

Médecins et pharmaciens : Un partenariat pour faire échec à l'asthme

Dr Alain Desjardins MD, FRCPC et Michel Tassé, B. Pharm., M.Sc.

Présenté dans le cadre de : *Médecins et pharmaciens : partenaires pour le patient* au 76e Congrès des médecins de la langue française du Canada en partenariat avec l'Ordre des pharmaciens du Québec, octobre 2004

Le cas de Martin

Un jeune homme de 22 ans consulte son médecin en septembre pour une dyspnée à l'effort modéré sévissant depuis 4 semaines. Au niveau des antécédents, on note une rhinite saisonnière (en avril et août), depuis 4 ans, traitée par des antihistaminiques au besoin, et un asthme diagnostiqué lors d'une bronchite, il y a 2 ans. Il n'a jamais fumé, ni consommé d'alcool ou de drogue.



Comme médication, il a reçu du sulfate de terbutaline 500 mcg une inhalation au besoin, auquel s'ajoute du budésinide 400 mcg bid fut ajout

Depuis 4 semaines
monte

L'implication du pharmacien au cours du suivi de l'asthme : une solution?

Pour une meilleure application des lignes directrices sur la prise en charge de l'asthme¹, les éducateurs du Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM) devraient être sollicités davantage pour l'enseignement aux patients et le médecin pourrait déléguer certaines responsabilités définies aux pharmaciens de soins de première ligne de l'asthme.

Copyright ©
Vente et distribution commerciale interdites
L'utilisation non autorisée est prohibée. Les personnes autorisées peuvent télécharger, afficher, visualiser et imprimer une copie pour leur usage personnel

Les pharmaciens ayant reçu une formation spécialisée en asthme au cours du suivi.²

Profiter de l'accessibilité du pharmacien

Les pharmaciens qui rencontrent les patients asthmatiques, en principe mensuellement lors du renouvellement de leur médication, sont très accessibles en raison de leur répartition géographique dans toutes les régions du Québec et des heures d'ouverture étendues des pharmacies communautaires. Au cours de ces multiples et brèves rencontres avec le patient, le pharmacien peut lui enseigner certaines notions de base sur l'asthme et le rôle des différents médicaments, en plus d'encourager son observance au traitement et le recours au plan d'action lors des exacerbations.

Le **Dr Desjardins** est pneumologue à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, directeur du programme de pneumologie adulte et professeur agrégé de clinique au Département de médecine de l'Université de Montréal.

Michel Tassé est pharmacien en pneumologie à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et au programme de soutien à domicile au CSSS Nord de l'Île et Saint-Laurent. Il est aussi clinicien associé à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal.

Tableau 1

Niveaux de gravité de l'asthme, fondés sur le traitement nécessaire pour le contrôle³

Gravité de l'asthme	Symptômes	Traitement
Très léger	Bénins, peu fréquents	Aucun ou BACA* rarement
Léger	Bien maîtrisés	BACA* occasionnel + CSI** à dose faible
Modéré	Bien maîtrisés	BACA* occasionnel + CSI** à dose faible/modérée ± thérapie d'appoint***
Sévère	Bien maîtrisés	BACA* occasionnel + CSI** à dose forte + thérapie d'appoint***
Très sévère	Maîtrisés ou non	BACA* occasionnel + CSI** à dose forte + thérapie d'appoint*** + prednisone orale

* BACA : bêta ou β_2 -agonistes à courte durée d'action.
 ** CSI : corticostéroïde en inhalation.
 *** thérapie d'appoint : bêta ou β_2 -agonistes à longue durée d'action (BALA) et/ou antagoniste des récepteurs des leucotriènes (ARLT) et/ou théophylline.

La responsabilité du médecin : le diagnostic, l'évaluation et le traitement

Le médecin est responsable du diagnostic, de l'évaluation de la sévérité et de la maîtrise de l'asthme et de l'évaluation des autres pathologies associées, comme la rhinite et le reflux gastro-oesophagien, qui peuvent occasionner des symptômes, ou l'aggraver.

Avant d'atteindre la maîtrise de l'asthme, la sévérité de cette maladie est reflétée par la fréquence et la durée des symptômes respiratoires, la présence de symptômes nocturnes, la limitation des activités quotidiennes, l'utilisation de bêta ou β_2 -agonistes à courte durée d'action plusieurs fois par jour ou la nuit, les antécédents de crise d'asthme quasi-fatale (syncope, besoin de ventilation mécanique), l'histoire récente d'hospitalisation ou de visite à l'urgence et une obstruction bronchique (volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) inférieur à/ou < 80 % de la valeur prédite avec VEMS/CVF inférieur à/ou < 70 %). Lorsque l'asthme est maîtrisé, la sévérité de l'asthme est reflétée par la médication minimale requise pour le maintien. (tableau 1)³

L'évaluation de l'asthme devrait toujours être basée sur les critères de maîtrise, tant par les médecins, infirmières, pharmaciens, que leurs patients. Six des critères de maîtrise sont basés sur les symptômes, la fréquence d'utilisation d'un bronchodilatateur, ou les exacerbations et deux autres sur la fonction pulmonaire. (tableau 2)³

Pour viser la maîtrise, le patient doit auto-évaluer adéquatement son asthme au moyen des critères prédécrits, apprendre le rôle de ses médicaments et comment les ajuster lors de perte de maîtrise ou d'exacerbations. Le support et l'accessibilité au médecin ou au pharmacien en cas de difficultés, sont des atouts essentiels pour que le patient parvienne à autogérer sa maladie.

L'asthme peut être bien maîtrisé dans tous les cas, à condition de recevoir les médicaments appropriés, sauf s'il est très sévère ou en présence de facteurs déclenchants. Avant toute modification ou ajout de médicaments, l'observance et la technique d'inhalation des médicaments, de même que l'observance aux mesures d'évitement des irritants et allergènes seront systématiquement vérifiés.

Tableau 2

Critères de maîtrise de l'asthme³

- Présence de symptômes diurnes moins de 4 jours par semaine
- Présence de symptômes nocturnes moins de 1 nuit par semaine
- Activité physique normale
- Exacerbations asthmatiques légères et peu fréquentes
- Aucun absentéisme dû à l'asthme
- Prise de moins de 4 doses/semaine de bêta ou β_2 -agonistes à action rapide, outre la prise d'une dose/jour avant l'effort physique
- VEMS ou débit expiratoire de pointe (DEP) égaux ou supérieurs à 90 % de la meilleure valeur du patient
- Variabilité diurne du DEP n'excédant pas 15 %

Le plan de soins en 4 volets

Une fois les étapes d'évaluation et de traitement initial du patient asthmatique complétés par le médecin, les éducateurs oeuvrant dans les centres d'enseignements sur l'asthme vont assurer, en partenariat avec le patient et le médecin, la compréhension et le suivi du plan de soins basé sur les 4 volets décrits ci-après. Les pharmaciens impliqués dans le suivi de l'asthme doivent s'y référer pour guider leurs interventions :

Volet 1 - Assainir l'environnement

Le patient doit comprendre que l'inflammation bronchique est responsable du développement et de la persistance des symptômes d'asthme et que plusieurs facteurs pro-inflammatoires, ou bronchoconstricteurs, peuvent provoquer des symptômes.

Il s'agit principalement de l'exercice, de l'air froid, de la fumée, des poussières, des odeurs fortes, du tabagisme, ou des allergènes respiratoires à domicile (acariens, moisissures, squames de chat ou de chien, pollens) ou au travail (farine, isocyanates, poussière de bois, etc.).

L'évaluation des facteurs déclenchants potentiels sera basée sur une anamnèse méticuleuse et/ou des tests

cutanés envers les allergènes respiratoires communs. Pour un asthmatique, cesser de fumer, éviter l'exposition à la fumée secondaire du tabac, aux infections respiratoires ou au froid, recouvrir les matelas et oreillers de housses anti-acariens, se départir d'animaux auxquels ils est allergique, éviter l'exposition aux pollens sont autant de mesures qui amélioreront son état au quotidien et son évolution à long terme.

Volet 2 - Assurer l'observance au traitement

Les asthmatiques ont souvent tendance à utiliser seulement des bronchodilatateurs à courte durée d'action qui les soulagent rapidement, plutôt que des corticostéroïdes inhalés (CSI) dont l'effet se manifeste à moyen ou à long terme, contrairement aux recommandations des lignes directrices.⁴ La crainte des effets indésirables des CSI et leur coût beaucoup plus élevé contribuent également à diminuer l'observance.

En établissant un « contrat d'apprentissage » avec le patient, afin qu'il s'engage à prendre son CSI régulièrement, pour une durée déterminée (v.g. 3 mois), il pourra expérimenter ce qu'est une bonne maîtrise de l'asthme et être plus motivé à observer son traitement. Les déterminants de l'observance peuvent être reliés au patient (facteurs psychologiques, techniques, cognitifs ou sociaux), à la maladie (variabilité dans le temps) ou aux médicaments (inhalateurs versus comprimés, coût, nombre de prises quotidiennes).

Bien que l'évaluation de l'observance et de ses déterminants demeure une responsabilité conjointe du médecin, le pharmacien devrait encourager le patient à poursuivre le traitement anti-inflammatoire de l'asthme et de la rhinite, afin d'améliorer la maîtrise de l'asthme et de diminuer la fréquence des exacerbations.

Le « test de 30 secondes sur l'asthme », qui consiste en 5 questions simples pour évaluer la maîtrise de l'asthme⁶, peut être aisément effectué au comptoir de la pharmacie. Le médecin pourrait être contacté lorsque l'asthme n'est pas bien maîtrisé, afin de l'informer que la technique d'inhalation ou l'observance sont à améliorer, ou pour discuter d'une modification du traitement en cours. Si, en dépit de l'utilisation

L'investigation du cas de Martin

- L'examen montre une obstruction nasale avec des cornets congestifs.
- L'auscultation pulmonaire révèle des sibilances expiratoires légères bilatérales.
- La spirométrie de dépistage montre un volume expiratoire maximal à 1 seconde (VEMS) de 3,30 L (75 % de la valeur prédite), avec un rapport VEMS/capacité vitale forcée (CVF) à 0,72. Après inhalation de salbutamol, le VEMS passait à 3,60 L (+ 9 %).
- Un test de provocation bronchique à la méthacholine a révélé une hyperréactivité bronchique modérée, la concentration induisant une chute de 20 % du VEMS (CP20) étant de seulement 0,8 mg/ml.
- Ses tests cutanés d'allergie récents se sont avérés positifs envers les squames de chat et de cheval, les pollens d'arbres, les graminées, l'herbe à poux, les acariens et la poussière de maison.

régulière d'un CSI à doses légères à modérées (correspondant à plus de 500 à 1 000 mcg/jour de beclométhasone, 250 à 500 mcg/jour de fluticasone ou 400 à 800 mcg/jour de budésonide), l'asthme n'est toujours pas maîtrisé, l'ajout d'un bronchodilatateur à longue durée d'action combiné avec le CSI, dans un seul inhalateur, devrait être préféré, compte tenu d'une meilleure efficacité clinique et d'une meilleure observance. Comme alternatives, en cas d'intolérance aux bêta ou β_2 -agonistes à longue durée d'action (tremblement, tachycardie), on peut tenter un antagoniste des récepteurs des leucotriènes ou la théophylline, dont l'observance est souvent meilleure puisqu'il s'agit de comprimés. Comme la théophylline a un index thérapeutique étroit, les patients devraient être avisés des effets indésirables fréquents ou graves, tels le pyrosis, les nausées et vomissements, les céphalées, les palpitations, ou plus rarement, les convulsions. La posologie de la théophylline sera préférablement réduite d'emblée et/ou ajustée suite à un dosage sérique, chez les personnes porteuses d'insuffisance

cardiaque ou hépatique, d'arythmie cardiaques ou lors de l'ajout de médicaments connus pour donner lieu à des interactions significatives (ciprofloxacine, clari-thromycine, diltiazem, verapamil, etc.)

Volet 3 - Assurer une technique d'inhalation optimale

Avant d'ajuster le traitement médicamenteux, le médecin doit aussi vérifier la technique d'inhalation, pour estimer la quantité de médicament qui atteint l'arbre bronchique. On doit évaluer avec le patient le dispositif qui lui convient le mieux, parmi les options disponibles. La technique doit être vérifiée et enseignée périodiquement. De nombreuses études démontrent qu'une proportion importante d'individus ne maîtrise pas complètement la séquence lors de l'évaluation de la technique d'inhalation avec un aérosol-doseur. Ceci s'explique par la difficulté d'utiliser l'aérosol-doseur sans réservoir d'espaceur, que celui-ci soit prescrit et non utilisé, ou jamais prescrit. Il faudra vérifier aussi la technique d'inhalation des dispositifs à poudre sèche, même s'ils sont généralement associés à une déposition bronchique adéquate, dans la majorité des cas.

Volet 4 - Activer précocement le plan d'action

De nombreuses études démontrent que bon nombre d'asthmatiques n'utilisent pas adéquatement leurs médicaments et éprouvent de la difficulté à gérer leurs exacerbations. Pour un exemple de formulaire de plan d'action, consultez le site du Conseil du Médicament du Québec.⁷

Les essais cliniques concernant les programmes d'enseignement personnalisé sur l'asthme ont démontré une amélioration de la maîtrise et une réduction de l'absentéisme, des visites à l'urgence et des hospitalisations pour asthme.⁸ Une référence de tous les patients asthmatiques à l'un des centres du RQAM est donc fortement recommandée au moment du diagnostic ou à défaut, lors d'une exacerbation. Près de 450 éducateurs certifiés sont répartis dans plus de 100

centres à travers la province de Québec (voir liste des CEA sur www.rqam.ca/asthme.html). *Clin*

À retenir...

Notre objectif :

Augmenter la proportion de patients avec une maîtrise adéquate de l'asthme et capable de mener une vie normale.

Nos moyens :

- L'application de l'ensemble des lignes directrices sur la prise en charge de l'asthme.
- Le patient doit autogérer son asthme sous la supervision du médecin ou du pharmacien. Le patient doit :
 - Apprendre les rudiments de l'asthme.
 - Auto-gérer la maîtrise de sa maladie au quotidien.
 - Ajuster son traitement de maintien et activer son plan d'action au début d'une exacerbation.
- L'enseignement sera idéalement dispensé à la fois par le médecin, par un éducateur spécialisé et par le pharmacien.
- Le médecin, le pharmacien et les autres intervenants doivent se partager les responsabilités, se communiquer les informations pertinentes et ainsi mieux concerter leurs actions.

Références

1. Lemièrre C, Bai T, Balter M et al. Mise à jour des recommandations de prise en charge de l'asthme chez l'adulte, édition 2003. *Can Respir J* 2004;11(Suppl A):19A-33A.
2. McLean WM, MacKeigan LD. When does pharmaceutical care impact health outcomes? A comparison of community pharmacy-based studies of pharmaceutical care for patients with asthma. *Ann Pharmacother*. 2005 Apr;39(4):625-31.
3. Boulet LP, Becker A, Bérubé D et al, Résumé des recommandations de la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme. *Can Med Assoc J* 1999, 161 (11, Suppl) : SF1-14.
4. Comité de Revue de l'Utilisation des Médicaments (CRUM), Rouleau R, Blais D, Boulet LP et al. Outil d'aide à la décision dans le traitement de l'asthme, avril 2002.
5. Milgrom H, Bender B, Nonadherence with the asthma regimen. *Pediatr Asthma Allergy Immunol* 1997, 11 : 3-8.
6. www.asthmeauCanada.com/index_fr.php
7. www.cdm.gouv.qc.ca/site/download.php?id=171464,101,1
8. Hopman WM, Garvey N, Olajos-Clow A et al. Outcomes of asthma education : Results of a multisite evaluation. *Can Respir J* 2004, 11 (4) : 291-7.

Le suivi de Martin

- Après avoir connu une période de plusieurs mois avec une bonne maîtrise de son asthme, Martin consulte son pharmacien en septembre, et à nouveau en octobre, pour renouveler son bronchodilatateur à courte durée d'action.
- Le pharmacien décèle une maîtrise inadéquate de l'asthme (selon plusieurs critères au test de 30 secondes) et un renouvellement très sporadique des corticostéroïdes inhalés (selon l'historique au dossier informatisé), ce que Martin corrobore au questionnaire.
- Pour tenter d'aider Martin, le pharmacien prend l'initiative :
 - de lui expliquer le rôle des CSI sur l'inflammation bronchique et les bénéfices à long terme d'une observance régulière, en dépit de l'absence de perception d'effet à court terme, sur la pratique de son sport favori, l'absentéisme scolaire, ou les consultations médicales pour son asthme.
 - de communiquer avec son médecin pour qu'il ait une réévaluation des facteurs déclencheurs (chat à domicile, herbe à poux en août/septembre, etc.) et du traitement et de la maîtrise de sa rhinite, qu'il discute de son observance et des craintes (ou des effets) indésirables de sa médication, et qu'il ait un plan d'action écrit personnalisé, afin de gérer d'éventuelles exacerbations.
 - de le référer à un centre d'enseignement sur l'asthme pour approfondir les notions de base sur l'asthme, de lui apprendre à bien s'évaluer au moyen des critères de maîtrise, de lui faire identifier et réduire les principaux déclencheurs, de favoriser l'observance et de parvenir à l'autogestion.

Les groupes de médecins et de pharmaciens intéressés d'en apprendre d'avantage sur le partenariat commun pour le traitement de l'asthme sont invités à consulter le site Internet du RQAM pour les formations disponibles : www.rqam.ca/asthme.html

D'autres références sont disponibles — contactez *Le Clinicien* à : clinicien@sta.ca