

## Réfutation: Les médecins de famille doivent-ils utiliser la spirométrie dans la prise en charge des patients asthmatiques?

**NON**


Anthony D. D'Urzo MD MSc CCFP FCFP

Il n'est pas approprié, d'après D<sup>rs</sup> Kaplan et Stanbrook, de laisser entendre que les médecins qui n'utilisent pas la spirométrie ne devraient pas prendre en charge des patients atteints d'asthme<sup>1</sup>. De tels commentaires n'offrent pas de conseils constructifs au sujet de la prise en charge clinique et pourraient remettre en question le rôle central des médecins de famille dans les soins aux patients asthmatiques. Fait intéressant, il semble que D<sup>rs</sup> Kaplan et Stanbrook penchent maintenant en faveur de mon côté du débat. Ils disent que le «traitement empirique d'un asthme présumé n'est acceptable que s'il est suivi par la mesure objective de la fonction pulmonaire pour confirmer la présomption clinique». Cette prise de position ressemble beaucoup à ma suggestion de traiter et de demander un test à la méthacholine, étant donné que cette approche identifiera la plupart des patients asthmatiques chez qui on soupçonne l'affection<sup>2</sup>.

Mes collègues soulignent à juste titre qu'un seul test spirométrique ne réussit pas toujours à diagnostiquer l'asthme ou à en écarter la possibilité de manière définitive, mais ils n'offrent pas de stratégie pratique sur la façon dont les médecins devraient prendre en charge les patients soupçonnés d'être asthmatiques mais qui ont des valeurs normales à la spirométrie; par exemple, combien d'épreuves spirométriques faut-il faire avant de demander un test à la méthacholine? Comment devons-nous traiter entre-temps un patient en attente de passer un test à la méthacholine? Si nous tenons compte du fait que la majorité des patients asthmatiques en soins primaires ont une spirométrie normale (et que seulement une petite minorité montrent des changements substantiels dans le calibre des voies aériennes après le bronchodilatateur)<sup>2</sup>, l'approche de Kaplan et Stanbrook se traduirait par le traitement insuffisant de la plupart des patients asthmatiques que nous voyons probablement en soins primaires.

Jusqu'à présent, il n'y a pas d'étude qui démontre comment utiliser la spirométrie de manière optimale pour le diagnostic de l'asthme et l'évaluation des symptômes respiratoires indifférenciés en soins primaires. Les commentaires de Kaplan et Stanbrook disant que la

spirométrie est un test «permettant d'offrir de meilleurs soins à vos patients» ne sont suivis d'aucune référence citée. Il semble contraire à l'intuition (en ce moment) de recommander une approche de prise en charge qui pourrait fournir un très faible rendement diagnostique au moment de l'épreuve, alors qu'il existe des stratégies fournissant plus d'information<sup>2</sup>. Les recommandations entourant le rôle de la spirométrie dans le diagnostic et la prise en charge de l'asthme devraient s'appuyer sur des données médicales probantes solides et pertinentes aux défis cliniques rencontrés en soins primaires. Autrement, nous n'avons aucun moyen de savoir si nous causons plus de mal que de bien.

Stanbrook et Kaplan pourraient prétendre que leurs commentaires sont cités hors contexte. Par ailleurs, en reliant la sous-utilisation de la spirométrie en cabinet avec des soins de sous-ordre, ils donnent à croire que les médecins de famille pourraient faire partie du problème de la prise en charge sous-optimale de l'asthme, y compris son diagnostic<sup>1</sup>. Même si les nombreuses lignes directrices citées par Kaplan et Stanbrook recommandent des épreuves spirométriques pour la prise en charge de l'asthme, les avantages de cette stratégie demeurent sans preuve dans le contexte des soins primaires. Il faut plus de recherche pour comprendre si la spirométrie en cabinet est supérieure à d'autres approches pour confirmer le diagnostic et améliorer les résultats en définitive pertinents du contrôle de l'asthme. 

D' D'Urzo est président de la Primary Care Respiratory Alliance of Canada et professeur adjoint au Département de médecine familiale et communautaire à l'University of Toronto, en Ontario.

### Remerciements

J'aimerais remercier Deborah K. D'Urzo et Mauz Ahmed de leur précieuse assistance dans la préparation de ce manuscrit.

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

### Correspondance

D' D'Urzo, 1670 Dufferin St, Suite 107, Toronto, ON M6H 3M2; téléphone 416 652-9336; télécopieur 416 652-9870; courriel [tonydurzo@sympatico.ca](mailto:tonydurzo@sympatico.ca)

### Références

1. Stanbrook MB, Kaplan A. The error of not measuring asthma. *CMAJ* 2008;179(11):1099-102.
2. D'Urzo AD. Spirometry in primary care practices. *CMAJ* 2009;180(4):429-30.

Cette réfutation est la réponse des auteurs des débats dans le numéro de février (*Can Fam Physician* 2010;56:126-29 [ang], 130-133 [fr]). Voir [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca).