



Recommandations pour la pratique clinique

**Recommandations pour le suivi médical
des patients asthmatiques adultes
et adolescents**

Synthèse des recommandations

SEPTEMBRE 2004

**Service des recommandations professionnelles
de l'Anaes**

RECOMMANDATIONS POUR LE SUIVI MÉDICAL DES PATIENTS ASTHMATIQUES ADULTES ET ADOLESCENTS

Fiche de synthèse des recommandations

1. Le suivi est centré sur le **contrôle** (activité de la maladie sur quelques semaines).

Le contrôle peut être classé en 3 niveaux :

- **inacceptable** : non-satisfaction d'un ou de plusieurs critères de contrôle listés dans le *tableau 1* ;
- **acceptable** : tous les critères de contrôle sont satisfaits ;
- **optimal** : stricte normalité des critères de contrôle ou obtention, toujours dans le cadre d'un contrôle acceptable, du meilleur compromis entre degré de contrôle, acceptation du traitement et effets secondaires.

Tableau 1. Paramètres définissant le contrôle acceptable de l'asthme.

Paramètres	Valeur ou fréquence *
1- Symptômes diurnes	< 4 jours/semaine
2- Symptômes nocturnes	< 1 nuit/semaine
3- Activité physique	Normale
4- Exacerbations	Légères, peu fréquentes
5- Absentéisme professionnel ou scolaire	Aucun
6- Utilisation de bêta-2 mimétiques d'action rapide	< 4 doses/semaine
7- VEMS ou DEP	> 85 % de la meilleure valeur personnelle
8- Variation nyctémérale du DEP (optionnel)	< 15 %

*Moyenne sur la période d'évaluation du contrôle (1 semaine à 3 mois).

2. La surveillance de la **tolérance** et de l'**observance** du traitement fait partie du suivi.
3. La stratégie thérapeutique est adaptée en fonction du **niveau de contrôle** et du **traitement de fond en cours**.

En cas de contrôle inacceptable :

- s'assurer qu'il s'agit bien d'un asthme, vérifier l'observance et la technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation ;
- rechercher et traiter des facteurs aggravants, des pathologies associées ou des formes cliniques particulières ;
- adapter le traitement de fond selon les *tableaux 2 et 3*. La durée des paliers thérapeutiques est de 1 à 3 mois.

En cas de contrôle acceptable ou optimal :

- rechercher le traitement minimal efficace pour maintenir un contrôle au moins acceptable, au mieux optimal. La durée des paliers est de 3 mois.

Tableau 2. Adaptation du traitement de fond en cas de contrôle inacceptable : patients n'ayant pas de traitement de fond ou recevant exclusivement une corticothérapie inhalée.

Traitement de fond en cours	Nouveau traitement*	
	Option 1	Option 2
Aucun CSI	CSI à dose moyenne	CSI à dose moyenne + TA
Dose faible ou moyenne de CSI	Ajouter un TA	Augmenter la dose de CSI avec ou sans TA
Dose forte de CSI	Ajouter un TA	

Tableau 3. Adaptation du traitement de fond en cas de contrôle inacceptable : patients ayant une corticothérapie inhalée et au moins un traitement additionnel.

Traitement de fond en cours		Nouveau traitement*	
CSI	Nombre de TA	Option 1	Option 2
Dose faible de CSI	1	Augmenter la dose de CSI	
Dose moyenne de CSI	1	Augmenter la dose de CSI	Ajouter un 2° TA avec ou sans augmentation de la dose de CSI
Dose forte de CSI	1	Ajouter un 2° TA	CO
Dose forte de CSI	2	CO	Ajouter un 3° TA

CSI : corticostéroïde inhalé.

TA : traitement additionnel. Le terme « traitement additionnel » inclut les bêta-2 agonistes de longue durée d'action, les antagonistes des récepteurs aux cystéinyl-leucotriènes, la théophylline et ses dérivés (bamiphylline) ;

CO : corticothérapie orale. Le recours à la corticothérapie orale est rare chez l'adolescent.

* Le choix entre les 2 options de traitement de fond dépendra de la fréquence des symptômes et de la fonction respiratoire (en particulier le VEMS post-bronchodilatateurs).

4. La **fréquence des consultations et des EFR** en fonction de la dose de corticostéroïde inhalé (CSI) nécessaire à l'obtention d'un contrôle acceptable est indiquée dans le *tableau 4*.

Tableau 4. Fréquence des consultations et des EFR en fonction de la dose de corticostéroïde inhalé.

CSI	Consultations de suivi (mois)	EFR (mois)
Forte dose	3	3-6
Dose moyenne ou faible	6	6-12
Aucune	12	12 ou +

Les doses journalières de corticostéroïde inhalé sont définies dans le *tableau 5*.

Tableau 5. Doses journalières faibles, moyennes et fortes de corticostéroïde inhalé chez l'adulte, en µg/j.

	Doses « faibles »	Doses « moyennes »	Doses « fortes »
Béclométasone*	< 500	500-1 000	> 1 000
Budésonide	< 400	400-800	> 800
Fluticasone	< 250	250-500	> 500

* Doses à diviser par 2 pour les spécialités QVAR® et NEXXAIR®.