

stade de sévérité de l'asthme chronique

Les questions à se poser face au patient :

- > Suis-je toujours certain(e) qu'il s'agit bien d'un asthme ?
- > Ai-je évalué la sévérité de l'asthme sur les données cliniques et les valeurs du débitmètre de pointe (DEP) ?
- > Ai-je évalué l'efficacité du traitement ?
- > L'asthme de mon patient est-il correctement maîtrisé ?
- > Ai-je besoin de revoir ce patient dans un court délai ?
- > Ai-je aidé mon patient à exprimer ses difficultés vis-à-vis du traitement, en lui posant quelques questions, par exemples :
 - Êtes-vous en difficulté à cause de certains médicaments ?
 - Voulez-vous me montrer comment vous utilisez votre traitement ?
 - Dans la semaine, combien de fois vous n'avez pas pu prendre votre traitement ?
- > Me suis-je intéressé(e) au retentissement de l'asthme dans la vie quotidienne de mon patient ?
 - Pour vous, l'asthme c'est quoi ?
 - En quoi l'asthme vous gêne-t-il ?
 - Pensez-vous que le traitement peut être efficace ?
 - Avez-vous d'autres questions à me poser ?

▶ Objectifs de ce memo

- Accroître la maîtrise de l'asthme ou mieux soigner ses patients asthmatiques.
- Aider le patient à développer des compétences vis à vis de sa maladie.
- Favoriser la collaboration soignant-soigné.

▶ Références

- Education thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent : service des recommandations et références professionnelles de l'ANAES, Juin 2001
Rev Mal Respir, 2002, 19, 2s1-2s78
- Global strategy for asthma management and prevention revised (2002) National Institutes of Health, National Heart Lung and Blood Institute
- Canadian Respir J, 1996, 3, 101-114

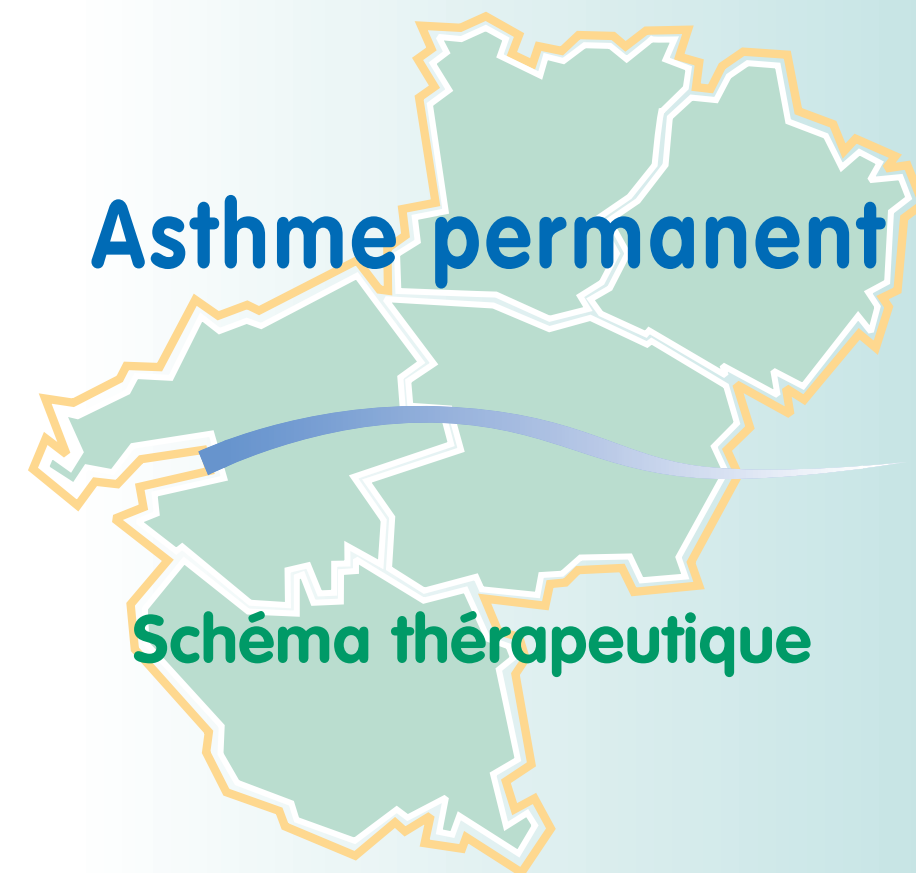
▶ Pour en savoir plus

La maladie asthmatique, Pr Jean-Louis Racineux
disponible sur www.pays-loire.assurance-maladie.fr rubrique Publications
ou sur simple demande auprès de l'URCAM

Ce mémo a été réalisé par le Pr Jean-Louis Racineux (CHU Angers) avec :

- Dr Pascal Chiffolleau**, médecin généraliste
- Dr Valérie David**, pneumo-pédiatre (CHU Nantes)
- Dr François-Xavier Lebas**, pneumologue (CH Le Mans)
- Dr Thierry Pigeanne**, pneumologue
- Dr Pierre Touboul**, Service médical de l'Assurance Maladie

Contact : **Docteur Pierre TOUBOUL**
Service médical de l'Assurance Maladie - tél. 02 51 88 51 38

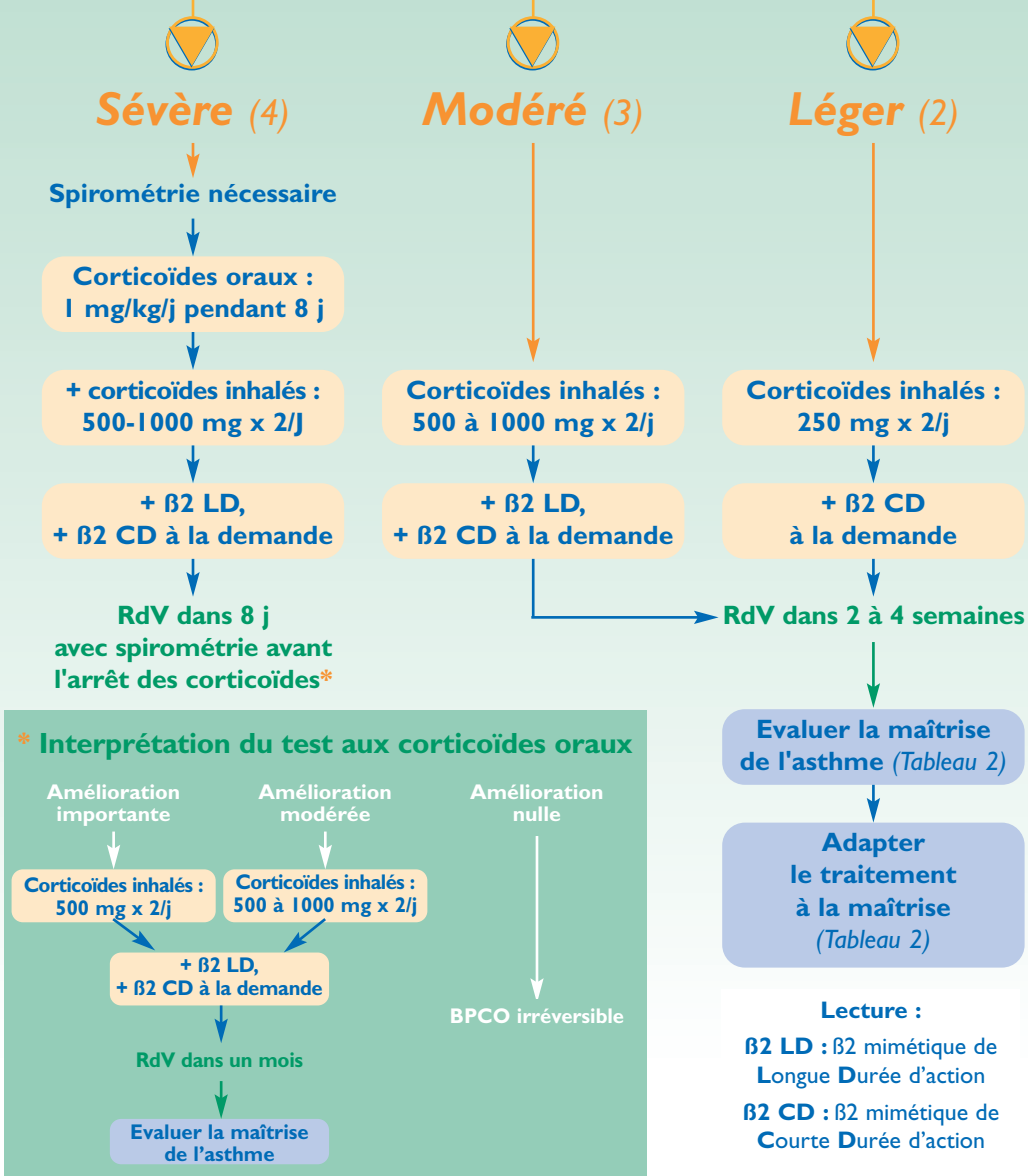


Assurance Maladie
Sécurité sociale



Schémas thérapeutiques en fonction du

Evaluer la sévérité (Tableau 1)



Note : les doses de corticostéroïdes inhalés doivent être adaptées chez l'enfant (voir références au dos de la plaquette).

TABLEAU 1 : Caractéristiques avant traitement des stades de sévérité de l'asthme

La présence d'une seule des caractéristiques de sévérité suffit pour classer le patient dans cette catégorie. Les caractéristiques présentées dans ce tableau sont d'ordre général et peuvent se superposer car l'asthme prend des formes variables. De plus, avec le temps, l'asthme du patient peut évoluer et changer de catégorie.

	Symptômes *	Symptômes nocturnes	Fonction Pulmonaire	
			VEMS/DEP référence	Variation DEP
Stade 4 : sévère permanent	Permanents. Activité physique limitée.	Fréquents	≤ 60 %	> 30 %
Stade 3 : léger permanent	Journaliers. Utilisation journalière de β2 CD inhalés.	> 1/semaine	entre 60 % et 80 %	> 30 %
Stade 2 : léger permanent	> 1/semaine mais < 1 fois/jour.	> 2/mois	≥ 80 %	entre 20 % et 30 %
Stade 1 : léger intermittent	< 1/semaine. Asymptomatique et DEP normal entre les poussées.	≤ 2/mois	≥ 80 %	< 20 %

Réf. : Expert panel report 2. National Heart, Lung and Blood Institute, 1997

* En général, les **poussées** sont fréquentes et longues en cas d'asthme sévère (plusieurs jours à plusieurs semaines) et brèves (quelques heures à quelques jours) en cas d'asthme léger. Ces poussées peuvent être d'intensité variable, quelle que soit la sévérité de l'asthme. Certains patients, avec un asthme intermittent subissent des poussées graves voire menaçantes, séparées par de longues périodes de fonction normale sans aucun symptôme.

TABLEAU 2 : Critères de maîtrise de l'asthme et adaptation thérapeutique

	Bonne maîtrise	Maîtrise acceptable	Mauvaise maîtrise	Perte de maîtrise
Symptômes diurnes	Aucun	< 3j/sem	> 3j/sem	Permanents
Symptômes nocturnes	Aucun réveil	< 1 nuit/sem	> 1 nuit/sem	Toutes les nuits
Activité physique	Normale	Normale	Diminuée	Très diminuée
Exacerbations	Aucune	Légères, peu fréquentes	Légères, fréquentes	Permanentes
Absentéisme	Non	Non	Non	Oui
β2 CD au besoin	Aucune prise	< 3 doses/sem	> 3 doses/sem	Tous les jours
VEMS, VEMS/CVF	Normal	≥ 90 % de la meilleure valeur.	< 90 %	< 80 % de la meilleure valeur
DEP	Normal	≥ 90 % de la meilleure valeur	< 90 %	< 80 % de la meilleure valeur
Variation du DEP	< 10 %	< 10 %	< 20 %	> 20 %
Traitement	Corticostéroïde inhalé aux mêmes doses (Après six mois de bonne maîtrise : possibilité de diminuer les doses)	Corticostéroïde inhalé aux mêmes doses + thérapie supplémentaire : β2 LD et antileucotriènes	Doubler la dose de corticostéroïde inhalé + thérapie supplémentaire : β2 LD et antileucotriènes	Corticostéroïdes oraux : 1 mg/kg/j pdt 8-15j encadrés par des EFR (Poursuivre corticostéroïde inhalé et thérapie supplémentaire)
Prochain RDV	3 mois	1 mois	15 jours	8-15 jours
Périodicité EFR	Dans l'année, s'assurer de la normalité du VEMS	6 à 12 mois	6 mois	Avant arrêt des corticostéroïdes oraux et 3-4 mois

Réf. : Canadian Respira J 1996 ; 3(2) :101-14.