

Interventions Pharmaceutiques

Médicaments en Pneumologie

Lettre régionale Hauts de France des IP - n°8
Octobre 2018

OMÉDIT Hauts de France
avenue Willy Brandt
59777 Lille
E-mail :
jennifer.pralat@ars.sante.fr

**Faculté de Pharmacie Lille2
Pharmacie du CHRU de Lille**
Pr Bertrand Décaudin
E-mail :
bertrand.decaudin@univ-
lille2.fr

CRPV LILLE
Dr Sophie Gautier
E-mail :
sophie.gautier@chru-lille.fr

SOMMAIRE

- ✓ Introduction du Dr O. LE ROUZIC, Pneumologue : « A propos de la BPCO et de l'asthme »
- ✓ Cas Cliniques

Ont participé à la réalisation de cette lettre :

B. Décaudin
S. Gautier
I. Carpentier
M. Yilmaz

Pilotes des réunions :

→ Olivier LE ROUZIC
→ Elodie CUVELIER
→ Fanny MOREAU
→ Quentin HIVER

Pour les inscriptions aux réunions et accès aux présentations des IP

Dr Stéphanie GENAY
E-mail :
stephanie.genay@univ-
lille2.fr

1. Introduction du Docteur Olivier LE ROUZIC, CHU de Lille, Pneumologue

« A propos de la BPCO et de l'asthme »

Points clés :

- Grande disparité des systèmes d'inhalation qui ne sont pas toujours si simples à utiliser
- Importance de **l'éducation du patient à son système** (Molimard ERJ 2017) pour éviter les erreurs critiques qui impactent la survie et l'évolution de la fonction respiratoire (86% d'exacerbations si mauvaise manipulation) :
 - Dans un premier temps le prescripteur propose un inhalateur le plus adapté au patient pour une bonne observance
 - Dans un second temps il choisit la molécule.

Les vidéos, les dépliants et les notices ne sont pas suffisants, il est important de prendre le temps de montrer le fonctionnement des systèmes au patient pour qu'il adhère à son traitement et qu'il l'utilise de façon optimale.

Les risques de surdosage (pneumopathie) ou de sous dosage existent.

- L'éducation thérapeutique globale est intégrée aux soins :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_patient-bcpo.pdf

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271954/fr/education-therapeutique-du-patient-asthmatique-adulte-et-adolescent

NB : différence de posologies des corticoïdes par indication lors d'exacerbations.
Ex :

- Asthme méthylprednisolone 1mg/kg et
- BPCO méthylprednisolone 0,5 mg/kg

Pour la BPCO :

A chaque exacerbation, pertes de 20% de la capacité respiratoire et la perte est irréversible

→Vigilance quant à l'hospitalisation

Importance des Béta 2 mimétiques à longue durée d'action

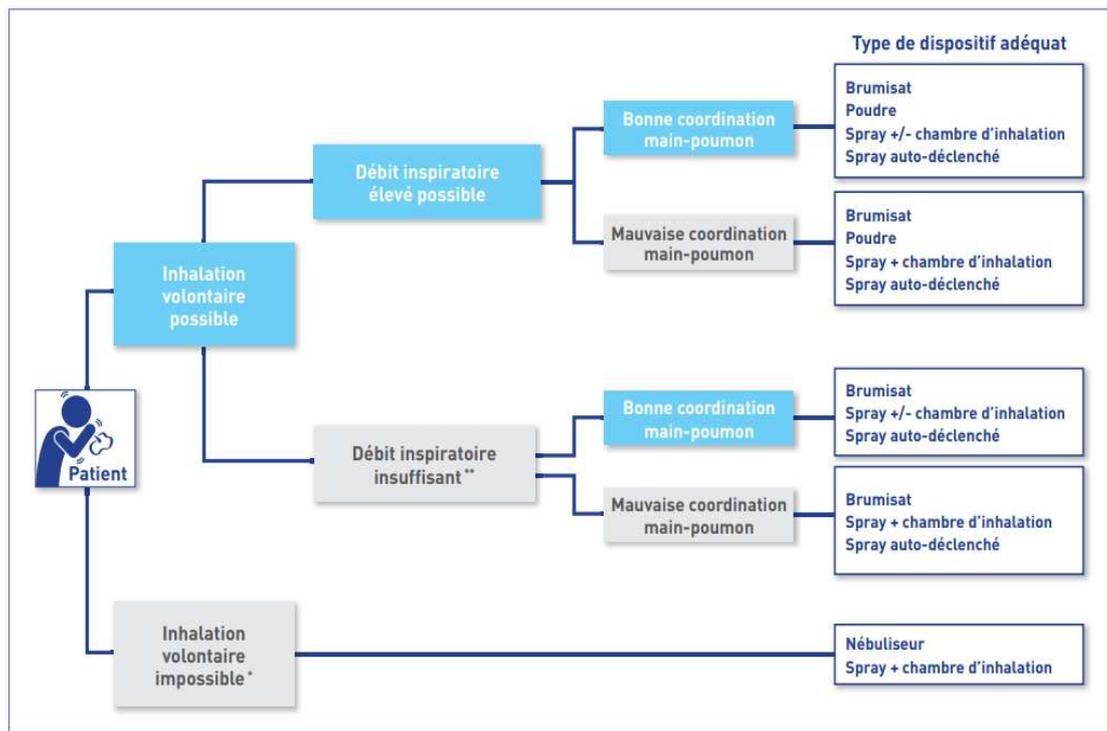
Nécessité de réévaluer l'indication des corticoïdes inhalés, il vaut mieux privilégier l'association de 2 bronchodilatateurs.

En pratique, l'ajout d'un corticoïde à un beta2 de longue durée d'action nécessite un suivi du nombre d'exacerbations sur une période d'au moins 1 an et si il n'y a pas de bénéfice, les corticoïdes sont arrêtés. En effet l'association d'un corticoïde avec un bêta2 de longue durée d'action peut être délétère et augmenter la survenue de pneumopathie. Il n'y a pas de limite d'âge pour l'utilisation de corticoïdes.

L'oubli de l'administration du corticoïde inhalé n'est pas un problème en soit, cela n'augmente pas les épisodes d'exacerbation (Magnussen 2014)

Un patient BPCO qui fait des exacerbations doit être vu au moins une fois par an par le pneumologue.

Choix du dispositif d'inhalation adéquat pour un patient¹



18-0234 - 03/2018 - 180463620349/PW015 - Boehringer Ingelheim France SAS.

Diagnostic de BPCO (VEMS/CV <0,7 après bronchodilatateurs)

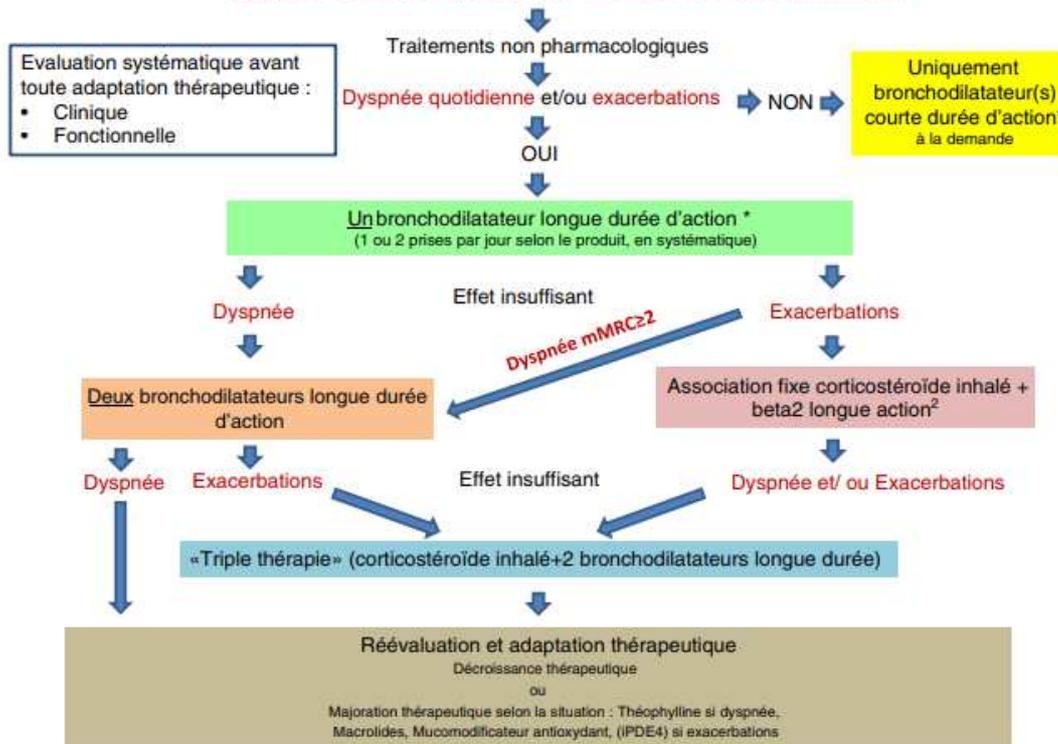


Figure 1. Proposition d'algorithme de prise en charge thérapeutique dans la BPCO.

Please cite this article in press as: Zysman M, et al. Pharmacological treatment optimization for stable chronic obstructive pulmonary disease. Proposals from the Société de Pneumologie de Langue Française. Revue des Maladies Respiratoires (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2016.10.004>

NB : Ce que ces recommandations précisent radicalement concerne le patient exacerbateur qui a déjà un bronchodilatateur de longue durée d'action c'est la notion de niveau de dyspnée.

Si la dyspnée mMRC est > ou = 2 : l'ajout d'un 2ème bronchodilatateur à longue durée d'action est privilégié au corticostéroïde

Pour l'asthme :

Le corticoïde est la base du traitement dans l'asthme.

Prudence quant à l'arrêt des corticoïdes inhalés car risque d'exacerbation des symptômes même pour des doses faibles. Les corticoïdes doivent être maintenus mêmes pour une courte durée d'hospitalisation.

Le patient doit être acteur de sa prise en charge afin d'améliorer son bénéfice par la connaissance des facteurs favorisant ses symptômes, l'observance des traitements et/ou ses pratiques comportementales.

LA DÉMARCHÉ ÉDUCATIVE : 4 étapes selon l'HAS

1. Adapter l'éducation thérapeutique à chaque personne asthmatique grâce au diagnostic éducatif. Cinq questions pour cerner le patient, ses besoins et ses attentes : qu'est-ce qu'il (elle) a ? Qu'est-ce qu'il (elle) fait ? Qu'est-ce qu'il (elle) sait ? Qui est-il (elle) ? Quel est son projet ?
2. Se mettre d'accord avec le patient sur les compétences qui lui sont les plus utiles à acquérir (sécurité, autonomie).
3. Proposer au patient des activités éducatives construites dans le temps de manière programmée : information orale renforcée par une information écrite, apprentissage à l'autogestion de l'asthme, application pratique, aide psychosociale.
4. Évaluer les réussites, les difficultés de mise en œuvre par le patient dans sa vie quotidienne.
→ Le patient doit pouvoir bénéficier d'une synthèse des données le concernant, faite par le médecin ou l'un des membres de l'équipe, et transmise aux professionnels concernés.

2. Cas cliniques :

Patient tuberculeux (Elodie CUVELIER et Fanny MOREAU CHU de Lille)

Interaction médicamenteuse (IAM) Rifampicine/Buprénorphine :

- Proposition de changer pour Rifabutine mais risque de mauvaise observance ou
- Adaptation posologique de la Buprénorphine mais pas de bibliographie (augmentation des doses et fragmentation si possible, et suivi clinique et biologique par dosages en laboratoire de la buprénorphine / norbuprénorphine pour optimiser l'efficacité thérapeutique)

Asthme résistant : et si c'était le médicament ? (CRPV Nord Pas de Calais)

IAM Rifampicine /corticoïdes :

C'est une précaution d'emploi (MAJ septembre 2016)

La Rifampicine diminue les concentrations plasmatiques et l'efficacité des corticoïdes entraînant une augmentation des doses en corticoïdes qui malgré tout peut entraîner l'exacerbation de l'asthme.

Conduite à tenir : arrêt de l'antibiotique et diminution progressive de la corticothérapie (20mg/semaine)

Points clés :

→ Nombreuses interactions médicamenteuses avec la Rifampicine :

- Action sur le cytochrome P450 3A4 lors de la métabolisation hépatique, puissant inducteur enzymatique, toutefois,
- L'induction enzymatique est progressive, de 10-15 jours après début traitement à quelques jours après fin traitement.

Utilisation d'un outil : DDI predictor

<https://www.ddi-predictor.org/predictor/ddi>

Mucoviscidose (Quentin HIVER CHU de Lille)

Traitement par Orkambi® = Lumacaftor/Ivacaftor (ATU de cohorte)

Médecine personnalisée de la mucoviscidose homozygote en fonction du type de mutation $\Delta F508$
IAM avec d'autres médicaments prescrits dans cette pathologie tels que l'Itraconazole, inhibiteur puissant du cytochrome 3A qui augmente l'exposition à l'Ivacaftor mais pas d'impact sur le Lumacaftor qui est un inducteur enzymatique

Attention à la bonne observance des traitements au regard de la complexité de la prise en charge, en informer les médecins pour adapter au mieux.

Insuffisance respiratoire et Metformine (Quentin HIVER CHU de Lille)

C'est une contre-indication pour les maladies (en particulier aiguë) pouvant entraîner une hypoxie tissulaire telle que :

- Insuffisance cardiaque en décompensation
- Insuffisance respiratoire
- Infarctus du myocarde
- Choc

Pour information :

Guide Zéphir « Les thérapeutiques inhalées de l'asthme et de la BPCO chez l'adulte » est un outil pour l'éducation thérapeutique (utile pour trouver un dispositif en fonction du choix de molécule avec vidéos expliquant la technique d'utilisation) <http://splf.fr/?s=guide+zephir>

Actualités de la société de Pneumologie de langue Française (splf)

<http://splf.fr/documents/>