

USAGE RATIONNEL DES MEDICATIONS INHALEES CHEZ LE PATIENT BPCO AVEC COMORBIDITES MULTIPLES: CONSEILS POUR LA PREMIERE LIGNE

Ce desktop helper décrit les défis associés à la prise en charge pharmacologique du patient avec BPCO et comorbidités multiples avec un focus particulier sur l'usage rationnel des corticostéroïdes inhalés et propose une guidance pour une prise en charge holistique de ce type de patients en médecine de première ligne.

INTRODUCTION

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est typiquement accompagnée de comorbidités multiples. Néanmoins les lignes de conduite pour la prise en charge des patients avec BPCO se focalisent sur la maladie pulmonaire et n'offrent que peu d'aide pratique pour la prise en charge routinière des comorbidités.

Notre objectif est de revoir l'impact des comorbidités sur les choix thérapeutiques pour nos patients avec BPCO, en particulier eu égard aux risques et bénéfices des thérapies inhalées incluant les Bêta-2-agonistes à longue durée d'action (LABA), les antagonistes muscariniques à longue durée d'action (LAMA) et avec un focus particulier sur les corticostéroïdes inhalés (CSI).

MULTIMORBIDITE DANS LA BPCO

Les patients avec BPCO se présentent généralement avec des comorbidités multiples qui nécessitent une prise en charge à long terme en parallèle à celle de leur BPCO.¹

Une difficulté supplémentaire est que certaines conditions coexistantes comme l'asthme et les bronchectasies peuvent passer inaperçues parce que les signes et symptômes peuvent coïncider avec ceux rencontrés dans la BPCO. Plus de 85% des patients adultes atteints de BPCO auront au moins une comorbidité d'importance clinique, la moitié d'entre eux en ont trois ou plus.^{1,2} La prévalence des comorbidités augmente avec la gravité de la BPCO chez les hommes et les femmes par ailleurs les femmes semblent avoir une plus grande sensibilité à l'asthme, à l'ostéoporose, à l'anxiété et à la dépression, mais semblent moins susceptibles d'avoir des maladies cardiovasculaires que les hommes.²⁻⁴

Les comorbidités apparaissent souvent par groupes, ce qui suggère des facteurs de risque communs (le tabagisme et l'inactivité

sont des facteurs de risque à la fois de la BPCO et du cancer du poumon), des mécanismes patho-biologiques sous-jacents partagés (le vieillissement accéléré est associé à la fois à la BPCO et à l'hypertension) et les effets secondaires du traitement de la BPCO (développement du diabète).⁵⁻⁷

PRISE EN CHARGE DU PATIENT BPCO

Selon les dernières recommandations de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), la bronchodilatation reste la pierre angulaire du traitement de patient BPCO stable. Les patients devraient commencer par un traitement avec un ou deux bronchodilatateurs de longue durée d'action.⁸

L'association CSI/LABA peut être considérée comme un traitement initial pour des patients GOLD D avec éosinophiles sanguins à ≥ 300 cells/ μ l.⁸ Néanmoins, comme un traitement avec CSI peut être associé avec un risque accru de pneumonie, une évaluation risques – bénéfices est justifiée pour chaque patient et le retrait des CSI doit être envisagé en cas de nouvelle pneumonie.

PRISE EN CHARGE DU PATIENT MULTIMORBIDE AVEC BPCO

La prise en charge de patients avec BPCO et multimorbidité est souvent complexe, nécessitant l'application simultanée de différentes lignes de conduite spécifiques aux maladies dont souffre le patient.

Ces lignes de conduite sont rarement alignées en ce qui concerne les recommandations thérapeutiques.⁹ C'est pourquoi une approche holistique est importante chez ces patients avec multimorbidité.

Nous encourageons les médecins de première ligne à réaliser de manière régulière (au moins une fois par an) une évaluation et un ajustement thérapeutique éventuel pour

les patients avec BPCO. L'apparition de multimorbidité devrait être un signal d'action pour réévaluer le traitement de la BPCO avec une attention particulière sur l'interface entre les symptômes de leurs différentes comorbidités, l'adhérence à leur traitement et les effets secondaires de leur médicaments.

Pour les patients avec BPCO, la multimorbidité est associée à un haut degré de poly pharmacie et un risque accru d'effets secondaires, d'interactions médicamenteuses ainsi qu'un risque accru d'hospitalisations et de mort prématurée.^{1,5,10-14} La polypharmacie est un souci particulier quand des drogues avec effets secondaires potentiels identiques sont combinées.¹⁵

En général, la multimorbidité ne devrait pas retarder ou modifier le traitement de la BPCO et les comorbidités devraient être prises en charge selon les recommandations habituelles; une attention particulière devrait s'assurer d'un traitement simple afin de minimiser la polypharmacie.

COMORBIDITES D'INTERET PARTICULIER

La prise en charge des patients avec BPCO et comorbidités nécessite une approche personnalisée. Les médecins de première ligne devraient adopter une démarche systématique pour suivre leurs patients BPCO. Le chevauchement entre les symptômes des comorbidités et les effets secondaires des traitements devraient être aussi considérés avec une attention spéciale aux comorbidités suivantes:

- Asthme
- Ostéoporose/fractures
- Diabète
- Pneumonie et tuberculose
- Fibrillation auriculaire
- Douleur chronique
- Insuffisance rénale chronique
- Maladie de la prostate
- Reflux gastro oesophagien

- Anxiété et/ou dépression
- Syndrome d'apnées et hypopnées du sommeil

POINTS D'ACTION GÉNÉRAUX POUR AMÉLIORER LA GESTION DU PATIENT MULTIMORBIDE ATTEINT DE BPCO DANS LE CADRE DES SOINS PRIMAIRES

Optimiser le schéma thérapeutique conformément aux directives locales et, idéalement, GOLD et évaluer et traiter les comorbidités.⁸ Lors de l'initiation de patients sous traitement bronchodilatateur, évaluer le risque de fibrillation auriculaire (LABA) et le risque d'aggraver les symptômes urinaires chez les patients atteints d'insuffisance rénale ou de problème prostatique (LAMA). De plus, réfléchissez bien aux indications de l'utilisation du CSI avant de prescrire. Utiliser conformément aux recommandations des lignes directrices et prendre note des derniers conseils de l'IPCRG sur l'utilisation appropriée des CSI et des conseils sur le retrait des CSI.¹⁶

References

- 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 IJA, 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 d'action essentiels additionnels

- Accroître la sensibilisation à la multimorbidité de la BPCO, dépister et surveiller les patients pour les comorbidités les plus courantes
- Assurer au moins une (ré) évaluation annuelle du patient et un ajustement du traitement dans le cadre des soins primaires, y compris l'arrêt des médicaments inappropriés. N'oubliez pas le cancer du poumon
- Revoir la technique d'inhalation et l'adhérence aux traitements
- Eduquer les patients multimorbides atteints de BPCO et les soignants pour les aider à faire face à des quantités potentiellement trop importantes d'informations et à la dépression et l'anxiété associées
- Évaluez soigneusement l'indication avant d'initier un traitement CSI. En ce qui concerne le traitement CSI en cours, envisager
 - o Asthme: le traitement CSI doit être poursuivi
 - o Diabète: reconsidérer si un traitement CSI est nécessaire; si le CSI se poursuit, un suivi étroit, une surveillance de la glycémie et une titration du traitement antidiabétique sont nécessaires
 - o Ostéoporose: reconsidérer si un traitement CSI est nécessaire; si le CSI se poursuit, un suivi étroit de la perte de densité minérale osseuse et du risque de fractures sont nécessaires. Le dépistage de l'ostéopénie ou de l'ostéoporose est recommandé chez les patients recevant une dose élevée de CSI ou une dose faible à moyenne de CSI avec utilisation fréquente de corticostéroïdes oraux
 - o Infections (pneumonie ou tuberculose): envisager le retrait du CSI et maximiser la bronchodilatation
- Surveiller étroitement les troubles du rythme cardiaque, y compris la fibrillation auriculaire, lors de l'initiation des patients sous un LABA
- Surveiller les symptômes urinaires émergents lors de l'initiation de LAMA à des patients atteints d'une maladie chronique des reins ou de la prostate

Considérations de traitement pour le patient multimorbide atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive

| Comorbidités | Risques associés au traitement de la BPCO | | |
|--------------------------|--|---|---|
| | CSI | LABA | LAMA |
| Asthme | Recommandé; LABA / CSI peut être la première ligne chez les patients atteints de BPCO avec des antécédents d'asthme et dans le chevauchement asthme-BPCO | | Recommandé chez certains patients |
| Pneumonie | Risque accru de pneumonie; envisager le retrait du CSI et maximiser la bronchodilatation | | |
| Ostéoporose/fractures | Augmentation du risque de perte osseuse et de fracture; particulièrement chez les femmes | | |
| Diabète et pré-diabète | Associé à l'apparition et à la progression du diabète, en particulier à des doses élevées | | |
| Bronchiectasies | Non indiqué chez les patients présentant une colonisation bactérienne ou RTI inférieures récurrentes | | |
| Tuberculose | Risque accru de tuberculose, en particulier à fortes doses | | |
| Maladie rénale chronique | | | Associé aux symptômes urinaires |
| Maladie prostatique | | | Associé aux symptômes urinaires |
| Fibrillation auriculaire | | Associé à une tachycardie et à des troubles du rythme (chez les patients sensibles) | |
| Glaucome | Associé au glaucome et aux cataractes | | Associé aux cataractes s'il est utilisé avec un masque facial |

BPCO, bronchopneumopathie chronique obstructive; ICS, corticostéroïde inhalé; LABA, β -2 agoniste de longue durée d'action; LAMA, anticholinergique de longue durée d'action; RTI, infection des voies respiratoires; TB, tuberculose.

■ Utilisation recommandée ■ Utilisation avec prudence ■ Utilisation selon les directives BPCO