

Améliorer la prise en charge des adultes atteints d'asthme difficile à traiter : un guide pratique pour les professionnels de santé de soins primaires

INTRODUCTION

Ce guide fournit une approche systématique et pratique pour aider les professionnels de soins primaires et les autres professionnels de santé exerçant en ville afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées de plus de 18 ans atteintes d'un asthme difficile à traiter.

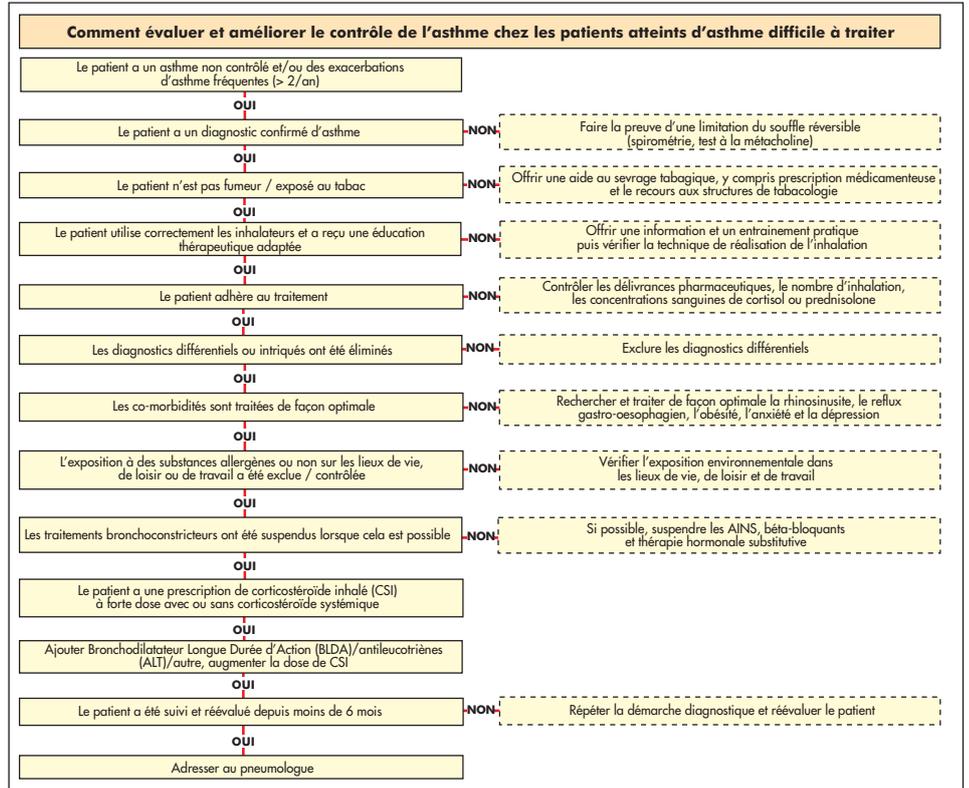
- L'asthme difficile à traiter est un asthme que le patient ou le clinicien trouve difficile à traiter.
- Un patient avec un asthme difficile à traiter a des symptômes quotidiens et des exacerbations régulières malgré un traitement apparemment optimal.

Il existe deux principaux groupes de patients atteints d'asthme difficile à traiter:

- Patients dont l'asthme a été contrôlé dans le passé mais qui échappe désormais au contrôle.
- Patients dont l'asthme n'a jamais été contrôlé.

Les explorations complémentaires et la prise en charge devraient viser à:

- Identifier quand l'asthme n'est plus contrôlé / n'a jamais été contrôlé par une surveillance rapide et efficace.
- Prendre/reprendre le contrôle de l'asthme puis le maintenir avec un traitement efficace et bien toléré.



COMMENT EVALUER UN PATIENT ATTEINT D'ASTHME DIFFICILE A TRAITER

L'examen régulier et structuré est la mesure clé pour améliorer la détection et la prise en charge des patients atteints d'asthme difficile à traiter.

Les patients atteints d'asthme difficile à traiter doivent être évalués tous les 3 mois jusqu'à ce que les objectifs thérapeutiques soient atteints, puis une fois par an.

Avant la consultation de réévaluation

Encourager les patients à utiliser un questionnaire court avant chaque consultation pour fournir rapidement des informations utiles et prévoir les points qu'ils souhaitent discuter avec vous.

Lors de la consultation de réévaluation

SIMPLES* est un acronyme utile pour les principaux facteurs à vérifier:

Smoking (Tabagisme)

- Quantifier la consommation de tabac actuelle et les expositions au tabagisme passif. Les patients peuvent être plus honnêtes au sujet de leur consommation de tabac dans un auto-questionnaire écrit.
- Encourager et soutenir l'arrêt du tabac, y compris par la prescription médicamenteuse et le recours aux structures de tabacologie.
- Considérer les alternatives thérapeutiques aux corticostéroïdes inhalés (CSI) chez les patients fumeurs car ceux-ci répondent moins bien aux CSI que les non-fumeurs.

Inhaler technique (Technique d'inhalation)

- Le patient a-t-il le meilleur choix d'inhalateur

pour ses besoins?

- Observer le patient utiliser ses inhalateurs pour s'assurer d'une technique correcte.
- Recontrôler la technique d'inhalation à chaque visite.

Monitoring (Surveillance)

Évaluer le contrôle de l'asthme de façon systématique par un outil simple et validé tel que:

Le questionnaire RCP '3 questions' pour évaluer le contrôle de l'asthme

Le mois/ la semaine dernier(e):

1. Avez-vous eu des difficultés à dormir à cause de vos symptômes?
2. Avez-vous eu des symptômes pendant la journée?
3. L'asthme a-t-il perturbé vos activités habituelles?

Si « oui » à au moins une question = asthme non contrôlé – explorations complémentaires

Si « oui » aux trois questions = risque accru d'hospitalisation

Pharmacotherapy (Traitement pharmacologique)

Le patient est-il traité en adéquation avec le stade de sévérité de son asthme?

- Contrôler l'inobservance volontaire ou involontaire en demandant au patient comment il prend son traitement et en vérifiant l'historique des remboursements de médicaments (si l'information est disponible) pour les six derniers mois, à chaque visite.
- Contrôler que le patient comprend son traitement, en adaptant l'information à ses besoins spécifiques : quel est-il, pourquoi le

prend-il, comment fonctionne-t-il, quels sont les effets secondaires potentiels et comment les limiter.

Lifestyle (Mode de vie)

Poser au patients des questions spécifiques à propos de son exposition à des facteurs aggravant potentiellement son asthme tels qu'aux animaux domestiques ou exposition professionnelle:

- Où vivez-vous?
- Votre maison est-elle humide – y a-t-il de la moisissure sur les murs?
- Avez-vous remarqué quelque chose dans votre environnement (à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison) qui aggrave votre asthme?
- Quels loisirs pratiquez-vous?
- Avez-vous remarqué un facteur déclenchant avant que votre asthme ne s'aggrave?
- Votre asthme s'améliore-t-il ou s'aggrave-t-il lors du week-end – ou reste-t-il identique?

Education (Education)

Contrôler que le patient comprend son asthme: qu'est-ce que c'est, pourquoi le traitement est utile. Résumer le plan d'action de l'asthme par écrit.

Support (Soutien)

Contrôler le soutien que le patient a dans sa famille et impliquer la famille lorsque cela est possible dans le soutien au patient pour sa compréhension de la maladie asthmatique et pour son observance.

◀ L'asthme difficile à traiter (échec du contrôle aux doses maximales recommandées de traitement inhalé) peut atteindre 5-10% des adultes asthmatiques. L'étude World Health Survey a trouvé que la moitié des personnes atteintes d'un asthme clinique/traité ont rapporté un wheezing lors des 12 derniers mois et 20% n'ont jamais été traitées pour leur asthme.

La morbidité et les coûts de santé sont disproportionnellement élevés chez les patients souffrant d'asthme difficile à traiter et ils sont plus à risque d'exacerbations mortelles ou presque mortelles. Ils sont également plus à risque d'effets indésirables des corticoïdes s'ils sont traités par de fortes doses de corticoïdes inhalés ou des cures de corticoïdes oraux.

Améliorer le contrôle de l'asthme est synonyme d'une amélioration de la qualité de vie, d'une réduction des symptômes et des exacerbations pour le patient, d'une réduction des visites à l'hôpital et des admissions et un moindre risque de décès prématuré. Les avantages pour les professionnels de soins comprennent l'utilisation réduite des services et des ressources.

EVALUATION REGULIERE

Un examen régulier et structuré est le seul moyen d'améliorer la détection et les soins aux patients atteints d'asthme difficile à traiter. L'examen peut être assuré dans des cabinets de ville ou en utilisant de nouvelles approches comme des consultations par téléphone ou par Internet pour les examens de routine si l'examen au cabinet n'est pas faisable – bien qu'il soit important que le patient puisse montrer qu'il maîtrise la technique d'inhalation.

L'éducation du patient et l'autonomisation à l'auto-gestion de l'asthme devrait être une composante importante de chaque visite. Encourager le patient à mener la discussion et l'inviter à poser des questions sur toutes préoccupations ou questions qu'il peut avoir.

RECHERCHER LA CAUSE POSSIBLE DE L'ASTHME DIFFICILE A TRAITER

Chez les patients souffrant de symptômes quotidiens et d'exacerbations régulières, explorer les causes possibles:

Mauvais diagnostic/absence de diagnostic antérieur

Confirmer le diagnostic d'asthme en reprenant l'histoire clinique et en pratiquant la mesure objective d'un syndrome obstructif réversible par débit expiratoire de pointe et spirométrie si possible.

Traitement inadapté

• Sous-traitement

Si les patients ne sont pas contrôlés de façon adaptée par leur traitement actuel, augmenter le traitement d'un niveau pour atteindre le contrôle.

Dans certaines cultures, des patients peuvent utiliser des traitements non conventionnels ou des médecines alternatives pour l'asthme. Poser la question et discuter si un traitement fondé sur les preuves serait plus bénéfique.

• Sous-utilisation du traitement inhalé

Les difficultés avec la technique d'inhalation sont fréquentes en pratique clinique et peuvent entraîner un mauvais contrôle de l'asthme. Les patients doivent être formés à la technique correcte pour leur inhalateur. Observer leur technique et les encourager à observer eux-mêmes leur technique.

• Variation individuelle de la réponse au traitement

L'analyse des réponses individuelles aux traitements de l'asthme dans les études cliniques montre qu'il peut y avoir de grandes variations.

Ceci souligne le besoin d'une surveillance attentive de l'effet du traitement pour chaque individu et de l'adaptation pour atteindre la réponse requise.

• Inobservance volontaire ou involontaire

L'inobservance du traitement de fond, particulièrement des cortico-stéroïdes inhalés, est fréquente et un facteur potentiel de mauvais contrôle de l'asthme. Une étude observationnelle de l'inobservance dans l'asthme difficile à traiter a montré que le tiers (34%) des patients allaient chercher moins de la moitié du traitement inhalé combiné prescrit.

Contrôler l'inobservance volontaire ou involontaire en demandant au patient comment il prend son traitement et en vérifiant l'historique des remboursements (si l'information est disponible) pour les six derniers mois, à chaque visite.

L'observance est un comportement modifiable qui peut être amélioré. Cela n'est possible qu'en ayant une compréhension claire des perspectives du patient et des motifs de son inobservance. Les interventions et supports d'amélioration de l'observance devraient identifier les obstacles pratiques et ressentis de l'individu pour s'y adapter.

Co-morbidités

Dans deux séries de cas, des co-morbidités associées à des symptômes d'asthme ont été retrouvées chez 19% et 34% des patients atteints d'asthme difficile à traiter. L'identification et la gestion de ces co-morbidités peuvent améliorer le contrôle des symptômes d'asthme.

Vérifier les co-morbidités qui peuvent aggraver l'asthme ou provoquer des symptômes similaires:

Rhinite allergique et non allergique

- Pour diagnostiquer la rhinite, demander : "avez-vous le nez qui gratte, qui coule, bouché ou éternuez-vous quand vous n'avez pas de rhume?"
- Les patients doivent pratiquer un test allergologique si une rhinite est suspectée.
- Donner aux patients des informations sur leur allergène et les conseiller sur l'éviction et les traitements.

Facteurs aggravants

Les patients asthmatiques sont souvent conscients des facteurs déclenchants de leur asthme, il est donc important de leur demander et de les conseiller pour une exposition minimale.

Tabagisme

L'étude World Health Survey de la population âgée de 18 à 45 ans a montré que 24% des personnes avec un asthme clinique/traité étaient des fumeurs. Les fumeurs ont presque trois fois plus de chance d'être hospitalisés pour leur asthme que les non-fumeurs sur une période de 12 mois.

- Quantifier la consommation de tabac actuelle. Les patients peuvent être plus honnêtes au sujet de leur consommation de tabac dans un auto-questionnaire écrit.
- Encourager et soutenir l'arrêt du tabac, y compris par la prescription médicamenteuse et le recours aux structures de tabacologie.
- Envisager d'autres options thérapeutiques chez les patients qui ne peuvent arrêter le tabac car des preuves montrent que les fumeurs répondent moins bien aux corticostéroïdes inhalés que les non fumeurs.

Facteurs psychologiques

Les facteurs psychologiques, y compris les événements de vie stressants et les pathologies psychiatriques (notamment l'anxiété et la dépression) peuvent diminuer le contrôle de l'asthme et l'observance.

Demander au patient :

- A quelle fréquence vous sentez-vous déprimé/triste/morose?
- A quelle fréquence vous sentez-vous anxieux sans raison apparente ?
- A quelle fréquence vous sentez-vous fatigué sans raison apparente?

[Echelle: toujours, souvent, parfois, occasionnellement, rarement]

Pour les patients qui répondent qu'ils sont toujours ou souvent déprimés ou anxieux : une aide psychologique peut être utile chez les patients dont les facteurs psychologiques ont une incidence sur leur contrôle de l'asthme.

Pour les patients toujours ou souvent fatigués: envisager d'autres hypothèses diagnostiques.

Facteurs environnementaux

Il y a de plus en plus de preuves que la pollution de l'air contribue au fardeau mondial des maladies respiratoires et allergiques, dont l'asthme. Les hospitalisations pour asthme sont plus nombreuses les jours où la pollution de l'air est plus élevée. Les facteurs intérieurs, tels que les moisissures, les acariens et la qualité de l'air intérieur sont également importants dans l'asthme. Les médecins et les personnes souffrant d'asthme devraient avoir accès à une information précise sur les facteurs environnementaux, y compris les niveaux de pollution et les conditions météorologiques, qui peuvent affecter le contrôle de l'asthme.

Facteurs professionnels

Les facteurs professionnels causent environ un cas sur six d'asthme chez les adultes en âge de travailler (déclenchement ou récurrence de la maladie). L'exposition à des agents liés à l'asthme professionnel a été associée à un score clinique de gravité de l'asthme plus élevé.

Effets indésirables des médicaments

Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens, les bêta-bloquants (y compris les collyres oculaires) et l'aspirine peuvent aggraver l'asthme. Demander aux patients les autres médicaments qu'ils prennent, y compris les médicaments sans ordonnance.

ADRESSER UN PATIENT AU SPECIALISTE PNEUMOLOGUE

Qui adresser?

Les patients dont l'asthme reste difficile à traiter après l'évaluation, le suivi des étapes pour diminuer toutes les causes possibles et malgré un traitement respectant les recommandations, doivent être adressés à un spécialiste pneumologue.

Où adresser?

Les patients devraient être adressés à des structures expérimentées dans la prise en charge de patients atteints d'asthme difficile à traiter, en mesure de fournir des soins et un traitement par une équipe multidisciplinaire.

Quels éléments intégrer au courrier d'adressage?

- Profession
- Début des symptômes
- Présence d'une dyspnée
- Qualification de la dyspnée
- Présence d'une toux
- Qualification de la toux
- Respiration sifflante
- Tabagisme
- Allergies connues
- Débit expiratoire de pointe
- Spirométrie et test de bronchodilatation
- Utilisation de traitements de l'asthme
- Autres pathologies
- Autres traitements en cours

Co-responsables cliniciens du projet: Stephen Holgate et Dermot Ryan

Auteurs cliniciens de l'aide-mémoire: Armando Brito de Sá, Pascal Chanez, Javiera Corbalan, Jaime Correia de Sousa, Breda Flood (EFA),

Liam Heaney, Michael Hyland, Jan Lotvall (EAACI), Bjorn Stallberg, Scott Wagers, Osman Yusuf - Affiliations complètes <http://www.theipcr.org/difficultasthma>

Acronyme SIMPLES*: Anna Murphy **Editeur et auteur:** Susan Mayor

Traduit pour l'IPCRG par les Drs Tiphonie Bouchez et David Darmon, Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale, Université de Nice, France.

La réunion pour développer cet aide-mémoire, l'écriture et le processus d'examen indépendant ont été possibles grâce à une subvention pédagogique de Novartis. Les opinions exprimées dans cette publication ne sont pas nécessairement celles de Novartis ou de l'IPCRG.

Sous licence Creative Commons Attribution-No Derivative Works Licence <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/>

The International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) est un organisme de bienfaisance enregistré en Écosse travaillant au niveau international (SC No: 035056) et une société à responsabilité limitée par garantie (Compagnie numéro 256268).

Date: Avril 2012 Accessible sur: <http://www.theipcr.org/difficultasthma>