

La MPOC : évitable, détectable et traitable.

Patients et médecins : partenaires en prévention

Dévastatrice, méconnue et silencieuse

Quatrième cause de décès chez l'homme et cinquième chez la femme au Canada, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est l'une des rares maladies mortelles en hausse à travers le monde. Elle deviendra d'ici 2020 la troisième cause de décès à l'échelle mondiale. Septième cause d'hospitalisation chez l'homme et huitième chez la femme au Canada, il en résulte quelque 60 000 hospitalisations chaque année, nombre qui doublera d'ici 2016 à cause des décennies passées de tabagisme et du vieillissement de la population. On estimait en 2000-2001 à 714 000 le nombre de Canadiens chez qui le diagnostic avait été confirmé. Le tiers des cas de MPOC se retrouvent au Québec alors que la population québécoise représente environ le quart de la population canadienne¹. Cette maladie silencieuse évolue lentement sur plusieurs années, avec un impact éventuellement important sur la qualité de vie, menant à la mort. La moitié des cas n'auraient pas encore été diagnostiqués¹. Moins de la moitié des Canadiens connaissent le terme maladie pulmonaire obstructive chronique². Pourtant, il est possible d'éviter la MPOC, de la détecter précocement et de la traiter efficacement.

Définition et étiologie

La MPOC est une maladie respiratoire caractérisée par une obstruction progressive et partiellement réversible des voies respiratoires. Confiné aux poumons au début de la maladie, le processus inflammatoire chronique contribuera par la suite à l'apparition de différentes manifestations systémiques (dysfonction des muscles squelettiques, altération de l'état nutritionnel, insuffisance cardiaque droite, polyglobulie, dépression) menant à l'incapacité, au handicap et à une diminution de la qualité de vie. Les exacerbations aiguës de fréquence et gravité croissantes représentent une composante importante du tableau clinique entraînant de nombreuses visites au cabinet médical, à l'urgence ainsi que des hospitalisations et des décès.

La bronchite chronique est définie cliniquement par la présence de toux et de crachats la plupart des journées pour au moins trois mois par année durant au moins deux années consécutives en l'absence d'autres maladies pouvant causer ces symptômes. La présence d'obstruction n'est pas nécessaire au diagnostic de bronchite chronique. L'emphysème est défini pathologiquement comme la destruction du parenchyme pulmonaire. Ces deux entités coexistent à différents niveaux dans la MPOC où la présence d'obstruction est essentielle au diagnostic.

La cigarette en est la principale responsable et environ 15 à 20% des fumeurs développeront une MPOC. L'hérédité, l'exposition à la pollution ambiante au travail et dans l'environnement et les antécédents d'infections des voies respiratoires durant l'enfance représentent également des facteurs de risque.

Les lignes directrices sur la MPOC de la Société canadienne de thoracologie (SCT) proposent une démarche thérapeutique par étapes fondée sur la gravité des symptômes et de l'invalidité³⁻⁵.

Diagnostic et classification

Le diagnostic de cette «maladie silencieuse» est rarement posé avant que la maladie ne soit déjà avancée. Les principaux symptômes (la toux et l'essoufflement) sont trop souvent attribués à une mauvaise forme physique ou à l'âge. L'examen physique et la radiographie pulmonaire ne permettent pas de suspecter l'obstruction sauf à un stade avancé mais sont néanmoins utiles pour éliminer d'autres pathologies.

La spirométrie réalisée lors d'une expiration maximale forcée permettra d'établir un diagnostic précoce :

- chez les fumeurs et les anciens fumeurs de plus de 40 ans
- chez les patients affichant une toux et des expectorations persistantes
- chez les patients souffrant de fréquentes infections des voies respiratoires
- chez les patients présentant une dyspnée d'effort croissante.

Cet examen peut être obtenu auprès des laboratoires d'explorations respiratoires ou dans quelques CLSC. Un simple débit de pointe n'est pas suffisant pour confirmer avec certitude le diagnostic. Ainsi, on recherchera :

- un volume expiratoire maximal seconde (VEMS) post bronchodilatateur inférieur à 80% de la valeur normale prédite
- et un ratio VEMS/CVF inférieur à 0,7

La sévérité selon l'obstruction des voies aériennes est qualifiée de légère si le VEMS est de 60 à 79% de la valeur prédite, modérée de 40 à 59% et sévère si inférieure à 40% (Figure 1). La gazométrie du sang artériel devrait être envisagée si le VEMS est inférieur à 40% de la valeur prédite.

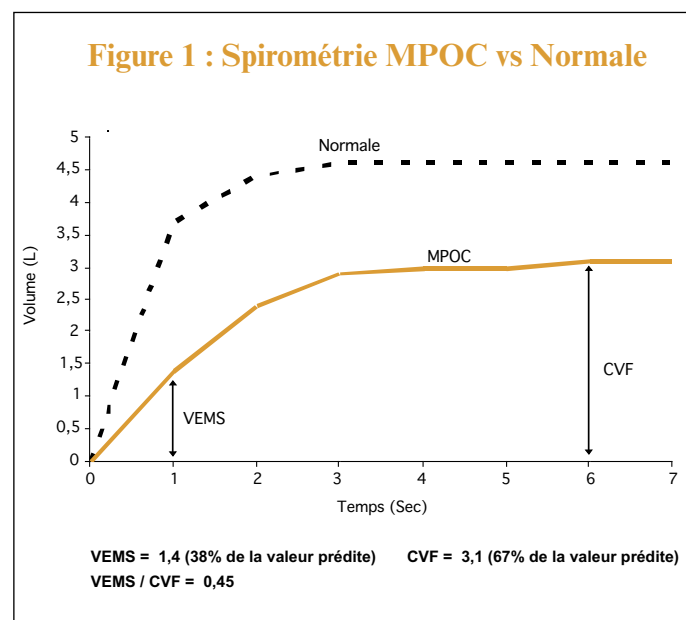


Tableau 1. Classification de la MPOC selon les symptômes et le degré d'incapacité*

| Stade de la MPC | Symptômes |
|---|--|
| À risque (Ne correspond pas encore au diagnostic de MPOC) | Fumeur asymptomatique, ancien fumeur, toux/expectorations chroniques ; VEMS ↑ /CVF †† après bronchodilatateur ≥ 0,7, et/ou VEMS ≥ 80% de la valeur prédite |
| Légère | Essoufflé en marchant rapidement sur un terrain plat ou une pente douce |
| Modérée | Trop essoufflé pour marcher 100 mètres (ou quelques minutes) sur un terrain plat sans s'arrêter |
| Sévère | Trop essoufflé pour sortir ; s'essouffle en s'habillant ; ou insuffisance respiratoire chronique ou signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite |

*SCT³ : Société canadienne de thoracologie † Volume Expiratoire Maximal Seconde †† Capacité Vitale Forcée

Cependant, on sait maintenant que la dyspnée décrite par le patient est plus étroitement liée à la mortalité. C'est pourquoi la SCT préconise la classification notée au Tableau 1.

Prise en charge

Une approche individualisée basée sur la symptomatologie permettra d'atteindre l'objectif ultime du traitement soit l'amélioration de la qualité de vie (Figure 2). La prise en charge de la MPOC comprend :

- le diagnostic précoce
- la prévention
- un traitement pour ralentir l'évolution et diminuer les symptômes
- la prévention des exacerbations aiguës de la maladie pulmonaire obstructive chronique (EAMPOC).

Abandon du tabac, autogestion et prévention

L'abandon de la cigarette est la seule intervention capable de ralentir l'évolution de la MPOC. Une intervention minimale devrait être réalisée chez tout fumeur, l'utilisation de thérapie de remplacement de la nicotine ou du bupropion devrait être recommandée en tenant compte des préférences du fumeur et des contre-indications. Un counselling intensif individuel ou de groupe permettra des taux d'abandon du tabagisme accrus.

Une étude québécoise multicentrique récente (Programme « Mieux vivre avec une MPOC[®] ») démontre qu'une approche comprenant un programme d'autogestion spécifique à la MPOC améliore la qualité de vie des patients, réduit de 59% les visites médicales imprévues, de 57% les admissions pour autres problèmes de santé, de 41% les consultations à l'urgence et de 40% les hospitalisations pour EAMPOC⁶. L'autogestion est basée sur l'éducation et le renforcement avec délégation des rôles selon les besoins à des professionnels entraînés spécifiquement pour la MPOC et jouant le rôle de personne ressource auprès du patient. Ces programmes de soins et services sont planifiés avec le patient et révisés selon la trajectoire de sa maladie en tenant compte des caractéristiques du patient.

Les interventions spécifiques visant à prévenir la détérioration de la MPOC chez les patients atteints sont : l'abandon du tabac, la vaccination annuelle contre l'influenza et contre le pneumocoque (une fois au cours de leur vie), et l'utilisation d'un plan d'action pour minimiser la sévérité et les conséquences des EAMPOC. La région de Montréal bénéficie d'un réseau intégré constitué d'un ensemble de partenaires : Centres locaux de services communautaires (CLSC), Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD), Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires (SRSAD), Médecins omnipraticiens dans la communauté. Ce réseau permet d'assurer le suivi des personnes atteintes de MPOC.

La pharmacothérapie

Le traitement pharmacologique réduit la dyspnée, améliore la tolérance à l'effort et la qualité de vie même en l'absence d'amélioration du VEMS. Un bronchodilatateur à courte durée d'action (β_2 -agonistes de courte action, et/ou anticholinergique) devrait être utilisé en première ligne. Lorsque les symptômes persistent, les bronchodilatateurs à action prolongée (anticholinergique ou β_2 -agonistes) sont indiqués. De plus, une combinaison de bronchodilatateurs à action prolongée peut être envisagée (tiotropium+formotérol ou tiotropium+salmétérol), ajoutant ainsi l'action de l'anticholinergique au β_2 -agoniste de longue action. L'ajout de théophylline peut améliorer la dyspnée chez environ un patient sur quatre ou cinq mais est souvent mal tolérée et comporte le risque de nombreuses interactions médicamenteuses. Enfin, les corticostéroïdes inhalés pourront être tentés chez les patients avec MPOC sévère qui pré-

sentent des exacerbations fréquentes nécessitant antibiotiques et corticostéroïdes oraux. Toutefois, la prescription d'un inhalateur doit toujours faire l'objet d'une réévaluation trois à six mois après le début du traitement.

Les corticostéroïdes oraux (sauf au cours d'une exacerbation aiguë) n'ont que très rarement leur place compte tenu des effets secondaires systémiques qui dépassent largement les effets bénéfiques.

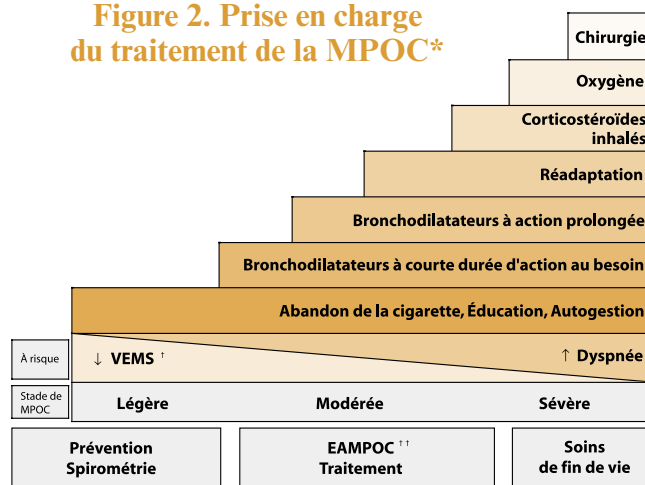
La place de la réadaptation pulmonaire

À mesure que la maladie respiratoire progresse, des complications systémiques apparaissent et les patients deviennent prisonniers de la spirale du déconditionnement, dont les retombées sont majeures sur la qualité de vie. Les preuves sont irréfutables à l'effet que les programmes de réadaptation pulmonaire améliorent la dyspnée, la tolérance à l'effort ainsi que la qualité de vie et réduisent l'utilisation des services hospitaliers chez ces patients, peu importe l'âge et le degré de sévérité de la maladie. Le médecin devrait référer à un tel programme dès qu'un malade souffrant de MPOC demeure essoufflé et restreint dans ses activités malgré un traitement bronchodilatateur optimal.

Exacerbations aiguës

Les exacerbations aiguës de la MPOC (EAMPOC) sont définies comme une augmentation persistante de la dyspnée, de la toux ou des expectorations requérant l'usage accru des médicaments d'appoint ou l'ajout d'autres médicaments. Elles représentent la principale cause de consultations, d'hospitalisations et de décès dans la MPOC. Elles sont associées à un taux de mortalité à court terme de 10% à 20%. En présence d'insuffisance respiratoire aiguë avec admission aux soins intensifs, la survie est maintenant de l'ordre de 75% à 90% à cause de l'utilisation de la ventilation non-invasive chez des patients sélectionnés. La mortalité à un an peut cependant atteindre les 46%. Les EAMPOC avec expectorations purulentes seront traitées différemment selon les facteurs de risque associés à la MPOC (Tableau 2).

Figure 2. Prise en charge du traitement de la MPOC*



* SCT³ : Société canadienne de thoracologie

† Volume expiratoire maximal seconde

†† Exacerbations aiguës de la Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique

Autres thérapies

En présence d'hypoxémie chronique en période stable ($\text{PaO}_2 \leq 55$ mm Hg ou < 60 mm Hg avec polyglobulie ou cœur pulmonaire), l'oxygénothérapie domiciliaire améliorera la qualité et la durée de vie. La chirurgie peut être envisagée chez certains types de sujets dont le traitement médical est optimal. La bullectomie, la chirurgie de réduction du volume pulmonaire (CRVP) et la transplantation pulmonaire seront considérées selon le cas.

Soins de fin de vie

Plusieurs facteurs associés à un risque accru d'insuffisance respiratoire aiguë et de mortalité ont été identifiés : âge avancé, faible indice de masse corporelle (IMC inférieur à 19kg/m^2), stade sévère de dyspnée et d'incapacité, les anomalies des échanges gazeux, VEMS inférieur à 40% de la valeur prédite, EAMPOC récurrentes, besoin de soutien ventilatoire et les comorbidités (cardiaque, psychiatrique etc.). Il demeure cependant impossible de prédire avec exactitude le moment d'une nouvelle insuffisance respiratoire aiguë. En temps opportun, la question de la fin de vie doit être abordée particulièrement chez les patients ayant survécu à une hospitalisation qui a nécessité un séjour aux soins intensifs. Il est essentiel que le médecin aborde le pronostic et les possibilités de décès avec le patient et sa famille afin de leur offrir les soins les plus adaptés avant qu'une nouvelle admission ne se produise. La peur, la panique, l'anxiété, la dépression sont autant de facteurs psychologiques pouvant nuire au traitement et compromettre la qualité de vie de ces patients. En plus d'optimiser la thérapie déjà décrite, différents agents peuvent être utilisés pour traiter les symptômes comme la dyspnée, la toux et la rétention des sécrétions en fin de vie. Les opioïdes, les benzodiazépines, différents agents anticholinergiques et la ventilation non invasive sont alors des options à considérer.

En conclusion, il est maintenant possible d'éviter de souffrir de MPOC en s'abstenant de fumer, d'identifier précocement et de traiter les malades souffrant de MPOC en leur accordant ainsi une meilleure qualité de vie et une survie accrue. Il est important de les soutenir jusqu'à la fin de leur maladie.

Ressources

- **L'Association Pulmonaire :** <http://www.lung.ca/fr/maladies.html>
- **Les lignes directrices**
Recommandations de la Société Canadienne de Thoracologie. Relativement au Traitement de la Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique - 2003 www.lignesdirectricesm poc.ca
- **Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease:** www.goldcopd.com
- **Réseau québécois de l'Asthme et la MPOC (RQAM) :** <http://www.rqam.ca>
- **Mieux vivre avec une MPOC^{MC}** est un programme d'éducation de l'autogestion développé pour aider les patients atteints de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et leur famille à mieux gérer leur maladie. <http://www.livingwellwithcopd.com>
Mot de passe : COPD, ou communiquer avec le Réseau Québécois de l'Asthme et de la MPOC. Tel. (418) 650-9500, e-mail : info@rqam.ca
- **Le tabagisme - Cesser de fumer**
<http://www.santepub-mtl.qc.ca/tabagie/index.html>

Tableau 2. Recommandations pour les cas d'exacerbations aiguës d'une MPOC avec expectorations purulentes *

| Groupe | État clinique | Symptômes et facteurs de risque | Pathogènes probables | Premier choix | Choix alternatifs |
|----------|--|--|--|---|--|
| Simple | MPOC sans facteur de risque | Accroissement de la toux et des expectorations, expectorations purulentes et accroissement de la dyspnée | Haemophilus influenzae et autres espèces d'Haemophilus, Moraxella catarrhalis, Streptococcus pneumoniae | Amoxicilline, doxycycline, triméthoprimé - sulfaméthoxazole, céphalosporines de 2 ^e ou 3 ^e génération, macrolides à large spectre | Inhibiteur de la bêta-lactamine, ou de la bêta-lactamase, fluoroquinolone |
| Complexe | MPOC associée à des facteurs de risque | Identique à l'exacerbation simple et au moins l'un des éléments suivants : • VEMS < 50% de la valeur prédite • ≥ 4 exacerbations/année • Cardiopathie ischémique • Oxygénothérapie à domicile • Corticothérapie orale chronique • Antibiothérapie au cours des trois mois précédents | Identique à l'exacerbation simple, plus : • Klebsiella et autres micro-organismes (cultures gram négatif) • Probabilité accrue de résistance aux bêta-lactamines | Inhibiteur de la bêta-lactamine ou la bêta-lactamase; fluoroquinolone (antibiotiques pour patients sans complication mais associés à des stéroïdes oraux) | Peut nécessiter une thérapie iv; considérer une référence à un spécialiste ou à un hôpital |

*SCT³ : Société canadienne de thoracologie † Volume Expiratoire Maximal Seconde †† Capacité Vitale Forcée

Caractéristiques du plan d'action essentiel pour la prévention des EAMPOC

- Écrit, simple et adapté aux besoins du patient.
- Prescrit, il peut être enseigné par le médecin ou une infirmière.
- Accès à une personne ressource (médecin ou infirmière) pour commencer en toute sécurité un traitement précoce, faire le suivi de la réponse au traitement et réduire les visites à l'urgence et les hospitalisations. L'accès à des soins et services à domicile pourra permettre, pour certains patients, d'éviter l'hospitalisation en présence d'une exacerbation sévère mettant potentiellement sa vie en danger.
- Mesures spécifiques à prendre s'il y a augmentation de la dyspnée, de la quantité d'expectorations ou des sécrétions purulentes :
 - augmentation des broncho-dilatateurs inhalés;
 - antibiothérapie selon la sévérité de la MPOC et les résistances aux antibiotiques connues régionalement;
 - corticostéroïdes oraux comme la prednisonne de 25 à 50 mg/jour pour 7 à 14 jours chez les patients dont la dyspnée augmente, permettant une récupération plus rapide des fonctions respiratoires et un séjour plus court à l'hôpital lorsque l'hospitalisation est requise (un traitement de plus de deux semaines augmente, sans aucun bénéfice thérapeutique, les risques des nombreux effets secondaires: déséquilibre électrolytique, rétention hydrique, hyperglycémie et diabète, faiblesse musculaire et myopathie, ostéoporose et fractures vertébrales, etc.);
 - un suivi (téléphonique ou à domicile) sera fait par les infirmières des CSSS (Centre de santé et services sociaux) mission CLSC ou du SRSAD (Service Régional de Soins à Domicile pour Malades pulmonaires chroniques). La fréquence du suivi varie selon le stade de la maladie. Il permet une vérification de l'état de la personne atteinte de MPOC et de renforcer les éléments importants de son plan d'action.

Intervenants « pivot-réseau » MPOC (Pour informations sur les ressources)

| | |
|---|--------------------|
| Hôpital Maisonneuve-Rosemont | 252-3400 # 5211 |
| Centre hospitalier de l'Université de Mtl | 890-8000 # 14266 |
| Institut thoracique de Montréal | 934-1934 # 32486 |
| Hôpital général du Lakeshore | 630-2225 # 2209 |
| Centre hospitalier de Verdun | 362-1000 # 2847 |
| Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal | 230-5610 (pagette) |

| Centres d'enseignement et de réadaptation pulmonaire MPOC Région de Montréal Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) | | | | |
|---|----------------------------|------------------------------|-----|------|
| Organisme | Téléphone | Télécopieur | CE* | RP** |
| Hôpital Général de Montréal Centre Universitaire Santé McGill (CUSM) 1650 avenue Cedar Montréal (Québec) H3G 1A4 | 514-934-1934 #42374 | 514-934-8226 514-934-8405 | oui | non |
| Hôpital Général du Lakeshore 160 Stillview Pointe-Claire H9R 2Y2 | 514-630-2225 Poste 1816 | 514-843-2070 | oui | non |
| Hôpital Jean-Talon 1385 rue Jean-Talon Est Montréal (Québec) H2E 1S6 | 514-495-6767 #6354 | 514-495-6788 | oui | non |
| Hôpital Maisonneuve-Rosemont 5415 boul. de l'Assomption Montréal (Québec) H1T 2M4 | 514-252-3400 #2197 | 514-252-3848 | oui | non |
| C.H. Mont Sinai 5690 boul. Cavendish Montréal (Québec) H4W 1S7 | 514-369-2222 #2202 | 514-369-2225 | non | oui |
| Hôpital Notre-Dame Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) 1560 Sherbrooke Est Montréal (Québec) | 514-890-8000 #14266 | 514-412-7123 | non | oui |
| Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal 5400 boul. Gouin Ouest Local H-5140 Montréal (Québec) H4J 1C5 | 514-338-3131 option #2 | 514-338-3699 | oui | oui |
| Institut thoracique de Montréal CUSM, 3650 rue St-Urbain Montréal (Québec) H2X 2P4 | 514-934-1934 #32377 | 514-843-2070 | oui | oui |

* CE: Centre d'enseignement sans référence médicale nécessaire ** RP: Réadaptation Pulmonaire sur référence médicale seulement

| | |
|---|--------------|
| Service régional de soins à domicile pour maladies pulmonaires chroniques (SRSAD) : Hôpital Maisonneuve-Rosemont 5415 boul. de l'Assomption, Montréal (Québec) H1T 2M4 Service de soins spécialisés pour les adultes résidant sur l'île de Montréal et atteints de maladies pulmonaires sévères (suivi infirmier à domicile, inhalothérapie, oxygénothérapie). Référence médicale essentielle. | 514-252-3433 |
|---|--------------|

| Centres d'enseignement MPOC Région de Montréal | | |
|--|--------------------|--------------|
| Tous les CLSC offrent un service d'enseignement et d'éducation individuelle. Il est préférable de référer à celui qui fera le suivi. Ils offrent aussi un enseignement de groupe (sur référence médicale seulement). | | |
| Organisme | Téléphone | Télécopieur |
| CLSC LaSalle CSSS de LaSalle et du Vieux Lachine 8550 boul. Newman LaSalle (Québec) H8N 1Y5 | 514-364-2572 #2650 | 514-364-2336 |
| CLSC du Vieux Lachine CSSS de LaSalle et du Vieux Lachine 1900 rue Notre-Dame Lachine (Québec) H8S 2G2 | 514-639-0650 #302 | 514-639-0666 |
| CLSC / CHSLD Pte-aux-Trembles / Montréal-Est CSSS de la Pointe-de-l'île 13926 Notre-Dame Est Montréal (Québec) H1A 1T5 | 514-642-4015 | 514-642-5438 |
| CLSC St-Louis du Parc CSSS Jeanne-Mance 155 boul. St-Joseph Est Montréal (Québec) H2T 1H4 | 514-286-2600 #804 | 514-286-2910 |
| CLSC Verdun / Côte St-Paul CSSS du Sud-Ouest-Verdun 400 de l'Église Verdun (Québec) H4G 2M4 | 514-766-0546 #2271 | 514-766-7443 |

Bibliographie

- Lacasse Y, Brooks D, Goldstein RS. Trends in the epidemiology of COPD in Canada 1980-1995. Presented at the ALA/ATS 1998.
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) : A National Report Card. The Lung Association. Canadian Thoracic Society, 2005.
- O'Donnell DE et al. Résumé - Recommandations de la Société Canadienne de Thoracologie relativement au traitement de la Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique - 2003. Can Respir J 2003;10(Suppl A):11A-65A.
- O'Donnell DE et al. Les lignes directrices de la Société canadienne de thoracologie pour la MPOC : Un résumé des recommandations à l'intention des médecins de famille. Can Respir J 2003;10:463-466.
- O'Donnell DE et al. State of the Art Compendium: Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease. Can Respir J 2004;11(Suppl B): 7B-59B.
- Bourbeau J, Julien M, Maltais F et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific management intervention. Arch Intern Med 2003;163(5):585-591.



Un bulletin de la Direction de santé publique de Montréal publié avec la collaboration de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal dans le cadre du programme Prévention en pratique médicale, Volet Information coordonné par le docteur Jean Cloutier.

Ce numéro est une réalisation du secteur SPMC.

Responsable du secteur : D^r Jacques Durocher

Rédacteur en chef : D^r André Gervais

Édition : Élisabeth Pères

Infographie : Julie Milette

Auteurs : D^r André Gervais FRCPC, Médecin-conseil, DSP, pneumologue, CHUM; D^r Claude Poirier, FRCPC, pneumologue, CHUM, Programme de réadaptation pulmonaire

1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3

Téléphone : (514) 528-2400, télécopieur : (514) 528-2452

<http://www.santepub-mtl.qc.ca>

courriel : ycloutie@santepub-mtl.qc.ca

ISSN (version imprimée) : 1481-3734

ISSN (version en ligne) : 1712-2937

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

Numéro de convention : 40005583



Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec
Santé publique