

# P révention en pratique médicale

## LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC) ET L'ASTHME

### Patients et médecins partenaires en prévention

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'asthme sont les maladies respiratoires obstructives les plus fréquentes. Au Canada en 1997, la MPOC était la 4<sup>e</sup> cause d'hospitalisation chez l'homme et la 6<sup>e</sup> chez la femme. L'hospitalisation augmente proportionnellement à l'âge, une tendance qui devrait se poursuivre avec le vieillissement de la population et le tabagisme encore fort prévalent dans notre société. L'asthme représente aussi un fardeau important, en coûts directs et indirects. Souvent considérées à tort comme des maladies épisodiques, la MPOC et l'asthme sont plutôt des maladies chroniques. Une approche de soins aigus ne répond plus aux besoins de ces patients. Nombreux sont ceux qui ne sont pas invités à participer à des programmes préventifs aux différents stades de leur maladie. L'éducation orientée vers la prise en charge autonome de la maladie, c'est à dire l'autogestion, a été proposée comme étant la base des soins des maladies chroniques et les évidences s'accumulent sur l'impact positif de tels programmes, tant sur l'amélioration de la qualité de vie que sur la réduction de l'utilisation des services hospitaliers.

Une étude québécoise multicentre récente (Programme « Mieux vivre avec une MPOC<sup>®</sup> ») démontre qu'une approche comprenant un programme d'autogestion spécifique à la MPOC améliore la qualité de vie des patients et réduit de plus de 40% les visites médicales imprévues, les consultations à l'urgence et les hospitalisations.

Chez les asthmatiques, 85 % des patients qui ne maîtrisent pas leur maladie croient être bien contrôlés. Les médecins omnipraticiens estiment obtenir une maîtrise optimale chez 77% de leurs patients. Seulement 29% des médecins déclarent avoir remis un plan d'action écrit à tous leurs patients ou à la plupart d'entre eux. Les pro-

grammes d'autogestion de l'asthme sont nombreux et ont bien démontré leur efficacité pour diminuer le nombre d'épisodes d'asthme nocturne, de visites médicales imprévues, de consultations à l'urgence, d'hospitalisations et d'absentéisme.

#### Vous trouverez dans ce bulletin :

- Une approche intégrant l'autogestion au traitement de la MPOC et de l'asthme.
- Une liste des ressources nécessaires à la prise en charge.

#### Des outils comprenant :

- Un manuel d'autogestion pour la MPOC avec plan d'action.
- Un plan d'action pour l'asthme.
- Un outil d'aide à la décision dans le traitement de l'asthme.
- Le test de 30 secondes sur l'asthme.

## La MPOC

Par Dr Jean Bourbeau, pneumologue,  
Institut Thoracique de Montréal de l'hôpital  
Royal Victoria, CUSM  
Épidémiologiste, Unité d'épidémiologie  
respiratoire, Université McGill

La MPOC est la conséquence de décennies de tabagisme et du vieillissement de la population. Au Canada 5,4 % de la population âgée de 55 à 64 ans et 8,3 % de la population âgée de 65 à 74 ans a été diagnostiquée comme souffrant de MPOC. Les femmes dont les habitudes tabagiques ont changé au cours des 30 dernières années sont de plus en plus atteintes par cette maladie. La morbidité et la mortalité en sont plus élevées que pour l'asthme. Elle n'est pas reconnue avant la 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> décennie où

elle se manifeste cliniquement, elle est sous-diagnostiquée et sa prévalence sous-estimée. La prise en charge de la MPOC comprend le diagnostic, la prévention de la détérioration progressive, le traitement symptomatique et la prévention de l'exacerbation.

#### MPOC : un défi diagnostique

Soupçonner la MPOC chez le fumeur ou l'ancien fumeur de longue date souffrant de symptômes chroniques comme la toux avec expectoration et/ou l'essoufflement progressif à l'effort;

Confirmer le diagnostic et la gravité de l'obstruction par la spirométrie, mesure objective la plus accessible et fiable; l'examen médical et la radiographie

pulmonaire peuvent éliminer d'autres problèmes de santé mais sont des indicateurs médiocres de l'obstruction sauf si la maladie est très avancée.

#### MPOC : la place du traitement pharmacologique

Le traitement pharmacologique est essentiellement à visée symptomatique, soit réduire la dyspnée et améliorer la qualité de vie. Un agent anticholinergique est généralement associé à un  $\beta_2$ -agoniste à courte ou à longue action. La théophylline, à longue action comme traitement d'appoint, peut améliorer la dyspnée chez environ un patient sur quatre ou cinq mais est souvent mal tolérée et comporte le risque de nombreuses

## Caractéristiques du plan d'action essentiel pour la prévention de la MPOC

- Écrit, simple et adapté aux besoins du patient.
- Prescrit, il peut être enseigné par le médecin ou un intervenant pivot.
- Accès au médecin ou à un intervenant pivot 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 symptômes d'infections (deux des trois éléments suivants : augmentation de la dyspnée, de la quantité d'expectorations ou 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 prednisone de 30 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.



interactions médicamenteuses. Les corticostéroïdes oraux en dehors d'une exacerbation aiguë n'ont que très rarement leur place compte tenu des risques d'effets secondaires systémiques qui dépassent largement les effets bénéfiques sur la maladie respiratoire. De plus, des données récentes suggèrent qu'un traitement à court terme ne permet pas de prédire la réponse aux corticostéroïdes inhalés à long terme. Les corticostéroïdes inhalés, contrairement à l'asthme, n'ont aucun effet sur l'évolution de la maladie. Leur utilisation sera considérée chez les patients avec MPOC sévère qui présentent des exacerbations fréquentes nécessitant antibiotiques et corticostéroïdes oraux.

## MPOC : la place de la réadaptation pulmonaire

L'accumulation des connaissances en réadaptation pulmonaire pour la MPOC a modifié le concept d'une maladie essentiellement respiratoire. À mesure que la maladie respiratoire progresse, des complications systémiques apparaissent et les patients adoptent un style de vie sédentaire conduisant au déconditionnement physique, à une diminution de la tolérance à l'effort et à une perte d'autonomie et de qualité de vie. Les preuves sont irréfutables à l'effet que les programmes de réadaptation pulmonaire incluant le réentraînement à l'effort des membres inférieurs et supérieurs 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. Souvent, les patients ne seront référés à un tel programme qu'en stade avancé alors qu'ils auraient pu en bénéficier plus tôt. Le médecin devrait référer son patient à un tel programme aussitôt qu'il présente une limitation dans ses activités sociales ou de loisir, malgré un traitement optimal de sa maladie. En présence d'hypoxémie chronique, l'oxygénothérapie domiciliaire améliorera la qualité et la durée de vie.

## L'asthme

Par Dr Ron Olivenstein, pneumologue,  
Institut Thoracique de Montréal de l'hôpital  
Royal Victoria, CUSM, Université McGill

L'asthme est une affection inflammatoire chronique des voies aériennes associée à une obstruction bronchique variable et à une hypersensibilité des voies aériennes à divers stimuli endogènes ou exogènes. Une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux est responsable du développement de cette maladie diagnostiquée chez

## MPOC : Autogestion et prévention

Les guides de pratique aux niveaux national et international ne contiennent pas de référence à des programmes d'autogestion spécifique à la MPOC contrairement à l'asthme. Les programmes de réadaptation pulmonaire comprennent un volet éducation mais n'incluent habituellement pas l'auto-surveillance et l'enseignement d'un plan d'action. Ils ne constituent pas non plus de véritables programmes d'autogestion. Un essai clinique randomisé multicentre québécois représente la seule étude qui a comparé à un traitement standard l'impact d'un programme d'autogestion spécifique à la MPOC. Cette étude qui sera publiée au cours de la prochaine année a permis de confirmer l'efficacité d'un tel programme sur l'amélioration de la qualité de vie comme sur la réduction de l'utilisation des services d'urgence ou d'hospitalisation.

### Les caractéristiques d'un programme d'autogestion:

- Philosophie basée sur l'éducation, et le renforcement avec délégation des rôles selon les besoins (professionnel entraîné pour l'éducation/autogestion spécifique à la MPOC et jouant le rôle d'intervenant pivot);
- Soins et services planifiés avec le patient et révisés selon la trajectoire de sa maladie;
- Interventions spécifiques à la maladie tenant compte des caractéristiques personnelles et psychosociales des patients.

### Les interventions spécifiques à la MPOC sont:

- Encourager l'arrêt tabagique, seule modalité pouvant réduire le déclin annuel de la fonction respiratoire;
- Vacciner contre l'influenza et le pneumocoque;
- Les stéroïdes en inhalation, pour prévenir les exacerbations, font l'objet de controverse et devraient être réservés à ceux dont la maladie est sévère et qui présentent des exacerbations fréquentes nécessitant une antibiothérapie et une corticothérapie orale;
- Minimiser la sévérité et les conséquences de l'exacerbation en utilisant un plan d'action.

environ 6% de la population canadienne. La prise en charge de l'asthme passe par :

- le diagnostic,
- la prévention en éliminant l'exposition aux facteurs déclencheurs,
- le traitement à l'aide de broncho-dilatateurs et d'agents anti-inflammatoires,
- la prévention de l'aggravation, surtout par des mesures de contrôle environnementales,
- l'autogestion fait partie de la prise en charge.

## Asthme : un défi diagnostique

Les symptômes de l'asthme sont peu spécifiques.

### Soupçonner l'asthme en présence de:

- symptômes respiratoires persistants et paroxysmiques comme la dyspnée, l'oppression thoracique, les sifflements dans la poitrine et la toux particulièrement en présence d'antécédents personnels ou familiaux d'asthme;
- réponse accrue à des allergènes ou agents de provocation;
- symptômes respiratoires récurrents suggérant une infection ne répondant pas à une antibiothérapie.

### Confirmer la variabilité des débits expiratoires à l'aide d'une mesure objective:

- spirométrie : augmentation de 12% ou plus, de préférence 15 %, du Volume Expiratoire Maximal Seconde (VEMS) (minimum 180 ml chez l'adulte) 15 minutes après un bronchodilatateur inhalé ou de 20 % ou plus (minimum 250 ml chez l'adulte) de changement avec le temps ou après deux semaines de corticostéroïdes inhalés ou de prednisone;
- débitmètre de pointe : 20% ou plus de changement avec le temps ou 15 minutes après un bronchodilatateur inhalé;
- test positif de broncho-provocation en laboratoire spécialisé.

### Le débitmètre de pointe

- Utile pour le bureau: coût environ 50\$; couvert par l'aide sociale.
- Important surtout chez les patients qui ne perçoivent pas leurs symptômes.
- Prise de mesures lors de périodes de stabilité, permet d'établir la valeur de référence pour connaître le degré de détérioration.
- Facile à utiliser : prendre une grande inspiration et souffler dans l'appareil à trois reprises au lever et au coucher et noter le meilleur résultat au journal quotidien.
- Vérification périodique de son utilisation par le patient.
- Dépendant de l'effort; donc moins fiable que la spirométrie.
- Compliance à l'utilisation quotidienne à long terme relativement mauvaise.

## Asthme : un défi thérapeutique

Le traitement vise la maîtrise de l'asthme (voir le test de 30 secondes sur l'asthme). Lorsque l'asthme est maîtrisé, le VEMS et les mesures de débit de pointe sont à 90% ou plus des valeurs prédites et le débit de pointe ne varie pas de plus de 10% à 15 % durant une journée. Il faut éliminer l'exposition aux facteurs déclenchants (voir encadré) et ensuite utiliser les médicaments pour optimiser la fonction respiratoire et réduire les symptômes. Le continuum du traitement de l'asthme est illustré sur l'algorithme pour le traitement de l'asthme ci-joint. Lorsqu'un  $\beta_2$ -agoniste à courte action est requis à plus de trois doses par semaine, excluant une dose par jour avant l'exercice, un corticostéroïde en inhalation à dose quotidienne minimale (200 à 500  $\mu$ g par jour) devient la première ligne de traitement.

Si l'asthme n'est pas maîtrisé à l'aide de l'équivalent de 500  $\mu$ g par jour de bécloéthasone, l'essai d'une thérapie d'appoint comme les  $\beta_2$ -agonistes à longue action ou les antagonistes des récepteurs des leucotriènes est recommandé. Une telle combinaison offre l'avantage d'une amélioration plus rapide dans les mesures de contrôle de l'asthme ainsi qu'une diminution des risques des effets secondaires dus aux doses élevées de corticostéroïdes en inhalation tel que la perte de densité osseuse et le glaucome. L'augmentation des corticostéroïdes en inhalation jusqu'à 1000  $\mu$ g par jour est moins utilisée de nos jours. L'utilisation régulière de corticostéroïdes inhalés diminue de 80% le nombre d'hospitalisations pour l'asthme. De plus, l'utilisation des corticostéroïdes en inhalation n'est pas associée à des troubles de croissance chez l'enfant.

L'autogestion est efficace si le patient utilise la mesure des débits de pointe ou évalue régulièrement ses symptômes. Un plan d'action écrit, basé sur l'évolution des symptômes, permet de prendre une part active au traitement en composant avec toute perte de maîtrise pour éviter que l'exacerbation ne s'aggrave et ainsi gérer la crise.

Pour réaliser une maîtrise adéquate de l'asthme, l'enseignement, l'autogestion et le suivi doivent faire partie de la prise en charge pour en assurer le maintien. L'enseignement pourra être renforcé par d'autres professionnels de la santé d'une équipe en place ou par des éducateurs spécialisés dans des Centres d'enseignement sur l'asthme (CEA), (voir liste page 4).

### Caractéristiques du plan d'action essentiel pour la prévention de l'ASTHME :

- Écrit, simple et adapté aux besoins du patient (voir exemple ci-joint).
- Prescrit, il peut être enseigné par le médecin ou un éducateur spécialisé.
- Directives précises sur la façon de surveiller la survenue des signes d'exacerbation de l'asthme.
- Mesures spécifiques à prendre, incluant changement ou ajout de médicaments.
- Explication de ce qu'il faut faire en cas de crise d'asthme.

## Mesures préventives dans l'environnement

### Allergènes saisonniers

- Garder fermées les fenêtres de la maison et de la voiture.
- Éviter :
  - les marches matinales dans l'herbe et dans les feuilles mortes à l'automne
  - de tondre le gazon.

### Allergènes annuels

#### Animaux domestiques:

- Préférable de s'en départir.
- Si départ impossible :
  - Ne pas laisser entrer dans la chambre à coucher.
  - Faire laver l'animal au moins une fois par semaine.

#### Acariens:

- Utiliser des housses hermétiques pour le matelas et les oreillers.
- Laver la literie à l'eau très chaude une fois par semaine.
- Garder le taux d'humidité dans la chambre entre 40% et 50%.

#### Cafards (coquerelles):

- Cause fréquente d'aggravation de l'asthme.
- Appeler un service spécialisé en extermination.

### Fumée secondaire du tabac :

- Éviter l'exposition.
- Demander aux fumeurs de fumer à l'extérieur ou sous la hotte de cuisine.

### Smog (inversion atmosphérique) :

- Rester à l'intérieur
- Éviter de faire de l'exercice à l'extérieur à ce moment-là

### Chauffage au bois :

- À éviter.



## Les ressources

### Centre d'enseignement sur l'asthme (CEA)

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal  
5400, boul. Gouin ouest  
5e étage, aile H porte 14  
Montréal (Québec) H4J 1C5  
Tél. : (514) 338-3131  
Télec. : (514) 338-3699

Hôpital Général de Montréal  
1650, avenue Cedar  
Montréal (Québec) H3G 1A4  
Tél. : (514) 937-6011, poste 42374  
Télec. : (514) 934-8226

Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Pédiatrie  
6900, 42<sup>e</sup> Avenue  
Montréal (Québec) H1T 2T2  
Tél. : (514) 374-7940, postes 343, 338  
Télec. : (514) 374-8101

Adultes  
5689, boul. Rosemont  
Montréal (Québec) H1T 2H1  
Tél. : (514) 252-3400, postes 5117, 5116 et 4836  
Télec. : (514) 252-3434

Hôpital de Montréal pour l'Enfant  
Pédiatrie  
2300, rue Tupper  
Montréal (Québec) H3H 1P3  
Tél. : (514) 934-4400, poste 23172  
Télec. : (514) 412-4390

Hôpital Ste-Justine  
Pédiatrie  
3175, Côte Ste-Catherine  
Montréal (Québec) H3T 1C5  
Tél. : (514) 345-4931, poste 2775  
Télec. : (514) 345-4744

Institut thoracique de Montréal  
de l'hôpital Royal Victoria, CUSM  
3650, rue St-Urbain  
Montréal (Québec) H2X 2P4  
Tél. : (514) 849-5201, poste 32587  
Télec. : (514) 843-2070

CLSC Verdun / Côte St-Paul  
400, rue De l'Église  
Verdun (Québec) H4G 2M4  
Tél. : (514) 766-4882, poste 271  
Télec. : (514) 766-7443

CLSC Hochelaga-Maisonneuve  
3454, rue Ste-Catherine est  
Montréal (Québec) H1V 2E2  
Tél. : (514) 521-3700, poste 728  
Télec. : (514) 521-8920

Hôpital Jean-Talon  
1385, rue Jean-Talon est  
Montréal (Québec) H2E 1S8  
Tél. : (514) 495-6767, poste 6789  
Télec. : (514) 495-6775

Hôpital Santa Cabrini  
5655, rue St-Zotique est  
Montréal (Québec) H1T 1P7  
Tél. : (514) 252-6483  
Télec. : (514) 252-6491

CLSC Pointe-aux-Trembles  
13926, rue Notre-Dame est  
Montréal (Québec) H1A 1T5  
Tél. : (514) 642-4050, poste 442  
Télec. : (514) 642-5438

### OUTILS MPOC

« Mieux Vivre avec une MPOC® ». Guide pratique pour le patient et sa famille avec un plan d'action détachable qui peut être rempli par le médecin et le professionnel entraîné, pour l'éducation au patient atteint d'une MPOC. Par téléphone 1-800-263-5103, poste 5401.

<http://www.lung.ca/fr/maladies.html>

(Disponible seulement en anglais en version intégrale sur Internet). Breathe easy. A Guide to Living with COPD

<http://www.lung.ca/copd/intro/>

### OUTILS ASTHME

- Centre de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM)

« Outil d'aide à la décision dans le traitement de l'asthme » (adapté de la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme. CMAJ 1999; 161 [Suppl 1], S1-62).

« Plan d'action pour la personne atteinte d'asthme ». Disponibles au secrétariat du CRUM

Courriel: [secretariat.crum@ramq.gouv.qc.ca](mailto:secretariat.crum@ramq.gouv.qc.ca)  
Téléphone: (418) 682-5185

- Glaxo Smith Kline

« LE TEST DE 30 SECONDES SUR L'ASTHME »  
Disponible sur appel au 1-800-387-7374

### Centre offrant des programmes de réadaptation pulmonaire

- Clinique programme MPOC et programme externe de réadaptation pulmonaire  
Institut Thoracique de Montréal de l'hôpital Royal Victoria, CUSM  
3650, rue St-Urbain  
Montréal (Québec) H2X 2P4  
Tél. : (514) 849-5201, poste 32377  
Télec. : (514) 843-2070
- Programme intra-hospitalier et programme externe de réadaptation pulmonaire  
Hôpital Mont Sinai  
5690, boul. Cavendish,  
Côte Saint-Luc (Québec) H4W 1S7  
Tél. : (514) 369-2222, poste 1157  
Télec. : (514) 369-2225
- Clinique programme MPOC et programme externe de réadaptation pulmonaire  
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal,  
5400, boul. Gouin ouest,  
Montréal (Québec) H4J 1C5  
Tél. : (514) 338-2162  
Télec. : (514) 338-3699

## Les lignes directrices

### MPOC

- LIGNES DIRECTRICES POUR LE TRAITEMENT DE LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC). 1<sup>ère</sup> ÉDITION 1998 « Comité de révision canadien en pneumologie ». ISBN 1-894332-01-6. Certains éléments thérapeutiques des lignes directrices ne sont pas actualisés. De nouvelles lignes directrices du sous-comité en MPOC de la Société canadienne de Thoracologie sont prévues à l'automne 2002.
- GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE NHLBI/WHO WORKSHOP REPORT EXECUTIVE SUMMARY 2001. [www.goldcopd.com/](http://www.goldcopd.com/)

### ASTHME

- Lignes directrices issues de la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme 1999 (CCCA). [www.AsthmaGuidelines.com](http://www.AsthmaGuidelines.com)
- Asthma Guidelines Update 2001. Canadian Respiratory Journal 2001;8 [Suppl. A]: 5A-27A

### Le traitement de la pneumonie : ambulatoire et en centre de soins prolongés

- Indice de la sévérité de la pneumonie
- Bulletin de l'unité Maladies infectieuses Exacerbations des maladies respiratoires et pneumonies à l'hiver. Vol. 5, no5 – décembre 2000 page 4 – 5.  
[http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/telecharg\\_mi.html](http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/telecharg_mi.html)

## Prévention en pratique médicale

Un bulletin de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre publié avec la collaboration de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal dans le cadre du programme Prévention en pratique médicale coordonné par les docteurs Jean Cloutier et Serge Nault.

Ce numéro est une réalisation de l'unité Santé physique.

**Responsable de l'unité :** Gloria Sacks-Silver

**Rédacteur en chef :** D<sup>r</sup> André Gervais

**Édition :** Élisabeth Pères

**Infographie :** Manon Girard

**Rédacteurs :** D<sup>r</sup> Jean Bourbeau, D<sup>r</sup> Ron Olivenstein

**Collaborateurs :** D<sup>r</sup> David Dunn, D<sup>r</sup> Monique Letellier, D<sup>r</sup> Serge Nault

1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3  
Téléphone : (514) 528-2400  
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>  
courriel: [jloutie@santepub-mtl.qc.ca](mailto:jloutie@santepub-mtl.qc.ca)

Dépôt légal – 4<sup>e</sup> trimestre 2001  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISSN : 1481-3734

Numéro de convention : 40005583



RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX  
DE MONTRÉAL-CENTRE



Association  
des Médecins  
Omnipraticiens  
de Montréal

Direction de la santé publique