



Février
2017

DÉTECTION PRÉCOCE

DE LA BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE OU BPCO



Document élaboré en collaboration avec le CMG, la FFP et la SPLF*

Vous êtes en première ligne dans la détection précoce de la BPCO afin d'en permettre le diagnostic et la prise en charge.

Le diagnostic du trouble ventilatoire obstructif (TVO) qui caractérise la BPCO est spirométrique, il est défini par le rapport VEMS/CVF < 70 % persistant après administration d'un bronchodilatateur.

1. Indications de la spirométrie

Recherchez des facteurs de risque et des symptômes.

► Chez qui évoquer une BPCO ?

- âge > 40 ans,
- tabagisme présent ou passé à au moins 10 paquet-années et/ou exposition professionnelle et/ou domestique, infections respiratoires de l'enfance,
- et/ou symptômes ou signes respiratoires (toux, expectoration, dyspnée, « bronchites à répétition », râles bronchiques récurrents),
- suite aux réponses apportées à un auto-questionnaire portant sur ces différents domaines, rempli par vos patients :
 - trois réponses « oui » constituent une forte suspicion de BPCO.

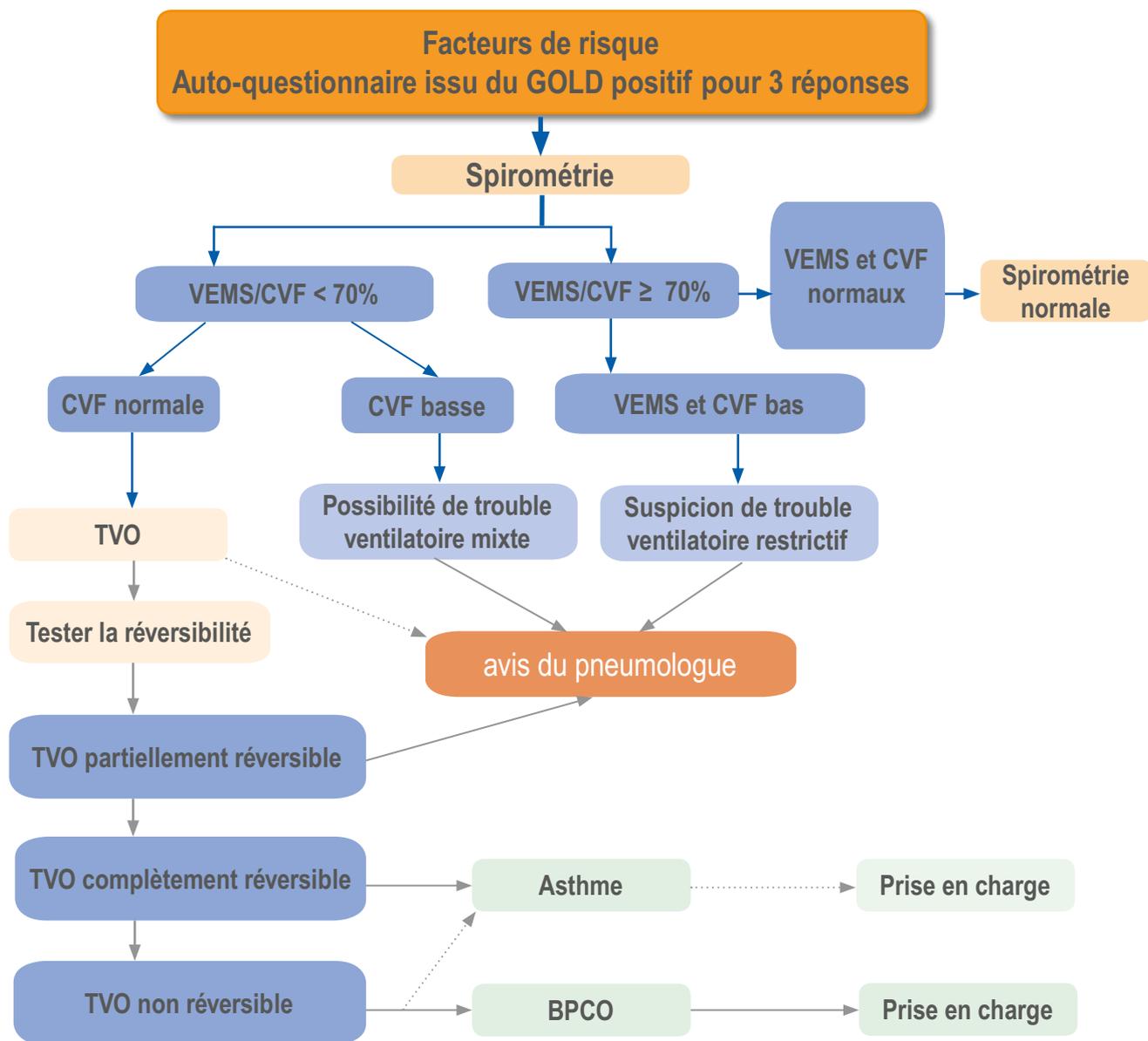
► Comment faire le diagnostic ?

Par une spirométrie :

- réaliser au moins 3 courbes ou tests acceptables^[1] et reproductibles^[2],
- si le rapport VEMS/CVF < 70 % un test de réversibilité^[3] par bronchodilatateur est indispensable :
 - **si ce test montre un TVO non réversible** : il est évocateur de BPCO (mais un asthme ne peut être complètement écarté),
 - **si ce test montre un TVO complètement réversible** (disparition du TVO) : il est évocateur d'asthme (BPCO éliminée),
 - **dans les situations intermédiaires** (réversibilité partielle) : un avis spécialisé et des explorations complémentaires seront nécessaires pour faire la part entre un asthme, une BPCO, une association des deux.

2. Recourir au pneumologue dans les trois mois^[4]

- Pour confirmer le diagnostic si nécessaire.
- En cas de suspicion de forme sévère (VEMS < 50 %).
- Pour compléter les explorations avant traitement, en cas de :
 - intrication avec des comorbidités, à rechercher systématiquement : suspicion d'un cancer bronchique, maladie cardiovasculaire, asthme, dilatations de bronches...,
 - exacerbations répétées,
 - dyspnée (pléthysmographie, test de marche, épreuve d'exercice maximale cardiorespiratoire),
 - avant indication d'une réhabilitation respiratoire,
 - suspicion d'un syndrome d'apnée du sommeil associé : enregistrement polygraphique ou polysomnographique.



*CMG ou Collège de la Médecine Générale; FFP ou Fédération Française de Pneumologie; SPLF ou Société de Pneumologie de Langue Française.

^[1] Absence de pause (<1 s) entre fin de l'inspiration et début de l'expiration (critère non majeur), absence d'artefact (toux, arrêt-reprise de l'expiration...), durée de l'expiration d'au moins 6 secondes ou atteinte d'un plateau expiratoire avant l'arrêt de la manœuvre.

^[2] Au moins 3 mesures techniquement satisfaisantes (optimal), au moins 2 mesures techniquement satisfaisantes (acceptable), moins de 150 ml de différence entre les 2 meilleures CVF et les 2 meilleurs VEMS (optimal), moins de 200ml de différence entre les 2 meilleures CVF et les 2 meilleurs VEMS (acceptable)

^[3] Consiste à effectuer une 1^{re} série de mesures avant toute prise de bronchodilatateurs puis une 2^e série 15 minutes après administration d'un bronchodilatateur (400 µg de salbutamol) à l'aide d'une chambre d'inhalation.

^[4] HAS - Guide parcours de soins « Bronchopneumopathie chronique obstructive » - juin 2014