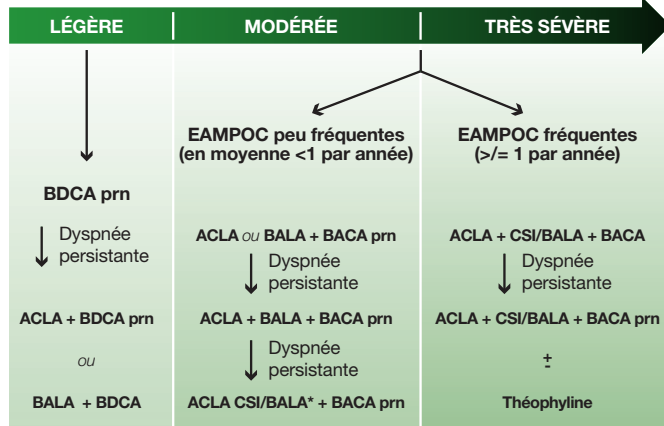


Pharmacothérapie pour la MPOC

PROGRESSION DE L'INCAPACITÉ (DYSPNÉE) ET DE LA DIMINUTION DE LA FONCTION PULMONAIRE



* en référence aux CSI/BALA à plus faible dose

BDCA : bronchodilatateur à courte durée d'action (p. ex., ipratropium ou BACA)

ACLA : anticholinergique à longue durée d'action (p. ex., tiotropium)

BALA : bêta-antagoniste à longue durée d'action (p. ex., salmétérol; formotérol)

BACA : bêta-antagoniste à courte durée d'action (p. ex., salbutamol; terbutaline)

CSI/BALA : corticostéroïde inhalé/BALA (p. ex., fluticasone/salmétérol; budésonide/formotérol)

Les bronchodilatateurs sont le pilier de la pharmacothérapie. Ils réduisent l'emprisonnement de l'air, atténuent la dyspnée et rehaussent la qualité de vie même en l'absence d'amélioration à la spirométrie.

Évaluation de la pharmacothérapie

Évaluer, chez le patient, la réponse au traitement. En l'absence d'amélioration, considérer un ajustement des doses, évaluer la technique d'inhalation; et évaluer la fidélité au traitement.

L'oxygénothérapie de longue durée

L'oxygénothérapie de longue durée peut améliorer la survie et la fonction, chez des patients choisis judicieusement et qui ont une MPOC stable accompagnée d'hypoxémie chronique (PaO₂ de 55 mmHg ou moins), ou lorsque la PaO₂ est inférieure à 60 mmHg en présence d'œdème aux chevilles, d'un cœur pulmonaire ou d'une valeur d'hématocrite plus grande que 56 %.

Prise en charge de la maladie chronique

Les médecins de famille ont un rôle primordial dans la prise en charge de la MPOC. La participation à un programme de prise en charge de la maladie chronique impliquant des médecins de famille, des éducateurs et spécialistes en matière de MPOC et d'autres professionnels de la santé sera bénéfique aux patients atteints de MPOC.

EAMPOC

Exacerbation aiguë de la MPOC

L'exacerbation aiguë de MPOC est la cause la plus courante de consultations médicales, d'hospitalisation et de décès, parmi les patients atteints de MPOC. Outre l'optimisation de la bronchodilatation, l'antibiothérapie peut avoir un effet bénéfique chez les patients qui ont des EAMPOC purulentes. Une corticothérapie de courte durée est bénéfique dans le cas de patients atteints de MPOC sévère.

Définition de l'EAMPOC

L'EAMPOC est définie comme une aggravation soutenue de la dyspnée, de la toux ou des expectorations, qui oblige à prendre davantage de médicaments d'entretien ou à avoir recours à des médicaments additionnels. On définit également l'exacerbation comme étant purulente ou non purulente.

Les EAMPOC sont évitables, par une gestion optimale de la MPOC.

- Abandon du tabagisme + vaccinations
- Éducation à l'autoprise en charge, et plan d'action écrit en cas d'EAMPOC
- Thérapie régulière au moyen de bronchodilatateurs à longue durée d'action
- Réadaptation respiratoire
- Thérapie régulière au moyen de CSI/BALA
- Corticostéroïdes oraux pour l'EAMPOC modérée à sévère

Soins de fin de vie

La MPOC est une maladie progressive et incapacitante qui peut conduire à l'insuffisance respiratoire et au décès. Les médecins ont une responsabilité de discuter des questions de fin de vie et de fournir du soutien aux patients atteints de MPOC et à leurs aidants. Profil d'un patient atteint de MPOC dont la vie est menacée : obstruction très sévère des voies respiratoires (FEV₁ < 35 % du niveau prédit), état fonctionnel médiocre (4 à 5 selon le CRM), statut nutritionnel médiocre (indice de masse corporelle < 19 kg/m²), infections récurrentes sévères de la MPOC, âge plus avancé, et hypertension pulmonaire.

Bibliographie

O'Donnell D.E. et coll. Sommaire. Recommandations de la Société canadienne de thoracologie au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique – Mise à jour de 2007. *Revue canadienne de pneumologie* 2007; 14(suppl. B) : 5B-32B.

O'Donnell D.E. et coll. Canadian Thoracic Society Recommendations for management of COPD – 2008 Update Highlights for primary care. *Revue canadienne de pneumologie* 2008; 1115(SA)3A-10A.

Anthonisen N.R. et coll. Smoking and lung function of the lung health study participants after 11 years. *Am J Crit Care Med* 2002; 166 : 675-9.

Société canadienne de thoracologie

1750, croissant Courtwood, bureau 300

Ottawa (Ontario) K2C 2B5

613-569-6411 www.lignesdirectricesrespiratoires.ca

CANADIAN THORACIC SOCIETY
SOCIÉTÉ CANADIENNE DE THORACOLOGIE

L'ASSOCIATION PULMONAIRE
À bout de souffle, rien ne va plus.™



Lignes directrices
canadiennes en santé respiratoire

RECOMMANDATIONS POUR
LA PRISE EN CHARGE DE LA

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) Mise à jour de 2008



MPOC
Traitable. Évitable.

Also available in English.

Qu'est-ce que la MPOC?

La MPOC est une maladie respiratoire causée surtout par le tabagisme et caractérisée par une obstruction progressive et partiellement réversible des voies respiratoires, l'hyperinflation pulmonaire, des manifestations systémiques et une augmentation des exacerbations en termes de fréquence et de sévérité.

Qui devrait être ciblé pour le dépistage?

Les fumeurs ou ex-fumeurs de plus de 40 ans; et les personnes qui répondent oui à l'une ou l'autre de ces questions :

1. Toussez-vous régulièrement?
2. Expectorez-vous ou crachez-vous régulièrement?
3. Êtes-vous essoufflé, même légèrement, lorsque vous accomplissez des tâches simples?
4. Votre respiration est-elle sifflante à l'effort ou pendant la nuit?
5. Contractez-vous souvent des rhumes qui persistent plus longtemps que chez les gens de votre entourage?

Un **diagnostic précoce**, confirmé par une **spirométrie**, est la clé d'une prise en charge optimale.

Définition de l'« obstruction des voies respiratoires »

Un rapport VEMS/CVF inférieur à 0,70 après l'administration de bronchodilatateurs.

VEMS : volume expiratoire maximal en une seconde
CVF : capacité vitale forcée

Épidémiologie de la MPOC au Canada

La MPOC a été diagnostiquée chez 750 000 Canadien-nes.

- La prévalence continue d'augmenter, en particulier parmi les femmes.
- C'est la quatrième cause de décès au Canada.
- Elle entraîne un énorme fardeau psychosocial et financier, pour les Canadien-nes.
- Et c'est une maladie sous-diagnostiquée.

Évaluation de la MPOC

La sévérité de la maladie peut être évaluée au moyen de l'échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM).

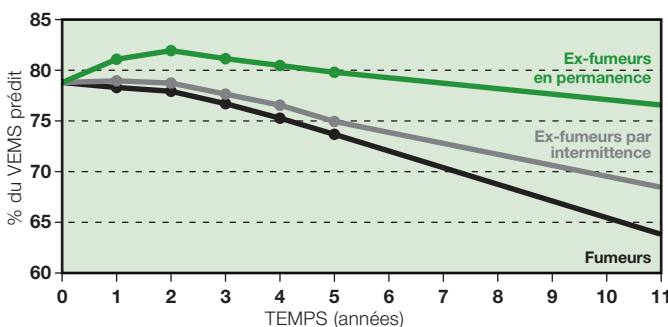
Intensité de la MPOC	Symptômes
LÉGÈRE	Essoufflé en marchant vite sur un terrain plat ou une pente douce (CRM 2)
MODÉRÉE	Essoufflé en marchant à son rythme, doit s'arrêter Ne peut marcher 100 mètres (ou plus de quelques minutes) sur un terrain plat (CRM 3-4)
SÉVÈRE	Trop essoufflé pour sortir de la maison; essoufflé en s'habillant ou se déshabillant (CRM 5), ou insuffisance respiratoire ou signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite

Prise en charge

Abandon du tabagisme

L'abandon du tabagisme est l'intervention la plus efficace, tant pour réduire le risque d'apparition de la MPOC que pour en ralentir la progression.

Schéma adapté avec l'autorisation de l'American Thoracic Society (Am. J. Respir. Crit. Care Med.)



La MPOC peut être traitée

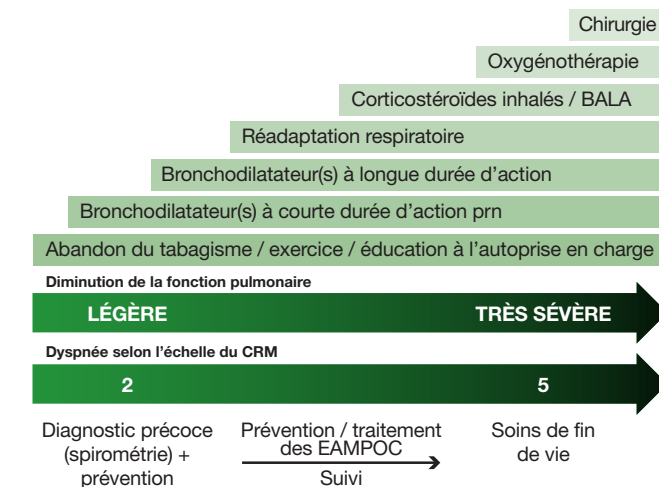
Les stratégies de prise en charge et de suivi de la MPOC devraient combiner des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques, afin de réduire les symptômes et de rehausser le degré d'activité physique et d'améliorer la qualité de vie.

L'éducation a une valeur inestimable, tant auprès du patient que chez les membres de sa famille.

La prise en charge de la MPOC a pour objectifs de :

1. prévenir la progression de la maladie (abandon du tabagisme)
2. réduire l'essoufflement et autres symptômes respiratoires
3. améliorer la tolérance à l'exercice et aux activités quotidiennes
4. réduire la fréquence et la sévérité des exacerbations
5. traiter les exacerbations et les complications de la maladie
6. améliorer l'état de santé général
7. réduire la mortalité

Une approche pour la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique.



Approche non pharmacologique

Tous les patients atteints de MPOC devraient être encouragés à demeurer actifs. Les patients dont les symptômes sont stables devraient être référés à un programme complet de réadaptation respiratoire, incluant une formation à l'exercice physique et une éducation à l'autoprise en charge. Les bienfaits incluent une réduction de la dyspnée, une résistance accrue à l'exercice et une meilleure qualité de vie, ce qui contribue à réduire le fardeau pour le système de soins de santé.