Les réponses de vos confrères à vos questions

En collaboration avec HMR

Par Carl Fournier, M.D.

À bout de souffle!
Comment puis-je maîtriser mon asthme?

Copyright© Vente et distribution commerciale interdites
Les personnes autorisées peuvent
pour leur usage personnel

Mélanie, 14 ans, est une joueuse étoile de l'équipe de soccer de l'école secondaire qu'elle fréquente. Il y a cinq ans, on a diagnostiqué et confirmé, à l'aide d'épreuves de spirométrie, qu'elle souffrait d'asthme.

Elle prend actuellement du *Budésonide* à raison de 200 mg deux fois par jour et du *Salbutamol* au besoin.

Elle vient vous consulter en compagnie de sa mère, qui vous dit qu'elle a dû cesser les entraînements de son équipe à cause de la toux et de l'essoufflement. Elle n'y arrive pas, même en prenant son *Salbutamol* avant l'entraînement, comme on lui avait suggéré.

Son équipe s'est qualifiée pour les Jeux du Québec qui auront lieu dans quelques semaines. Elle tient vraiment à se sentir mieux au moment d'y participer.

Vous revisez les critères de maîtrise de l'asthme (tableau 1) avec elle pour vous assurer que son asthme est bien maîtrisé. Elle dit utiliser son *Salbutamol* seulement deux ou trois fois par semaine, mis à part lors de ses entraînements. Elle n'a aucun symptôme diurne, outre lors des sessions d'entraînement, aucun symptôme nocturne et n'a eu aucune exacerbation, entraînant de l'absentéisme.

Tableau 1

Critères canadiens de maîtrise de l'asthme

- Moins de quatre doses d'un Bêta-2 adrénergique à courte action (BACA) par semaine
- Symptômes diurnes < quatre jours/semaine
- Symptômes nocturnes < une nuit/semaine
- Activité physique normale
- Exacerbations légères et peu fréquentes
- Aucun absentéisme attribuable à l'asthme
- Volume expiratoire maximal second ou dépit expiratoire de pointe (DEP) représentant 90 % ou plus de sa meilleure valeur personnelle
- Variabilité diurne du DEP inférieure à 10-15 %

Quels sont les éléments à valider avec Mélanie ?

Avant de modifier le traitement en cours, il faut d'abord vérifier l'observance du traitement et la technique d'inhalation. On ne doit pas modifier le traitement afin de corriger la non-observance, mais plutôt tenter de corriger la situation en informant le patient et en agissant sur les facteurs qui peuvent contribuer à sa non-observance.

Mélanie vous dit bien respecter les consignes d'utilisation de son traitement pour l'asthme et vous démontre qu'elle utilise bien les dispositifs de ce dernier. En procédant à un DEP vous constatez que Mélanie atteint 70 % de sa meilleure valeur personnelle.

Quels sont vos stratégies possibles ?

1. Ajouter un bêta-2 adrénergique à longue action (BALA) et diminuer la dose totale de corticostéroïde en inhalation (CSI).
2. Envisager d'augmenter la dose de CSI.
3. Envisager l'utilisation d'antagoniste des récepteurs des leucotriènes.

L'ajout d'un BALA au traitement par corticostéroïde procure une meilleure maîtrise de l'asthme que l'augmentation de la dose de corticostéroïde.

Les résultats de l'épreuve spirométrique confirment davantage que la patiente ne répond pas aux critères de maîtrise de l'asthme selon les recommandations faites par la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme (c'est-à-dire qu'elle ne peut déjà plus pratiquer une activité physique normale). On devrait donc envisager de modifier le traitement.

Les recommandations actuelles de la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme indiquent que : « si l'emploi de CSI à faible dose ne permet pas de contrôler l'asthme de manière satisfaisante, il faut considérer l'ajout d'un autre médicament.

L'ajout d'un BALA doit être considéré comme premier choix[1] ». En fait, les résultats de l'étude *Gaining Optimal Asthma Control* (GOAL) montrent que la maîtrise de l'asthme peut être obtenue plus tôt et à une dose moindre de stéroïde chez un plus grand nombre de patients, quand ces derniers prennent un CSI et un BALA en association plutôt qu'un CSI en monothérapie.

L'utilisation d'antagonistes des récepteurs des leucotriènes, dans cette situation d'asthme exacerbé par l'exercice, doit également être considérée.

D'ailleurs dans l'étude *Investigation of Montelukast as a Partner Agent for Complementary Therapy* (IMPACT), le traitement d'association *Montélukast-Fluticasone* en inhalation s'est révélé aussi efficace que le traitement d'association *Salmétérol-Flucticasone* en inhalation.

- Les deux traitements ont entraîné une maîtrise efficace de l'asthme comparativement aux valeurs initiales.
- Les deux traitements ont été généralement bien tolérés.

La décision revient donc à la patiente. En discutant avec Mélanie, elle vous informe qu'elle préfère tenter le traitement d'antagoniste des récepteurs des leucotriènes et revenir à son traitement habituel après sa compétition.

Par ailleurs, elle vous avoue éviter de prendre le *Budésonide* à dose élevé car elle trouve que sa voix devient enrouée.

Que lui suggérer pour éviter cet effet indésirable?

Plusieurs stratégies sont possibles pour diminuer l'enrouement de la voie causé par la prise de corticostéroïde :

1. Ajouter BALA et diminuer la dose totale de corticostéroïde en inhalation.
2. Envisager l'utilisation de dipropionate de béclométhasone micronisé.
3. Envisager l'utilisation d'antagoniste des récepteurs des leucotriènes.
4. Utiliser un aérosol et un dispositif d'espacement. *Clin*

Référence

1. Lemière C, Bai T, Balter M et al. Au nom du Canadian Adult Consensus Group of the Canadian Thoracic Society. Adult Asthma Consensus Guidelines Update 2003. Can Respir J 2004;11 (suppl. A):9A-18A.

Autres références disponibles — contactez *Le Clinicien* à : **clinicien@sta.ca**

Copyright© 2005. Tous droits réservés. ***LE CLINICIEN*** est publié douze fois par année par STA Communications Inc. située à Pointe-Claire, Québec. Le contenu de cette publication ne peut être reproduit d'aucune façon sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Postes Canada : Envois de publications canadiennes, contrat de vente # 40063348. Port payé à St-Laurent, Québec. Prière de faire suivre toute correspondance à l'adresse suivante : ***LE CLINICIEN***, 955, boul. St-Jean, bureau 306, Pointe-Claire, Québec, H9R 5K3. Téléphone : (514) 695-7623. ISSN 0832-9184. Photo de la page couverture : le virus VIH — firstlight.ca.