

UTILISATION RATIONNELLE DES TRAITEMENTS INHALÉS CHEZ LES PATIENTS MULTIMORBIDES ATTEINTS DE BPCO: GUIDE EN SOINS PRIMAIRES

Ce desktop helper décrit les enjeux liés aux traitements médicamenteux chez des patients multimorbides atteints de BPCO. Il se concentre particulièrement sur l'utilisation des corticostéroïdes inhalés et propose des conseils de prise en charge globale pour ces patients dans le cadre des soins primaires.

INTRODUCTION

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est souvent associée à d'autres maladies chroniques. Cependant, les recommandations sur la prise en charge de la BPCO proposent peu d'informations pratiques sur la prise en compte de ses comorbidités.

Notre objectif est de faire le point sur l'impact des comorbidités sur le choix des traitements de la BPCO, en particulier sur la balance bénéfico-risque des traitements inhalés dont les Bêta-Agonistes à Action Prolongée (*Long-Acting Beta Agonists* LABA), les Antagonistes Muscariniques à Action Longue (*Long-Acting Muscarinic Antagonists* LAMA) et les Corticostéroïdes Inhalés (*Inhaled Corticosteroids* ICS).

LA MULTIMORBIDITE DANS LA BPCO

Les patients atteints de BPCO ont souvent des comorbidités qui nécessitent une prise en charge conjointe.¹ Une difficulté supplémentaire est que des maladies concomitantes, tels que l'asthme ou la dilatation des bronches, peuvent être négligées car leurs symptômes se confondent avec ceux de la BPCO. Plus de 85 % des adultes atteints de BPCO ont au moins une comorbidité et 50 % ont trois comorbidités ou plus.^{1,2} La prévalence des comorbidités augmente avec l'aggravation de la BPCO. Les femmes sont plus à risque d'asthme, d'ostéoporose, d'anxiété et de dépression mais sont moins à risque de maladies cardiovasculaires que les hommes.²⁻⁴

Les comorbidités surviennent souvent groupées ce qui suggère des facteurs de risques communs (tabagisme et sédentarité pour la BPCO et le cancer pulmonaire), des mécanismes physiopathologiques communs (vieillesse accélérée pour la BPCO et l'hypertension artérielle) et un risque

d'augmentation des effets secondaires des traitements inhalés (diabète).⁵⁻⁷

PRENDRE EN CHARGE LE PATIENT ATTEINTS DE BPCO

Selon les dernières recommandations de la *Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD), les bronchodilatateurs sont le traitement principal des patients avec une BPCO stable. Le traitement initial est basé sur une mono ou bithérapie par bronchodilatateurs d'action prolongée.⁸

L'association ICS/LABA peut être utilisée en première intention chez les patients GOLD D avec des polynucléaires éosinophiles 0.3 G/L.⁸ Cependant, les ICS sont associés à un sur-risque de pneumopathie. Une décision individualisée avec analyse de la balance bénéfico-risque est à réaliser. L'arrêt de l'ICS est à considérer en cas de survenue d'une pneumopathie.

PRENDRE EN CHARGE LA MULTIMORBIDITE AVEC LA BPCO

La prise en charge individualisée des patients multimorbides atteints de BPCO est souvent complexe. Elle suppose l'application simultanée de plusieurs recommandations centrée-maladie. Ces recommandations sont rarement compatibles, notamment concernant les recommandations thérapeutiques.⁹ Une approche globale est donc importante, en particulier chez les patients multimorbides. Nous proposons aux médecins de soins primaires de réévaluer et d'adapter régulièrement (au moins annuellement) les traitements. La survenue d'une comorbidité devrait alerter et faire réévaluer le traitement de la BPCO avec une attention particulière sur les liens entre les symptômes des comorbidités, l'adhésion aux traitements et leurs effets secondaires.

Pour les patients atteints de BPCO, la

multimorbidité est associée avec un niveau élevé de polymédication et donc un risque augmenté d'effets secondaires et d'interactions ainsi qu'une augmentation du risque d'hospitalisation et de décès prématuré.^{1,5,10-14} En cas de polymédication, lorsque les traitements ont des effets secondaires similaires, il est d'autant plus nécessaire de se préoccuper de la polymédication.¹⁴

Généralement, la multimorbidité ne devrait pas retarder ou modifier le traitement de la BPCO et les comorbidités devraient être prise en charge en accord avec les prises en charge standards. De plus, il faudrait assurer un traitement le plus simple possible et limiter la polymédication.⁸

LES COMORBIDITES D'INTERET

La prise en charge de patients multimorbides atteints de BPCO nécessite des soins personnalisés. Les praticiens de soins primaires devraient adopter une approche systématique pour gérer les patients atteints de BPCO. Les interactions entre les symptômes des comorbidités et les effets secondaires des traitements devraient être prise en compte, avec une attention particulière pour les maladies suivantes:

- Asthme
- Ostéoporose/fractures
- Diabète
- Pneumopathie et tuberculose
- Fibrillation auriculaire
- Douleurs chroniques
- Maladies rénales chroniques
- Maladies prostatiques
- Reflux gastro-œsophagien
- Anxiété et/ou dépression
- Syndrome d'apnées obstructives du sommeil

POINTS-CLES GENERAUX POUR L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA BPCO CHEZ DES PATIENTS MULTIMORBIDES EN SOINS PRIMAIRES

Optimiser les schémas thérapeutiques via les recommandations nationales ou (au mieux) GOLD⁸ et évaluer et prendre en charge les comorbidités. Lors de l'introduction d'un bronchodilatateur, évaluer le risque de fibrillation auriculaire (LABA) et le risque d'aggravation des symptômes urinaires chez les patients atteints de maladies rénales ou prostatiques (LAMA). Réfléchir aux indications des ICS avant leur introduction, les utiliser conformément aux recommandations et s'intéresser aux derniers conseils de l'IPCRG sur leur utilisation et leur arrêt.

Références

- Chetty U, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and comorbidities: a large cross-sectional study in primary care. *Br J Gen Pract* 2017;**67**:e321-8
- Dal Negro RQ, et al. Prevalence of different comorbidities in COPD patients by gender and GOLD stage. *Multidisciplin Respir Med* 2015;**10**:24
- Barr RG, et al. Comorbidities, patients knowledge, and disease management in a national sample of patients with COPD. *Am J Med* 2009;**122**:348-55
- Jenkins CR, et al. Improving the management of COPD in women. *Chest* 2017;**151**:686-96.
- Divo MJ, et al. COPD comorbidities network. *Eur Respir J* 2015;**46**:640
- Decramer M, et al. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2012;**379**:1341-51
- Barnes PJ. Senescence in COPD and its comorbidities. *Ann Rev Physiol* 2017;**79**:517-39.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2020 Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD. Available at: <https://goldcopd.org/gold-reports/>
- Dumbreck S, et al. Drug-disease and drug-drug interactions: systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines. *BMJ* 2015;**350**:h949
- Tsiligianni IG, et al. Managing comorbidity in COPD: a difficult task. *Current Drug Targets* 2013;**14**:158-76
- Lozano R, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;**380**:2095-218
- Quaderi SA, Hurst JR. The unmet global burden of COPD. *Global Health Epidemiol Gen* 2018;**3**:e4
- Mounce LTA, et al. Predicting incident multimorbidity. *Ann Fam Med* 2018;**16**:322-9
- Morrison D, et al. Managing multimorbidity in primary care in patients with chronic respiratory conditions. *npj Prim Care Respir Med* 2016;**26**:16043
- Martinez CH, et al. Defining COPD-related comorbidities 2004-2014. *Chron Obstruct Pulm Dis* 2014;**1**:51-63
- IPCRG. Desktop helper 6: Evaluation of appropriateness of inhaled corticosteroid (ICS) therapy in COPD and guidance on ICS withdrawal. Available at: <https://www.theipcr.org/display/TreatP/Desktop+helper+6%3A+Evaluation+of+appropriateness+of+inhaled+corticosteroid+%28ICS%29+therapy+in+COPD+and+guidance+on+ICS+withdrawal>. Accessed December 2019

Points-clés essentiels additionnels

- Garder à l'esprit le risque de multimorbidité, dépister et surveiller la survenue des comorbidités les plus fréquentes.
- Assurer au moins une (ré)évaluation annuelle et une adaptation du traitement dans le cadre des soins primaires, dont l'arrêt de médicaments inappropriés. Ne pas oublier le cancer pulmonaire.
- Vérifier les techniques d'inhalation et l'adhésion aux traitements.
- Aider les patients et les soignants à faire face à la quantité importante d'informations et gérer les dépressions et l'anxiété associées.
- Evaluer attentivement l'indication avant d'introduire un ICS. Si un traitement par ICS est déjà en cours, considérer les aspects suivants :
 - Si asthme : l'ICS doit être continué.
 - Si diabète : réévaluer si l'ICS est nécessaire. S'il est continué, un suivi rapproché avec une surveillance glycémique et une adaptation des anti-diabétiques est nécessaire.
 - Si ostéoporose : réévaluer si l'ICS est nécessaire. S'il est continué, une surveillance de la densité osseuse et du risque de fracture est nécessaire. Dépister l'ostéopénie ou l'ostéoporose est recommandé chez les patients recevant des ICS à fortes doses ou des doses faibles à moyennes associées à l'utilisation fréquente de corticostéroïdes systémiques
 - Si infection (pneumopathie ou tuberculose) : considérer l'arrêt de l'ICS et optimiser la bronchodilatation
- Surveiller la survenue de troubles du rythme cardiaque, dont la fibrillation auriculaire, lors de l'initiation de LABA
- Surveiller la survenue de symptômes urinaires chez les patients atteints de maladie rénale ou prostatique lors de l'initiation d'un LAMA

Prise en compte de la multimorbidité pour les traitements des patients atteints de BPCO

Comorbidités	Risques associés aux traitements de la BPCO		
	ICS	LABA	LAMA
Asthme	Les ICS/LABA peuvent être les traitements de 1ère intention chez les patients atteints de BPCO en cas d'antécédent d'asthme ou d'overlap-syndrome		Recommandés chez certains patients
Pneumonie	Augmentent le risque de pneumopathie. Considérer l'arrêt des ICS et l'optimisation de la bronchodilatation		
Ostéoporose/fractures	Diminuent la densité osseuse et augmentent le risque de fracture, particulièrement chez la femme		
Diabète et pre-diabète	S'associent avec l'apparition ou l'aggravation d'un diabète, particulièrement à fortes doses		
Bronchiectasies	Non indiqués en cas de colonisation bactérienne ou d'infections respiratoires basses récurrentes		
Tuberculose	Augmentent le risque de tuberculose, particulièrement à fortes doses		
Maladie rénale chronique			S'associent avec des symptômes urinaires
Maladie prostatique			S'associent avec des symptômes urinaires
Fibrillation auriculaire		S'associent avec une tachycardie et des troubles du rythme (chez patients à risque)	
Glaucome	Favorisent la survenue de glaucome et de cataracte		S'associent avec la cataracte, si utilisés avec un masque

BPCO, bronchopneumopathie chronique obstructive; ICS, inhaled corticosteroids; LABA, long-acting beta agonists; LAMA, long-acting muscarinic antagonists.

 Recommandé

 Utiliser avec précaution

 Utiliser selon des recommandations

Auteurs: Ioanna Tsiligianni, Kristian Hoines, Christian Jensen, JanWillem WH Kocks, Bjorn Stallberg, Claudia Vicente, Rudi Peche
 Relecteurs: Stewart Mercer, Luis Andres Amorim Alves
 Traducteurs: François Kermiche, Jean-Laurent Thebault
 Editeur: Tracey Lonergan

Boehringer Ingelheim a fourni une subvention sans contrepartie pour soutenir le développement, la composition, l'impression et les coûts associés, mais n'a pas contribué au contenu de ce document.

Ce desktop helper est consultatif, il est à utiliser dans un cadre général et ne peut être pris en compte pour une prise en charge spécifique. Informations complémentaires : www.ipcr.org/desktophelpers et www.ipcr.org/disclaimer



Creative Commons Licence Attribution-NonCommercial-ShareAlike

The IPCRG is a registered charity (SC No 035056) and a company limited by guarantee (Company No 256268).
 Communication address: 19 Armour Mews, Ladbroke Grove, London W2 2AE, UK