

Supplément "Folia Pharmacotherapeutica"
Septembre 2002
Volume 29
Numéro 9

REUNION DE CONSENSUS

27 mars 2001

L'usage adéquat des médicaments dans l'asthme

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments

Promoteur:

Monsieur F. VANDENBROUCKE, Ministre des Affaires Sociales

et

Le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments

Président: M. VERMEYLEN

Secrétaire: H. BEYERS

Membres: P. BAEYENS, M. BAUVAL, M. BOUTSEN, D. BROECKX, P. CHEVALIER, M.-H. CORNELY, J. CREPLET, C. de GALOCSY, J. DE HOON, M. DETIEGE, A. DUFOUR, M. DUYCK, B. GEORGES, J. GERARD, H. HAERENS, F. JACOBS, P. LACOR, A. LECROART, J.-M. MELIS, H. PROESMANS, G. PUTZEYS, R. REGA, J.-Y. REGINSTER, H. SCHAUTTEET, G. SCHRAEPEN, N. SCHUHMANN, C. SMETS, F. SUMKAY, P. VAN DURME, P. VAN HOORDE, L. VAN BORTEL, O. VAN DE VLOED, R. VANSTECHELMAN, G. VERPOOTEN, J. VOISEY, I. WIDERA

Comité d'organisation:

Président: G. VERPOOTEN

Experts: E. BODART et R. PAUWELS

Membres: H. BEYERS, M. BOGAERT, M. DE FALLEUR, A. DE SWAEF, T. MICHIELS, H. PROESMANS, F. SUMKAY, K. VAN DEN BULCK, O. VAN DE VLOED, J. VOISEY

Groupe bibliographique:

Projekt Farmaka, Gent.

Préparation pratique:

H. BEYERS et D. VAN DEN BERGH, Unité de gestion de Pharmanet, Service des soins de santé, INAMI

Editeur responsable: J. DE COCK, INAMI, Avenue de Tervuren 211, 1150
Bruxelles

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments

REUNION DE CONSENSUS

**L'USAGE ADEQUAT DES
MEDICAMENTS DANS L'ASTHME**

RAPPORT DU JURY

Bruxelles, 27 mars 2001

1) INTRODUCTION

Le 27 mars 2001, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) a organisé une réunion de consensus concernant "L'usage adéquat des médicaments dans l'asthme". L'organisation de telles réunions, deux fois par an, fait partie des missions du Comité d'Evaluation des Pratiques Médicales en matière de Médicaments. Ces réunions de consensus ont pour but d'évaluer les pratiques médicales en matière de prescription de médicaments, sur un thème particulier, et de formuler des recommandations à l'adresse de tous les médecins prescripteurs. Cette réunion de consensus sur l'asthme fait donc partie d'une série et en est la cinquième.

L'INAMI organise ces réunions de consensus selon une méthodologie bien établie. Un jury pluridisciplinaire formule les recommandations, en réponse à des questions posées.

Pour ce faire, le jury se base en premier lieu sur une revue extensive de la littérature effectuée par un groupe bibliographique indépendant. Toutes les revues systématiques et méta-analyses pertinentes sont contrôlées quant à leurs qualités méthodologiques, en deux étapes. Des critères minimaux, tels que stratégie de recherche systématique, mention des sources et utilisation d'études randomisées font office de premier filtre. Puis, les études retenues reçoivent un score de qualité méthodologique, sur base de critères d'évaluation existants.

Dans un deuxième temps, une présentation publique de rapports d'experts a lieu, ce qui permet de compléter les connaissances disponibles par des points de vue personnels et des considérations cliniques. Cette présentation est suivie d'un débat démocratique au cours duquel chaque participant (jury ou public) a l'occasion d'exprimer son point de vue.

Le texte suivant est le compte-rendu des conclusions du jury pluridisciplinaire et indépendant (**texte court**). Ce texte ne reflète pas nécessairement le point de vue de l'organisateur, à savoir l'INAMI ou le Ministère des Affaires Sociales.

Le **texte complet (long)** peut être demandé auprès de Herman Beyers, INAMI, avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles (fax. (02) 739 77 11, e-mail herman.beyers@inami.fgov.be). Le rapport du jury peut être consulté sur le website de l'INAMI (www.inami.fgov.be: "Dispensateurs de soins – Médecins - Données Pharmanet Données globales – Réunions de consensus").

2) COMPOSITION DU JURY

Le jury pluridisciplinaire comportait 13 membres:

Représentants des généralistes

Robert Gérard
Jaak Lannoy
Karin Van den Bulck (Présidente)

Représentants des pneumologues / pédiatres

Thierry Michiels (Vice-président)
Christian Mossay
Marc Raes

Représentants des organismes assureurs

Valérie Fabri
Heidi Goethals

Représentants des pharmaciens

Marleen Haems
Ann Adriaensen

Représentants des infirmiers

Isabelle Deckers
Anita Gancwajch

Représentant des associations de patients

Herman Van Der Stukken

Pour élaborer ces directives le jury a utilisé les niveaux de preuve scientifique suivants:

- Niveau Ia: - une ou plusieurs méta-analyses de qualité suffisante
- plusieurs études randomisées contrôlées (RCT) de qualité suffisante
- Niveau Ib: - une RCT de qualité suffisante
- Niveau II: - des méta-analyses ou RCT de qualité insuffisante ou avec des résultats contradictoires,
- des études autres que RCT sur base d'une évaluation de la qualité des données par le jury ou les experts.
- Niveau III: - opinion d'experts fondées sur l'expérience clinique.

3) CONCLUSIONS

Après avoir écouté les présentations des experts à la conférence de consensus, le 27 mars 2001, le jury est arrivé aux conclusions suivantes:

I. DIAGNOSTIC ET SUBDIVISION EN STADES DE L'ASTHME

a) Le diagnostic est basé sur l'anamnèse, l'examen clinique et les examens complémentaires

L'anamnèse recherchera, outre les antécédents familiaux et personnels, surtout les symptômes de dyspnée, toux et sifflements respiratoires. La sévérité de l'asthme peut être estimée par la fréquence des plaintes nocturnes, l'interférence avec la vie quotidienne et l'utilisation spontanée de médicaments.

L'examen clinique comporte l'auscultation et le dépistage des anomalies thoraciques.

Les examens complémentaires (débit expiratoire de pointe, spirométrie, provocation bronchique, tests allergiques) peuvent confirmer le diagnostic de l'asthme et exclure d'autres affections. Le Débit Expiratoire de Pointe (DEP) est un test important pour le diagnostic et le suivi de l'asthme et est apparemment encore trop peu utilisé en Belgique.

b) Chez l'enfant et l'adulte, conformément aux recommandations de GINA, l'asthme est subdivisé selon sa sévérité en 4 stades :

| ASTHME: | Symptomes diurnes | Symptomes nocturnes | DEP (% de la normale) | DEP (variabilité en %) |
|-----------------|-------------------|---------------------|-----------------------|------------------------|
| 1. INTERMITTENT | < 1/sem | < 2/mois | > 80 | < 20 |
| 2. LEGER | < 1/jour | > 2/mois | > 80 | 20 - 30 |
| 3. MODERE | > 1/jour | > 1/sem | 60 - 80 | > 30 |
| 4. SEVERE | continus | fréquents | < 60 | > 30 |

II. TRAITEMENT DE L'ASTHME CHRONIQUE

a) Le traitement est instauré en fonction du stade initial de l'asthme

1. Asthme intermittent

Le traitement consiste en une inhalation symptomatique de bêta-2-mimétiques. Pour l'asthme d'effort, des bêta-2-mimétiques ou du cromoglycate sont administrés avant l'effort.

2. Asthme léger persistant

Des corticoïdes inhalés à faibles doses (200-400 µg de budesonide ou de beclomethasone, ou 100-200 µg de fluticasone par jour) constituent le traitement standard. D'autres alternatives sont le cromoglycate ou la théophylline à longue action. L'efficacité des antagonistes des leucotriènes n'a pas encore été démontrée.

3. Asthme modéré

Si nécessaire, des corticoïdes inhalés à doses moyennes (> 500 µg de budesonide ou de beclométhasone ou > 250 µg de fluticasone par jour) sont administrés, en association avec des bêta-2-mimétiques à longue action ou à de la théophylline à longue action. L'efficacité des antagonistes des leucotriènes est démontrée en cas d'hypersensibilité à l'aspirine et d'asthme d'effort.

4. Asthme sévère

Des corticoïdes inhalés à hautes doses (800 à 2000 µg de budesonide ou de beclométhasone, ou 400 à 1000 µg de fluticasone) sont administrés en association avec des bêta-2-mimétiques à longue action. La théophylline à longue action, les bêta-2-mimétiques per os ou les corticoïdes per os peuvent remplacer les bêta-2-mimétiques ou peuvent être ajoutés au traitement.

b) Le traitement est adapté en fonction de la méthode "Stepup – Stepdown"

Une réévaluation a lieu après 3 à 6 mois : le traitement est progressivement réduit lors d'un contrôle clinique favorable, ou renforcé en cas de contrôle insuffisant des symptômes, après avoir vérifié l'éviction des facteurs de risque et l'observance du traitement.

c) Place des différentes classes de médicaments dans le traitement

Les corticoïdes inhalés

Les corticoïdes inhalés sont la pierre angulaire du traitement de l'asthme chronique tant chez l'adulte que chez l'enfant (niveau de preuve Ia) dès le stade 2 de GINA.

Les aérosols-doseurs avec chambre d'expansion ou les inhalateurs à poudre sèche sont les méthodes d'inhalation préférées. L'utilisation du nébuliseur doit être évitée en raison de la mauvaise déposition pulmonaire et du coût.

Les bêta-2-mimétiques à longue action

L'efficacité des bêta-2-mimétiques à longue action est indiscutable à partir du stade 3 (niveau de preuve Ib).

Les antagonistes des leucotriènes

Plusieurs études démontrent qu'ils sont meilleurs que le placebo et qu'ils peuvent remplacer des corticoïdes inhalés à faibles doses. Un suivi est nécessaire afin de déterminer leur place exacte dans le traitement de l'asthme.

Les cromoglycates

En pédiatrie, ils sont souvent utilisés, en raison de leur bonne tolérance, à partir du stade 2. Une méta-analyse récente conteste leur efficacité chez l'enfant.

Les combinaisons fixes : bêta-2-mimétiques et corticoïdes inhalés

L'évidence de l'efficacité de ces combinaisons fait encore défaut. Elles pourraient toutefois empêcher le "stepdown" jusqu'à la plus petite dose efficace de corticoïdes.

III. TRAITEMENT DE L'ASTHME AIGU

a) Evaluation de la sévérité de la crise

La sévérité de l'asthme aigu peut être évaluée chez l'adulte et l'enfant à partir des paramètres cliniques. La mesure des gaz sanguins artériels et du débit expiratoire de pointe (DEP) permettent d'affiner cette évaluation.

b) Décision d'hospitalisation

La décision d'hospitalisation de l'enfant est basée sur des critères objectifs (crise modérée à sévère, DEP < 50% après administration d'un bronchodilatateur, saturation < 90% après administration d'un bronchodilatateur), et sur des raisons subjectives telles que l'inquiétude des parents et le moment de la journée (nuit).

c) Traitement de l'asthme aigu

Les bronchodilatateurs et les corticoïdes constituent la base du traitement de l'asthme aigu.

Le médicament le plus utilisé est le salbutamol administré sous forme d'aérosol-doseur avec chambre d'expansion. La dose est de 400 µg toutes les 10 à 20 minutes pendant la 1ère heure et ensuite de 200 à 400 µg toutes les 1 à 4 heures. En principe, ce traitement doit être associé à une oxygénothérapie afin d'éviter l'hypoxie.

L'ipratropium peut être associé aux bêta-2-mimétiques.

La théophylline administrée par voie intraveineuse doit être réservée au service des soins intensifs, vu le risque d'arythmie.

Les corticoïdes sont administrés par voie orale en une dose de 30 à 60 mg de prednisone par jour pour l'adulte et en une dose de 1 à 2 mg/kg/jour pour l'enfant.

CONCLUSION

Selon la sévérité de l'affection, l'asthme est subdivisé en 4 stades : 1. Asthme intermittent, 2. Asthme léger, 3. Asthme modéré et 4. Asthme sévère. A partir du stade 2, des corticoïdes inhalés administrés par un inhalateur à poudre sèche ou par un aérosol-doseur avec chambre d'expansion constituent le traitement de base. Pour les formes d'asthme plus sévères, des bronchodilatateurs comme les bêta-2-mimétiques à longue action sont ajoutés.

L'asthme aigu est traité par des corticoïdes per os et par des bêta-2-mimétiques inhalés.