

# La MPOC : testez vos connaissances!

**Catherine Lemière, MD, MSc**



Présenté dans le cadre de la conférence : Les journées de pharmacologie, Université de Montréal, mai 2008

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une maladie respiratoire imputable en grande partie au tabagisme qui se caractérise par une obstruction évolutive et partiellement réversible des voies respiratoires, par de l'hyperinflation pulmonaire, par des manifestations systémiques et par des exacerbations dont la fréquence et la gravité vont en augmentant.

La MPOC est une maladie sous-diagnostiquée, dont la prévalence est probablement sous-estimée. Elle atteint au moins 700 000 adultes au Canada, où elle constitue la quatrième cause de mortalité. Une mise à jour des recommandations de la Société canadienne de thoracologie concernant la prise en charge de la MPOC est parue en 2007, alors qu'une mise à jour ciblée pour les soins primaires a été publiée en 2008.

Voici ci-dessous le cas de Richard qui illustre certaines de ces recommandations. Je vous invite à le lire et à répondre au questionnaire (page suivante) afin de tester vos connaissances sur la prise en charge de la MPOC. Les réponses accompagnées de quelques explications sont disponibles à la suite du questionnaire.

## Le cas de Richard

### Les symptômes

Richard, âgé de 56 ans et travailleur de la construction, se plaint de toux persistante et d'essoufflement depuis plusieurs mois. Il vous raconte qu'il a dû se rendre à la clinique sans rendez-vous, où il aurait reçu à deux reprises au cours des derniers six mois des traitements antibiotiques pour deux bronchites. Comme il tousse toujours, il croit que son infection n'est pas résolue et qu'il aurait besoin d'un autre traitement antibiotique. Richard a fumé un paquet de cigarettes par jour pendant 30 ans et a cessé depuis près de deux ans.

### L'investigation

Richard se plaint d'une dyspnée lorsqu'il monte deux étages et d'une respiration sifflante lorsqu'il fournit un effort physique. Il a des quintes de toux matinales avec des expectorations blanchâtres depuis plus de deux ans. Il nie avoir de l'orthopnée, de la dyspnée paroxystique nocturne ou des douleurs thoraciques. Il ne présente pas d'œdème des membres inférieurs.

À l'examen physique, les signes suivants sont recueillis :

- |   |  |
|---|--|
| • Taille : 161 cm   | respiratoire à 20/min et température corporelle à 37 °C                      |
| • Poids : 72 kg   | • Cœur : bruits normaux, pas de souffle                                      |
| • Apparence générale : coloration normale, pas de détresse respiratoire | • Poumons : murmure vésiculaire diminué aux deux bases avec quelques ronchis |
| • Signes vitaux à 40/90, fréquence cardiaque à 76/min, fréquence        |  |

Une spirométrie est effectuée. Voici les résultats :

- VEMS/CVF = 1,68 L /2,62 L
- Après l'administration de salbutamol : VEMS/CVF = 1,65 L /2,69 L
- Valeurs prédites : VEMS/CVF = 2,19 L /2,77 L

### Comment prendre en charge le cas de Richard?



**Dre Lemière**  
est pneumologue à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et professeure agrégée à

l'Université de Montréal.

## La prise en charge de la MPOC : questionnaire sur le cas de Richard

### Question 1 - Quels sont les éléments qui orientent davantage vers un diagnostic de MPOC que d'asthme chez ce patient?

- A) Tabagisme
- B) Bronchites récidivantes
- C) Toux et expectoration quotidiennes
- D) Ronchis à l'auscultation
- E) Toutes ces réponses

### Question 2 - Quels tests paracliniques seraient recommandés pour Richard?

- A) Aucun, l'histoire clinique est suffisante
- B) Tests de fonction respiratoire
- C) Radiographie pulmonaire
- D) Tests cutanés d'allergie

### Question 3 - Quelle est la gravité de la maladie de Richard basée sur les résultats de spirométrie?

- A) Légère
- B) Modérée
- C) Grave
- D) Très grave
- E) Ne peut être évaluée

### Question 4 - Quel traitement prescrivez-vous à Richard?

- A) Anticholinergique à courte durée d'action (ipratopium) et bêta-2-agoniste à courte durée d'action au besoin
- B) Anticholinergique à longue durée d'action (tiotropium) une fois par jour et bêta-2-agoniste à courte durée d'action au besoin
- C) Corticostéroïdes inhalés et bêta-2-agoniste à courte durée d'action au besoin
- D) Bêta-2-agoniste à longue durée d'action et bêta-2-agoniste à courte durée d'action au besoin
- E) Association de corticostéroïdes inhalés et de

## Réponses au questionnaire sur le cas de Richard

### Question 1 – Quels sont les éléments qui orientent davantage vers un diagnostic de MPOC que d'asthme chez ce patient?

#### Réponse : E (Toutes ces réponses)

Une MPOC devrait être suspectée chez tout patient ayant un antécédent de tabagisme significatif et qui présente :

- une dyspnée d'effort d'aggravation progressive;
- de la toux et/ou des expectorations;
- des infections respiratoires fréquentes.

L'asthme et la MPOC sont parfois difficiles à distinguer et peuvent coexister chez un même patient. Le tableau 1 résume les différences de ces deux entités.

### Question 2 – Quels tests paracliniques seraient recommandés pour Richard?

#### Réponses : B et C (Tests de fonction respiratoire et radiographie pulmonaire)

Une spirométrie mesurant le rapport VEMS/CVF (volume expiratoire maximum seconde/capacité vitale forcée) permettra d'évaluer s'il existe une obstruction bronchique. Un VEMS/CVF inférieur à 70 % définit une obstruction bronchique et est nécessaire pour établir le diagnostic de MPOC. L'administration d'un bronchodilatateur démontre, la plupart du temps, une absence de réversibilité du VEMS. Parfois, il peut y avoir un certain degré de réversibilité, mais elle n'est jamais complète contrairement à ce que l'on observe dans l'asthme.

Une radiologie pulmonaire seule ne permet pas de poser le diagnostic de MPOC, mais permet d'exclure des comorbidités.

### Question 3 – Quelle est la gravité de la maladie de Richard basée sur les résultats de spirométrie?

#### Réponse : B (Modérée)

Plusieurs classifications de gravité de la maladie ont été publiées, basées sur des critères d'incapacité clinique ou

sur des critères de fonction respiratoire. Une des classifications souvent utilisée est celle de la *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) (tableau 2). Les dernières recommandations canadiennes proposent des classifications basées sur les symptômes de dyspnée et sur la fonction respiratoire (tableau 3).

#### Question 4 – Quel traitement prescrivez-vous à Richard?

**Réponses : A, B ou D (Anticholinergique à courte durée d'action et bêta-2-agoniste à courte durée d'action au besoin, anticholinergique à longue durée d'action une fois par jour et bêta-2-agoniste à courte durée d'action au besoin ou corticostéroïdes inhalés et bêta-2-agoniste à courte durée d'action au besoin)**

La thérapie de base dans la MPOC consiste en l'administration de bronchodilatateurs à action brève ou prolongée (bêta-2-agonistes, anticholinergiques).

Les bêta-2-agonistes à courte durée d'action (B2ACA) sont d'abord employés au besoin, puis de façon régulière lorsque les symptômes deviennent persistants. Cependant, ils doivent toujours être maintenus pour une utilisation « au besoin » afin de soulager les symptômes intermittents.

Les bronchodilatateurs à longue durée d'action (B2ALA, bêta-2-agonistes et anticholinergiques à longue durée d'action) seront introduits dans le traitement lorsque les agents de courte action ne maîtrisent pas suffisamment la dyspnée. La combinaison d'agents bronchodilatateurs de différentes classes pharmacologiques permet d'associer des mécanismes et une durée d'action différents, ce qui peut mener à une bronchodilatation additionnelle, tout en minimisant les effets secondaires possibles avec des doses plus élevées d'un seul agent (ex. : combinaison de B2ALA régulier et de B2ACA au besoin). Toutefois, on ne recommande pas d'associer la prise régulière de deux agents d'une même classe (ex. : éviter d'associer l'utilisation régulière d'ipratropium et de tiotropium).

**Tableau 1**  
**Différences et ressemblances cliniques entre asthme et MPOC**

	Asthme	MPOC
<b>Âge d'apparition</b>	En général < 40 ans	En général > 40 ans
<b>Antécédents de tabagisme</b>	Non causals	En général > 10 paquets/années
<b>Expectorations</b>	Rares	Fréquentes
<b>Allergies</b>	Fréquentes	Rares
<b>État de la maladie</b>	Stable (avec exacerbations)	Aggravation progressive (avec exacerbations)
<b>Spirométrie</b>	Normalisation fréquente	Normalisation absente
<b>Symptômes cliniques</b>	Intermittents et variables	Persistants

**Tableau 2**

#### Classification de la MPOC selon la gravité de la maladie d'après GOLD

Stade	Caractéristiques
0 : À risque	Spirométrie normale, symptômes chroniques (toux, expectorations)
I : MPOC légère	VEMS/CVF < 70 %, VEMS 80 % de la valeur prédite avec ou sans symptômes chroniques (toux, expectorations)
II : MPOC modérée	VEMS/CVF < 70 %, 30 % < VEMS < 80 % de la valeur prédite IIA 50 % < VEMS < 80 % de la valeur prédite, IIB 30 % < VEMS < 80 % de la valeur prédite avec ou sans symptômes chroniques (toux, expectorations)
III : MPOC grave	VEMS/CVF < 70 %, VEMS < 30 % de la valeur prédite ou présence d'insuffisance respiratoire ou présence de signes cliniques de défaillance cardiaque droite

Tableau 3

### Classification de la MPOC selon la gravité de la maladie d'après les recommandations de la Société de thoracologie canadienne

#### Classification selon les symptômes et l'incapacité

Stades de la MPOC	Symptômes
Légère	Essoufflement en raison de la MPOC en marchant rapidement sur une surface plane ou lors de montée d'une pente légère (CRM 2)
Modérée	Essoufflement en raison de la MPOC obligeant à arrêter pour reprendre son souffle après avoir marché environ 100 m (ou après quelques minutes) sur une surface plane (CRM 3-4)
Grave	Essoufflement en raison de la MPOC empêchant de quitter la maison ou essoufflement en s'habillant ou se déshabillant (CRM 5), ou présence d'une insuffisance respiratoire chronique ou de signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite


#### Classification selon le déficit de la fonction pulmonaire

Stade de la MPOC	Spirométrie (après l'administration d'un bronchodilatateur)
Légère	VEMS $\geq$ 80 % de la valeur prédite, VEMS/CVF < 70 %
Modérée	80 % > VEMS > 50 % de la valeur prédite, VEMS/CVF < 70 %
Grave	50 % > VEMS > 30 % de la valeur prédite, VEMS/CVF < 70 %
Très grave	VEMS < 30 % de la valeur prédite, VEMS/CVF < 70 %

Contrairement à l'asthme, les corticostéroïdes inhalés (CSI) sont employés chez les patients atteints de MPOC plus grave et le sont en association avec des B2ALA.

L'asthme et la MPOC sont parfois difficiles à distinguer et peuvent coexister chez un même patient.

## MPOC : vers un diagnostic plus précoce

La MPOC est une maladie fréquente dont le diagnostic est souvent fait à un stade tardif. Une prise en charge précoce et appropriée permet d'en diminuer la morbidité. Un effort particulier doit être fait pour diagnostiquer la MPOC de manière précoce en effectuant une spirométrie chez des patients fumeurs qui présentent des signes cliniques de bronchite chronique. L'arrêt du tabagisme est impératif chez les sujets atteints de MPOC, car cela constitue la seule intervention qui permet de freiner efficacement l'évolution de la maladie. 

#### Bibliographie

1. O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau J, et coll. Canadian Thoracic Society Recommendations for Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease – 2007 update. *Can Respir J*. 2007 Sep; 14 Suppl B:5B-32B.
2. O'Donnell DE, Hernandez P, Kaplan A, et coll. Canadian Thoracic Society Recommendations for Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease – 2008 update – Highlights for Primary Care. *Can Respir J*. 2008 Jan-Feb; 15 Suppl A: 1A-8A.
3. Pauwels RA, Buist AS, Ma P, et coll. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: National Heart, Lung, and Blood Institute and World Health Organization Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): Executive Summary. *Respir Care*. 2001 Aug; 46(8):798-825.