

Traitement de la crise d'asthme : où sont aujourd'hui les enjeux ?

Treatment of exacerbation of asthma: what are today's issues?

D. Ploin ^{a,b,*}, A. Rousson ^c, C. Vitoux-Brot ^d, V. Nouyrigat ^e, P. Foucaud ^f,
J.-P. Lemaire ^g, B. Chevallier ^h, S. Bergeron ⁱ, A. Martinot ^j,
G. Chéron ^k, D. Floret ^b

^a DIM des hospices civils de Lyon, 162, avenue Lacassagne, 69424 Lyon cedex 03 et Réseau d'Épidémiologie Clinique Internationale Francophone (RECF), Université Claude-Bernard-Lyon I, France

^b Service d'urgence et de réanimation pédiatrique, hôpital Édouard-Herriot, hospices civils de Lyon, 5, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France

^c Unité d'accueil des urgences pédiatriques, hôpital Debrousse, hospices civils de Lyon, 29, rue sœur-Bouvier, 69322 Lyon cedex 05, France

^d Service des urgences pédiatriques, hôpital Robert-Debré, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris, France

^e Polyclinique de consultations externes pour enfants, hôpital de Bicêtre, assistance publique hôpitaux de Paris, 78, rue du général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

^f Service de pédiatrie, hôpital André-Mignot, centre hospitalier de Versailles, 117, rue de Versailles, 78157 Le Chesnay cedex, France

^g Cabinet libéral, 2, avenue de Picardie, 60000 Beauvais, France

^h Service de pédiatrie, hôpital Ambroise-Paré, 9, avenue Charles-de-Gaulle, 92100 Boulogne-Billancourt, France

ⁱ Unité de médecine d'urgence, département de pédiatrie, hôpital sainte-Justine, 3175 cote Sainte-Catherine, Montréal (Québec), H3T 1C5, Canada

^j Unité de pédiatrie générale et urgences, clinique de pédiatrie, CHU de Lille, 3175 cote sainte-Catherine, hôpital Jeanne-de-Flandre, avenue Eugène-Avinée, 59037 Lille cedex, France

^k Département des urgences pédiatriques, hôpital Necker-Enfants malades, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15, France

Disponible sur internet le 29 janvier 2005

Résumé

Au cours des dernières décennies, des progrès considérables ont été accomplis dans la prise en charge de l'urgence asthmatique. Les recommandations les plus récentes sont des référentiels d'une grande qualité, véritables modèles en matière de pédagogie médicale et parfaitement étayées scientifiquement. L'offre technologique en médicaments comme en dispositifs est la mieux fournie de la pharmacopée pédiatrique, qu'il s'agisse d'innovations médicamenteuses ou de diversité galénique. Ces avancées ont grandement facilité la prise en charge des asthmatiques, sans toutefois résoudre tous les problèmes. Si les médecins dépassent les posologies désuètes de l'AMM pour prescrire des hautes doses de salbutamol, la corticothérapie systémique précoce pour les crises d'asthme modérées reste sous utilisée eu égard aux derniers référentiels et aux méta-analyses récentes. Pour optimiser l'évaluation de la gravité, il faut par ailleurs prendre en compte les consultations fréquentes aux urgences ainsi que l'absence de suivi par un médecin référent, qui sont d'authentiques facteurs de risque d'asthme aigu grave, alors que ces items ne sont pas présents dans les scores de gravité. Réussir à amorcer ou renforcer l'éducation thérapeutique de l'enfant et de sa famille à l'occasion de l'épisode aigu, est aussi un défi de la prise en charge initiale de la crise, moment privilégié pour établir une interaction durable. En effet, l'encadrement des traitements de fond et l'éducation des familles à la gestion de la maladie et à l'aménagement de l'environnement domestique, sont les véritables outils de prévention des crises d'asthme, et en particulier des crises les plus graves.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

☆ Ce texte a fait l'objet d'une communication dans le cadre des 3^{es} Journées des pédiatres des urgences qui se sont tenues à Paris les 19 et 20 septembre 2003, à l'hôpital Necker-Enfants malades, sous l'égide du Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques.

* Auteur correspondant. Département de pédiatrie, hôpital sainte-Justine, 7 bloc 2, cote sainte-Catherine, Montréal, Qc 3175, Canada.
Adresse e-mail : dominique.ploin@chu-lyon.fr (D. Ploin).

Abstract

During past decades, major progress has been accomplished in the management of acute asthma. Most recent recommendations include evidence-based rationale. The improved quality of clinical guidelines makes them efficient models for medical education. The pediatric pharmacopoeia provides a great variety of choices of drugs as well as for asthma medical devices. These innovations dramatically facilitated the medical management of asthmatic children, but they did not solve all problems. Physicians now use higher doses of salbutamol, but the early prescription of systemic glucocorticoids for moderate exacerbation of asthma is still underused, given the most recent clinical guidelines and meta-analysis. Furthermore, repeated emergency department visits to the wards and lack of primary care physician should systematically be appraised when evaluating severity, as they are both major risk factors for severe exacerbations, even though they are not considered in acute asthma severity scores. Finally, initiating (or reinforcing) patient education at the time of exacerbation also presents important challenges, as emergency visits are a favorable moment to commence the therapeutic education of the child and his family. Indeed, framing the controller medications and educating families about how to manage the disease and to improve their domestic environment are the genuine tools available for the prevention of asthma exacerbations, and particularly those most severe. © 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Asthme aigu ; Enfant ; Consultation d'urgence ; Traitement ambulatoire ; Recommandations de pratique clinique ; Dispositifs médicaux ; Bêtamimétiques inhalés ; Glucocorticoïdes ; Éducation thérapeutique

Keywords: Acute asthma; Child; Emergency medical services; Ambulatory treatment; Clinical guidelines; Medical devices; Inhaled adrenergic; Beta-agonists; Glucocorticoids; Patient education

Au cours des dernières décennies, les modalités de traitement de la crise d'asthme se sont considérablement modifiées et des progrès majeurs ont été accomplis dans la prise en charge de l'urgence asthmatique. Cependant, quelques difficultés non résolues persistent, tant dans les services d'accueil des urgences pédiatriques que dans les cabinets libéraux.

1. QUELS SONT LES PROGRÈS ACCOMPLIS ?

Les progrès concernent le domaine des recommandations pour la pratique clinique, le champ de la rationalisation des thérapeutiques et le développement de l'offre technologique.

Depuis vingt ans, l'Organisation mondiale de la santé, les agences nationales comme le National Institute of Health et les sociétés savantes ont proposé des référentiels d'une qualité croissante au fil du temps, tant sur le plan scientifique que sur le plan didactique. Cette abondante littérature nationale [1–5] et internationale [6–15], régulièrement mise à jour et traduite en français [16], aborde les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et éducationnels (enfants, familles et aussi professionnels de santé). Trois ouvrages sont spécifiquement pédiatriques : la version dérivée de « Global Initiative for Asthma » intitulée « Pocket guide for asthma management and prevention in children. A pocket guide for physicians and nurses (updated 2003) » [17], « Pediatric asthma : promoting best practices », recommandations de lecture particulièrement agréable, rédigées par un groupe d'experts américains [18] et les recommandations pour la pratique clinique sur l'éducation thérapeuti-

que de l'enfant asthmatique, rédigées par l'Anaes [19]. Ces documents sont accessibles par internet et facilement utilisables comme supports pédagogiques (www.gin-asthma.com ; www.aaaai.org ; www.anaes.fr).

Dans le domaine de la thérapeutique pédiatrique, le besoin d'un raisonnement fondé sur les preuves a été remarquablement formulé par Anne Morris et Craig Mellis [20] et, si certains textes [12,18] ont pu être critiqués pour leur manque de formulation explicite du niveau de preuve, les recommandations les plus récentes ont tout à fait pallié à cette carence [15,19].

Dans les vingt dernières années aussi, l'offre de dispositifs médicaux pour l'administration des traitements inhalés s'est considérablement diversifiée. La mise à disposition, en mai 1994, de la première chambre d'inhalation avec masque facial a représenté un tournant majeur pour le traitement des nourrissons et des jeunes enfants. L'inscription des chambres d'inhalation au tarif interministériel des prestations sanitaires en a permis le remboursement forfaitaire sur la base du TIPS, facilitant ainsi l'accès à de tels dispositifs pour la totalité des familles. Des formes unidoses de salbutamol et de terbutaline sont arrivées sur le marché pour compléter utilement la gamme des formes galéniques disponibles pour la nébulisation.

2. QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE CES PROGRÈS ?

Les hautes doses de bêtamimétiques inhalés par aérosol doseur sont apparues dans les recommandations internationales qui préconisent la répétition des doses de huit [12], dix

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9370281>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9370281>

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