

Belgian Pneumology Days 2017

1-2 décembre 2017 - Mons, Belgique

Asthme sévère non contrôlé & BPCO avec dyspnée persistante

LORS DU CONGRÈS ANNUEL DE LA BELGISCHE VERENIGING VOOR PNEUMOLOGIE/SOCIÉTÉ BELGE DE PNEUMOLOGIE QUI SE DÉROULAIT CETTE ANNÉE À MONS, LES PROFESSEURS LIEVEN DUPONT (UZ GASTHUISBERG, LEUVEN) ET VINCENT NINANE (CHU SAINT-PIERRE, BRUXELLES) ONT DISCUTÉ DE DEUX CAS DE PATIENTS INTÉRESSANTS : UN PATIENT ATTEINT D'ASTHME SÈVÈRE NON CONTRÔLÉ ET UN PATIENT BPCO SOUFFRANT DE DYSPNÉE NON PERSISTANTE.¹

Asthme sévère, non contrôlé

Le professeur Lieven Dupont a présenté le cas d'un homme de 43 ans qui avait eu une première exacerbation d'asthme il y a 5 ans et qui, depuis lors, contracte environ trois fois par an une infection respiratoire aiguë qui est systématiquement traitée par des antibiotiques et des stéroïdes oraux. Le patient possède en outre un profil atopique, souffre d'asthme éosinophile et présente des polypes nasaux avérés. Malgré la prise de corticoïdes inhalés à haute dose en combinaison avec des LABA (*long-acting beta₂ agonist*), le patient souffre d'asthme sévère non contrôlé.

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique caractérisée par une obstruction réversible des voies respiratoires. Chez la majorité des patients, l'asthme est reconnu comme une maladie à médiation IgE qui se développe sur un terrain allergique. Les IgE déclenchent la cascade allergique en se liant aux mastocytes. Un asthme sévère mal contrôlé ne touche qu'une partie relativement faible de la population asthmatique (5 à 10 %), mais les soins prodigués à ces patients présentent un coût important.

« Lors de la prise en charge d'un patient souffrant d'asthme sévère, le diagnostic doit être confirmé et le phénotype déterminé. Il est très important — et cette vérification est à faire chez tous les patients asthmatiques — de contrôler minutieusement la technique d'inhalation. Une anamnèse détaillée de l'exposition aux facteurs environnementaux et de la médication est également nécessaire. Chez les patients présentant des problèmes au niveau des voies respiratoires supérieures, un examen ORL et un scanner des sinus peuvent se révéler utiles. Un scanner des poumons est conseillé à partir de 45 ans et chez les patients fumant plus de 10 paquets-années. Une polysomnographie est en outre recommandée lorsque l'IMC s'élève à ≥ 29 kg/m², » déclare le professeur Lieven Dupont.

La majorité des médecins participants ont opté, comme examen diagnostique complémentaire dans le cas présenté, pour un scanner des sinus ou pour l'orientation du patient vers un médecin ORL. Le traitement additionnel proposé, outre le traitement inhalé par ICS + LABA et le spray nasal de mométasone, consistait en omalizumab 300 mg par voie sous-cutanée (toutes les deux semaines).

L'omalizumab est un anticorps monoclonal humanisé produit par la technologie de l'ADN recombinant qui se fixe de manière sélective aux immunoglobulines E (IgE) humaines. L'omalizumab se lie aux IgE libres et prévient la fixation des IgE aux récepteurs FcεRI, freinant ainsi la chaîne de réactions allergiques (Figure 1). L'omalizumab (Xolair[®]) est indiqué comme traitement complémentaire pour les patients atteints d'asthme allergique persistant sévère insuffisamment contrôlé malgré une forte dose d'ICS + LABA (à partir de 6 ans).

Patient BPCO avec dyspnée persistante

Le professeur Vincent Ninane a demandé aux personnes présentes pour quel traitement inhalé additionnel elles opteraient chez un patient BPCO de 52 ans qui a connu deux exacerbations au cours de l'année précédente et qui, malgré un traitement inhalé par LABA + ICS, souffrait de dyspnée persistante. À sa grande surprise, 70 % des médecins présents optaient pour une trithérapie par LAMA + LABA + ICS.

« Depuis la publication de l'étude FLAME, dans laquelle des patients BPCO symptomatiques ont été randomisés en double aveugle pour recevoir un traitement de 52 semaines par la combinaison LABA/LAMA indacatérol 110 µg + 50 µg glycopyrronium (une fois par jour) ou par la combinaison LABA/ICS salmétérol

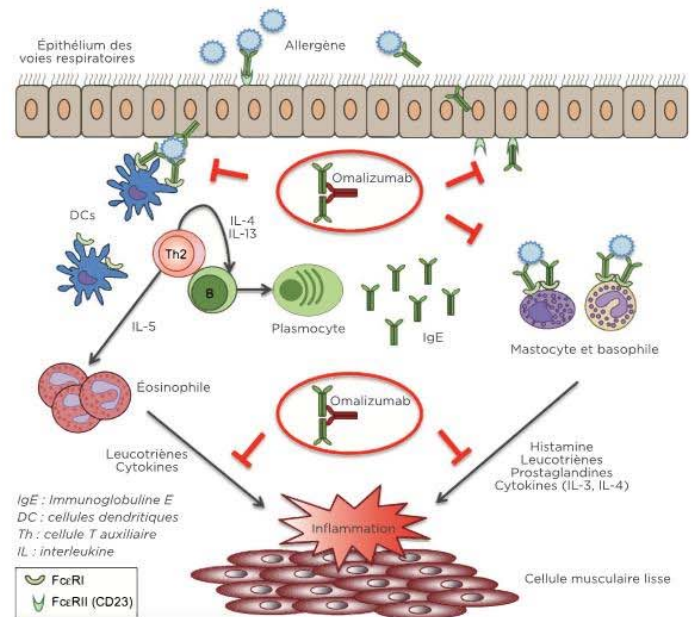


Figure 1. Représentation schématique des fonctions biologiques du réseau IgE, qui est inhibé par l'omalizumab.²

50 µg + 500 µg dipropionate de fluticasone (deux fois par jour), nous savons que les bronchodilatateurs inhalés forment la pierre angulaire de tout traitement BPCO. Chez notre patient de 52 ans, il est donc plus judicieux de passer à un traitement inhalé par LAMA + LABA. Dans l'étude FLAME, il a été démontré que la survenue annuelle de toutes les exacerbations était inférieure de 11 % chez les patients BPCO traités par indacatérol-glycopyrronium par rapport aux patients traités par salmétérol-fluticasone ($p = 0,003$). Le résultat positif de la combinaison LABA/LAMA indacatérol-glycopyrronium est très convaincant parce que

toutes les exacerbations diminuent, qu'elles soient de nature légère, modérée ou sévère (Figure 2), » précise le professeur Ninane.

Le professeur Vincent Ninane a souligné que la réversibilité observée après l'utilisation d'un bronchodilatateur (LAMA ou LABA) — comme unique critère — ne constitue pas une raison pour initier un traitement par corticoïdes inhalés. Chez les patients BPCO, le traitement consiste toujours en un bronchodilatateur LABA ou LAMA et, en deuxième lieu, en la combinaison d'un LAMA et d'un LABA. On sait qu'environ 10 % des patients atteints de BPCO présentent peut-être le syndrome de chevauchement asthme-BPCO (asthma-COPD overlap syndrome - ACOS). Le diagnostic d'ACOS exige toutefois une observation prolongée de la part du médecin traitant avant de procéder à un ajustement thérapeutique.

Dr. Ph. Malaise

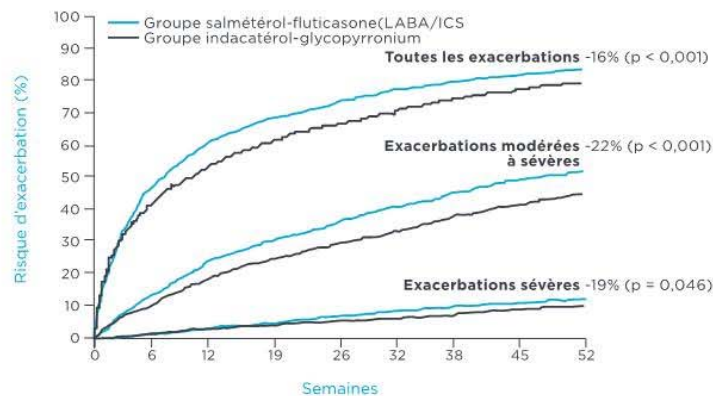


Figure 2. Délai de survenue de la première exacerbation dans l'étude FLAME.³

Références

- Dupont L & Ninane V. Interactive patient asthma/ COPD debate. Belgian Pneumology Days 2017. 1-2 December 2017. Mons, Belgium.
- Pelaia G, et al. Targeted therapy in severe asthma today; focus on immunoglobulin E. Drug Design, Development and Therapy 2017; 11: 1979-1987.
- Wedzicha J, et al. for the FLAME Investigators. Indacatérol-glycopyrronium versus salmétérol-fluticasone for COPD. The New England Journal of Medicine 2016; 374 (23): 2222-2234.