

Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-19 - Toux chronique - Femme 53 ans

Cabinet médical

Maria Wright, femme de 53 ans, consultant pour toux persistante

T°
37°C

TA
135/80 mmHg

FC
80 bpm

FR
22/min

Anamnèse (25%)

Score : 0/50

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [J'ai une toux]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la toux				0
Toux productive [Oui, je crache toujours quelque chose]	<input type="checkbox"/>			
Sang dans les expectorations [Non]	<input type="checkbox"/>			
Couleur des expectorations [C'est jaunâtre]	<input type="checkbox"/>			
Volume des expectorations [Peut-être 1-2 cuillères à café par jour]	<input type="checkbox"/>			
Début [Je ne sais pas vraiment. J'ai une toux depuis 5 ans, mais maintenant elle s'aggrave]	<input type="checkbox"/>			
Constant/intermittent [Elle est là tout le temps. Mais c'est pire le matin]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Progression [Oui, comme je l'ai dit, elle s'aggrave depuis quelques mois]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [Comme je l'ai dit, j'ai une toux depuis un certain temps]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence [Tous les jours]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [Rien]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Respirer profondément]	<input type="checkbox"/>			
3. Symptômes associés [Aucun]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
4. Recherche de symptômes spécifiques				0
Voyage récent [Non]	<input type="checkbox"/>			
Cœdème des chevilles [Je pense qu'elles sont toujours un peu gonflées, mais peut-être qu'elles sont juste grosses]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre/frissons [Non]	<input type="checkbox"/>			
Sueurs nocturnes [Non]	<input type="checkbox"/>			
Fatigue [Oui, je me sens plus fatiguée que d'habitude depuis quelques mois]	<input type="checkbox"/>			
Palpitations [Aucune]	<input type="checkbox"/>			
Douleur thoracique [Aucune]	<input type="checkbox"/>			
Essoufflement [Oui, quand je monte deux étages, je suis essoufflée]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes urinaires [Je dois me lever pour aller aux toilettes beaucoup la nuit]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes intestinaux [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes de sommeil, plusieurs oreillers [Non]	<input type="checkbox"/>			
Appétit [Normal]	<input type="checkbox"/>			
Variations pondérales [J'ai perdu 3 kg en 3 mois. Je n'essayais même pas mais je ne peux pas dire que ça me dérange de perdre du poids]	<input type="checkbox"/>			
Infections récentes [Aucune]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes d'infection respiratoire haute [Non]	<input type="checkbox"/>			
Exposition à la tuberculose, dernier test cutané [Non, jamais. Mon dernier test cutané pour la tuberculose au travail était normal]	<input type="checkbox"/>			
5. Antécédents médicaux [J'ai de l'hypertension artérielle, qui a été diagnostiquée il y a 5 ans]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

6. Allergies [Aucune]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
7. Médicaments [Oui, je prends du lisinopril]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
8. Hospitalisations et antécédents chirurgicaux			0
Hospitalisations [J'ai eu une césarienne pour la naissance de ma fille]	<input type="checkbox"/>		
Antécédents chirurgicaux [Seulement la césarienne]	<input type="checkbox"/>		
9. Contacts malades [Aucun]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
10. Antécédents familiaux [Mon père est décédé d'une crise cardiaque quand il avait 70 ans]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
11. Habitudes et mode de vie			0
Travail [Je travaille dans un supermarché]	<input type="checkbox"/>		
Domicile [Je vis avec mon mari et notre fille]	<input type="checkbox"/>		
Alcool [Un verre de vin un jour sur deux]	<input type="checkbox"/>		
Drogues récréatives [Je déteste ces trucs illégaux et je n'en prendrais jamais]	<input type="checkbox"/>		
Tabac [Oui je fume. Je fume environ 2 paquets par jour depuis 35 ans]	<input type="checkbox"/>		
Exercice [Je n'ai pas le temps pour ça]	<input type="checkbox"/>		

Examen clinique (25%)			Score : 0/15	
Critères	Oui	±	Non	Points
1. Mesures d'hygiène				0
Lavage des mains	<input type="checkbox"/>			
Respect de la pudeur avec drap	<input type="checkbox"/>			
2. Examen du cou				0
Évaluation de la distension veineuse jugulaire	<input type="checkbox"/>			
Palpation des ganglions lymphatiques de la tête et du cou	<input type="checkbox"/>			
3. Examen cardiovasculaire				0
Auscultation cardiaque	<input type="checkbox"/>			
Palpation du pouls radial	<input type="checkbox"/>			
Palpation du choc apexien	<input type="checkbox"/>			
Recherche du reflux hépato-jugulaire	<input type="checkbox"/>			
4. Examen thoracique				0
Inspection du thorax	<input type="checkbox"/>			
Palpation du thorax	<input type="checkbox"/>			
Percussion des champs pulmonaires	<input type="checkbox"/>			
Auscultation pulmonaire	<input type="checkbox"/>			
Recherche de frémits vocal	<input type="checkbox"/>			
5. Examen des extrémités				0
Inspection des mains	<input type="checkbox"/>			
Recherche d'œdème déclive	<input type="checkbox"/>			

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Hypothèses diagnostiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic				
Diagnostiques différentiels à considérer				
Causes respiratoires probables				
<ul style="list-style-type: none">• Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) → <i>Spirométrie avec test de réversibilité</i> Arguments POUR:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Toux chronique productive avec expectorations jaunâtres<input type="checkbox"/> Tabagisme sévère : 70 paquets-années (2 paquets/jour × 35 ans)<input type="checkbox"/> Toux pire le matin (hypersécrétion nocturne)<input type="checkbox"/> Dyspnée d'effort (montée 2 étages)<input type="checkbox"/> Fatigue progressive<input type="checkbox"/> Perte de poids non intentionnelle (3 kg en 3 mois)<input type="checkbox"/> Œdème périphérique possible (cœur pulmonaire débutant)<input type="checkbox"/> Âge et durée des symptômes compatibles• Insuffisance cardiaque congestive → <i>ECG, échocardiographie transthoracique</i> Arguments POUR:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Dyspnée d'effort<input type="checkbox"/> Nycturie (redistribution nocturne des fluides)<input type="checkbox"/> Fatigue<input type="checkbox"/> Œdème périphérique<input type="checkbox"/> Toux chronique (congestion pulmonaire)<input type="checkbox"/> HTA (facteur de risque cardiovasculaire)<input type="checkbox"/> Tabagisme (facteur de risque cardiovasculaire)<input type="checkbox"/> Antécédent familial de cardiopathieContre : Expectorations productives, examen cardiaque normal• Cancer du poumon → <i>Radiographie thoracique, CT thoracique si anomalie</i> Arguments POUR:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tabagisme majeur (70 paquets-années = risque très élevé)<input type="checkbox"/> Perte de poids non intentionnelle<input type="checkbox"/> Fatigue<input type="checkbox"/> Toux chronique évolutive<input type="checkbox"/> Âge (53 ans)<input type="checkbox"/> 90% des cancers pulmonaires liés au tabacContre : Absence d'hémoptysie, symptômes depuis 5 ans				
Autres causes à considérer				
<ul style="list-style-type: none">• Bronchiectasies → <i>CT thoracique haute résolution</i> Toux productive chronique, expectorations purulentes• Bronchiolite oblitérante → <i>CT thoracique, biopsie pulmonaire</i> Dyspnée progressive, toux• Emphysème → <i>CT thoracique, α1-antitrypsine</i> Composante de la BPCO, destruction alvéolaire				
2. Examens complémentaires de première intention				0
Gaz du sang artériel et oxymétrie de pouls [pour évaluer la saturation en oxygène et l'équilibre acido-basique]	<input type="checkbox"/>			
ECG [peut montrer des signes d'hypertrophie ventriculaire gauche ou droite dans l'ICC ainsi que des signes de pathologies cardiaques concomitantes (ex: arythmies, ischémie cardiaque)]	<input type="checkbox"/>			
Échocardiographie transthoracique [gold standard pour évaluer les patients avec insuffisance cardiaque]	<input type="checkbox"/>			
BNP, NT-pro BNP [Le niveau de BNP est proportionnel à la surcharge volumique et de pression ventriculaire. Des niveaux élevés de BNP chez les patients avec symptômes classiques d'ICC confirment le diagnostic (index prédictif élevé)]	<input type="checkbox"/>			
Radiographie thoracique [utilisée pour évaluer les signes de BPCO (ex: hyperclarté, côtes horizontales et espaces intercostaux élargis), signes d'ICC (ex: cardiomégalie ou congestion pulmonaire), et signes de cancer du poumon (ex: nodule solitaire, élargissement médiastinal)]	<input type="checkbox"/>			
3. Tests de fonction pulmonaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Spirométrie avec test de réversibilité [montrerait une CVF et un VEMS diminués, ainsi qu'un volume résiduel, un volume gazeux intrathoracique et une capacité pulmonaire totale augmentés dans la BPCO]				

4. Communication avec la patiente

0

- Explications à la patiente des impressions diagnostiques préliminaires ☐
- Explication du plan de prise en charge ☐
- Utilisation d'un langage non médical et clarification des termes médicaux ☐
- Évaluation de l'accord de la patiente avec le plan diagnostique ☐
- Recherche des préoccupations et questions de la patiente ☐

5. Conseil et soutien

0

- Offrir mouchoir et eau lors de la crise de toux ☐
- Conseil sur l'arrêt du tabac ☐
- Conseil sur les options de soutien pour l'exercice régulier ☐
- Réaction appropriée au défi concernant l'arrêt du tabac ☐
- Éducation sur les risques du tabagisme ☐

Prise en charge de la BPCO probable

- Arrêt tabac = priorité absolue :
- Counseling comportemental
- Substituts nicotiniques
- Varénicline ou bupropion
 - Bronchodilatateurs selon sévérité :
- GOLD A : SABA ou SAMA prn
- GOLD B : LABA ou LAMA régulier
- GOLD C/D : LABA + LAMA ± CSI
 - Mesures associées :
- Vaccination grippe et pneumocoque
- Réhabilitation pulmonaire
- Oxygénothérapie si PaO₂ < 55 mmHg
- Plan d'action pour exacerbations

Clôture de consultation

Défi : Résistance à l'arrêt du tabac

[Quel est l'intérêt d'arrêter maintenant, alors que je suis déjà malade avec une toux ?]

Réponse type du candidat

Mme Wright, je comprends pourquoi vous avez l'impression qu'il n'y a aucun intérêt à arrêter de fumer maintenant. Cependant, même après avoir fumé longtemps, arrêter peut souvent vous aider à vous remettre d'une toux chronique et empêcher vos problèmes de s'aggraver. De plus, fumer peut causer des maladies du cœur et des vaisseaux sanguins de votre corps, ce qui peut finalement entraîner une crise cardiaque ou un AVC. En arrêtant maintenant, vous réduirez considérablement le risque de souffrir de l'une de ces maladies à l'avenir. Dans cet hôpital, nous avons des programmes pour vous aider à arrêter de fumer et il existe également des options médicales que nous pouvons essayer, comme la thérapie de remplacement de la nicotine. Si vous êtes intéressée, nous pouvons déterminer ensemble ce qui fonctionnerait le mieux pour vous. Qu'est-ce que vous en pensez ?

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères

1. Réponse aux sentiments et besoins du patient

Empathie, écoute active, validation des émotions
Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien

2. Structure de l'entretien

Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps
Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation

3. Expression verbale

Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension
Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats

4. Expression non verbale

Contact visuel, posture, gestuelle appropriée
Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire

5. Évaluation générale de la communication

Qualité globale de l'interaction médecin-patient

A

B

C

D

E

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Score Global

0%

% par Section

Anamnèse

0%

Examen clinique

0%

Management

0%

Communication

0%

Note Globale

A-E

Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

E

<60%

Œdème prenant le godet du membre inférieur

Le tissu est nettement œdémateux au-dessus de la ligne jusqu'à laquelle la chaussette du patient avait précédemment été remontée.

Après avoir appliqué une pression sur la zone pré-tibiale, l'indentation résiduelle caractéristique de l'œdème prenant le godet devient visible.



ECG dans l'hypertrophie ventriculaire gauche

ECG 12 dérivations (vitesse du papier : 25 mm/s).

Fréquence cardiaque : $\approx 55/\text{min}$.

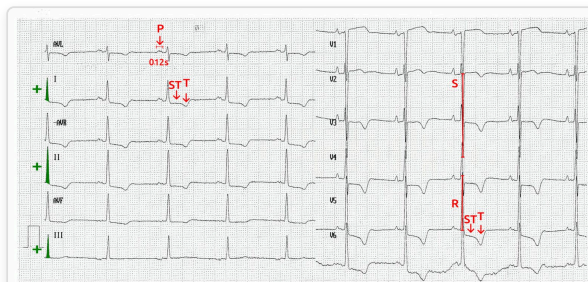
Rythme sinusal régulier.

Axe cardiaque normal : polarité du complexe QRS positive (+) dans les dérivations I, II et III.

Ondes P larges et bifides (P) : appelées "P mitrale" et suggérant une hypertrophie auriculaire gauche.

$SV_2 (S) + RV_5 (R) > 3,5 \text{ mV}$: répond aux critères de Sokolow-Lyon pour l'hypertrophie ventriculaire gauche.

Aspect de surcharge ventriculaire gauche : sous-décalage ST (ST) avec inversion de l'onde T (T) dans les dérivations latérales gauches I et V4-V6. Les critères de Sokolow-Lyon positifs et l'aspect de surcharge ventriculaire gauche sont caractéristiques de l'hypertrophie ventriculaire gauche.



Courbe débit-volume dans les maladies pulmonaires obstructives et restrictives

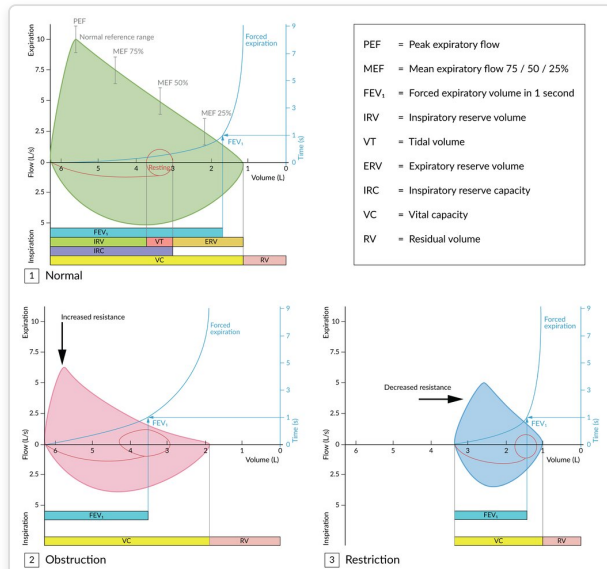
(1) Le graphique supérieur est une courbe débit-volume normale et une courbe temps-volume utilisée pour déterminer le VEMS.

(2) Les maladies pulmonaires obstructives entraînent une courbe débit-volume concave en raison de l'augmentation de la résistance.

Le VEMS absolu, ainsi que le VEMS par rapport à la capacité vitale (VEMS/CVF), sont diminués.

(3) Les maladies pulmonaires restrictives entraînent une courbe débit-volume rétrécie en raison de la réduction de la capacité vitale et de la compliance.

Le VEMS absolu est diminué, mais pas par rapport à la capacité vitale (VEMS/CVF).



Mesure du volume expiratoire forcé en 1 seconde (VEMS)

Spirogramme : 3 respirations au repos suivies de la mesure du volume expiratoire forcé en 1 seconde (VEMS).

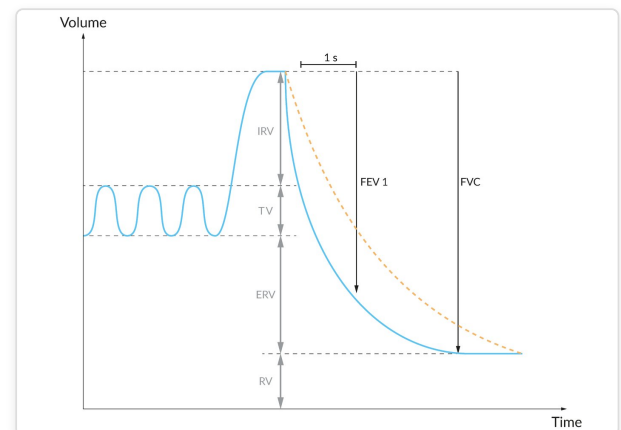
Procédure de mesure du VEMS : Le patient prend une inspiration profonde, puis expire aussi profondément et rapidement que possible.

Le volume de gaz expiré pendant la première seconde est le VEMS.

Cette valeur est ensuite corrélée avec la capacité vitale forcée (CVF) et indiquée en pourcentage (rapport VEMS/CVF).

La courbe bleue démontre une respiration saine, tandis que la courbe jaune illustre la respiration dans la BPCO (l'atteinte de l'expiration maximale est différée en raison de l'obstruction des voies aériennes et le VEMS est grandement diminué).

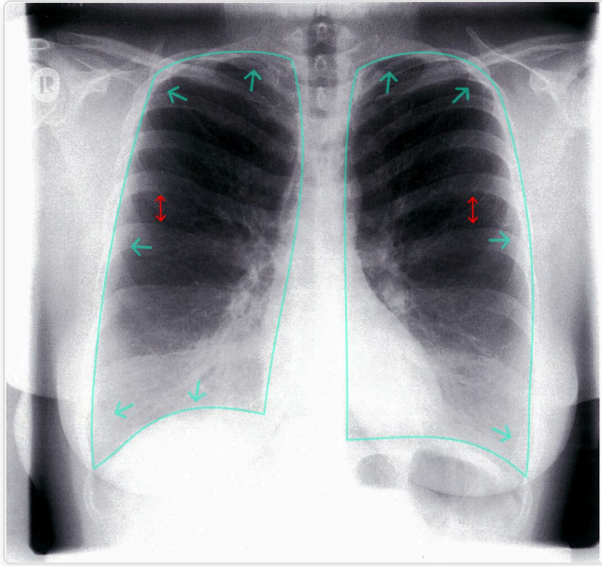
De plus, diverses mesures sont montrées : VRI = volume de réserve inspiratoire, VC = volume courant, VRE = volume de réserve expiratoire, VR = volume résiduel.



Hyperinflation pulmonaire (1/2)

Radiographie thoracique (vue PA).

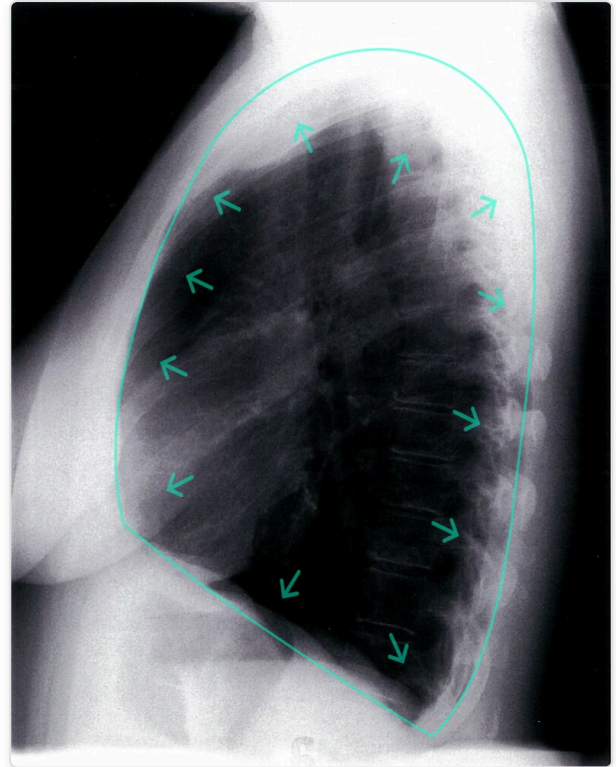
De grands volumes pulmonaires (contour vert et flèches) sont accompagnés d'un élargissement des espaces intercostaux (exemples indiqués par des flèches rouges) et d'un aplatissement diaphragmatique, indiquant une hyperinflation.



Hyperinflation pulmonaire (2/2)

Radiographie thoracique (vue latérale).

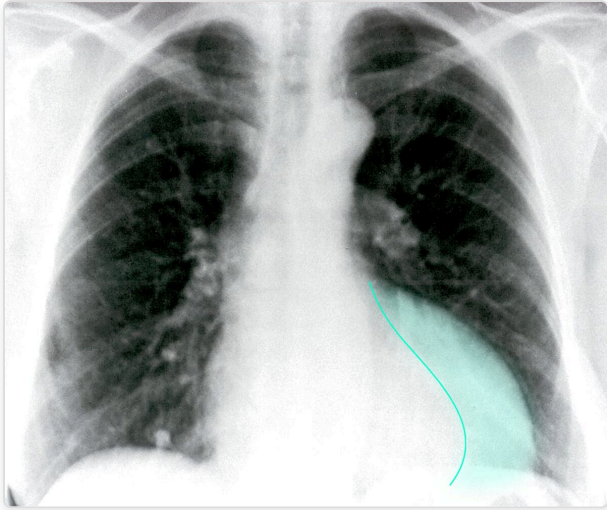
De grands volumes pulmonaires (ligne verte extérieure et flèches) sont accompagnés d'un aplatissement diaphragmatique, de poumons hyperlucides et d'un espace rétrosternal prominent, indiquant une hyperinflation.



Hypertrophie ventriculaire gauche (1/2)

Radiographie thoracique (vue PA).

La silhouette cardiaque est élargie, avec le bord cardiaque gauche déplacé latéralement (superposition verte) de sa position normale (contour vert) en raison de l'hypertrophie ventriculaire gauche.

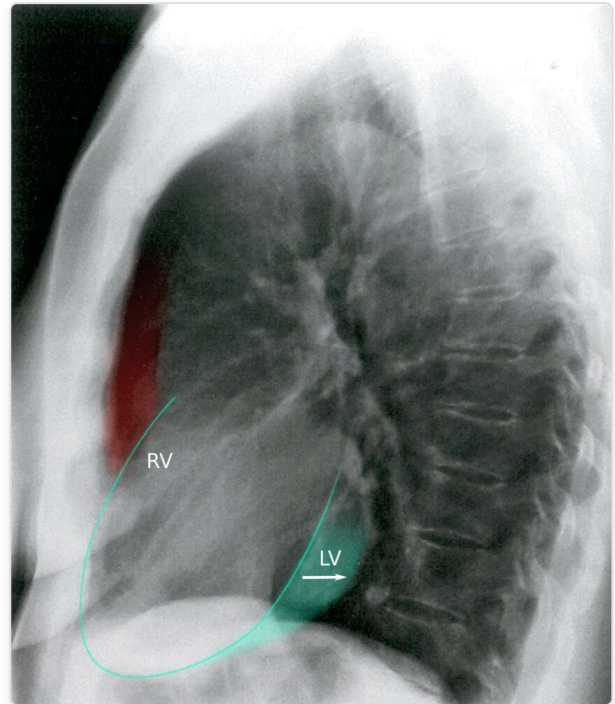


Hypertrophie ventriculaire gauche (2/2)

Radiographie thoracique (vue latérale).

La convexité prominente du bord postérieur de la silhouette cardiaque (superposition verte ; silhouette cardiaque normale indiquée par le contour vert) représente l'hypertrophie ventriculaire gauche (VG) (indiquée par la flèche).

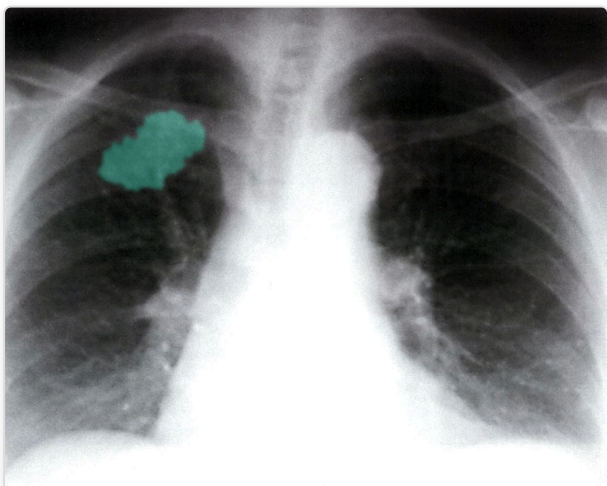
Il n'y a pas d'oblitération de l'espace rétrosternal (superposition rouge) pour indiquer une hypertrophie ventriculaire droite (VD).



Masse pulmonaire du lobe supérieur droit

Radiographie thoracique (vue PA) d'un patient avec cancer du poumon.

Une opacité de type masse aux marges irrégulières (superposition verte) est présente dans le lobe supérieur droit.



Scénario pour la patiente standardisée

Nom : Maria Wright | **Âge :** 53 ans

Contexte : Femme travaillant en supermarché avec tabagisme sévère et toux chronique productive

Motif de consultation

Plainte principale : «J'ai une toux.»

Si on demande s'il y a autre chose : «Elle s'aggrave depuis quelques mois.»

Consignes

- Tousser régulièrement tout au long de la consultation et observer si l'examineur vous offre un verre d'eau et/ou un mouchoir.
- Vous n'êtes pas au courant de la signification des termes médicaux (ex: ECG) et demandez des clarifications si l'examineur les utilise.
- Défi : Quand l'examineur vous conseille d'arrêter de fumer, dire 'Quel est l'intérêt d'arrêter maintenant, alors que je suis déjà malade avec une toux ?'

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Toux chronique depuis 5 ans
- Aggravation depuis quelques mois
- Productive d'expectorations jaunâtres
- Pire le matin
- Quotidienne et constante

Symptômes associés :

- Dyspnée d'effort (2 étages)
- Fatigue progressive
- Perte de poids 3 kg en 3 mois
- Nycturie
- Œdème chevilles possible

Simulation

Durant l'entretien :

- Tousser régulièrement (toux grasse)
- Minimiser l'importance des symptômes
- Résistance à l'arrêt du tabac
- Attitude défensive sur le tabagisme
- Demander clarifications termes médicaux

Durant le status :

- Possible sibilants ou ronchi à l'auscultation
- Temps expiratoire prolongé possible
- Œdème décline minime chevilles
- Hippocratisme digital possible
- Pas de détresse respiratoire au repos

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Femme de 53 ans avec BPCO très probable sur tabagisme majeur (70 paquets-années). Présentation classique : toux productive chronique matinale, dyspnée d'effort progressive, signes systémiques (fatigue, amaigrissement). Possibles signes de cœur pulmonaire débutant (œdème, nycturie). Diagnostics différentiels : insuffisance cardiaque, cancer pulmonaire. Arrêt tabac = intervention thérapeutique majeure.

Rôles et interventions de l'expert·e

L'expert·e intervient si l'étudiant·e fait :

- Spirométrie : VEMS/CVF 62%, VEMS 48% prédit, non réversible
- Classification GOLD : Stade 3 (sévère)
- Gaz du sang : pH 7.38, PaO₂ 68 mmHg, PaCO₂ 45 mmHg
- Radiographie thorax : Hyperinflation, aplatissement diaphragmes
- ECG : Déviation axiale droite, P pulmonaire
- BNP : 85 pg/mL (légèrement élevé)
- Hématocrite : 48% (polyglobulie secondaire)

Points clés

- 70 paquets-années = risque majeur BPCO et cancer
- Toujours offrir mouchoir/eau lors toux (empathie)
- Arrêt tabac bénéfique à tout stade BPCO
- Spirométrie = gold standard diagnostic BPCO
- Perte poids + tabagisme = penser cancer
- BPCO = maladie systémique (muscle, os, cœur)

Pièges

- Minimiser importance du tabagisme
- Ne pas offrir aide pendant toux
- Oublier dépistage cancer pulmonaire
- Négliger signes cœur pulmonaire
- Message défaitiste sur arrêt tabac
- Confondre avec insuffisance cardiaque isolée

Diagnostic le plus probable

Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) stade GOLD 3 avec début de cœur pulmonaire

BPCO

Maladie respiratoire chronique progressive caractérisée par une limitation persistante du débit aérien :

- Prévalence : 10-15% adultes > 40 ans, 4e cause mortalité mondiale
- Étiologie : 90% tabagisme, aussi pollution, α 1-antitrypsine
- Physiopathologie : inflammation chronique → remodelage voies aériennes
- Composantes : bronchite chronique + emphysème en proportions variables
- Définition spirométrique : VEMS/CVF < 0.70 post-bronchodilatateur
- Classification GOLD 1-4 selon VEMS : léger > 80%, modéré 50-79%, sévère 30-49%, très sévère < 30%

Manifestations cliniques BPCO

Évolution insidieuse avec symptômes progressifs :

- Toux chronique : souvent matinale, productive
- Expectorations : muqueuses à purulentes selon exacerbations
- Dyspnée : d'abord effort intense → repos (stades avancés)
- Signes physiques : temps expiratoire ↑, sibilants, ronchi
- Phénotypes : emphysémateux (pink puffer) vs bronchitique (blue bloater)
- Manifestations systémiques : amaigrissement, faiblesse musculaire, ostéoporose

Complications de la BPCO

Évolution vers insuffisance respiratoire et atteintes systémiques :

- Cœur pulmonaire : HTP → dilatation VD → insuffisance cardiaque droite
- Exacerbations : infections, pollution → déclin accéléré VEMS
- Insuffisance respiratoire : hypoxémie → hypercapnie
- Polyglobulie secondaire : EPO ↑ par hypoxie chronique
- Comorbidités : cardiovasculaires ++, cancer poumon, dépression
- Mortalité : 50% à 10 ans si VEMS < 1L

Diagnostic de la BPCO

Approche clinique et fonctionnelle systématique :

- Spirométrie post-BD : VEMS/CVF < 0.70 = critère diagnostique
- Radiographie thorax : hyperinflation, aplatissement diaphragmes
- CT thorax : emphysème, bronchiectasies, dépistage cancer
- Gaz du sang : hypoxémie ± hypercapnie selon stade
- Test marche 6 min : évaluation capacité fonctionnelle
- α 1-antitrypsine : si < 45 ans ou emphysème basal

Traitement de la BPCO

Approche multimodale selon stade et phénotype :

- Arrêt tabac : seule intervention modifiant histoire naturelle
- Bronchodilatateurs : LABA, LAMA, associations
- CSI : si exacerbations fréquentes ou asthme associé
- Oxygénothérapie : si PaO_2 < 55 mmHg ou < 60 avec complications
- Réhabilitation : améliore qualité vie, capacité exercice
- Vaccinations : grippe annuelle, pneumocoque
- Chirurgie : résection bulles, réduction volume, transplantation

Arrêt du tabac

Intervention thérapeutique majeure dans la BPCO :

- Bénéfices immédiats : ralentissement déclin VEMS dès 1 an

- Réduction mortalité : 50% si arrêt précoce
- Approche 5A : Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange
- Substituts nicotiniques : patch + forme orale = efficacité ↑
- Varénicline : agoniste partiel récepteurs nicotiniques
- Bupropion : antidépresseur, CI si convulsions
- Soutien comportemental : double taux succès

Rappels thérapeutiques

- GOLD A : SABA (salbutamol) ou SAMA (ipratropium) prn
- GOLD B : LABA (formotérol) ou LAMA (tiotropium) régulier
- GOLD C : LABA + LAMA (ex: indacatérol/glycopyrronium)
- GOLD D : LABA + LAMA ± CSI (si éosinophiles > 300)
- Exacerbation légère : bronchodilatateurs augmentés
- Exacerbation modérée : + prednisone 40mg × 5j
- Exacerbation sévère : hospitalisation, O2, BiPAP si besoin
- Prophylaxie : roflumilast si bronchite chronique + exacerbations

Examens complémentaires

- Spirométrie complète pré/post BD : VEMS, CVF, VEMS/CVF, CPT, VR
- Test réversibilité : 400µg salbutamol, mesure à 15-20 min
- Gaz du sang artériel : si SpO2 < 92% ou signes cœur pulmonaire
- Radiographie thorax PA et latérale : hyperinflation, bulles
- CT thorax sans contraste : quantification emphysème, dépistage cancer
- ECG et échocardiographie : si suspicion cœur pulmonaire
- NFS : polyglobulie secondaire si hypoxie chronique
- α1-antitrypsine : si emphysème précoce ou basal