

Asthme de l'adulte et de l'enfant de plus de 12 ans : prévenir les exacerbations

Note à destination des médecins



Introduction

L'asthme est une maladie chronique dont la particularité est de présenter, pour le même patient, des stades différents et variables dans le temps. Même à un stade de sévérité faible il existe un risque sur le plan vital, lié aux exacerbations toutes potentiellement graves¹. La fréquence des crises d'asthme ou de gêne respiratoire, les admissions fréquentes aux urgences ou en soins intensifs² doivent alerter sur la gravité³. On estime à environ 900 décès par an⁴ qu'on peut espérer éviter par un traitement bien compris et bien suivi.

C'est pour nous aider à prévenir ce risque que cette note est proposée par le Collège de la Médecine Générale.

Aider le patient à minimiser la fréquence et la gravité des exacerbations, proposer aux médecins des éléments de réflexions et de communications sur la gestion d'un patient asthmatique dans le temps nécessite des outils de communication allant des principes des entretiens motivationnels et de l'éducation thérapeutique, à la démonstration des gestes utiles au traitement et à la rédaction d'un plan d'action individualisé à écrire avec chaque patient en fonction de sa personnalité et de ses préférences.

Le diagnostic étant présumé validé, le repérage du stade actuel de la maladie pour le patient se présentant en consultation sera abordé en premier.

Ce stade est basé sur un score validé, permettra ensuite de procéder à une analyse, à une planification et à des actions qui pourront être adaptées selon les situations et le contexte global.

Sommaire

I - REPÉRER : auto ou hétéro-questionnaires, DEP au cabinet ou à domicile	p.03
Test de contrôle de l'asthme ACT (Asthma Control Test)	
Test de contrôle de l'asthme ACQ (Asthma Control Questionnaire)	
Profils repérés	
Situation d'urgence	
II - ANALYSER	p.06
Pour tous les patients	
Patients asthmatiques à risque de décompensation	
III - PLANIFIER	p.08
Pour tous les patients	
Patients asthmatiques à risque de décompensation	
IV - AGIR	p.09
Pour tous les patients	
Patients asthmatiques à risque de décompensation	
Conclusion	p.11
Synthèse pour le médecin généraliste	p.12
Proposition d'algorithme	p.13
<i>Annexe 1 : Plan d'actions en cas de gêne respiratoire</i>	<i>p.14</i>
<i>Annexe 2 : Plan avec Débit Expiratoire de Pointe</i>	<i>p.15</i>
<i>Références</i>	<i>p.16</i>

I - REPÉRER : auto ou hétéro-questionnaires, DEP au cabinet ou à domicile

⇒ *Test de contrôle de l'asthme ACT (Asthma Control Test)*

Nous vous proposons d'utiliser le test ACT validé en soins primaires^{5,13}.

Il peut être rempli par le patient seul sur papier dans la salle d'attente, en ligne, ou par téléphone (en téléconsultation), ou administré par un professionnel de santé⁶.

Le test de contrôle se base sur les symptômes d'asthme au cours des 4 dernières semaines.

Test de Contrôle de l'Asthme (test ACT)

1. Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il empêché(e) de pratiquer vos activités au travail, à l'école/université ou chez vous ?					
<input type="radio"/> Tout le temps	<input type="radio"/> La plupart du temps	<input type="radio"/> Quelques fois	<input type="radio"/> Rarement	<input type="radio"/> Jamais	Score :
1	2	3	4	5	
2. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été essoufflé(e) ?					
<input type="radio"/> Plus d'1 fois par jour	<input type="radio"/> 1 fois par jour	<input type="radio"/> 3 à 6 fois par semaine	<input type="radio"/> 1 ou 2 fois par semaine	<input type="radio"/> Jamais	Score :
1	2	3	4	5	
3. Au cours des 4 dernières semaines, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?					
<input type="radio"/> 4 nuits ou plus par semaine	<input type="radio"/> 2 à 3 nuits par semaine	<input type="radio"/> 1 nuit par semaine	<input type="radio"/> Juste 1 ou 2 fois	<input type="radio"/> Jamais	Score :
1	2	3	4	5	
4. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous utilisé votre inhalateur/aérosol-doseur de secours ?					
<input type="radio"/> 3 fois ou plus par jour	<input type="radio"/> 1 ou 2 fois par jour	<input type="radio"/> 2 ou 3 fois par semaine	<input type="radio"/> 1 fois ou moins par semaine	<input type="radio"/> Jamais	Score :
1	2	3	4	5	
5. Comment évalueriez-vous votre maîtrise de l'asthme au cours des 4 dernières semaines ?					
<input type="radio"/> Pas maîtrisé du tout	<input type="radio"/> Très peu maîtrisé	<input type="radio"/> Un peu maîtrisé	<input type="radio"/> Bien maîtrisé	<input type="radio"/> Totalemment maîtrisé	Score :
1	2	3	4	5	
Test de Contrôle de l'Asthme (www.asthmacontroltest.com)					TOTAL :

Le score des 5 questions est additionné en un score total pouvant varier entre 5 et 25. Au plus le score total est élevé, au mieux l'asthme est contrôlé. Le tableau ci-dessous présente les interventions que peut faire le pharmacien en fonction du score total obtenu.

Score ACT	Interprétation score ACT	Intervention du pharmacien
<15	Asthme non contrôlé	Essayez de trouver la cause : 1/ Observance thérapeutique 2/ Technique d'inhalation, choix du dispositif d'inhalation 3/ Interaction avec un β -bloquant 4/ Mesures non-médicamenteuses mal suivies 5/Traitement inadapté
15-19	Asthme partiellement contrôlé	
20-25	Asthme bien contrôlé	Informez le patient que son asthme est bien sous contrôle et insistez sur l'importance de continuer à prendre chaque jour le médicament.

⇒ *Test de contrôle de l'asthme AQT « Asthma Control Questionnaire »*

Il existe une alternative au test ACT : le test ACQ simplifié^a.

Chez bien des asthmatiques, les symptômes de « la crise » apparaissent progressivement avec un risque d'aggravation. En étant conscient des signes avant-coureurs d'une perte de maîtrise, on peut aider à prévenir une urgence respiratoire majeure. Il importe de garder à l'esprit que les symptômes de l'asthme ne sont pas les mêmes pour tous et qu'ils peuvent évoluer avec le temps.

Bien que moins valide, le test ACQ est plus court et permettra au médecin généraliste par ces cinq questions d'évaluer si la prise en charge est adaptée :

- Lorsque vous dormez, vous arrive-t-il de vous réveiller en toussant, le souffle court ou avec une respiration sifflante ?
- Présentez-vous des symptômes d'asthme au réveil ?
- Est-ce que votre aérosol-doseur (le bleu) soulage rapidement et complètement vos symptômes ?
- Mis à part avant un exercice, utilisez-vous votre aérosol-doseur plus de 3 ou 4 fois par semaine ?
- Vos symptômes de l'asthme vous empêchent-ils de vous adonner à des activités régulières comme l'exercice physique ?

⇒ *Les profils repérés*

1 - Asthme contrôlé

ACT supérieur ou égal à 20 ou un ACQ simplifié normal

L'objectif du traitement est de prévenir une exacerbation, ou d'en prévenir la récurrence :

- Aborder les priorités du patient, sa représentation de la maladie.
- Donner des explications simples et rassurantes en réponse à ses priorités.
- Éviter l'utilisation des β_2 mimétiques à courte durée d'action seuls. Privilégier les corticostéroïdes inhalés à faible dose dès le diagnostic fait⁷ et l'indication posée.

^a <https://www.em-consulte.com/article/157062/comment-definir-le-controle-de-l-asthme-et-sur-que#N1055A>

- Observer et montrer comment se servir du dispositif d'inhalation, observer sa coordination main/bouche et choisir le dispositif qui lui convient^b ; la coordination nécessaire entre l'inspiration et le déclenchement de l'aérosol-doseur pressurisé standard, la nécessité d'une inspiration lente et profonde, ainsi que d'une apnée à la fin de cette inspiration font que près d'un patient sur deux n'est pas capable⁸. Les principes de l'éducation thérapeutique sont ici essentiels.
- Utiliser le débitmètre de pointe.
- Chez l'enfant (et chez l'adulte) le choix et le maniement de la chambre d'inhalation sont essentiels : montrez-lui des ressources sur internet^c.
- De même, aborder les inhalateurs et leur maniement^d.

2 - Asthme mal contrôlé

Le score de l'ACT est inférieur ou égal à 19 mais supérieur ou égal à 15.

Il faut mettre en œuvre des mesures complémentaires pour éviter la détérioration. Nous aborderons essentiellement ce cas dans la suite de la fiche.

3 - Asthme non contrôlé

Le test ACT est strictement inférieur à 15.

Le plan personnalisé que vous aurez construit avec le patient vise à lui permettre de repérer la gravité de ce stade s'il n'a pu le prévenir. Il doit préciser à quel moment modifier son traitement, passer à la corticothérapie orale, et déterminer quand et comment recourir aux soins médicaux.

⇒ Situation d'urgence

Toute situation d'urgence impose au médecin généraliste de traiter l'événement grave ponctuel et de demander au patient de revenir une fois le risque vital écarté. Une récurrence doit être évitée pour réduire les risques de mortalité.

L'objectif est d'éviter d'en arriver à ce point de gravité. S'il survient néanmoins il faudra réévaluer rapidement avec le patient sa compréhension et sa gestion de la maladie.

^b <https://splf.fr/videos-zephir/>

^c <https://youtu.be/zIbfWu0apFI>

^d <https://www.poumon.ca/sant%C3%A9-pulmonaire/demandez-de-laide/comment-utiliser-votre-inhalateur>

II - ANALYSER

Quel que soit le résultat de l'ACT ou de l'ACQ, le temps d'analyse est nécessaire. La qualité de l'analyse dépend de la relation entre le patient et le médecin.

⇒ *Pour tous les patients asthmatiques*

Vérifier ce que la personne comprend de sa maladie et ce qu'elle représente dans sa vie. Les principes de l'entretien motivationnel sont essentiels. Un climat empathique durant la consultation est nécessaire pour recueillir les informations utiles au changement de comportement. Des questions ouvertes et une reformulation des lignes essentielles permettront au patient de se sentir compris. Il faudra alors aborder les items de son ambivalence.

Pour cela poser des questions ouvertes pour favoriser l'expression du patient avant de demander des précisions :

- Qu'est-ce que le patient connaît sur son asthme ?
- Exprime-t-il comment et quand prendre ses inhalateurs ?
- Faudrait-il une chambre d'inhalation ? D'autres type d'inhalateurs ?
- S'il a un plan d'action individualisé à quel point le trouve-t-il utile, et quelle compréhension en a-t-il ?

Identifier le « programme du patient », ses priorités

- Explorer ce que le patient souhaite le plus améliorer concernant ses symptômes, et les conséquences sur sa vie.
- Qu'est-ce qui le préoccupe le plus ? A titre d'exemple voici quelques réponses possibles :
 - La difficulté de l'utilisation d'un inhalateur.
 - La difficulté à utiliser inhalateur en public.
 - L'obligation d'utiliser l'inhalateur lors des activités sportives.
 - La peur de manquer des activités avec des amis.
 - La crainte des effets secondaires des corticostéroïdes.
 - La crainte des effets secondaires des traitements en général...

Aborder les facteurs psychosociaux parfois intriqués dans le déclenchement des crises

- Savoir s'il y a eu des changements à la maison.
- S'il y a une pression à l'école ou au travail.
- Explorer comment la personne se comporte avec son entourage.
- S'il apparaît qu'il y a des troubles du comportement voire des troubles psychiques que cela soit cause ou conséquence de la maladie asthmatique, les prendre en compte. Explorer comment le patient se sent à ce sujet nécessite de lui donner du temps : appuyez-vous sur la diachronie des rencontres successives.

Repérer des éléments potentiellement déclencheurs

- Recherchez avec le patient des déclencheurs de la crise (animaux et allergènes potentiels y compris alimentaires ; épisode infectieux ; stress...)
- Recherchez l'exposition à la fumée de tabac, active ou passive, mais aussi du cannabis

Vérifier la technique de l'inhalateur

- La difficulté d'utilisation d'un inhalateur est un facteur commun de l'asthme mal contrôlé.
- Ne pas hésiter à faire et à demander une démonstration avec un traitement factice ou les inhalateurs personnels du patient^{a0}.

Pratiquer un examen ciblé

- Auscultation cardio-pulmonaire.
- Vérification du débit expiratoire de pointe du patient.

Dans l'asthme de l'enfant il est utile de partager le plan personnalisé écrit avec tous les interlocuteurs⁹. Il permettra de rédiger le plan d'accueil individualisé (PAI) nécessaire à la prise des traitements à l'école, d'établir la coordination avec le pédiatre et le médecin scolaire, et de vérifier si besoin la capacité du personnel enseignant à réaliser les gestes d'urgence.

⇒ *Patients asthmatiques à risque de décompensation*

L'objectif est de repérer les facteurs déclenchants.

Se renseigner sur les difficultés inspiratoires qui sont parfois des équivalents de crise et/ou le signe d'anxiété

- Une sensation d'oppression au niveau de la cage thoracique
- Une difficulté à respirer profondément
- Un essoufflement à l'effort
- Une toux qui ne passe pas

Une oppression dans la gorge, des palpitations, une hyperventilation et une douleur thoracique suggèrent une respiration dysfonctionnelle qui peut s'ajouter à la crise d'asthme.

La tolérance et les effets secondaires après une exposition continue aux bronchodilatateurs sont fréquents et variable selon les individus. L'utilisation exagérée d'un bronchodilatateur sans efficacité est fréquente : agitation et tremblements accrus après avec un soulagement minime des symptômes, doivent inciter à la vigilance.

La mesure du DEP est une aide précieuse.

Rechercher des signes d'allergie

Tout symptôme de rhinite allergique, tel que coryza ou congestion nasale, peut contribuer aux symptômes de l'asthme.

Vérifier l'observance

- Une mauvaise observance du traitement est courante¹⁰ en lien avec les représentations de la maladie.
- Posez une question après avoir marqué votre compréhension des obstacles : « Je comprends que cela peut être difficile de se rappeler de prendre votre inhalateur tous les jours. À quelle fréquence vous pensez que vous pourriez oublier ? ».

Vérifiez la fréquence de renouvellement de l'ordonnance des inhalateurs, du traitement de fond et de celui de la crise. Le besoin de plus de 2 inhalateurs de bronchodilatateur par an est associé à une mortalité accrue d'asthme et est la limite de dose recommandée¹¹.

III - PLANIFIER

⇒ *Pour tous les patients asthmatiques*

Le **Plan Personnalisé de Santé (PPS)** est l'outil de la planification.

Pour chaque problème identifié lors de l'analyse, le médecin généraliste liste dans son dossier les critères qui permettront le suivi :

- La date de l'analyse
- Le problème éventuel
- Le ou les objectifs partagés avec la personne
- Le ou les acteurs de la ou des action(s)
- La date de réévaluation
- L'indicateur de résultat (au minimum amélioration de l'ACT)

Le PPS est porté par la personne. Il sert d'outil de communication, de liaison et favorise la coordination des soins. Il sera utilisé tout au long du parcours (suivi / crises) et servira à la réévaluation. Il est réactualisé autant que de besoin (*exemple de plan d'action en cas de gêne respiratoire en annexe 1 et 2*)

Il faut maintenant organiser le suivi : l'exacerbation révèle parfois un échec du traitement de l'asthme chronique.

- Notez les éléments de soins que vous n'avez pas eu le temps d'aborder.
- Donnez un rendez-vous de suivi pendant que la personne est avec vous.
- Pensez à vérifier ses coordonnées
- Inscrivez éventuellement un rappel pour pouvoir joindre le patient s'il ne vient pas au prochain rendez-vous.

Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

Les principes de l'ETP effectuée par le médecin généraliste au fil des consultations et des entretiens motivationnels sont applicables à de nombreuses consultations.

- Des besoins complémentaires en éducation peuvent être mobilisés s'ils existent.
- Aider les patients à accéder à des liens utiles vers des ressources en ligne :
 - <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/asthme>
 - <https://www.poumon.ca/sant%C3%A9-pulmonaire/demandez-de-laide/comment-utiliser-votre-inhalateur>
 - <https://splf.fr/videos-zephyr/>
 - <https://www.youtube.com/watch?v=D0j2ISED6qo>
 - <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/asthme>
 - <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/maladies-respiratoires-chroniques/asthme.html>

⇒ *Patients asthmatiques à risque de décompensation*

En plus des mesures déjà listées, il est utile de compléter par une adaptation du Plan d'action individualisé :

- Qu'est-ce que le patient va lire ?
- Comprendre ?
- Accepter ?
- Décider ?

C'est ce facteur humain qui est la priorité.

⇒ *Pour tous les patients asthmatiques*

Prescrire le traitement

- Il doit être le plus simple possible et adapté à chaque patient.
- S'il dit chercher les inhalateurs en cas de crise, suggérer lui :
 - de les ranger à un endroit facilement accessibles (pas dans les tiroirs ou placards).
 - d'en avoir plusieurs à divers endroits stratégiques.
- Vérifier que le patient :
 - sait où est son traitement,
 - dispose de flacons ni vides ni périmés,
 - sait s'en servir,
 - sait évaluer les signes d'alerte à leur juste valeur, sans les minimiser,
 - sait les enjeux et les risques,
 - sait demander de l'aide et donner l'alerte (Qui, Comment...).
- Dès le début des signes :
 - Le traitement de fond peut être quadruplé pour une période de 1 à 2 semaines en ce qui concerne les corticoïdes inhalés et les associations budesonide-formoterol 200µg/6µg/dose (12 bouffées par jour maximum) ou beclométasone-formoterol 100 µg/6 µg/dose (8 bouffées par jour maximum).
 - En cas de traitement de fond par corticoïdes inhalés associé à un autre *Béta2 mimétique* de longue durée d'action, il est recommandé de n'augmenter que la dose de corticoïde inhalés. Cependant, l'utilisation d'inhalateurs combinés ne le permet pas. Le groupe de travail juge acceptable d'augmenter la dose de corticoïdes inhalés et du *Béta2 mimétique* de longue durée d'action en attendant un avis médical si la majoration de la dose de corticoïdes inhalés seule est impossible.

Expliquez les troubles respiratoires liés à l'anxiété

Les facteurs de stress psychosociaux et la respiration dysfonctionnelle sont des comorbidités courantes de l'asthme. Ces troubles ne sont pas obligatoirement des signes d'asthme mais ils peuvent favoriser le déclenchement et/ou la persistance de la crise.

Une respiration dysfonctionnelle, des schémas respiratoires anormaux et/ou une obstruction du larynx, peuvent se manifester.

Une explication rassurante pourrait être : « La respiration s'est déséquilibrée et n'est plus adaptée aux besoins du corps ». Cette explication peut être efficace pour briser le cycle d'anxiété croissante liée aux symptômes respiratoires qui ne seraient pas directement liés à une crise d'asthme.

Dans ces cas, des exercices de rééducation respiratoire, peuvent être enseignés par un kinésithérapeute ou par un programme d'apprentissage en ligne et être bénéfique pour améliorer la qualité de vie.

Soutenez le sevrage tabagique

Cela peut aller du conseil minimum jusqu'à donner les coordonnées des services d'aide selon le stade de la motivation du patient.

⇒ *Patients asthmatiques à risque de décompensation*

Concentrer la consultation sur les priorités du patient avant d'aborder les priorités du médecin.

Commencer par féliciter la personne d'être venu vous consulter, même si vous trouvez qu'il aurait fallu venir plus tôt ou plus souvent. C'est parfois un effort de venir vous consulter en particulier en cas de refus de la maladie.

Donner des explications simples et montrez de nouvelles ressources utiles sur internet.

En cas de problème d'observance, voici quelques pistes possibles :

- Tenter une approche simplement comportementale :
 - Proposer l'utilisation des inhalateurs conjointement à des actions habituelles telles que se brosser les dents ou mettre du maquillage.
 - Ecrire un rappel sur un miroir ou dans l'agenda du téléphone.
- Explorer la balance motivationnelle en commençant par explorer les « raisons de ne pas faire » permet d'exprimer les résistances et d'augmenter la motivation. On aide ainsi la personne à conscientiser les raisons pour lesquelles elle a oublié des doses.
- Rappeler les bases du traitement et sa liaison avec les objectifs fixés conjointement.
- La directivité peut rassurer l'anxieux mais la coercition peut augmenter sa résistance.

Rappel des principes de base de l'entretien motivationnel qui soutiennent cette démarche :

- ⇒ Commencer par des questions ouvertes
- ⇒ Ecouter de manière active et empathique
- ⇒ Valoriser
- ⇒ Reformuler
- ⇒ Explorer l'ambivalence
- ⇒ Résumer et construire le Plan Personnalisé de Santé dans une décision partagée.

V - CONCLUSION

Pour éviter ces exacerbations grave de la maladie asthmatique, le médecin généraliste recherche les nombreuses causes de l'asthme souvent intriquées : allergie, facteurs familiaux, stress, pollution atmosphérique, tabagisme, virus, etc.

Pour limiter la gêne respiratoire, le suivi d'un traitement régulier passe par l'éducation thérapeutique et un parcours de soins aux acteurs multiples (le médecin traitant et parfois un pneumologue, un allergologue ou un ORL, un kinésithérapeute parfois...).

Pour l'ensemble de ces démarches le Collège de la Médecine Générale met à votre disposition des informations actualisées sur ebm.france.net, site dédié aux médecins sur inscription. Vous y trouverez une fiche réactualisée régulièrement sur l'asthme <https://www.ebmfrance.net/fr/Pages/ebm/ebm00119.aspx>

L'implication du patient le rendant le plus autonome possible va contribuer à la réussite.
Le rôle du médecin généraliste est d'améliorer donc d'évaluer la compétence du patient.

Il faut fournir au patient les outils dont « lui » a besoin et vérifier sa capacité à bien les utiliser en situation.

Le médecin généraliste va alors proposer un plan de traitement écrit en accord avec le patient, associant un traitement de fond au traitement de la crise, pour minimiser les symptômes, normaliser la capacité fonctionnelle et prévenir les exacerbations.

L'objectif est de ne plus avoir besoin de consulter au moment de la crise mais de pouvoir la prévenir ou la traiter suffisamment tôt.

Cela nécessite un suivi régulier lors de la mise en place avec des consultations programmées à l'avance, une relation de confiance basée sur l'écoute, la reconnaissance des aspirations du patient, de son état émotionnel, de son vécu et de sa conception de la maladie.

Asthme de l'adulte et de l'enfant de plus de 12 ans : prévenir les exacerbations

Synthèse pour le médecin généraliste



L'asthme est une maladie chronique dans laquelle le traitement par corticostéroïde inhalés doit commencer précocement, voire quotidiennement pour réduire le risque d'exacerbations graves.

Les β_2 -agonistes à courte durée d'action en monothérapie ont une place restreinte à des situations bien définies. Les β_2 -agonistes de longue durée ne devraient pas être utilisés en monothérapie comme traitement de fond chez les patients asthmatiques

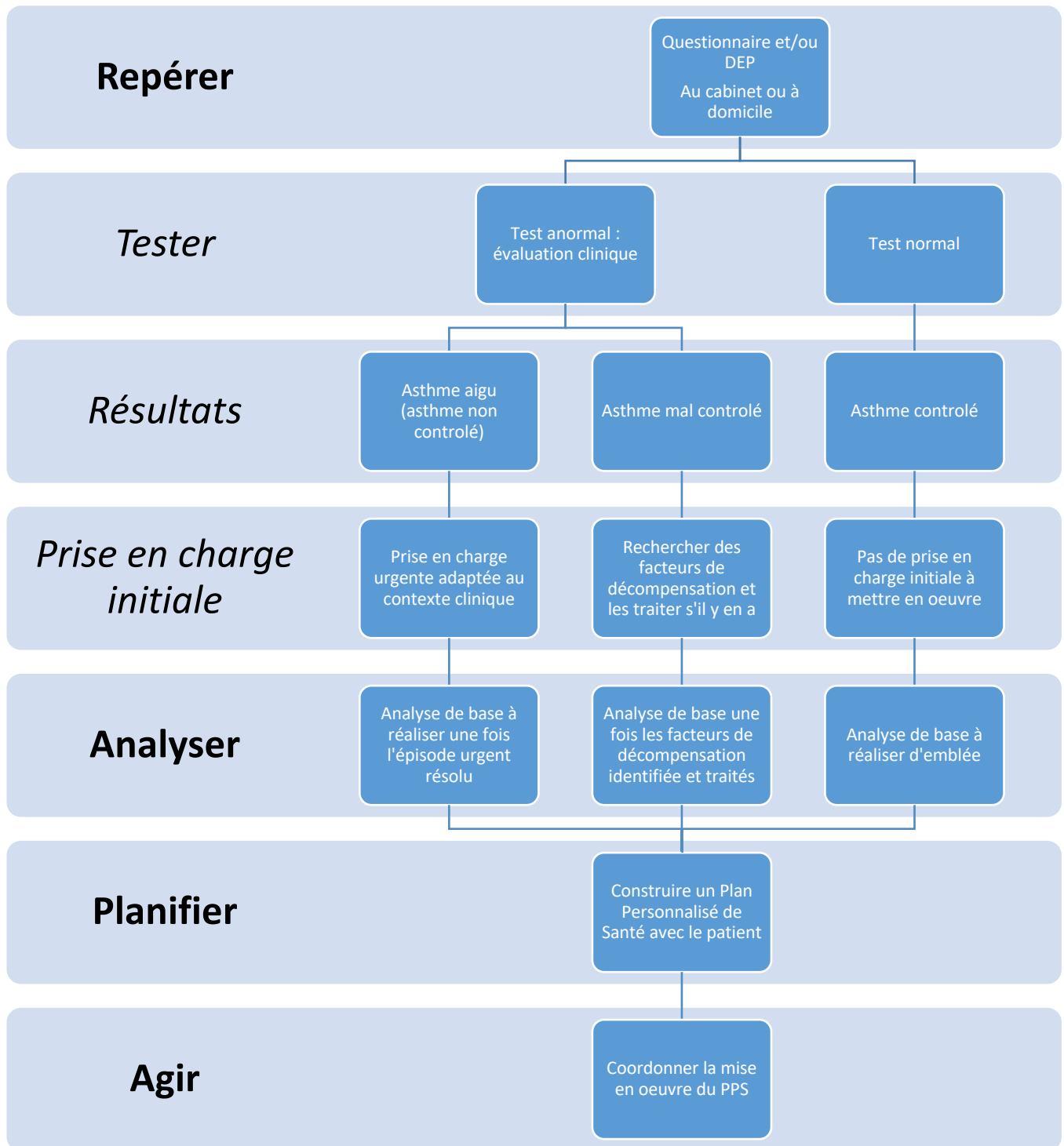
L'association corticostéroïdes inhalés- β_2 -agonistes de longue durée est probablement l'option la plus efficace en cas d'asthme mal contrôlé sous CSI.

Comment prévenir les exacerbations ?

- ⇒ Évaluer la gravité de l'asthme régulièrement par le Test de Contrôle de l'Asthme (ACT).
- ⇒ Mesurer la fonction respiratoire (éventuellement avec le Débit expiratoire de pointe)
- ⇒ Explorer les priorités du patient, les ambivalences ou les freins à la prise et au suivi du traitement.
- ⇒ Observer l'utilisation des dispositifs d'inhalation avec le patient et lui en faire la démonstration.
- ⇒ Choisir le dispositif le plus adapté au patient.
- ⇒ Aborder les facteurs déclenchants des crises dont les facteurs psychosociaux.
- ⇒ Rédiger un plan d'action décrivant quoi faire en cas d'aggravation. C'est un outil de coordination du parcours, permettant le suivi de l'observance.
 - L'adapter en l'individualisant avec le patient.
 - En vérifier la compréhension et sa conformité avec les priorités exprimées par le patient.
 - Les principes des entretiens motivationnels et de l'éducation thérapeutique, s'ils semblent prendre du temps permettent d'en gagner.
- ⇒ Proposer des sites ressources pour accompagner la maladie.
- ⇒ Revoir le patient pour adapter le traitement.

Asthme de l'adulte et de l'enfant de plus de 12 ans : prévenir les exacerbations

Algorithme – Médecine générale



Annexe 1

Plan d'action en cas de gêne respiratoire

Nom du patient

Date

Dès les premiers signes d'alerte (toux répétitive, sifflements, gêne respiratoire), prendre **4 à 10** bouffées de **Béta2 mimétique à courte durée d'action XXX®** avec chambre d'inhalation et doubler voire quadrupler la dose du traitement de fond **pendant 1 à 2 semaines** (exemples selon le traitement de fond) soit :

- corticostéroïdes inhalés YYY® : X bouffées matin et soir.
- corticostéroïdes inhalés + *Béta2 mimétique de longue durée d'action ZZZ®* : X bouffées matin et soir, et contactez un médecin dans les jours suivants.

- ⇒ **Les signes disparaissent totalement** : rester vigilant.
- ⇒ **Les signes s'améliorent** : continuer le traitement *Béta2 mimétique XXX®* par deux bouffées quatre à six fois dans la journée (c'est-à-dire : matin, midi, 17h, soir et si besoin la nuit), et poursuivre quatre jours après la disparition totale des signes.
- ⇒ **Les signes persistent** (même s'ils sont moins importants) après la première dose de *Béta2 mimétique XXX®* : reprendre *Béta2 mimétique XXX®* 4 à 10 bouffées toutes les vingt minutes pendant une heure.
 - Les signes s'améliorent : poursuivez le *Béta2 mimétique XXX®* 2 bouffées, 4 à 6 fois dans la journée, et poursuivre 4 jours après la disparition totale des signes.
 - Les signes persistent malgré les 4 séries de prises de *Béta2 mimétique XXX®* en une heure : prendre 40 à 50 mg de **Prednisolone**, durant 5 à 7 jours, de préférence le matin et contactez votre médecin (ou le centre 15) tout en continuant votre *Béta2 mimétique XXX®* toutes les quatre heures.

Notez tous les médicaments pris.

Dans tous les cas, si vous hésitez sur la conduite à tenir, contactez votre médecin ou contactez les urgences en cas d'urgence vitale ou si votre médecin n'est pas joignable.

Numéros d'urgence médicale : 15 (112 depuis un portable).

Annexe 2

Plan avec Débit Expiratoire de Pointe (DEP)

Votre valeur limite de débit expiratoire de pointe (DEP) obligeant la prise de XXXX[®] est de : 60% du DEP attendu.

Dès les premiers signes d'alerte (toux répétitive, sifflements, gêne respiratoire) :

⇒ **Mesurer si possible le DEP.**

Le DEP est inférieur à votre valeur limite : prendre 4 à 10 bouffées de *Béta2 mimétique à courte durée d'action XXX[®]*.

- Le DEP remonte au-dessus de votre valeur limite : prendre deux bouffées de *Béta2 mimétique XXX[®]* quatre à six fois par jour (c'est-à-dire matin, midi, 16 heures, soir et si besoin la nuit) jusqu'au retour à la valeur usuelle du DEP.
- Le DEP reste inférieur à votre valeur limite après 4-10 bouffées de *Béta2 mimétique XXX[®]* (ou il le devient à nouveau moins de quatre heures après la prise de *Béta2 mimétique XXX[®]*) : reprendre 4-10 bouffées de *Béta2 mimétique XXX[®]* toutes les vingt minutes pendant une heure.

⇒ **Doublez voire quadruplez le traitement de fond pendant 1 à 2 semaines** (selon le traitement de fond, soit pour exemple : *corticostéroïdes inhalés YYY[®]* : X bouffées matin et soir ; *corticostéroïdes inhalés + Béta2 mimétique de longue durée d'action ZZZ[®]* : X bouffées matin et soir, et contactez un médecin dans les jours suivants pour adapter le traitement).

- Le DEP s'améliore : continuer à prendre deux bouffées de *Béta2 mimétique XXX[®]* quatre à six fois par jour jusqu'au retour à la valeur usuelle du DEP.
- Le DEP reste inférieur à la valeur limite : malgré les quatre prises de *Béta2 mimétique XXX[®]* en une heure prendre 40 à 50 mg de Prednisolone et contactez le médecin (ou le centre 15) tout en continuant votre *Béta2 mimétique XXX[®]* quatre à six fois par jour jusqu'au retour à la valeur usuelle du DEP.

Notez tous les médicaments pris.

Dans tous les cas, si vous hésitez sur la conduite à tenir, contactez votre médecin ou contactez les urgences en cas d'urgence vitale ou si votre médecin n'est pas joignable.

Numéros d'urgence médicale : 15 (112 depuis un portable).

Références

- ¹ « Vaincre l'asthme - Stratégie globale pour la guidance de l'asthme et sa prévention », rapport du groupe de travail NHLBI/OMS, National Institutes of Health, National heart, Lung and Blood Institute, publication n° 95-3659, janvier 1995 – Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique, n° 6, 10/1996.
- ² Le Conte P, Terzi N, Mortamet G, Abroug F, Carreaux G, Charasse C, et al. Prise en charge de l'exacerbation sévère d'asthme. Méd Intensive Réa. 24 juill 2020;29(2):43-64.
- ³ Com-Ruelle et al. - L'asthme en France selon les stades de sévérité.pdf <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1290.pdf>
- ⁴ Rouillé-Pasquali C, Laurent N. JOURNEE MONDIALE DE L'ASTHME. :15
- ⁵ Schatz M, Sorkness CA, Li JT, Marcus P, Murray JJ, Nathan RA, et al. Asthma Control Test: reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists. J Allergy Clin Immunol. mars 2006;117(3):549-56.
- ⁶ Juniper EF, Langlands JM, Juniper BA. Patients may respond differently to paper and electronic versions of the same questionnaires. Respir Med. juin 2009;103(6):932-4.
- ⁷ GINA-2019-main-Pocket-Guide-French-wms.pdf <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/09/GINA-2019-main-Pocket-Guide-French-wms.pdf>
- ⁸ Estivals M. Factors determining the quality of inhalation technique in asthmatic patients. 1 janv 2003;
- ⁹ Ducharme FM, Zemek RL, Chalut D, McGillivray D, Noya FJD, Resendes S, et al. Written action plan in pediatric emergency room improves asthma prescribing, adherence, and control. Am J Respir Crit Care Med. 15 janv 2011;183(2):195-203.
<https://thenounproject.com/photos/>
- ⁹ Masson E. Représentations des patients et observance des traitements par corticostéroïdes inhalés dans l'asthme. Revue systématique sur la période 1999–2009 [Internet]. EM-Consulte. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/293959/representations-des-patients-et-observance-des-tra>
- ⁹ GINA-2019-main-Pocket-Guide-French-wms.pdf <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/09/GINA-2019-main-Pocket-Guide-French-wms.pdf>
- ¹⁰ Masson E. Représentations des patients et observance des traitements par corticostéroïdes inhalés dans l'asthme. Revue systématique sur la période 1999–2009 [Internet]. EM-Consulte. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/293959/representations-des-patients-et-observance-des-tra>
- ¹¹ GINA-2019-main-Pocket-Guide-French-wms.pdf <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/09/GINA-2019-main-Pocket-Guide-French-wms.pdf>
- ¹³ Updated guidelines (2015) for management and monitoring of adult and adolescent asthmatic patients (from 12 years and older) of the Société de pneumologie de langue française (SPLF) (summary)C Raheison et al 2015, Rev Mal Respir.

Coordination des travaux : Dr Francis Abramovici

Groupe de travail

Dr Lucas Beurton-Couraud, Dr Michel Doré,
Dr Dominique Dreux, Dr Alexandre Malmartel

Mars 2021

