

L'exacerbation « sibilante » en cas de bronchopathie chronique obstructive : une manifestation de l'embolie pulmonaire ?

Wheezy exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a manifestation of pulmonary embolus?

A.-F. JUNOD

Clinique de Médecine I, Département de Médecine interne, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse.

Ce numéro de la *Revue des Maladies Respiratoires* rapporte les résultats surprenants d'une étude clinique de Mispelaere *et coll.* [1] selon laquelle près de 30 % des patients atteints d'une exacerbation « sibilante » de BPCO et un taux positif de d-dimères auraient une ou des embolies pulmonaires. Dans une étude rétrospective, ces auteurs avaient pu documenter que, dans un collectif de patients semblables, sans mesure des d-dimères, la prévalence d'embolie pulmonaire était de 20 %. Ils concluent donc que l'embolie pulmonaire est une cause fréquente des exacerbations respiratoires au cours desquelles sont entendus des râles sibilants chez les patients atteints de BPCO.

La première réaction de l'éditorialiste à la lecture de ce travail est de se réfugier derrière un scepticisme blasé, qu'il juge de bon aloi, d'autant plus qu'il n'avait jamais songé à établir une telle relation. L'hypothèse est intéressante, mais l'étude n'est-elle pas entachée de limites méthodologiques ? Il y a très certainement un biais dans la sélection des patients ; les tests ont été pratiqués tardivement, si bien que l'on ne peut plus savoir si l'on a affaire à une maladie thromboembolique comme cause de l'admission à l'hôpital ou comme conséquence de l'hospitalisation. Les critères utilisés pour le diagnostic de l'embolie pulmonaire ne sont pas aussi précis qu'ils pourraient l'être.

Sa deuxième réaction est de se repentir de ces réserves hâtives qui tiennent plus à sa déconvenue personnelle de ne pas avoir entrepris une telle étude plus tôt qu'à une réelle insuffisance méthodologique de l'investigation. En y regardant de plus près, il constate en effet que, si l'étude rétrospective peut souffrir d'un problème de recrutement (il n'est pas dit de façon explicite qu'il s'agit d'une série consécutive de patients), il semble que cela ne soit pas le cas dans l'étude prospective. Tous les patients répondant aux critères d'inclu-

sion ont été pris en compte, et seuls 14 % d'entre eux ont été exclus, ceci pour des raisons acceptables. Les examens appropriés ont été réalisés dans les 24 heures suivant l'admission. Les critères diagnostiques scannographiques de l'embolie pulmonaire apparaissent corrects. La plupart des patients chez qui a été retenu le diagnostic d'embolie pulmonaire avaient aussi une thrombose veineuse profonde. Leurs gaz du sang présentaient des anomalies plus sévères que ceux des patients de l'autre groupe.

Est-ce donc une étude parfaite ? L'éditorialiste essaie de reprendre de la distance, de montrer qu'il est aussi capable de faire preuve d'une analyse critique rigoureuse, en bref qu'il peut apporter des éléments substantiels au débat qui va inévitablement suivre la parution de cette étude. A ce titre, il souligne qu'il aurait été souhaitable de connaître les détails relatifs au dosage des d-dimères. En effet, la sensibilité de ce test dépend beaucoup de la méthode utilisée [2]. L'éditorialiste aurait désiré savoir combien il y avait eu de patients avec exacerbation « sibilante » et d-dimères négatifs, ne serait-ce que pour mieux connaître la prévalence de l'embolie pulmonaire chez les BPCO. Il remarque que les auteurs mentionnent avoir prévu que ceux des patients qui n'avaient qu'une thrombose veineuse profonde sans embolie pulmonaire devaient subir une angiographie pulmonaire, mais que, malheureusement, cet examen n'a pu être réalisé chez les deux seuls patients où cette dissociation a été retrouvée. Il était sans doute inutile de faire état de ce souci de concordance resté à l'état de projet. L'éditorialiste aurait souhaité connaître les détails relatifs à l'interprétation de l'angioscannographie spiralée : en particulier, les radiologues étaient-ils au courant ou non du but de l'étude ? Il s'agit d'une notion majeure, au regard du risque bien connu de surinterprétation lorsque des lésions spécifiques doivent être recherchées dans un groupe de patients avec forte prévalence de l'affection en cause. A cet égard, le degré de concordance entre les deux observateurs est une donnée très importante. Enfin, la valeur prédictive de la profondeur de l'hypoxémie et l'absence d'hypocapnie relative, sont des données nouvelles, dont l'impact doit être cependant pondéré par la proportion non négligeable de valeurs de base manquantes.

Tirés à part : A.-F. JUNOD, Clinique de Médecine I, Hôpital cantonal, Rue Micheli-du-Crest 24, CH-1211 Genève 14, Suisse.
e-mail : Alain-Francois.Junod@hcuge.ch

Réception version princeps à la Revue : 05.03.2002.
Acceptation définitive : 07.06.2002.

Les sibilances ont-elles disparu au cours de l'hospitalisation ? Aurait-on également noté leur présence en cas de pathologie infectieuse ? Il serait intéressant, dans le futur, d'étudier la dynamique des sibilances au cours des décompensations de BPCO dues à une embolie pulmonaire. Disparaissent-elle au cours du traitement ? Sont-elles présentes en cas de cause infectieuse avérée concomitante ? Sont-elles associées à des changements de l'hémodynamique pulmonaire, à une dysfonction cardiaque gauche diastolique ? En d'autres termes, quelle sont les caractéristiques des sibilances en termes de sensibilité et spécificité pour démontrer qu'il y a eu une obstruction bronchique, d'intensité variable, en particulier sous l'effet de médications appropriées ?

L'éditorialiste, ayant ainsi posé les jalons d'études futures destinées à préciser les résultats présents, peut revenir à l'essentiel et, en guise de conclusion, féliciter les auteurs d'avoir réalisé cette étude. Parce que les résultats sont inattendus et qu'ils vont sans nul doute alimenter de nombreuses discussions et surtout générer de nouvelles études. Les arguments fournis sont suffisamment forts pour admettre que le problème mérite d'être approfondi. Des investigations additionnelles apporteront sans doute une confirmation de ces trouvailles, encore préliminaires. Il n'empêche que ce sont

Mispelaere, Glerant, Audebert, Remond, Sevestre-Pietri et Jounieaux qui, les premiers, auront levé ce lièvre : un patient avec une exacerbation « sibilante » de BPCO et des D-dimères positifs aurait un risque d'embolie pulmonaire aussi élevé que ceux admis dans un service d'urgences avec cette présomption diagnostique.

Désormais, dans leur pratique, les pneumologues doivent-ils, en attendant les études à venir, exercer une vigilance accrue à l'égard de la maladie thrombo-embolique, face à un patient BPCO en décompensation, dont la PaO₂ a fortement baissé et chez qui l'auscultation met en évidence des sibilances ? Autre question subsidiaire : les D-dimères vont-ils maintenant faire partie de l'investigation de base des BPCO en décompensation aiguë ?

Références

1. MISPELAERE D, GLERANT JC, AUDEBERT M, REMOND A, SEVESTRE-PIETRI MA, JOUNIEAUX V : Embolie pulmonaire et formes sibilantes des décompensations de bronchopneumopathies chroniques obstructives. *Rev Mal Respir* 2002;19:415-23.
2. KELLY J, RUDD A, LEWIS RR, HUNT BJ: Plasma D-dimers in the diagnosis of venous thromboembolism. *Arch Int Med* 2002; 162:747-56.