnels. Elle s'accompagne de manifestations extraréspiratoires qui en font aussi une maladie générale, et pas seulement une maladie respiratoire.



QUELS ÉLÉMENTS POUR UN DIAGNOSTIC PRÉCOCE ?

Le diagnostic n'est souvent établi que très tardivement, lors d'une hospitalisation pour une complication révélatrice de la maladie, alors qu'un diagnostic précoce, grâce à un interrogatoire soigneux et à une mesure du souffle au premier doute, évite le plus souvent le handicap respiratoire ; la prise en charge de la maladie améliore la qualité de vie.

Le tabac, au premier rang des facteurs de risque

Un tabagisme cumulé à 10 paquets-années représente déjà un risque certain. Même si le risque augmente avec la quantité consommée, il ne faut pas négliger le tabagisme que l'on a tendance à minimiser, en particulier chez la femme. Par ailleurs, le tabagisme passif est très sous-évalué. Le fait de commencer à fumer lorsqu'on est jeune (11 ans pour les filles) est un facteur aggravant. Cette patiente de 40 ans (*encadré 1*) peut déjà avoir dépassé 25 paquets-années ! Pour savoir si les patients fument, il faut leur demander (25 % des médecins ne le font pas) ! Souvent, leur peau, leur odeur, leurs dents l'indiquent de façon certaine.

L'environnement domestique et professionnel doit être connu

Une bonne connaissance du milieu professionnel est capitale (risque céréalier, textile...). Sur ce point, l'inter-



TABLEAU INCIDENCE CUMULÉE (%) DE LA BPCO SUR 25 ANS DANS LA COPENHAGEN CITY HEALTH SURVEY*

	Stade 1	Stade 2	Stades 3-4
Femmes			
Non fumeuses	3	5	1
Ex-fumeuses	5	5	2
Arrêts intermittents	8	13	4
Tabagisme continu	9	19	2
Hommes			
Non fumeurs	5	1	0
Ex-fumeurs	4	7	1
Arrêts intermittents	5	11	3
Tabagisme continu	14	20	5

*Løkke A. Thorax 2006;61:935-9.

rogatoire doit être détaillé, en commençant par une question générale : « Êtes-vous professionnellement exposé à des gaz, poussières, fumées ? », puis par des questions plus précises : « Que manipulez-vous, que faites-vous, y a-t-il des visites fréquentes du médecin du travail, y a-t-il un poste de travail polluant à côté du vôtre ? » ; en précisant bien sûr l'ancienneté de l'exposition et l'historique des postes occupés. L'environnement urbain et la pollution par microparticules Diesel doivent être pris en compte.

Mesure du souffle et intérêt diagnostique de la courbe de Fletcher

Chez une patiente dont le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) est amputé de 50 % (encadré 1), la symptomatologie se manifestera bientôt sous forme d'une dyspnée. Si elle continue à fumer, le déclin annuel de son VEMS pourra dépasser 100 mL par an (un tiers des patients dont le VEMS est inférieur à 1 L meurent

Une symptomatologie bronchique traînante (encadré 1)

Observation

Mme B., 40 ans, adressée par un de ses proches à la suite d'une symptomatologie bronchique traînante, est tabagique (1 paquet/j) à 28 paquets-années. Elle n'exprime pas spontanément de plainte respiratoire, mais l'interrogatoire un peu plus poussé révèle une symptomatologie de bronchite chronique tout au long de l'année et une dyspnée à 2 étages. Elle a une activité physique plutôt réduite : travail de bureau, trajets en voiture, étages le plus souvent en ascenseur, et ne fait pas de sport. Elle signale 2 ou 3 épisodes de bronchite chaque année. Elle n'est pas vaccinée ni contre la grippe ni contre le pneumocoque. L'examen physique trouve un poids normal (58 kg, indice de masse corporelle à 23 kg/m²), des râles bronchiques et quelques râles crépitants aux bases en début d'inspiration à l'auscultation. L'exploration fonctionnelle trouve une obstruction bronchique fixée avec un VEMS à 55 % de la normale théorique après bronchodilatateur. La part réversible est minimale, puisqu'avant prise de bronchodilatateur le VEMS était à

50 %. Il existe une distension associée, puisque le volume résiduel est supérieur à 40 % de la normale. La diffusion alvéolo-capillaire est altérée par l'emphysème avec un rapport DLCO/VA à 70 % de la normale. Au test de marche, elle parcourt 340 m en six minutes, ce qui est à la limite inférieure de la normale, avec une désaturation de 6 %. Gaz du sang : hypoxémie peu marquée à 72 mmHg, normocapnie (PaCO₂ à 40 mmHg). Il n'y a aucun argument clinique ni fonctionnel respiratoire pour évoquer un asthme associé. Une radiographie thoracique est demandée par principe, afin d'écartier une pathologie tumorale surajoutée. Le cliché ne montre que la distension, avec un thorax qui commence à prendre une forme en tonneau.

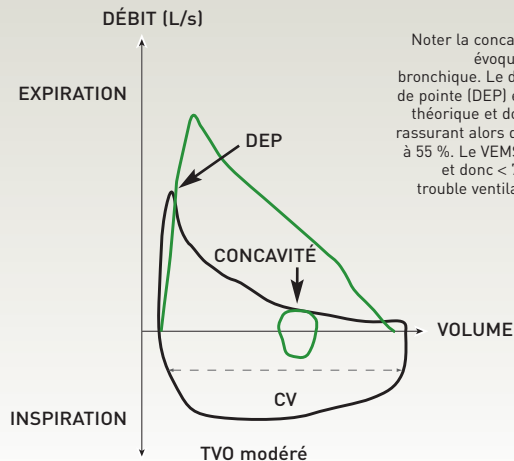
Diagnostic : BPCO, stade modéré à sévère.

Un traitement bronchodilatateur à long terme (anticholinergique et/ou bêta-2-mimétique de longue durée d'action) pourrait aider à réduire son handicap, qu'elle sous-estime manifestement mais qui l'a conduite

ces dernières années à restreindre ses activités (arrêt de tout sport alors qu'elle jouait encore régulièrement au tennis il y a cinq ans). Il faut la stimuler pour qu'elle reprenne une activité physique régulière : le pronostic de sa BPCO en sera amélioré, et cela lui permettra de prendre conscience des progrès rendus possibles par le traitement. Enfin et surtout, il faut la convaincre d'engager une démarche plus active de sevrage tabagique ;

les résultats fonctionnels ont commencé à la sensibiliser dans ce sens. Chez cette patiente, dont le tabagisme est connu depuis quinze ans, et qui a consulté à maintes reprises pour des bronchites hivernales traînantes, la mesure du souffle n'a jamais été effectuée. Pourtant, certains éléments d'interrogatoire ou d'examen auraient pu faire évoquer le diagnostic de BPCO.

Courbe débit-volume.



dans les trois ans). L'arrêt du tabac permet de retrouver un déclin physiologique du VEMS (10 à 20 mL/an), sans refaire pour autant « le terrain perdu » (encadré 2).

Piège : la gêne du patient peut se résumer à une plainte de fatigue

Si l'interrogatoire « prédictif » est fondamental, il faut aussi faire un interrogatoire clinique.

Le déclin du VEMS étant, somme toute, lent, il y a une sorte d'accoutumance à la dyspnée. Le patient s'adapte à la diminution des débits, et modère insensiblement ses efforts en fonction de ceux-ci. S'ils ne perçoivent pas la dyspnée, les patients peuvent l'exprimer par une polysémie non respiratoire où dominent les mots de la fatigue et de la dépression. Au médecin de décrypter ce langage pour étiqueter « respiratoire » une plainte qui ne l'est pas, en interrogeant le patient sur ses activités et surtout leur réduction au cours des dernières années. Attribuer à l'âge et au surpoids éventuel cette réduction, ou rationaliser la dyspnée, ou la réduction d'activité qui en découle, par le tabagisme (« C'est normal qu'il soit essoufflé puisqu'il fume ! ») sont les pièges à éviter.

Faut-il toujours adresser le patient au pneumologue ? Oui, pour sa compétence spécifique et pour quantifier précisément, après confirmation diagnostique, l'intensité du trouble ventilatoire obstructif. Moralité : patient, médecin généraliste, pneumologue forment un ménage à trois, durable, et même à quatre si l'on invite le médecin du travail.

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES EXACERBATIONS

Le généraliste doit aussi prendre en charge les exacerbations de la BPCO, parce qu'elles ont une place capitale

dans l'évolution de la maladie, et décide du maintien à domicile ou d'une éventuelle hospitalisation (encadré 3).

Définies comme « une aggravation aiguë et soutenue », les exacerbations ont souvent une cause infectieuse, mais pas seulement. Elles sont de révélation parfois insidieuse, et la plainte du patient n'est pas forcément respiratoire : ici, encore, prédominent souvent les mots de la dépression, de la fatigue, de la réduction d'activité : « Je ne sors plus depuis quelques jours. » Il faut les diagnostiquer de façon formelle en éliminant les diagnostics différentiels possibles (œdème aigu du poumon, embolie...). Évaluer leur gravité permet de traiter ou non à domicile les patients ; les négliger ou mal les prendre en charge, c'est augmenter le nombre d'hospitalisations, assister au déclin accéléré du VEMS, altérer la qualité de vie du patient, augmenter les coûts de la maladie. La collaboration active avec le pneumologue permet de réduire les erreurs de prise en charge. Identifier et traiter précocement les exacerbations, c'est diminuer la morbidité de la maladie.

Une ordonnance d'automédication

Chaque patient, informé par le médecin généraliste, peut avoir une ordonnance d'automédication lui permettant de réagir vite et bien lors d'une exacerbation :

- augmentation de la dose des bronchodilatateurs de courte durée d'action ;
- instauration rapide d'une kinésithérapie respiratoire.

Une boîte d'antibiotiques d'avance, si les critères d'usage sont expliqués (fièvre + expectoration franchement purulente verdâtre), peut être délivrée au patient en réserve.

Au médecin de décider de l'usage des corticoïdes oraux, si nécessaire, en cure courte (une semaine) et à dose modérée (0,5 mg/kg/j).

Courbe dite « de Fletcher » illustrant le déclin fonctionnel respiratoire selon le tabagisme (encadré 2)

L'arrêt du tabac permettra de retrouver un déclin physiologique du VEMS (10 à 20 mL/an), sans « refaire le terrain perdu ».

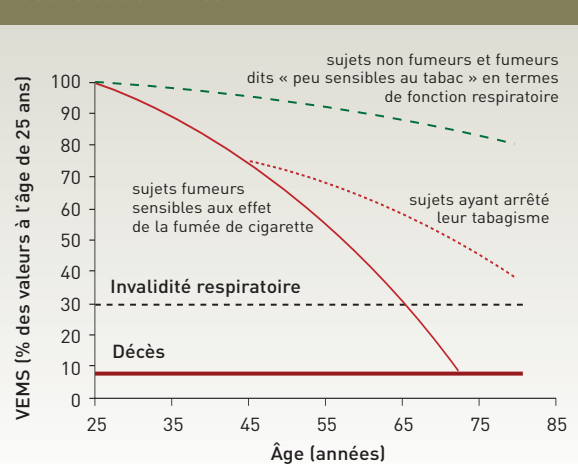
Il y a plusieurs avantages à présenter la courbe de Fletcher au patient :

- lui expliquer aisément la maladie dont il souffre ;
- le « situer » sur la courbe. En moyenne (mais avec de grandes variations selon les individus), un handicap significatif, mais souvent méconnu, dans la vie quotidienne est déjà présent, avec un VEMS aux alentours de 50-60 % de la normale ;

- mettre en valeur son risque léthal s'il continue à fumer et les avantages évidents de l'arrêt du tabac.

Grâce à la courbe de Fletcher, le médecin peut se rendre compte qu'un diagnostic précoce de TVO, s'il s'accompagne d'une aide au sevrage tabagique réussie, évite au patient l'entrée dans l'insuffisance respiratoire chronique grave : pour cela, il faut y penser et interroger le patient. Il peut ainsi échapper à « l'à-quoi-bonisme mortifère » : il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer et prendre en charge la maladie.

Histoire naturelle de l'obstruction chronique des voies aériennes.





mise au point

LES COMORBIDITÉS PEUVENT RÉVÉLER LA BPCO

Les pathologies qui accompagnent la BPCO peuvent la révéler, malheureusement le diagnostic est alors tardif. Que ce soient l'ostéoporose, la dépression, la dénutrition, le dysfonctionnement et la perte musculaire, le risque cardiovasculaire, ces comorbidités aggravent le pronostic de la BPCO et réciproquement. De ce fait, il est essentiel de les traiter. Leur diagnostic est parfois facile (pathologies cardiovasculaires), parfois difficile (dépression, dysfonction musculaire, ostéoporose...).

Paradoxalement, si les patients autrefois actifs connaissaient très bien l'intérêt de l'entraînement, ils semblent l'oublier lorsqu'ils sont atteints de BPCO. Les stimuler, les inciter à avoir des activités physiques représente la base du traitement, mais obtenir ce changement de comportement est difficile, surtout si le patient est oxygène-nécessitant (d'où la tendance à prescrire un antidépresseur !). Pour convaincre le patient, on peut lui expliquer la modification réversible de la qualité des

fibres musculaires des membres inférieurs, ce qui justifie la prescription de rééducation. Le patient retrouve une certaine autonomie du souffle et une liberté face à la maladie. « *Je peux inverser le cours des choses.* »

LE TRAITEMENT N'EST PAS QUE MÉDICAMENTEUX

Il n'est pas facile de faire passer le message que les bronchodilatateurs sont nécessaires pour traiter un trouble ventilatoire obstructif, qui est, par définition, peu ou pas réversible... il faut donc expliquer qu'ils agissent sur la distension thoracique et améliorent le confort du patient.

S'il est plus facile, en théorie, de faire comprendre que l'exercice améliore le souffle, c'est bien plus difficile en pratique.

Il faut aussi mettre en place une prise en charge multidisciplinaire (c'est plus facile d'obtenir un kinésithérapeute qu'un diététicien à domicile) ; faire comprendre à l'entourage la complexité de la maladie et ses multiples aspects sous-tendus par les comorbidités, assister le patient et son entourage lors de l'entrée dans l'oxygénéodépendance, le handicap respiratoire grave, et l'accompagner vers la mort par insuffisance respiratoire grave (« *Ce que je ne voudrais pas, docteur, c'est mourir étouffé...* »).

COLLABORATION AVEC LE PNEUMOLOGUE : NÉCESSAIRE POUR LE PATIENT

Trop souvent, les médecins généralistes sous-estiment leur rôle dans la prise en charge de la BPCO (même, ou surtout, lorsque le malade est aussi suivi par un pneumologue) : leur participation est pourtant précieuse à tous les stades pour :

- révéler les facteurs de risque et commencer l'approche diagnostique, qu'ils mesurent ou non le souffle eux-mêmes ;
- motiver le patient, souvent un peu réticent, à faire cette mesure ;
- poser les bonnes questions au pneumologue : existe-t-il une obstruction bronchique ? Est-elle liée à une BPCO ? Quelle est sa sévérité ? Faut-il suspecter un asthme associé ? Quels traitements envisager et avec quels objectifs ? Comment en suivre l'efficacité et surveiller l'évolution de la maladie ? Quels conseils prodiguer ?
- dévoiler le handicap ;
- apprécier le malade dans sa globalité et sa chronicité (recherche des comorbidités) ; dans son environnement familial, social, professionnel : quels facteurs de risque ? Quelles contraintes ? Quelles sources d'aide ? Quelles sources de difficultés ?
- informer le pneumologue de tous ces aspects ;
- mettre le patient sur les rails du sevrage tabagique et l'y maintenir ;
- suivre l'évolution ; évaluer et, à chaque fois que cela est possible en ambulatoire, prendre en charge les exacer-

↑ À RETENIR

IDENTIFIER ET TRAITER PRÉCOCEMENT LES EXACERBATIONS, c'est diminuer la morbidité de la maladie.

ADRESSER LE MALADE AU SPÉCIALISTE NE DOIT PAS CONDUIRE À « PASSER LA MAIN » : il s'agit seulement d'enrichir le dossier du patient de données utiles à sa prise en charge, et de s'adjoindre une aide.

SUMMARY. Identification and early treatment of any exacerbation diminishes the morbidity of COPD. Sending the patient to a specialist does not mean turning the case over to someone else, but is done with the goal of seeking help and adding elements useful to the patient's treatment to his or her file.

↑ À FAIRE

Interroger sur les habitudes, le métier, l'environnement.

TO DO. Ask about the patient's lifestyle, work and personal environment.

↓ À NE PAS FAIRE

Négliger l'interrogatoire quant à une éventuelle exposition professionnelle.
Considérer l'essoufflement d'un fumeur comme normal.

AVOID. Neglecting to ask about a possible professional exposure. Thinking of a smoker's breathlessness as normal.

Critères d'hospitalisation d'une exacerbation de BPCO (encadré 3)

- Absence d'entourage susceptible d'aider le malade.
- Situation sociale difficile.
- Vomissements rendant difficile le traitement par voie orale.
- Absence d'amélioration sous traitement.
- Doute diagnostique (pneumothorax, pneumonie, embolie pulmonaire, insuffisance cardiaque...).
- Signes cliniques de gravité : signes d'insuffisance cardiaque droite, cyanose, tirage, tachypnée, forte majoration de la sensation de dyspnée, signes d'hypercapnie.
- BPCO sévère à la base (en particulier sous oxygénothérapie de longue durée).

bations ; motiver le malade à se suivre, à prendre ses traitements, à bouger, à avoir un poids « de forme » ; l'accompagner, lui et son entourage...

Cette liste peut paraître utopique, mais ne devrait pas l'être : rien de ce qui y est mentionné n'est irréalisable, ni compliqué. Il suffit d'y penser !

Adresser le malade au spécialiste ne doit pas conduire à « passer la main » : il s'agit seulement d'enrichir le dossier du patient de données utiles à sa prise en charge, et de s'adjoindre une aide.

La BPCO est protéiforme et complexe : tout est bon pour évoquer la maladie. Y penser sans cesse, c'est

faire passer le taux de diagnostic de 25 à 75 % parmi nos patients. Collaborer étroitement avec le pneumologue, c'est confirmer le diagnostic et se faire aider dans la prise en charge efficace de la maladie et de ses exacerbations. Prendre en compte les comorbidités, les traiter, c'est améliorer la qualité de vie du patient et sa survie. Mettre en place une véritable réhabilitation est la clé de l'amélioration de la qualité de vie de ces malades. Seuls la vaccination antigrippale, l'arrêt du tabac, et l'oxygène dans les stades avancés diminuent la mortalité de la maladie. Ce n'est pas une raison pour négliger le reste de l'arsenal thérapeutique. Nous pouvons mieux faire. Pensons à la mesure du souffle, pour qu'elle devienne aussi naturelle que de... respirer. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

1. Fletcher C, Peto R, Tinker C, et al. *The natural history of chronic bronchitis and emphysema*. Oxford University Press 1976.
2. Kinsman RA, Yaroush RA, Fernandez E, et al. *Symptoms and experiences in chronic bronchitis and emphysema*. *Chest* 1983;83:755-61.
3. Lokke A, Lange P, Scharling H, et al. *Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population*. *Thorax* 2006;61:935-9.
4. Société de pneumologie de langue française. *Recommandations pour la prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive*. *Rev Mal Respir* 2003;20:294-329.

Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

Quelle est
la **méthode contraceptive**
la **plus efficace** ?

