



La spirométrie est un examen qui mesure les volumes respiratoires, afin de déterminer la **capacité** respiratoire d'un patient. Il en résulte une courbe, le **spiogramme**, qui donne soit le volume d'air présent dans les poumons, soit le volume d'air expiré, en fonction du temps. Elle est mise en avant par les recommandations internationales GOLD et GINA pour une détection précoce et un suivi des BPCO et de l'asthme.

CCAM

Spirométrie standard, GLQP012 = 40,28€. Peut être facturée à 100 % en ALD 14. Son utilisation n'est pas limitée ni soumise à condition.

Indications à la spirométrie au cabinet du médecin de premier recours

- (1) Présence de facteurs de risque pulmonaires tels que :
 - tabagisme actif ou passif et ancien fumeur même 2 ans après l'arrêt,
 - exposition à des toxiques environnementaux,
 - exposition à certains médicaments.
- (2) Investigation :
 - de symptômes (toux chronique, toux d'effort, dyspnée, orthopnée, etc.) ;
 - de signes cliniques (cyanose, expirium prolongé, *wheezing*, stridor, etc.) ;
 - de valeurs de laboratoire (polyglobulie, etc.).
- (3) Patients connus pour rhino-conjonctivite allergique
(un grand nombre de patients avec une rhinite persistante développeront un asthme).
- (4) Bilans :
 - préopératoire d'une chirurgie thoracique ou abdominale haute (ou abdominale basse si présence de facteurs de risques pulmonaires) ;
 - demande de bilan de santé par le patient (motivation à l'arrêt du tabac).
- (5) Evaluation de la réponse à un traitement.
- (6) Suivi de l'évolution d'une pneumopathie chronique.

Conseils pratiques pour la réalisation

Cet examen est réalisable en cabinet médical si le médecin est équipé d'un spiromètre électronique est directement connecté au PC par USB (minimum 800€, amorti en 16 actes).

- ne pas fumer avant l'examen
- éviter un exercice intense avant l'examen
- ne pas prendre de bêta2mimétiques dans les 6h précédant l'examen
- ne pas prendre de théophylline retard dans les 48h précédant l'examen, de théophylline simple dans les 24h précédant l'examen - d'anticholinergiques dans les 12h précédant l'examen

Fréquence Pas de consensus mais une surveillance rapprochée et régulière est souhaitée.

Contre-indications

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - hypoxie - hyperthermie - crise d'asthme - pneumothorax ou infarctus récent - ponction ou biopsie pleurale récente | <ul style="list-style-type: none"> - hypertension artérielle (HTA) et pathologies cardiaques non stabilisées - démence ou participation active impossible - tuberculose bacillifère active, hémoptysie (pour des raisons de risque de transmission) |
|---|--|

Et chez l'enfant

- moins de 2 ans : à faire dans un laboratoire hautement spécialisé,
- entre 2 et 6 ans : EFR difficile et nécessitant des logiciels particuliers,
- au delà de 6 ans : comme chez l'adulte, avec des normes adaptées à l'enfant.

ALD 14 : Insuffisance respiratoire chronique grave (Extrait)

Relèvent de l'exonération du ticket modérateur les situations suivantes :

Pour la BPCO :

- Malades obstructifs avec $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ et/ou $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$ à distance d'un épisode aigu.
- Lorsque que la VEMS $< 50 \%$ des valeurs théoriques normales.

Pour la maladie asthmatique, les seuls critères gazométriques ou spirométriques ne sont pas toujours pertinents. Est concerné l'asthme persistant sévère défini par l'association les critères suivants :

1° Critères de sévérité clinique avant traitement de fond

- symptômes quotidiens ;
- symptômes d'asthme nocturne fréquents ;
- exacerbations fréquentes ;
- activité physique limitée par les symptômes avec VEMS ou débit expiratoire de pointe
- $(\text{DEP}) \leq 60 \%$ des valeurs attendues ou variabilité du DEP $> 30 \%$.

2° Critères thérapeutiques

- chez l'adulte ou l'adolescent : patient nécessitant de hautes doses de corticostéroïdes inhalés ($\geq 1\,500 \mu\text{g/j}$ équivalent béclo méthasone) associés à un bêta-2 agoniste de durée d'action prolongée (B2LA) et, si besoin (pour exacerbation ou en continu) à un antagoniste des récepteurs aux cystéinyl-leucotriènes ou à la théophylline (et ses dérivés) ou aux corticoïdes oraux ;
- chez l'enfant : patient nécessitant de hautes doses de corticostéroïdes inhalés ($\geq 1\,000 \mu\text{g/j}$ équivalent béclo méthasone) associés à un bêta-2 agoniste de durée d'action prolongée (B2LA) chez l'enfant de plus de 4 ans ou à un antagoniste des récepteurs aux cystéinyl-leucotriènes ou à la théophylline (et ses dérivés).

Equivalence des doses des différents corticoïdes inhalés (en μg)

Béclométhasone	200	500	1000	1500
Fluticasone	100	250	500	750
Budésonide	200	400	800	1200

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

Prise en charge Thérapeutique : cf recommandations HAS

Guide du parcours de soin BPCO : [ici](#)

Actes et prestations - IRC grave - Asthme persistant sévère : [ici](#)

Pratique et interprétation de la spirométrie au cabinet du médecin de premier recours : [ici](#)

Place de la spirométrie au cabinet de médecine générale : [ici](#)