

L'ASTHME et la MPOC

Des symptômes semblables, mais des traitements différents

par le **D^r J. Mark FitzGerald**

LES CAS D'ASTHME et de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) augmentent et, bien que les symptômes et les traitements soient semblables, il importe de les distinguer. Pour l'asthme, par exemple, il est impératif de contrôler l'environnement et de déterminer la sensibilité aux allergènes. Avec le traitement, on parvient souvent à rétablir une fonction respiratoire quasi-normale. Mais dans le cas de la MPOC, l'obstruction des voies respiratoires souvent observée au diagnostic persiste et les chances de rétablissement d'une fonction respiratoire normale malgré un traitement optimal sont faibles. Par contre, on peut en atténuer les symptômes.

Le D^r J. Mark FitzGerald est professeur de médecine à l'Université de la Colombie-Britannique et médecin en santé respiratoire au Centre pulmonaire de l'Hôpital général de Vancouver (www.thelungcentre.ca).

On pose un diagnostic d'asthme ou de MPOC après un examen rigoureux des antécédents et de la condition physique du patient, puis des résultats de divers tests, dont l'examen fonctionnel respiratoire.

Le diagnostic d'asthme

L'asthme peut se déclarer à tout âge, chez l'enfant comme chez l'adulte. On croit souvent que la maladie touche davantage les enfants ou les adolescents, mais environ 40 % des cas sont diagnostiqués à l'âge adulte. Ceux-ci se caractérisent par une perte progressive de la capacité respiratoire et des symptômes intermittents, la respiration sifflante étant le plus important. Dans certains cas, la toux est le symptôme principal, et il faudra éliminer d'abord d'autres causes possibles, dont l'écoulement post-nasal et le reflux gastro-œsophagien.

L'adulte qui développe l'asthme peut être issu d'une famille où l'on souffrait d'asthme et avoir connu des épisodes récurrents de bronchite sifflante pendant l'enfance ou l'adolescence. Également, les antécédents d'allergies saisonnières avec rhinite sont fréquents. Le passage des allergies à l'asthme peut être déclenché par une maladie virale ou l'exposition à une quantité nettement plus forte d'allergènes, par exemple un déménagement ou des rénovations. Dans les premiers temps, il est difficile de poser un diagnostic d'asthme et le patient constate

seulement qu'il a plus souvent la bronchite et que celle-ci dure plus longtemps que d'habitude.

Le diagnostic de MPOC

On pose rarement un diagnostic de MPOC chez une personne de moins de 40 ans, surtout si elle ne fume pas. Il faut attendre la manifestation des symptômes, quoiqu'on puisse constater une MPOC sur une radiographie thoracique ou sur une imagerie RM effectuée pour d'autres raisons. Près d'un million de Canadiens sont atteints d'une MPOC, et depuis 20 ans, on constate une augmentation frappante du nombre de femmes affectées.

Aspécifiques au départ, les symptômes se développent avec le temps en un essoufflement et une toux avec expectoration. On note une respiration sifflante dans certains cas, mais pas autant qu'avec l'asthme. Le tabagisme entraîne un risque accru de MPOC, tout comme une exposition soutenue à la poussière, aux produits chimiques ou à la pollution atmosphérique. La déficience alpha anti-trypsine (voir l'encadré) est le facteur de risque héréditaire le mieux documenté. La bronchite chronique (inflammation de la muqueuse des bronches et surproduction de mucus par les poumons) et l'emphysème (dommages causés aux petites voies respiratoires et aux sacs alvéolaires) sont les deux maladies qui évoluent souvent en MPOC.

Les examens

Pour poser le diagnostic, il faut d'abord faire un examen fonctionnel respiratoire. Avec l'asthme, surtout dans les premiers temps, les résultats sont presque normaux, mais sont meilleurs après la prise d'un bronchodilatateur. Le cas échéant, on effectue un autre examen qui provoque le rétrécissement des voies respiratoires pour déclencher des symptômes d'asthme.

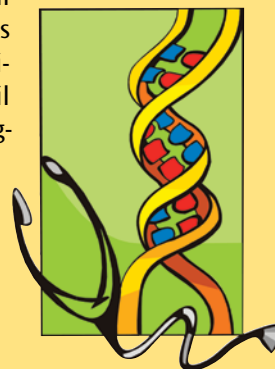
Également, on administre un test cutané d'allergies afin de cerner les allergènes environnementaux et alimentaires évitables et améliorer ainsi le contrôle des symptômes.

Dans le cas de la MPOC, par contre, l'examen fonctionnel respiratoire révèle habituellement un certain degré d'obstruction des voies aériennes au moment où la personne finit par se faire tester. La radiographie thoracique n'est pas un examen de routine, mais le médecin la recommande parfois au fumeur présentant des symptômes aigus ou des risques de cancer du poumon. Dans la plupart des cas, les patients ne développeront pas de cancer du poumon, mais vu la prévalence élevée du tabagisme, ils sont, en tant que groupe, exposés à un risque plus grand que les non-fumeurs.

LA MPOC HÉRÉDITAIRE

Entre 1 % et 3 % des patients ayant une MPOC souffrent d'une maladie héréditaire, une déficience alpha anti-trypsine (AAT). Protéine présente dans le sang, l'AAT annule les effets de l'élastase, une enzyme qui neutralise les bactéries et les fines particules inhalées par le poumon. Or, l'élastase peut détruire les sacs alvéolaires du poumon. On diagnostique cet emphysème génétique en mesurant la concentration d'AAT dans le sang. On constate surtout la déficience d'AAT chez les individus originaires d'Europe du Nord.

En général, la maladie se transforme en emphysème symptomatique après l'âge de 30 ans chez les fumeurs et une décennie plus tard chez les non-fumeurs. Le traitement est semblable à celui qu'on administre aux patients atteints d'une MPOC non héréditaire, à cette différence qu'il comprend une thérapie d'augmentation par injection intraveineuse (Prolastin^{MD}), qui consiste à remplacer l'AAT du patient par une AAT normale dérivée d'un plasma provenant d'un donneur.



Comme une importante minorité de gens fument encore et que l'asthme est une maladie relativement répandue, il n'est pas étonnant de constater un chevauchement entre l'asthme et la MPOC. Mais la distinction est importante pour le traitement et le pronostic.

Toute personne chez qui on a diagnostiqué l'asthme ou la MPOC devrait arrêter de fumer et se faire vacciner contre la grippe et contre la pneumonie

Les traitements

Toute personne chez qui on a diagnostiqué l'asthme ou la MPOC devrait arrêter de fumer et se faire vacciner, notamment contre la grippe et, surtout dans le cas de la MPOC, contre la pneumonie.

Pour l'asthme et la MPOC, le traitement vise d'abord à dégager les voies aériennes et à soulager l'essoufflement au moyen de bronchodilatateurs. Il en existe deux grands groupes, soit les bêta agonistes et les anticholinergiques. Les bêta agonistes à action rapide — p. ex. Ventolin^{MD} et Airomir^{MD} (salbutamol), Bricanyl^{MD} (terbutaline) et Berotec^{MD} (fénotérol) — dégagent rapidement les voies aériennes à l'apparition des symptômes. Les xanthines — theophylline, Uniphyll^{MD} et Theo-Dur^{MD} — soulagent l'essoufflement.

Pour obtenir un contrôle à long terme des symptômes, on prendra sur une base régulière un bêta agoniste à action prolongée — p. ex. Serevent^{MD} (salmétérol) ou Oxeze^{MD} et Foradil^{MD} (formotérol).

Dans le cas de la MPOC, les anticholinergiques agissent en soulageant l'essoufflement. Il existe des formules à action rapide — Atrovent^{MD} (ipratropium) — et à action prolongée — Spiriva^{MD} (tiotropium). Dans certains cas, on obtient un meilleur soulagement en combinant un bêta agoniste à action rapide et un anticholinergique en aérosol-doseur, par exemple le Combivent^{MD} (salbutamol et ipratropium).

Pour réduire l'inflammation des voies aériennes causée par les deux maladies, on utilise les corticostéroïdes inhalés, qui agissent à long terme : Flovent^{MD} (fluticasone), Pulmicort^{MD} (budésonide), Alvesco^{MD} (ciclésonide) et Qvar^{MD} (béclométhasone). Il existe également des combinaisons de corticostéroïdes et de bêta agonistes à action prolongée, soit Advair^{MD} (fluticasone et salmeterol) et Symbicort^{MD} (budésonide et formotérol).

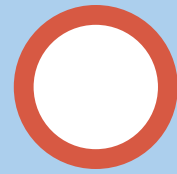
Comme la MPOC s'attaque aux défenses naturelles des poumons, les infections sont plus fréquentes et on fait appel aux antibiotiques, mais si elles sont d'origine virale, les médicaments n'y feront rien. L'oxygénothérapie n'est pas nécessaire pour toutes les personnes atteintes de MPOC, mais le médecin la recommandera parfois comme traitement d'appoint ou traitement régulier.

Pour la MPOC, on traite initialement au moyen d'un bronchodilatateur pour soulager les symptômes. Pour l'asthme, on commence par un traitement anti-inflammatoire ou préventif, le plus souvent un corticostéroïde inhalé. Chez les patients dont les symptômes d'asthme ou de MPOC sont modérés ou graves, la stratégie optimale de plus en plus reconnue consiste à combiner un bêta agoniste ou un anticholinergique à action prolongée et un corticostéroïde inhalé.

Dans quelle mesure les symptômes s'atténueront-ils?

La plupart des personnes asthmatiques qui suivent le traitement à la lettre parviennent à bien contrôler leurs symptômes avec une faible dose de corticostéroïdes inhalés et de bronchodilatateurs au besoin. Mais le respect du traitement peut être compromis par des craintes quant à l'innocuité des médicaments, des problèmes avec la technique d'inhalation et la difficulté d'accepter de devoir prendre des médicaments lorsqu'on se sent bien. Or, cela nuit au contrôle de l'asthme. Les patients disent parfois que leur asthme est maîtrisé, mais en les interrogeant à propos des symptômes, on se rend compte que c'est loin d'être le cas. Néanmoins, le nombre de patients hospitalisés ou même décédés en raison de l'asthme a nettement reculé depuis quelques années.

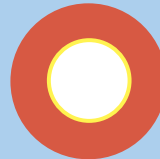
EFFET DE LA MPOC SUR LES VOIES AÉRIENNES



Bronche normale



Bronchoconstriction



MPOC avec muqueuse bronchique épaisse



MPOC avec bronchoconstriction

Quant à la MPOC, une fois la maladie établie, il est difficile d'en reverser les effets. Malgré une obstruction permanente des voies aériennes, on peut cependant mieux contrôler les symptômes et réduire la fréquence des poussées actives au moyen d'une combinaison de médicaments inhalés en association avec un anticholinergique à action prolongée. On peut ralentir la détérioration soutenue de la fonction respiratoire en arrêtant de fumer. De plus, l'éducation et la rééducation respiratoire (voir ci-dessous) peuvent accroître la qualité de vie. Ces interventions sont importantes, car la MPOC est une cause grandissante de décès, d'hospitalisations et de consultations médicales.

L'éducation

L'asthme et la MPOC sont des maladies chroniques contrôlables par la prise régulière de médicaments. Pour l'une et l'autre, il peut y avoir une aggravation progressive des symptômes et des poussées actives. Pour l'asthme et maintenant pour la MPOC, des études indiquent que les programmes d'éducation structurés, administrés par un éducateur spécialisé, portent fruit. Dans le cadre de ces interventions, on fournit aux patients un plan d'action qui leur conseille d'augmenter la médication dès le début d'une poussée active. Également, il est important de bien maîtriser la technique, et un travailleur de la santé peut facilement l'enseigner. À la consultation médicale, le médecin peut renforcer les principes d'éducation, mais ne peut se consacrer pleinement à l'éducation en raison de contraintes de temps. Les associations de santé pulmonaire provinciales ont habituellement une liste des programmes d'éducation. Plus récemment, l'importance accordée à la multidisciplinarité a mené à l'établissement de cliniques spécialisées en MPOC et en asthme. Pour la MPOC, une formation plus intensive pourra comprendre un programme de rééducation respiratoire, qui mettra l'accent sur l'exercice et la planification des activités quotidiennes. 🌱