

Outil d'aide À LA DÉCISION

dans le traitement de l'asthme

CARTE SYNTHÈSE¹

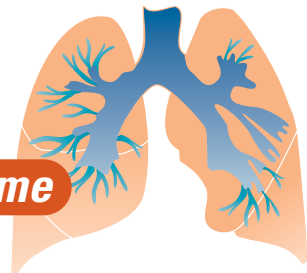


TABLEAU 1 PRISE EN CHARGE GLOBALE DE L'ASTHME (ÉTAPES D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT)

Asthme présumé	Éléments diagnostiques
1. Confirmer le diagnostic et évaluer la sévérité au départ	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes (<i>dyspnée, oppression thoracique, respiration sifflante, toux et expectorations</i>) et antécédents personnels/familiaux; • Patients ≥ 6 ans : a) VEMS ou DEP; b) parfois, provocation bronchique à la méthacholine si diagnostic non confirmé par VEMS ou DEP.
2. Identifier les facteurs déclenchants	<ul style="list-style-type: none"> • Fumée de tabac; animaux, acariens, pollens, moisissures (tests d'allergie à obtenir); infections respiratoires, travail, odeurs fortes, etc.
Asthme confirmé	Traitement
1. Initier le traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Assainissement de l'environnement, médicaments visant une maîtrise rapide et traiter les comorbidités (RGO, rhinite, sinusite).
2. Initier l'éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie chronique, facteurs déclenchants, observance thérapeutique, <i>plan d'action écrit (PAE)</i> et orienter vers un éducateur spécialisé en asthme (www.rqam.ca ou 1-877-441-5072).
3. Cibler les meilleurs résultats à atteindre	<ul style="list-style-type: none"> • Critères de maîtrise, y compris la fonction respiratoire (Tableau 2).
4. Établir la médication minimale nécessaire à la maîtrise	<ul style="list-style-type: none"> • Critères de maîtrise (Tableau 2), continuum de la prise en charge (Figure 1).
5. Établir et remettre un plan d'action écrit (PAE)	<ul style="list-style-type: none"> • Inscription sur le PAE de la <i>médication d'entretien</i> et de la <i>conduite à suivre</i> lors d'une <i>perte de maîtrise</i>; • Exemplaires d'un PAE : www.cdm.gouv.qc.ca.
6. Assurer un suivi régulier	<ul style="list-style-type: none"> • Critères de maîtrise (Tableau 2), causes de la perte de maîtrise s'il y a lieu (Tableau 3) et continuum de la prise en charge (Figure 1).

VEMS = volume expiratoire maximal en une seconde.

DEP = débit expiratoire de pointe.

RGO = reflux gastro-oesophagien.

TABLEAU 2 CRITÈRES DE MAÎTRISE DE L'ASTHME

Symptômes diurnes < 4 jours/semaine	Aucun absentéisme dû à l'asthme
Symptômes nocturnes < 1 nuit/semaine	Prise de moins de 4 doses/semaine d'un BD à action rapide*
Activité physique normale	VEMS ou DEP $\geq 90\%$ du maximum personnel
Exacerbations légères et peu fréquentes	Variation diurne [†] du DEP < 10 % à 15 %

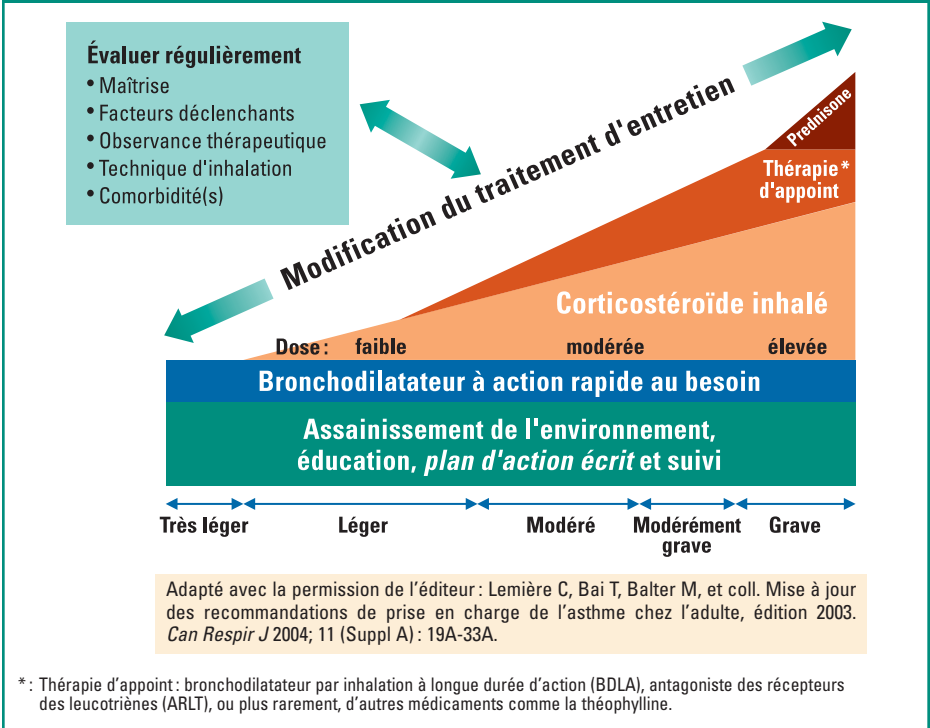
BD = Bronchodilatateur par inhalation.

* : Excluant une dose par jour pour prévenir les symptômes provoqués par l'effort.

† : Variation diurne, matin et soir, sur une période de deux semaines.

TABLEAU 3 CAUSES DE LA PERTE DE LA MAÎTRISE DE L'ASTHME

Nouveaux facteurs déclenchants	Comorbidités
Inobservance thérapeutique	Exacerbation (allergique, infectieuse...)
Technique d'inhalation inadéquate	Augmentation de la gravité de l'asthme

FIGURE 1 CONTINUUM DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME**TABLEAU 4 CORTICOSTÉROÏDES PAR INHALATION : ÉQUIVALENCES PROPOSÉES**

Dénomination commune (nom commercial) et présentation	Dose quotidienne (µg/jour)		
	Faible*	Modérée	Élevée
Béclométhasone (Qvar ^{MC}) AD			
Fluticasone (Flovent [®]) AD, Diskus [®]	≤ 250	De 251 à 500	> 500
Budésonide (Pulmicort [®]) Turbuhaler [®]	≤ 400	De 401 à 800	> 800

AD = aérosol-doseur avec hydrofluoroalcane-134a(HFA) comme agent propulseur.

* : Chez les enfants < 12 ans, une dose faible a été définie comme : < 200 µg/jour de béclométhasone HFA AD avec chambre d'espacement, < 400 µg/jour de budésonide ou < 200 µg/jour de fluticasone.

Édition : Conseil du médicament (CdM) www.cdm.gouv.qc.ca (418) 644-8282.

1. CdM. *Outil d'aide à la décision dans le traitement de l'asthme*. Québec : CdM, 2006 (Janv.) : 1 à 4.

Cet outil est présenté à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien.

© Gouvernement du Québec

Janvier 2006

Conseil
du médicament

Québec

