

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 5 Novembre 2024

Sous-diagnostic de l'asthme et de la BPCO: même combat?

Dr Ivan Guerreiro, Pneumologie

L'[étude du jour](#) paraît cette année dans le NEJM et traite du diagnostic précoce de l'asthme et du BPCO, sous l'acronyme UCAP (Undiagnosed COPD and Asthma Population trial).

Epidémiologie

Il s'agit de maladies fréquentes, avec 6% de la population mondiale touchée par un BPCO, et 3.2% par un asthme. En Suisse, c'est 4,7% et 7% respectivement.

Il y a un certain sous-diagnostic qui indique que ces chiffres sont sous-estimés. Celui-ci est influencé par les systèmes de santé mais aussi par l'âge et le genre des personnes.

10-20% des adultes > 40 ans ont un trouble obstructif, et 70 à 80 % des patients BPCO n'ont pas de diagnostic posé.

Le sous-diagnostic de l'asthme est estimé à 19-73%. Celui-ci augmente avec l'âge à cause des symptômes confondants, pour atteindre 79% >65 ans.

Causes du sous-diagnostic:

- Lié au patient: sous-report et minimisation des symptômes, faible impact
- Lié au système: manque d'accès au diagnostic, aux soins, absence de programme spécialisé pour les maladies respiratoires
- Lié aux soignants: lacune dans les critères diagnostiques et dans l'interprétation de la spirométrie

Ce sous-diagnostic augmente la mortalité, le risque d'exacerbation et de pneumonie, car le bon traitement n'est pas prescrit. Il provoque aussi un absentéisme et une baisse de la productivité.

Le BPCO et l'asthme sont mis dans le même sac parce que les symptômes initiaux sont similaires et aspécifiques, et que le diagnostic passe par le même examen: la spirométrie.

Question: Le diagnostic et le traitement précoce de l'asthme/BCPO diminue-t-il le poids sur le système de santé et sur la qualité de vie?

Méthode

Étude randomisée dans 19 centres au Canada, avec un suivi de 1 an.

Exclusion: diagnostic de maladie respiratoire, bronchodilatateurs, C-I à la spirométrie

Recrutement:

- 1er dépistage aléatoire automatisé sur les personnes vivant à 90 minutes du centre
- Si symptômes respiratoires, rappel pour questionnaire: inclus >60 ans
- 2ème questionnaire si <60ans mais ASQ <6/20 → COPD diagnostic questionnaire: inclus >20/38.

Compatible avec asthme:
≥ 12% et 200ml post-BD

Les critères diagnostiques sont basés sur les recommandations GLI 2017:

Compatible avec BPCO :
VEMS/CVF < LLN pré
et/ou post BD

Sur 1 mio 200 mille personnes, 200 mille ont décroché le téléphone. 46 mille avaient des symptômes respiratoires (~20%), 38 mille sont contactés. 13 mille sont exclus car diagnostiqués, et 11 mille exclus pour absence de symptômes respiratoires.

20% de la population testée (3000) présente une spirométrie anormale, ce qui permet la randomisation de 500 patients, égale à la puissance nécessaire calculée.

Intervention: Répartis entre soins habituels (médecin traitant + résultats spirométrie) et consultation de pneumologie + éducateur asthme-BPCO (infirmière-physio).

- Issue primaire: taux d'utilisation des soins en lien avec la maladie respiratoire (appel aveugle mensuel)
- Issues secondaires: Plusieurs questionnaires de qualité de vie à 6,12 mois et arrêt du tabac (reporté et nicotine urinaire à 12 mois).

Population: âge moyen de 63 ans, assez symptomatiques, avec un trouble obstructif léger à modéré et plus lourd dans le groupe BPCO. Pas de bronchodilatateurs.

Aucune instruction spécifique n'est donnée aux binômes pneumologues-éducateur, outre de suivre les recommandations. 35% mentionnent un plan d'action en cas de péjoration, 60% conseillent sur l'activité physique et la perte de poids, 53% sur la substitution au tabac.

Résultats

Diminution du taux annuel de consultation, qui passe de 1,12 à 0,53. Cela s'applique aux sous-groupes des deux maladies.

Il n'y a pas de différence de taux d'hospitalisation, de consultation aux urgences ou chez le spécialiste, mais une diminution drastique des consultations chez le médecin de premier recours.

Tous les scores de qualité de vie sont améliorés dans les deux groupes, sans différence.

Le groupe intervention montre une amélioration légère des fonctions pulmonaires comparé au groupe soins habituels.

Le groupe intervention montre moins de patients sans aucun traitement (7.4% vs 36%), et reçoit plus de trithérapie et de corticostéroïdes systémiques.

Conclusions des auteurs

- Moins d'utilisations des soins si prise en charge initiale par spécialiste + soignant
- Dépistage utile car améliore la qualité de vie
- Population plus âgée que d'habitude: Les plus jeunes décrochent moins le téléphone
- Demande beaucoup de ressources
- Manque de puissance pour les issues secondaires

Discussion de l'orateur

- Il faut améliorer le dépistage ciblé de ces maladies, mais l'étude ne donne pas d'outils...
- L'effet est-il dû à: Meilleur suivi des recommandations par les spécialistes/éducateurs? Traitements plus agressifs? Meilleure éducation du patient?
- Est-ce qu'il y a un besoin pour plus de temps de consultation chez le médecin traitant?
- Faut-il une répartition des charges avec des infirmiers spécialisés?
- Il y a un besoin de renforcer la collaboration pneumologue-médecin traitant.

