

TIRONS LES CHOSES AU CLAIR!

ÉPREUVES FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES POUR LES CAS PRÉSUMÉS D'ASTHME OU DE MPOC

POURQUOI LES ÉPREUVES FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES SONT ESSENTIELLES POUR LES CAS PRÉSUMÉS D'ASTHME OU DE MPOC

L'asthme et la MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) sont parmi les maladies chroniques les plus courantes au Canada. Leur diagnostic nécessite une épreuve fonctionnelle respiratoire, à commencer par une simple spirométrie avec mesure de la réponse aux traitements bronchodilatateurs.^{1,2} Pourtant, ces affections sont le plus souvent diagnostiquées d'après les symptômes et les résultats d'un examen physique plutôt qu'au moyen d'un test objectif.

QUELLE EST L'AMPLEUR DE L'ÉCART?

Plus de la moitié des Canadiens et des Canadiennes qui ont reçu un diagnostic d'asthme ou de MPOC n'ont pas été soumis à une épreuve fonctionnelle respiratoire. D'importantes études menées au pays montrent que seulement **43 %** et **36 %** des personnes qui reçoivent un diagnostic d'asthme³ et de MPOC⁴, respectivement, ont subi une épreuve fonctionnelle respiratoire dans l'année précédant ou suivant le diagnostic.

POURQUOI L'ÉPREUVE FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE EST-ELLE IMPORTANTE?

Il peut être difficile de diagnostiquer et d'évaluer l'asthme et la MPOC uniquement au moyen des antécédents médicaux et d'un examen physique. Certains patients sont atteints des deux affections (chevauchement asthme-MPOC) – un diagnostic qui peut être encore plus délicat à établir sans un test objectif.

Asthme

Respiration sifflante ne rime pas toujours avec asthme! Au Canada, **33 %** des patients qui ont reçu d'un médecin un diagnostic d'asthme au cours des cinq dernières années n'ont manifesté aucun signe de la maladie lors d'une épreuve fonctionnelle respiratoire.⁵

Toutefois, **79 %** de ces patients prenaient des médicaments contre l'asthme. Le « surdiagnostic » de l'asthme entraîne un traitement excessif – donc des coûts inutiles – et parfois des effets secondaires dus aux médicaments.⁵ Pendant ce temps, les symptômes demeurent et l'établissement d'un vrai diagnostic est retardé (les « imitateurs » de l'asthme incluent la rhinite allergique/non allergique avec écoulement nasal postérieur, le reflux gastro-œsophagien [RGO] pathologique, les troubles d'anxiété et certains troubles cardiopulmonaires graves).⁵

MPOC

Comme pour l'asthme, des études montrent que **31 à 44 %** des patients qui ont reçu un diagnostic clinique de MPOC n'étaient pas réellement atteints de la maladie lorsqu'ils étaient examinés objectivement.^{6 à 8} Comme les patients ayant reçu un faux diagnostic d'asthme, ces patients doivent assumer des coûts inutiles, ils ressentent parfois des effets secondaires des inhalateurs et leur véritable diagnostic demeure à établir.

Lorsque la MPOC est diagnostiquée sans spirométrie, les fournisseurs de soins sous-estiment la gravité de l'affection.⁹ Ils prescrivent toutefois des médicaments plus appropriés (reposant sur des données probantes) lorsque les patients sont soumis à cette mesure.¹⁰ Par conséquent, pour les patients atteints d'une MPOC dont le diagnostic est confirmé par spirométrie, les taux d'admission à l'hôpital et de mortalité sont plus bas que pour les patients qui reçoivent uniquement un diagnostic clinique.¹⁰

QUELS EXAMENS SONT REQUIS POUR ÉTABLIR UN DIAGNOSTIC D'ASTHME OU DE MPOC?

Asthme

Pour les patients de 6 ans et plus, le premier examen requis pour établir le diagnostic est la spirométrie avec mesure de la réponse aux traitements bronchodilatateurs. Le diagnostic de l'asthme nécessite la présence d'une obstruction et une amélioration du VEMS (volume expiratoire maximal en 1 seconde) d'au moins **12 %** et 200 ml par rapport à la valeur de référence après administration du bronchodilatateur.

Bien que ce résultat soit suffisant pour poser le diagnostic, un test négatif ne permet pas d'exclure l'asthme. En effet, environ **40 %** des patients qui ne présentent pas de réponse aux traitements bronchodilatateurs sont tout de même asthmatiques.¹¹ Ces patients doivent subir d'autres examens, le plus souvent un test de provocation à la métacholine.

Il importe de noter que pour les cas présumés d'asthme, les autres épreuves fonctionnelles respiratoires, tels que la pléthysmographie (volumes pulmonaires) et le test de capacité de diffusion du monoxyde de carbone (CO), ne sont pas requis.

MPOC

Dans les cas présumés de MPOC, le diagnostic requiert la présence d'une obstruction (c'est-à-dire un rapport VEMS:capacité vitale forcée [CVF] réduit) lors de la spirométrie post-bronchodilatateur. Pour autant que le patient ne soit pas sous traitement, ce test est à la fois très sensible et spécifique, et aucun autre test n'est nécessaire dans la plupart des cas.

COMMENT PEUT-ON ÉLIMINER LES OBSTACLES À L'UTILISATION DE L'ÉPREUVE FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE?

Nous reconnaissons qu'il existe parfois des obstacles à l'utilisation de l'épreuve fonctionnelle respiratoire pour les cas présumés d'asthme ou de MPOC.

Certains professionnels de la santé ont accès à la spirométrie en cabinet, mais sans personnel qualifié pour l'effectuer, il est difficile de mener des épreuves de qualité.¹² L'interprétation des résultats peut également s'avérer difficile. Pour remédier à ce problème, la Lung Health Foundation a élaboré des webinaires et des modules éducatifs sur la spirométrie.

🔗 Visitez www.choisiravecsoin.org/voies-respiratoires/#éducatifs pour plus d'informations.

De nombreux professionnels de la santé orientent quant à eux leurs patients vers des laboratoires externes pour une spirométrie. L'accès à ces laboratoires varie beaucoup selon les régions, entraînant souvent des retards de diagnostic.¹³ Il peut donc alors être raisonnable de démarrer un traitement chez un patient symptomatique avant de le soumettre à une épreuve fonctionnelle respiratoire. Il est toutefois essentiel de demander cette épreuve en même temps afin que le diagnostic puisse être confirmé. Pour les cas présumés d'asthme, le sevrage des médicaments peut également être nécessaire pour démontrer ou exclure le diagnostic, étant donné que les corticostéroïdes par inhalation réduisent la sensibilité des épreuves fonctionnelles respiratoires. Dans certains cas, les tests objectifs sont négatifs, mais l'état des patients s'aggrave systématiquement lorsque le traitement est interrompu. Il peut alors être impossible d'objectiver le diagnostic ou d'arrêter le traitement en toute sécurité.

Certains patients refusent parfois de subir une épreuve en laboratoire en raison des déplacements que cela nécessite ou d'autres désagréments. Pour remédier à ce problème, une vaste campagne publique axée sur les patients et visant à expliquer l'importance des tests objectifs a été lancée. Nous vous encourageons à transmettre à vos patients nos ressources en ligne accessibles à l'adresse :

🔗 www.choisiravecsoin.org/voies-respiratoires

CETTE CAMPAGNE EST MENÉE PAR :

- Choisir avec soin
- Le Collège des médecins de famille du Canada
- La Société canadienne de thoracologie

AVEC LE SOUTIEN DE :

- La Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique
- Family Physicians Airway Group of Canada
- La Société canadienne de médecine interne
- L'Association pulmonaire du Canada
- La Société canadienne des thérapeutes respiratoires
- Asthma Canada
- COPD Canada
- Lung Health Foundation

RÉFÉRENCES

- ¹ Yang CL, Hicks EA, Mitchell P, Reisman J, Podgers D, Hayward KM, et al. Canadian Thoracic Society 2021 Guideline update: Diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*. 2021;5(6):348-61.
- ² Bourbeau J, Bhutani M, Hernandez P, Aaron SD, Balter M, Beauchesne M-F, et al. Canadian Thoracic Society Clinical Practice Guideline on pharmacotherapy in patients with COPD – 2019 update of evidence. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*. 2019;3(4):210-32.
- ³ Gershon AS, Victor JC, Guan J, Aaron SD, To T. Pulmonary function testing in the diagnosis of asthma: a population study. *Chest*. 2012;1(5):1190-6.
- ⁴ Gershon AS, Hwee J, Croxford R, Aaron SD, To T. Patient and physician factors associated with pulmonary function testing for COPD: a population study. *Chest*. 2014;145(2):272-81.
- ⁵ Aaron SD, Vandemheen KL, FitzGerald JM, Ainslie M, Gupta S, Lemiere C, et al. Reevaluation of Diagnosis in Adults With Physician-Diagnosed Asthma. *JAMA*. 2017;1(3):269-79.
- ⁶ Gershon AS, Hwee J, Chapman KR, Aaron SD, O'Donnell DE, Stanbrook MB, et al. Factors associated with undiagnosed and overdiagnosed COPD. *European Respiratory Journal*. 2016;48(2):561-4.
- ⁷ Hill K, Goldstein RS, Guyatt GH, Blouin M, Tan WC, Davis LL, et al. Prevalence and underdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease among patients at risk in primary care. *Cmaj*. 2010;182(7):673-8.
- ⁸ Walters JA, Walters EH, Nelson M, Robinson A, Scott J, Turner P, et al. Factors associated with misdiagnosis of COPD in primary care. *Prim Care Respir J*. 2011;20(4):396-402.
- ⁹ Mapel DW, Dalal AA, Johnson P, Becker L, Hunter AG. A clinical study of COPD severity assessment by primary care physicians and their patients compared with spirometry. *Am J Med*. 2015;128(6):629-37.
- ¹⁰ Gershon A, Mecredy G, Croxford R, To T, Stanbrook MB, Aaron SD, et al. Outcomes of patients with chronic obstructive pulmonary disease diagnosed with or without pulmonary function testing. *Cmaj*. 2017;189(14):E530-E8.
- ¹¹ Selvanathan J, Aaron SD, Sykes JR, Vandemheen KL, FitzGerald JM, Ainslie M, et al. Performance Characteristics of Spirometry With Negative Bronchodilator Response and Methacholine Challenge Testing and Implications for Asthma Diagnosis. *Chest*. 2020;158(2):479-90.
- ¹² Gupta S, Moosa D, MacPherson A, Allen C, Tamari IE. Effects of a 12-month multi-faceted mentoring intervention on knowledge, quality, and usage of spirometry in primary care: a before-and-after study. *BMC Pulmonary Medicine*. 2016;16(1):56.
- ¹³ The Lung Association. Moving the dial on the diagnosis and treatment of asthma. 2019. Available at: https://www.lung.ca/sites/default/files/MovingtheDial_WhitePaper.pdf