

Diagnostic et traitement de la MPOC

DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC DE LA MPOC

Tout patient de plus de 40 ans, fumeur ou ex-fumeur, présentant un des symptômes suivants, devrait être soumis à une spirométrie :

- Toux persistante
- Expectorations régulières
- Dyspnée
- Sibilances à l'effort ou pendant la nuit
- Épisodes d'infections respiratoires fréquents et persistants

Une spirométrie postbronchodilatateur démontrant une obstruction des voies aériennes non complètement réversible avec un rapport VEMS/CVF < 70 % est nécessaire au diagnostic d'une MPOC.

CLASSIFICATION DE LA MALADIE

SELON LES SYMPTÔMES	STADE	SELON LA SPIROMÉTRIE
Dyspnée due à la MPOC lorsque le patient marche d'un pas hâtif ou monte une pente légère Grade 2/5 du Conseil de recherches médicales - CRM	Léger	VEMS : ≥ 80 % de la valeur prédite Rapport VEMS/CVF : < 70 %
Dyspnée due à la MPOC obligeant le patient à s'arrêter après avoir marché une centaine de mètres (ou pendant quelques minutes) Grade 3/5 - 4/5 du CRM	Modéré	VEMS : ≥ 50 % et < 80 % de la valeur prédite Rapport VEMS/CVF : < 70 %
Dyspnée due à la MPOC qui se caractérise par un essoufflement empêchant le patient de quitter la maison ou qui se manifeste lorsque le patient s'habille <i>ou</i> Défaillance respiratoire chronique <i>ou</i> Signes d'insuffisance cardiaque droite Grade 5/5 du CRM	Sévère	VEMS : ≥ 30 % et < 50 % de la valeur prédite Rapport VEMS/CVF : < 70 %
	Très sévère	VEMS : < 30 % de la valeur prédite Rapport VEMS/CVF : < 70 %

Il y a souvent discordance entre la classification clinique et la spirométrie. Bien que la spirométrie soit nécessaire pour le diagnostic, le traitement s'ajuste selon la sévérité des symptômes.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

ASTHME

MPOC

Début en général < 40 ans	Début en général > 40 ans
Tabagisme non causal	Exposition prolongée au tabac : en général > 10 paquets-année
Symptômes variables	Progression lente des symptômes (sauf lors des exacerbations)
Associée avec allergies, rhinite ou eczéma	Pas d'association avec les allergies.
Limitation du débit d'air habituellement réversible	Limitation du débit d'air en bonne partie irréversible

Les 2 maladies peuvent coexister chez un patient.

PRISE EN CHARGE

- Traitement non pharmacologique**
 - Priorisation de la cessation tabagique
 - Vaccination antigrippale annuelle et antipneumococcique
 - Référence à un programme d'éducation en autogestion
 - Programme de réadaptation (exercices aérobiques associés à un programme de musculation légère)
 - Oxygène, si hypoxémie
 - Évaluation diététique si dénutrition clinique ou biologique
- Optimisation du traitement pharmacologique** (voir au verso)
- Plan d'action lors des exacerbations**
- Considérer référence en spécialité**
 - Diagnostic incertain
 - MPOC chez un patient < 40 ans
 - Dyspnée disproportionnée par rapport au VEMS sous traitement optimal
 - Visites à l'urgence ou hospitalisations fréquentes
 - Mauvaise réponse au traitement
 - Évaluation avant programme de réadaptation
 - Indication et suivi de l'oxygénothérapie à domicile

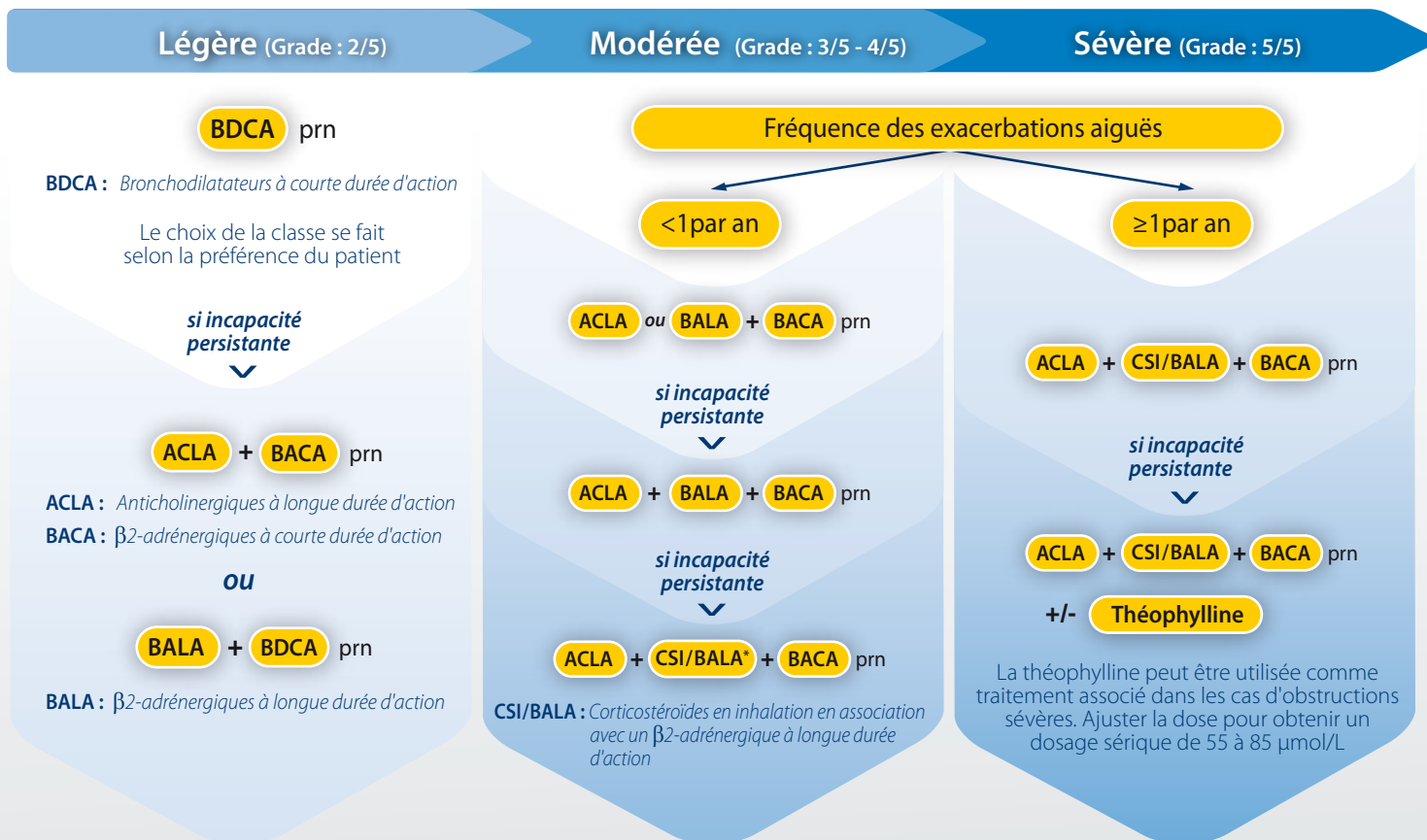
Auteur : **Dr Gilles Côté**, médecin-conseil, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Révision : **Dr Michel Rouleau**, pneumologue, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

Dr Jean Bourbeau, pneumologue, Institut thoracique de Montréal de l'Hôpital Royal Victoria, Centre universitaire de santé McGill

Référence : O'Donnell D, Sahwn A, Bourbeau J, Hernandez P, Marciniuk D, Balter M, Ford G, Gervais A, Goldstein R, Hodder R, Kaplan A, Keenan S, Lacasse Y, Maltais F, Road J, Ricker G, Sin D, Sinuff T, Voduc N. « *Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease - 2007 update* », Can Respir J 2007; Vol 14 Suppl B: 5B-32B

Incapacité accrue et déficience respiratoire fonctionnelle



* La combinaison CSI/BALA avec la dose la plus faible de CSI devrait être utilisée chez les patients ayant des exacerbations peu fréquentes (exemple : salmeterol 50 µg avec fluticasone 250 µg Bid)

PRISE EN CHARGE DES EXACERBATIONS

1. Optimisation du traitement bronchodilatateur

2. Antibiothérapie en présence de sécrétions purulentes

a) MPOC sans facteur de risque :

- Amoxicilline, doxycycline, triméthoprim/sulfaméthoxazole
- Céphalo de 2^e ou 3^e génération
- Macrolides à large spectre

b) MPOC avec au moins un des facteurs de risque suivants :

- VEMS < 50 %,
- Plus de 4 épisodes d'exacerbation par année
- MCAS
- O₂ à domicile
- Stéroïdes oraux de façon chronique
- Antibiotiques au cours des 3 derniers mois

- Fluoroquinolone
- Inhibiteur bêta-lactamase (Clavulin[®]) comme alternative

N.B. Les antibiotiques utilisés pour les MPOC sans facteur de risque en association avec des stéroïdes peuvent être suffisants.

3. Stéroïdes oraux

- Ils accélèrent la récupération et diminuent le nombre d'échecs et de rechutes chez les patients avec maladie modérée à sévère.
- Dose 30 à 40mg id pour 10 à 14 jours.

Corticostéroïdes en inhalation :

Les corticostéroïdes en inhalation ne doivent pas être utilisés seuls.

Glucocorticoïdes oraux :

Ils doivent être évités en dehors des exacerbations en raison de leurs effets secondaires importants.

OXYGÉNOTHÉRAPIE À LONG TERME

Un gaz artériel est indiqué lorsque le VEMS est inférieur à 40 % ou en présence de signes d'insuffisance respiratoire ou d'insuffisance cardiaque droite. L'oxygénothérapie à long terme est indiquée si, trois mois après un épisode aigu et sous réserve d'une prise en charge thérapeutique optimale, la mesure des gaz du sang artériel en air ambiant montre :

- une PaO₂ ≤ 55 mm Hg
- ou
- une PaO₂ comprise entre 56 et 59 mm Hg, associée à un ou plusieurs des éléments suivants :
 - Polyglobulie (hématocrite > 56 %)
 - Signes cliniques, échographiques ou scintigraphiques d'un cœur pulmonaire chronique

N.B. L'oxygène doit être utilisé au moins 15 h sur 24.

