

Des avancées dans le traitement de la MPOC : Appel à l'action concertée!



Jean Bourbeau, MD, MSc, FRCPC

Présenté dans le cadre de la conférence : *La thérapeutique*, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, mai 2007

Le visage de la MPOC est en train de changer. Il est estimé que la mortalité par MPOC chez la femme surpassera celle chez l'homme dans un futur proche.

Une meilleure gestion thérapeutique fondée sur la preuve est maintenant possible pour la MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique). Des avancées importantes ont été réalisées dans le traitement pharmacologique et non pharmacologique de la MPOC et la gestion thérapeutique. Une grande partie de ces recherches et découvertes a été réalisée par des chercheurs canadiens qui se sont imposés comme chefs de file en MPOC; ils ont donné aux patients qui en sont atteints l'espoir d'un avenir meilleur. Cependant, un processus itératif entre les résultats de recherche et la planification des programmes de gestion thérapeutique est encore trop souvent inexistant.

Le problème de la MPOC n'est pas près de s'estomper

Même si la MPOC n'est pas largement reconnue, elle représente un problème de santé publique croissant. De 1999 à 2003, la MPOC est passée de la cinquième à la quatrième cause de décès au Canada.

Le visage de la MPOC est en train de changer. Il est estimé que la mortalité par MPOC chez la femme surpassera celle chez l'homme dans un futur proche. De plus, la MPOC est une maladie chronique fort débilitante. Elle est aussi l'une des

Le **Dr Bourbeau** est professeur adjoint au Département de médecine de l'Université McGill et directeur de la Clinique MPOC et du programme de réadaptation pulmonaire de l'Institut thoracique de Montréal, Centre universitaire de santé McGill.

Les bronchodilatateurs à longue durée d'action ont démontré des bienfaits supérieurs aux bronchodilatateurs à courte durée d'action et sont la pierre angulaire du traitement pharmacologique.

principales causes d'engorgement des urgences et des hospitalisations. Les patients atteints d'une MPOC modérée à sévère ont en moyenne 2,5 exacerbations et 1,5 hospitalisations par année. Bref, l'exacerbation est à la MPOC ce que l'infarctus du myocarde est à la maladie coronarienne.

Un traitement pharmacologique qui procure des bienfaits importants

Les bronchodilatateurs

Les bronchodilatateurs à longue durée d'action ont démontré des bienfaits supérieurs aux bronchodilatateurs à courte durée d'action et sont la pierre angulaire du traitement pharmacologique. Les anticholinergiques à longue durée d'action devraient être le traitement de première intervention chez tout patient atteint d'une MPOC modérée à sévère, c'est-à-dire avec une incapacité de trois sur cinq et plus sur

l'échelle de dyspnée du Conseil de recherche médical. Des études ont démontré une plus grande amélioration des fonctions pulmonaires, de la dyspnée et de la qualité de vie avec un anticholinergique à longue durée d'action comparativement à un β_2 -agoniste à longue durée d'action. Cependant, l'utilisation d'un β_2 -agoniste à longue durée d'action demeure une alternative thérapeutique efficace et pourra aussi être combinée à un anticholinergique à longue durée d'action.

L'étude TORCH

Les résultats d'une étude internationale TORCH (*TOward a Revolution in COPD Health*), publiés dans la revue *The New England Journal of Medicine*, révèlent que les patients souffrant de MPOC qui ont pris du salmétérol et du propionate de fluticasone à 50/500 μg en poudre sèche pour inhalation ont vu leur risque de mortalité, toutes causes confondues, réduit de 17,5 % sur trois ans comparativement aux patients qui ont reçu le placebo ($p = 0,052$). L'étude a démontré que le traitement par la combinaison de salmétérol-fluticasone a aussi amélioré significativement la fonction respiratoire, réduit la fréquence des exacerbations et maintenu la qualité de vie sur trois ans de façon plus importante que le groupe placebo et la monothérapie (salmétérol ou propionate de fluticasone).

L'étude OPTIMAL

L'étude OPTIMAL, une étude canadienne indépendante de l'industrie pharmaceutique subventionnée par les Instituts en recherche en santé du Canada (IRSC), a été publiée dans la revue *Annal of Internal Medicine*. Les résultats

révèlent que l'addition d'une combinaison de β_2 -agoniste à longue durée d'action et de corticostéroïde en inhalation (salmétérol et propionate de fluticasone) à un anticholinergique à longue durée d'action (tiotropium) n'a pas permis de diminuer le taux des exacerbations mais a amélioré de façon significative les fonctions pulmonaires, la qualité de vie et les exacerbations causant une hospitalisation.

Les bénéfices d'un β_2 -agoniste à longue durée d'action seul (salmétérol) ajouté à un anticholinergique à longue durée d'action (tiotropium) étaient beaucoup moins clairs. Cette étude suggère ainsi que l'addition d'une combinaison de β_2 -agoniste à longue durée d'action et de corticostéroïde en inhalation à un anticholinergique à longue durée d'action est le traitement pharmacologique optimal pour les patients atteints de MPOC modérée à sévère.

Des avancées primordiales dans le traitement non pharmacologique

La réadaptation pulmonaire : un traitement efficace mais sous-utilisé

La réadaptation pulmonaire avec exercice supervisé offre une plus grande chance d'améliorer l'incapacité due à la MPOC et la qualité de vie. Malgré les preuves probantes de son efficacité, les programmes de réadaptation pulmonaire sont peu accessibles au Québec. Au Canada, seulement 60 centres de réadaptation pulmonaire sont disponibles; au Québec, il n'y

en a seulement que 10 par rapport à 24 centres en Ontario. Moins de 2 % des patients ont accès annuellement à ce traitement. La réadaptation pulmonaire est sous-financée. Pourtant, les dépenses associées à cette réadaptation sont entièrement compensées par la diminution des coûts d'utilisation en soins de santé.

La réadaptation pulmonaire avec exercice supervisé offre une plus grande chance d'améliorer l'incapacité due à la MPOC et la qualité de vie.

La gestion thérapeutique : des bienfaits pour le patient et le système de santé

Des avancées importantes ont été réalisées quant aux bienfaits d'une approche de soins de la maladie chronique, incluant l'éducation de l'autogestion de la MPOC. En toute première, les études ont permis d'établir qu'un programme d'éducation à visée d'autogestion (programme *Mieux vivre avec une MPOC* à l'adresse web www.livingwellwithcopd, mot de passe = copd) avec un suivi assuré par un gestionnaire de cas améliorerait la qualité de vie des patients et diminuerait de plus de 40 % les visites à l'urgence et les admissions à l'hôpital. En 2005, une autre étude confirmait les bénéfices au-delà de deux ans. Une évaluation économique démontrait le coût/efficacité d'une telle approche, une situation certes enviable.

Le fardeau économique de la MPOC au Canada est énorme et devrait faire partie des priorités des programmes nationaux en matière de soins de santé.

Les Québécois atteints de la MPOC méritent mieux!

La MPOC est souvent vue comme une condition auto-infligée chez des gens qui ont fait le choix d'adopter une habitude de vie malsaine, soit celle de fumer. La prévention par de saines habitudes de vie est une composante importante du traitement de nombreuses maladies chroniques tels le diabète de l'adulte, les maladies cardiovasculaires et l'obésité. Pourquoi n'avons-nous pas réussi à nous défaire des préjugés associés à la MPOC?

Les changements dans la pratique tardent à s'installer auprès des médecins; la MPOC, malgré son importance, reçoit peu de financement pour la recherche, et elle n'est tout simplement pas dans l'ordre des priorités des gouvernements. Pourtant, le fardeau économique de la MPOC au Canada est énorme et devrait faire partie des priorités des programmes nationaux en matière de soins de santé. Il est temps que les milliers de Québécois atteints de ce trouble respiratoire dévastateur soient entendus. *Clin*

Bibliographie

1. Aaron SD, Vandemheen KL, Fergusson D, et coll: Tiotropium in Combination with Placebo, Salmeterol, or Fluticasone-Salmeterol for Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: a Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2007;146:545-55.
2. Appleton S, Poole P, Smith B, et coll: Long-Acting Beta2-agonists for Poorly Reversible Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Cochrane Database. Syst.* 2006. Rev 3:CD001104.
3. Barr RG, Bourbeau J, Camargo CA Jr, et coll: Tiotropium for Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Meta-Analysis. *Thorax.* 2006;61:851-62.
4. Bourbeau J, Collet JP, Schwartzman K, Ducruet T, Nault D, Bradley C and the COPD Axis of the Respiratory Health Network of the Fond de la recherche en santé du Québec: Economic Benefits of Self-Management Education in COPD. *Chest.* 2006;130:1704-11.
5. Bourbeau JM, Julien F, Maltais M, et coll: Reduction of Hospital Utilization in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Disease-Specific Self-Management Intervention. *Arch Intern Med.* 2003;163:585-91.
6. Briggs DD Jr, Covelli H, Lapidus R, et coll: Improved Daytime Spirometric Efficacy of Tiotropium Compared with Salmeterol in Patients with COPD. *Pulm Pharmacol Ther.* 2005;18:397-404.
7. Calverley PM, Anderson JA, Celli B, et coll: Salmeterol and Fluticasone Propionate and Survival in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med.* 2007;356:775-89.
8. Donohue JF, Van Noord JA, Bateman ED, et coll: A 6-Month, Placebo-Controlled Study Comparing Lung Function and Health Status Changes in COPD Patients Treated with Tiotropium or Salmeterol. *Chest.* 2002;122:47-55.
9. Gadoury MA, Schwartzman K, Rouleau M, et coll: Self-Management Reduces both Short- and Long-Term Hospitalisation in COPD. *Eur Respir J.* 2005;26:853-57.
10. Health Canada. The Centre for Chronic Disease Prevention and Control, Health Canada, Canadian Institute for Health Information. Editorial Board Respiratory Disease in Canada. 2003. Ref Type: Electronic Citation.
11. Lacasse Y, Wong E, Guyatt GH, et coll: Meta-Analysis of Respiratory Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Lancet.* 1996;348:1115-19.
12. Van Noord JA, Aumann JL, Janssens E, et coll: Comparison of Tiotropium Once Daily, Formoterol Twice Daily and Both Combined Once Daily in Patients with COPD. *Eur Respir J.* 2005;26:214-22.