

Asthme et MPOC

Faire le bon choix de traitement

Vincent Jobin, MD

Présenté dans le cadre de la conférence : *Les Journées de pharmacologie*, Université de Montréal, 2005.

Il est essentiel de mieux situer la place du tiotropium et des thérapies combinant un corticostéroïde topique et un B2-agoniste à longue durée d'action dans le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et de l'asthme.

Il est parfois compliqué de faire le bon choix parmi les nouveaux traitements qui nous sont offerts dans les maladies bronchiques. Il est donc essentiel de bien situer la place du tiotropium et des thérapies combinant un corticostéroïde topique et un B2-agoniste à longue durée d'action (fluticasone/salmétérol ou budésonide/formotérol) dans le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et de l'asthme.

Le tiotropium

Le tiotropium fait partie de la famille des anticholinergiques, mais contrairement à l'ipratropium, il n'est pris qu'une fois par jour.

Le tiotropium n'est pas indiqué dans l'asthme, mais il l'est pour la MPOC. Son utilisation a montré, entre autres, une amélioration plus soutenue de la fonction pulmonaire, du score de dyspnée et de la qualité de vie. On a aussi noté une diminution des exacerbations et une tendance à diminuer les hospitalisations avec cette médication.

On devrait considérer son utilisation chez tout patient atteint de MPOC où la thérapie par bronchodilatateurs à courte action, pris régulièrement ou au besoin, n'a pas été efficace pour contrer les symptômes. À cette fin, on peut utiliser le tiotropium de concert avec un B2-agoniste à longue durée d'action (figure 1).



Le Dr Jobin est pneumologue et chargé d'enseignement clinique à l'Université de Montréal.

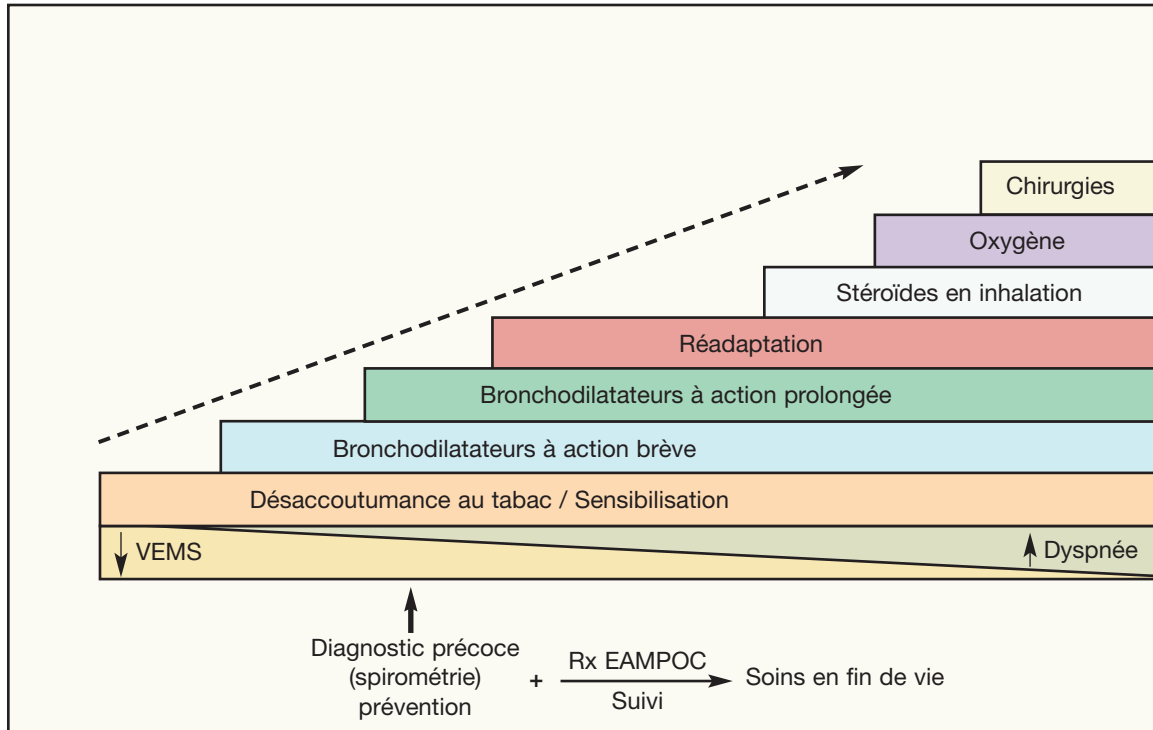


Figure 1 Prise en charge de la MPOC

Les thérapies combinées

Pour les thérapies combinées, c'est surtout l'aspect pratique d'un seul inhalateur qui est intéressant. On retient que dès que les deux produits ont besoin d'être utilisés en même temps, il devient avantageux d'utiliser un seul inhalateur afin de maximiser l'observance thérapeutique.

Les thérapies combinées dans l'asthme

Le Consensus canadien sur l'asthme stipule que si une dose faible de corticostéroïde inhalé ne réussit pas à contrôler les symptômes de

l'asthme, il devient approprié d'ajouter un B2-agoniste à longue durée d'action, tel le formotérol ou le salmétérol (figure 2). Par exemple, on devrait considérer l'utilisation d'une thérapie combinée si un patient asthmatique n'est pas bien contrôlé avec une dose journalière de 250 mcg de fluticasone ou de 400 mcg de budésonide. On prescrira la dose de fluticasone/salmétérol ou de budésonide/formotérol en fonction de la dose de corticostéroïdes inhalés utilisée au préalable.

Il est bon de savoir que le fluticasone/salmétérol se présente sous forme de poudre inhalée (Diskus) ou sous forme d'aérosol-doseur. Le budésonide/formotérol s'utilise, par le système Turbuhaler, sous forme de poudre inhalée. (tableau 1)

Tableau 1
Les thérapies combinées

Molécules	Formulations courantes en microgrammes de corticostéroïdes inhalés	Posologie habituelle
Fluticasone/ Salmétérol (Diskus)	100, 250, 500	1 inhalation BID
Fluticasone/ Salmétérol (Inhalateur-doseur)	125, 250	2 inhalations BID
Budésonide/ Formotérol (Turbuhaler)	100, 200	1 à 2 inhalations BID ou plus

Pour la MPOC, la première ligne de traitement pharmacologique reste les bronchodilatateurs à courte et longue durée d'action (figure 1). On pourra utiliser une thérapie combinée lorsque les corticostéroïdes inhalés deviennent nécessaires.

Les thérapies combinées pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Pour la MPOC, la première ligne de traitement pharmacologique demeure les bronchodilatateurs à courte et longue durée d'action (figure 1). On pourra utiliser une thérapie combinée lorsque les corticostéroïdes inhalés deviennent nécessaires, comme dans les situations cliniques suivantes :

- Premièrement, selon le Consensus canadien sur la MPOC, on devrait utiliser des corticostéroïdes inhalés chez les patients qui ont un volume expiratoire maximum par seconde (VEMS) bas (inférieur à 50 % de la prédite) et qui ont des exacerbations fréquentes (au moins deux fois par an).
- Deuxièmement, on l'utilise si un patient présente une maladie mixte avec composante asthmatique. Il est souvent difficile cliniquement de dissocier les deux maladies obstructives que sont la MPOC et l'asthme. À cet effet, le questionnaire est primordial, tout comme les épreuves de fonction respiratoire, qui montreront une obstruction très labile en cas d'asthme. S'il y a évidence d'asthme et qu'un corticostéroïde inhalé est indiqué, on peut alors considérer l'utilisation d'une thérapie combinée.
- Troisièmement, chez un patient avec une MPOC où on ne suspecte pas d'asthme, mais qui demeure dyspnéique malgré un traitement maximal par bronchodilatateurs, on pourrait considérer un essai de thérapie combinée avec réévaluation ultérieure. Cependant, le bénéfice de ce choix n'est pas établi de façon formelle.

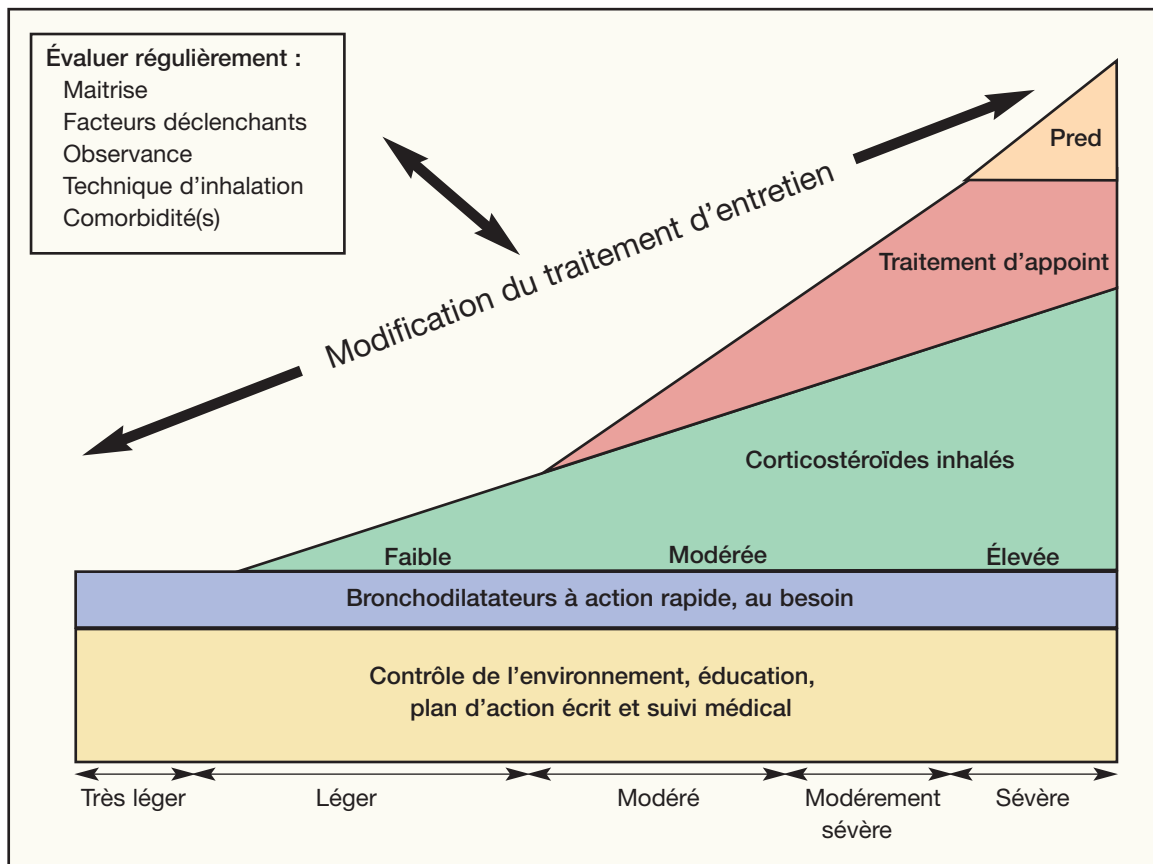


Figure 2 Prise en charge de l'asthme

Retenons que les thérapies combinées sont utiles dans le traitement de l'asthme et de la MPOC comme deuxième ligne de traitement. Lorsque les deux composantes sont indiquées, leur aspect pratique est indéniable dans ces maladies chroniques où l'observance thérapeutique est souvent déficiente.

Par ailleurs, le tiotropium est une molécule qui a déjà fait ses preuves. Elle fait maintenant partie de notre arsenal thérapeutique dans la MPOC dès que les bronchodilatateurs à courte action ne sont pas assez efficaces pour contrer les symptômes. * *Clin*

* Ce texte est conforme à l'orthographe modernisée.

Références :

1. Lemièrre et col. *Can Respir J.* Mai 2004; 11 (Suppl A) : 9A-18A.
2. O'Donnell et col. *Can Respir J.* 2004; 11 (Suppl B) : 7B-59B.

À retenir...

- Le tiotropium peut être utilisé dans la MPOC dès que les bronchodilatateurs à courte action ne sont pas assez efficaces.
- Dans l'asthme, les thérapies combinées sont indiquées dès qu'une faible dose de corticostéroïdes inhalés n'arrive pas à contrôler les symptômes.
- Dans la MPOC, on peut utiliser les thérapies combinées lors d'une atteinte sévère (VEMS < 50 % de la prédite) avec de fréquentes exacerbations ou s'il y a suspicion d'asthme concomitant.