

# Quels arguments pour motiver vos patients ?

D'APRÈS LA COMMUNICATION DE A. DIDIER, TOULOUSE

**L**e principal objectif que vise l'amélioration de l'observance des traitements de fond de l'asthme est le meilleur contrôle de la maladie. Cette notion de contrôle est probablement plus simple à évaluer que la classique notion de sévérité largement développée dans les recommandations GINA.

## DÉFINITION DU CONTRÔLE DE L'ASTHME

Les recommandations émises par l'ANAES ([www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)) en septembre 2004 définissent le contrôle de l'asthme par l'activité de la maladie observée sur les quelques semaines (1 à 12) précédant la consultation. L'activité de la maladie est définie à partir d'éléments cliniques et fonctionnels qui doivent être évalués à chaque consultation de suivi du patient. Le contrôle de l'asthme est défini par :

- une fréquence de symptômes diurnes inférieure à 4 jours par semaine et de symptômes nocturnes inférieure à 1 nuit par semaine ;
- une activité physique normale ;
- des exacerbations peu fréquentes et légères ;
- un absentéisme nul ;
- un recours aux  $\beta_2$  CA inférieur à 4 doses par semaine ;
- un VEMS ou un DEP (volume expiratoire maximum seconde, débit expiratoire de pointe) supérieur à 85 % de la meilleure valeur observée chez le patient ;
- et une variation nyctémérale du DEP inférieure à 15 %.

Partant de ces critères, le contrôle est jugé :

- inacceptable si un ou plusieurs d'entre eux ne sont pas satisfaits : une adaptation de la prise en charge s'impose alors ;

- acceptable si tous les critères sont satisfaits, nonobstant la persistance de quelques symptômes ;

- et enfin, optimal, lorsqu'il y a absence ou normalité de tous les critères ou, éventuellement, lorsque le meilleur compromis a été obtenu, chez un patient, entre le niveau de contrôle, l'acceptation des traitements et la survenue éventuelle d'effets secondaires.

Une enquête effectuée auprès de 551 pneumologues, 176 allergologues, 470 urgentistes et 1805 médecins généralistes, l'étude CAPE (Contrôle de l'Asthme et Prévention des Exacerbations) [1], montre quelques divergences dans l'importance respective qu'attachent ces différents praticiens aux critères définissant le contrôle de l'asthme (et les exacerbations). Ces praticiens devaient classer par ordre d'importance 3 critères sur 6 du contrôle de l'asthme : symptômes, épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR), recours aux  $\beta_2$  CA, exacerbations, consultations en urgence et absence de retentissement sur les activités quotidiennes. Les spécialistes (pneumologues et allergologues) considèrent, par ordre d'importance, que le contrôle de l'asthme nécessite : une symptomatologie minimale, un usage minimum de  $\beta_2$  CA et des EFR normales, mais les généralistes, qui suivent la plupart des asthmatiques, le définit, dans l'ordre, par la normalité de l'EFR (alors même qu'ils disposent rarement des moyens de l'évaluer), un usage minimum de  $\beta_2$  CA et l'absence de retentissement de la maladie sur les activités quotidiennes.

## LE CONTRÔLE DE L'ASTHME EN PRATIQUE : PEUT-ON MIEUX FAIRE ?

L'évaluation en France et en Europe, dans l'étude AIRE [2], de la limitation des activités induite par la maladie chez les patients asthmatiques, n'est pas satisfaisante (*fig. 1*) et incite donc à reconsidérer le contrôle de l'asthme chez la plupart des patients. Mais, en pratique, est-il possible d'atteindre un meilleur contrôle ?

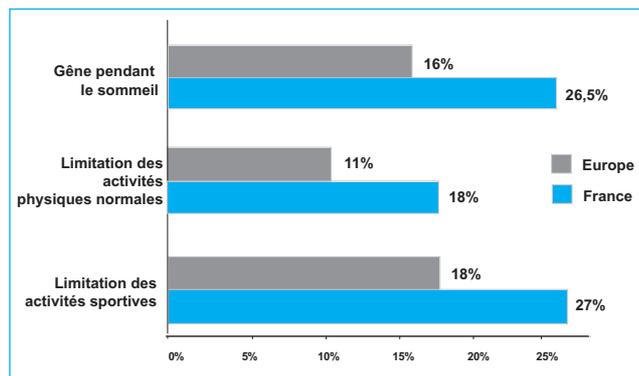


Fig. 1. — Étude AIRE : limitation des activités en raison de l’asthme. D’après [2].

A cette question, l’étude GOAL (*Gaining Optimal Asthma controL*) [3] menée à l’initiative du laboratoire GSK, dans 44 pays, auprès de 3416 patients asthmatiques, répond par l’affirmative.

Cette étude a défini et étudié 2 niveaux de contrôle de l’asthme fondés sur les 7 critères des recommandations internationales (GINA).

Le « bon contrôle » était défini par l’absence totale, sur une période de 8 semaines, de réveils nocturnes, exacerbations, visites en urgence et effets secondaires imposant une modification des traitements, ainsi que par l’existence de 2, au moins, des 3 critères suivants : des symptômes diurnes de score > 1 survenant au maximum 2 jours par semaine, un recours aux  $\beta_2$  CA n’excédant pas 2 jours consécutifs et 4 fois par semaine, un DEP matinal supérieur à 80 % de sa valeur théorique.

Le « contrôle total », très exigeant dans cette étude, était défini par l’absence complète de l’ensemble des paramètres de l’asthme : réveils nocturnes, symptômes diurnes, exacerbations, recours aux  $\beta_2$  CA, consultations en urgence, effets indésirables des traitements, et par un DEP normal ou quasi normal durant au moins 7 des 8 semaines de l’étude.

Pendant la phase 1 de l’étude, les patients, randomisés, en double aveugle ont été répartis en 3 strates en fonction des doses de CSI présentes dans leur traitement avant l’étude (pas de CSI, doses faibles et doses modérées) et ont reçu, selon leur strate, des doses variables de fluticasone (Flixotide®) ou de fluticasone/salmétérol (Seretide®), augmentées, si nécessaire, par paliers toutes les 12 semaines jusqu’à l’obtention d’un contrôle total de l’asthme sur une durée d’au moins 7 semaines sur 8.

En fin de phase 1 (recherche du contrôle), une majorité de patients avaient atteint un bon contrôle de leur asthme sous Seretide®, 71 % vs 65 % ( $p < 0.05$ ) dans le groupe

Flixotide® pour les patients naïfs de CSI, 69 % vs 52 % ( $p < 0.001$ ) pour les patients déjà traités par de faibles doses de CSI et 51 % vs 33 % ( $p < 0.001$ ) chez ceux recevant des doses modérées de CSI (fig. 2). Un certain pourcentage de patients a obtenu un contrôle total, en fin de phase 1, 42 % vs 31 % ( $p < 0.001$ ) dans la strate « naïfs de CSI », 32 % vs 20 % ( $p < 0.001$ ) dans la strate « faibles doses » et 19 % vs 8 % ( $p < 0.001$ ) dans la strate « doses modérées » (fig. 3).

L’association fluticasone/salmétérol permet ainsi à un plus grand nombre de patients, et avec une dose moindre de CSI, d’atteindre un contrôle optimal de leur asthme. Par ailleurs, l’obtention du bon contrôle de l’asthme se montre significativement plus rapide ( $p < 0.001$ ) dans le groupe fluticasone/salmétérol que dans le groupe fluticasone : 50 % des patients l’atteignent dès la 2<sup>ème</sup> semaine vs 50 % à la 7<sup>ème</sup> semaine sous fluticasone.

Au moins 2 des 3 critères suivants	
Symptômes diurnes	2 jours/sem.max avec un score symptômes >1
Recours aux $\beta_2$ CA	4 fois max./sem et $\leq 2$ jours/sem.
DEP matinal $\geq 80\%$	<b>Chaque jour</b>
Tous les critères suivants	
Réveils nocturnes	Aucun
Exacerbations	Aucune
Visites d’urgence	Aucune
Effets Ilaire entrainant une modification des traitements	Aucun

Fig. 2. — Le bon contrôle selon GOAL évalué sur une période de 8 semaines. D’après [3].

Tous les critères suivants	
Symptômes diurnes	Aucun
Recours aux $\beta_2$ CA	Aucun
DEP matinal $\geq 80\%$	<b>Chaque jour</b>
Tous les critères suivants	
Réveils nocturnes	Aucun
Exacerbations	Aucune
Visites d’urgence	Aucune
Effets Ilaire entrainant une modification des traitements	Aucun

Fig. 3. — Le contrôle total selon GOAL évalué sur une période de 8 semaines. D’après [3].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9284604>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9284604>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)