

DONNE DROIT À 1 CRÉDIT DE FC



Approuvé pour 1 crédit de FC par le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie. Dossier n° 1065-2011-220-I-T. Non valide pour les crédits de FC acquis après le 24 avril 2014.

Pour obtenir instantanément vos résultats, répondez en ligne sur www.ProfessionSante.ca

UNE FC SPÉCIALEMENT POUR LES ATP

Coin technipharm FC est le seul programme national de formation continue s'adressant aux assistants techniques en pharmacie canadiens.

Comme le rôle des ATP s'étend, utilisez régulièrement Coin technipharm FC pour parfaire vos connaissances. Veuillez noter qu'une note de passage minimale de 70 % est exigée pour obtenir le crédit de FC.

Coin technipharm FC est généralement commandité par Teva. Les numéros précédents peuvent être téléchargés à partir des sites www.ProfessionSante.ca ou www.tevacanada.com.

POUR RÉPONDRE AU TEST

1. Obtenez instantanément vos résultats en répondant en ligne sur le site www.ProfessionSante.ca.
2. Ou utilisez la carte réponse insérée avec cette leçon de FC. Entourez les réponses sur la carte préaffranchie et préadressée, et postez-la ou envoyez-la par télécopieur à Mayra Ramos (416-764-3937).

Une note de passage de 70 % (7 sur 10) est exigée pour réussir cette leçon et obtenir 1 crédit de FC. Coin Technipharm vous enverra vos résultats par la poste sous 8 à 12 semaines.

COLLABORATEURS

Coordonnatrice de la FC:
Margaret Woodruff, R.Ph., B.Sc. Phm., MBA Humber College

Rédactrice en chef clinique:
Lu-Ann Murdoch, B.Sc.Pharm.

Auteur:
Brenda Yuzdowski B.Sc.Pharm.

Réviseurs:
Chantal Benhamron, Mélanie Alain

L'actualité
pharmaceutique

Récapitulatif sur l'asthme

par Simon Lessard, B. Pharm., MBA

Objectifs d'apprentissage:

Après avoir suivi cette leçon, l'ATP sera en mesure de:

1. Décrire les mécanismes pathophysiologiques à l'origine de l'asthme
2. Comparer l'innocuité et l'efficacité des différents traitements pour l'asthme
3. Comprendre les principales raisons pour lesquelles un ATP doit recommander un inhalateur doseur pressurisé avec chambre d'inhalation valvée
4. Participer activement au suivi des enfants et adultes asthmatiques

Introduction

L'asthme est un problème d'envergure mondiale, qui touche environ 300 millions de personnes¹.

Au Canada, deux millions de personnes, parmi lesquelles 10 % à 15 % d'enfants, souffrent d'asthme. L'asthme est l'une des principales causes d'hospitalisation et au Canada, on impute à cette maladie plus de 500 décès par année².

L'asthme est une maladie fluctuante, caractérisée par des périodes de maîtrise relativement bonne, entrecoupées d'épisodes d'aggravation qui, s'ils ne sont pas traités, entraînent des exacerbations plus graves. À l'heure actuelle, la prise en charge de l'asthme vise une maîtrise optimale au moyen de traitements d'entretien et de bronchodilatateurs à courte action³.

Qu'est-ce que l'asthme?

La Société canadienne de thoracologie définit l'asthme comme une pathologie qui se manifeste par des symptômes paroxystiques ou persistants, tels que la dyspnée, l'oppression thoracique, le sifflement, l'expectoration et la toux. Ces symptômes sont associés à une obstruction variable des voies respiratoires et à l'hyperréactivité de celles-ci à des stimuli endogènes ou exogènes⁴. Bien que complexe, cette définition explique clairement les symptômes qu'une personne asthmatique peut éprouver, de même que la notion de facteurs aggravants (allergènes, air froid, virus, fumée de cigarette, etc.) qui déclenchent une réaction excessive des poumons et un rétrécissement des voies respiratoires. Ce rétrécissement se manifeste de deux façons différentes (*voir la figure 1 en ligne*):

1. Les voies respiratoires enflent et sont encombrées de mucus (inflammation), ce qui en réduit et obstrue l'ouverture. L'inflammation peut durer de quelques heures à quelques jours.

2. Les muscles des parois des voies respiratoires se contractent, ce qui provoque un spasme (bronchoconstriction)⁵.

Quelle est l'incidence de l'environnement?

On peut répartir en deux groupes les facteurs susceptibles d'influer sur le développement et la manifestation de l'asthme: ceux qui entraînent le développement de l'asthme et ceux qui déclenchent des symptômes asthmatiques (certains appartiennent aux deux groupes). Les premiers comprennent des facteurs propres à l'hôte (principalement génétiques) et les derniers sont souvent d'ordre environnemental. En qualité d'ATP, votre rôle le plus important consiste à déceler les déclencheurs susceptibles d'entraîner des exacerbations asthmatiques et à informer les patients sur les moyens de les éviter. Le tableau 1 dresse la liste des principaux déclencheurs¹.

Diagnostic

Le diagnostic d'asthme est souvent fondé sur la présence de symptômes caractéristiques. Néanmoins, l'évaluation par les médecins de symptômes tels que la dyspnée et le sifflement peut être inexacte, par conséquent on peut grandement accroître la fiabilité du diagnostic en procédant à une analyse précise de la fonction pulmonaire, et surtout, en démontrant la réversibilité des anomalies de la fonction pulmonaire¹. La mesure de la fonction pulmonaire permet aussi d'évaluer la gravité, la réversibilité et la variabilité de l'obstruction des voies respiratoires, tout en confirmant le diagnostic d'asthme⁴.

Il existe diverses méthodes pour évaluer l'obstruction des voies respiratoires, mais deux de celles-ci sont généralement acceptées pour les patients âgés de plus de cinq ans: la spirométrie et la débitmétrie. La spirométrie est la méthode

Un service éducatif aux assistants techniques en pharmacie du Canada qui vous est offert par Teva.
www.tevacanada.com



recommandée pour mesurer l'obstruction des voies respiratoires et la réversibilité de celle-ci afin d'établir un diagnostic d'asthme à la fois chez les adultes et les enfants⁶. On mesure le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) et la capacité vitale forcée (CVF) à l'aide d'un spiromètre. Pour accroître la sensibilité de ce test, il est recommandé de le répéter à différentes visites⁶.

Le débit expiratoire de pointe (DEP) se mesure à l'aide d'un débitmètre et peut constituer un important paramètre de diagnostic et de surveillance de l'asthme. L'appareil est peu coûteux, portatif et d'usage facile pour le suivi quotidien chez soi. Cependant, le débitmètre sous-évalue le degré d'obstruction des voies respiratoires, en particulier lorsqu'elle s'aggrave et s'accompagne de rétention d'air¹.

La mesure de la sensibilité des voies respiratoires à la méthacholine, à l'histamine ou à l'effort peut être utile dans la pose du diagnostic, notamment chez les personnes qui présentent des symptômes d'asthme persistants malgré une spirométrie normale. Mais le test de provocation à la méthacholine est inutile lorsque l'obstruction des bronches est démontrée, et il est contre-indiqué si le VEMS est inférieur à 60 % du taux prévu. Par l'inhalation de méthacholine, ce test permet de mesurer la réaction des poumons à un facteur déclenchant (la méthacholine), et de déterminer la concentration susceptible de provoquer un taux prédéterminé de défaillance de la fonction pulmonaire.

Il est acceptable d'essayer un traitement conjugué d'un bronchodilatateur à courte action et des corticostéroïdes en inhalation pour confirmer un diagnostic clinique, en particulier chez les jeunes enfants et lorsque le test de provocation à la méthacholine n'est pas praticable. Les radiographies des poumons ne sont généralement pas nécessaires pour diagnostiquer l'asthme, mais peuvent être utiles pour exclure tout autre diagnostic chez les enfants (p. ex., malformations congénitales) et chez les adultes (p. ex., insuffisance cardiaque congestive)¹.

Maîtrise de l'asthme

Le but principal de tout traitement de l'asthme est de maîtriser la maladie et, ce faisant, de prévenir et de réduire le risque de complications à court terme et à long terme, de morbidité et de mortalité. Les lignes directrices canadiennes pour la prise en charge de l'asthme énoncent les critères qu'on devrait encourager tous les patients à respecter afin de maîtriser la maladie et d'en prévenir les complications. Le tableau 2 présente l'ensemble de ces critères.

Plus de 59 % des Canadiens souffrant d'asthme ne maîtrisent pas leur maladie⁸. Les ATP peuvent soumettre les patients au questionnaire de 30 secondes fourni par GlaxoSmithKline ou le leur recommander afin d'évaluer leur degré de maîtrise de l'asthme (www.asthmacontroltest.com).

Pharmacothérapie

Modes d'administration Les traitements destinés aux adultes asthmatiques sont administrés de différentes façons – inhalation, voie orale ou voie parentérale (injection). Le principal avantage du traitement par inhalation est la diffusion directe du médicament dans les voies respiratoires, car celle-ci produit des concentrations locales plus élevées moyennant un risque nettement plus faible d'effets secondaires systémiques.

Les médicaments pour l'asthme administrés par inhalation sont conditionnés dans des inhalateurs-doseurs pressurisés (IDP), des dispositifs à poudre sèche (DPS) et des aérosols de nébulisation. L'efficacité de la diffusion du médicament dans les voies respiratoires inférieures peut varier selon le type d'appareil, la formule du médicament, la taille des particules, la vitesse du nuage aérosol et la facilité d'utilisation de l'appareil. Les préférences des patients, la commodité et la facilité d'utilisation de l'inhalateur influent aussi sur l'efficacité d'administration du médicament, l'observance du traitement, et la maîtrise à long terme de la maladie¹.

Médicaments d'entretien Les médicaments sont classifiés en deux catégories : « entretien » et « soulagement ». Les médica-

TABLEAU 1 – Déclencheurs de l'asthme*

Infection respiratoire

Virus respiratoire syncytial (VRS), rhinovirus, grippe A, parainfluenza, pneumonie à mycoplasme

Allergènes

Pollens anémophiles (herbe, arbres, plantes nuisibles), acariens, squames animales, blattes, spores fongiques

Environnement

Air froid, ozone, dioxyde de soufre, dioxyde d'azote, fumée de tabac, fumée de bois

Émotions

Anxiété, stress, rire

Exercice

Particulièrement par temps froid et sec

Médicaments/agents de conservation

Aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens (inhibiteurs de la cyclo-oxygénase), sulfites, chlorure de benzalkonium, bêtabloquants non sélectifs

Stimuli en milieu de travail

Boulangers (poussière de farine); agriculteurs (moisissure de paille); travailleurs des épices et des enzymes; imprimeurs (gomme arabique); ouvriers d'usines de produits chimiques (colorants azoïques, anthraquinone, éthylènediamine, diisocyanates de toluène, chlorure de polyvinyle); travailleurs du plastique, du caoutchouc et du bois (formaldéhyde, cèdre rouge de l'Ouest, diméthyléthanolamine, anhydrides)

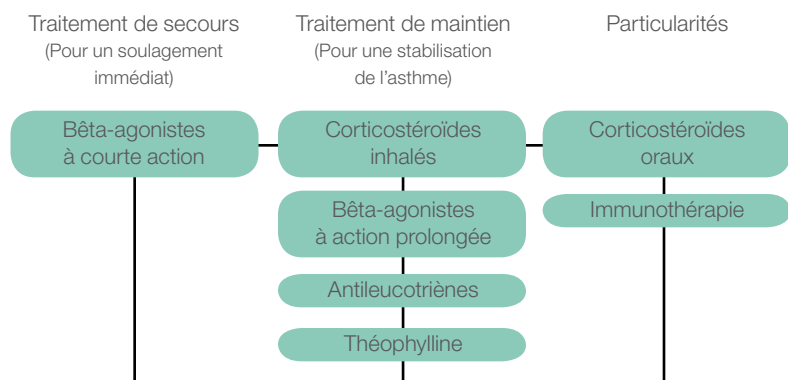
* Adaptation d'après DiPiro JT, 2008

ments d'entretien sont pris régulièrement et à long terme dans le but de maîtriser l'effet inflammatoire lié à l'asthme. Comme le montre la figure 2, ceux-ci comprennent les corticostéroïdes inhalés (CSI), les β_2 -agonistes à action prolongée (BAAP) inhalés, les antagonistes des récepteurs des leucotriènes (ARLT) et la théophylline.

On a recours à l'immunothérapie et à l'administration régulière de corticostéroïdes oraux seulement dans les cas d'asthme grave et rarement en pratique clinique.

Corticostéroïdes inhalés Les CSI constituent la pierre angulaire de la pharmacothérapie d'entretien dans les cas d'asthme chronique. Plusieurs CSI sont distribués au Canada : le budénoïde, le fluticasone, le ciclesonide et le béclo méthasone. Des données probantes confirment que le traitement par les CSI est efficace pour atténuer les symptômes de l'asthme, améliorer la qualité de vie et la fonction pulmonaire, réduire l'hypersensibilité des voies respiratoires, maîtriser l'inflammation, atténuer la

FIGURE 2 – Traitements utilisés pour la prise en charge de l'asthme



Source : Clinique des maladies respiratoires de Laval (www.cliniquerespitoire.ca)

TABLEAU 2 – Critères de la maîtrise de l'asthme⁷

	Asthme maîtrisé	Asthme non maîtrisé
Symptômes diurnes	< 4 jours/semaine	≥ 4 jours/semaine
Symptômes nocturnes	< 1 nuit/semaine	≥ 1 nuit/semaine
Activité physique	Normale	Limitée les 3 derniers mois
Exacerbations	Légères, peu fréquentes	Fréquentes
Absences au travail ou aux études dues à l'asthme	Aucune	Absence au travail, aux études ou à un engagement social les 3 derniers mois
Besoin d'un β_2 -agoniste	< 4 fois/semaine*	≥ 4 fois/semaine*

* Compte tenu des doses utilisées pour prévenir les symptômes provoqués par l'effort.

TABLEAU 3 – Choisir un appareil d'inhalation pour les enfants asthmatiques¹

Groupe d'âge	Appareil de premier choix	Appareil de substitution
< 4 ans	Inhalateur-doseur pressurisé PLUS chambre d'inhalation avec masque facial	Nébuliseur avec masque facial
4-5 ans	Inhalateur-doseur pressurisé PLUS chambre d'inhalation avec embout buccal	Inhalateur-doseur pressurisé PLUS chambre d'inhalation avec masque facial ou nébuliseur avec embout buccal ou masque facial
> 5 ans	Disque ou inhalateur de poudre sèche	Inhalateur-doseur pressurisé PLUS chambre d'inhalation avec embout buccal

fréquence et la gravité des exacerbations et réduire la mortalité due à l'asthme. Le plus surprenant, c'est que la plupart des personnes asthmatiques peuvent maîtriser leur maladie en se limitant à de faibles doses de CSI⁷.

La plupart des études qui ont évalué les effets systémiques des CSI ont été menées auprès d'enfants de plus de 5 ans⁹. Les effets indésirables potentiels des CSI sur la croissance de ces enfants semblait être le principal souci de leurs parents. Bien que le traitement aux CSI puisse être associé à une incidence néfaste sur la croissance, la signification clinique de cet effet systémique potentiel reste à déterminer^{10, 11}. En général, l'efficacité des CSI suffit pour compenser toute préoccupation relative à la croissance ou à d'autres effets systémiques^{9, 10, 11}. Néanmoins, ces médicaments doivent être administrés au dosage minimal nécessaire pour bien maîtriser la maladie. Les autres effets secondaires potentiels comprennent la candidose oropharyngée, la dysphonie (p. ex., l'enrouement) et l'irritation des voies respiratoires supérieures. Le rinçage de la bouche après l'inhalation peut atténuer ces effets secondaires potentiels.

Antagonistes des récepteurs des leucotriènes (ARLT) Il existe actuellement deux ARLT sur le marché canadien : le montélucast et le zafirlucast. Les ARLT ont un effet bronchodilatateur faible et variable, atténuent les symptômes (y compris la toux), améliorent la fonction pulmonaire et réduisent l'inflammation des voies respiratoires, ainsi que la fréquence et l'intensité des exacerbations¹. On peut s'en servir comme traitement de deuxième recours pour les patients qui souffrent d'asthme léger mais persistant, notamment lorsque les CSI sont contre-indiqués ou ne sont pas tolérés. Les

ARLT sont généralement inoffensifs et bien tolérés, la plupart des essais cliniques contrôlés par placebo ayant montré de manière constante une faible incidence d'effets secondaires légers. Cependant, leurs effets indésirables potentiels comprennent des troubles psychiatriques, dont les suivants : agitation, comportement agressif ou hostile, anxiété, dépression, désorientation, anomalies oniriques, hallucinations, insomnie, irritabilité, nervosité, somnambulisme, idées et comportements suicidaires (suicide inclus) et tremblements⁷.

β_2 -agonistes à action prolongée (BAAP) en inhalation Les BAAP, y compris le formotérol et le salmétérol, ne sont pas recommandés comme monothérapie d'entretien dans la prise en charge de l'asthme⁷ et ils ne semblent pas avoir d'effet sur l'inflammation des voies respiratoires liée à l'asthme. Leur utilisation en monothérapie pour le traitement de l'asthme a été associée à un risque accru de décès et d'hospitalisation. Leur efficacité est optimale lorsqu'ils sont associés à un CSI. C'est pourquoi on a développé des combinaisons fixes, telles que les inhalateurs de salmétérol-fluticasone (Advair) et de budésonide-formotérol (Symbicort), qui délivrent simultanément des CSI et des BAAP. Même lorsqu'ils sont combinés à un CSI, les BAAP peuvent provoquer chez certains patients une stimulation cardiovasculaire, des tremblements des muscles squelettiques et de l'hypokaliémie (faibles concentrations de potassium dans le sang)¹.

Théophylline La théophylline est un bronchodilatateur qui a de légères propriétés anti-inflammatoires. On l'administre lorsque les traitements combinés n'assurent pas une maîtrise suffisante de l'asthme, mais seulement après avoir évalué le

rapport risques-avantages. On manque de données probantes sur l'efficacité relative de la théophylline comme médicament d'entretien à long terme¹. Les effets secondaires les plus courants de ce médicament sont la nausée et les vomissements, mais il peut aussi entraîner des selles molles, des arythmies cardiaques, des crises épileptiques et le décès. C'est pourquoi le dosage doit être adapté à chaque patient et on doit surveiller étroitement les taux sanguins de théophylline.

Médicaments de soulagement Les médicaments de soulagement sont utilisés au besoin. Ils agissent rapidement pour inverser la bronchoconstriction et en soulager les symptômes. Tous les patients asthmatiques devraient avoir accès à un bronchodilatateur à courte action pour traiter les symptômes aigus, au besoin. Les médicaments de soulagement comprennent les β_2 -agonistes à courte action inhalés (le salbutamol et la terbutaline) et les anticholinergiques inhalés (bromure d'ipratropium). Les β_2 -agonistes à courte action comportent les mêmes effets secondaires potentiels que les BAAP. Par conséquent, ils ne doivent être utilisés qu'au besoin et à un dosage et une fréquence minimalement requis. Les anticholinergiques sont moins efficaces que les β_2 -agonistes pour le traitement de l'asthme^{1, 7}, mais ce sont des bronchodilatateurs de deuxième recours pour les patients sujets aux effets indésirables des bêta-agonistes, comme la tachycardie, l'arythmie et les tremblements. Ils comportent en outre leurs propres risques, soit la constipation, la sécheresse de la bouche et la sensation d'un goût amer.

Mise à jour des lignes directrices cliniques canadiennes En 2010, des experts canadiens se sont réunis pour examiner les données les plus récentes et ont publié des lignes directrices pour la prise en charge de l'asthme⁷. Qu'avons-nous appris et quelles sont les options à notre disposition ?

1. La plupart des patients peuvent parvenir à maîtriser l'asthme au moyen de faibles doses de CSI (250 μ g/jour ou moins de bécloéthasone HFA), tout en profitant d'un excellent rapport risque-avantages.
2. L'absence de réaction clinique aux CSI est souvent liée aux facteurs suivants :
 - a. Diagnostic d'asthme erroné;
 - b. Faible technique d'utilisation d'un inhalateur;
 - c. Faible observance du traitement d'entretien par les CSI;
 - d. Exposition à des déclencheurs environnementaux;
 - e. Comorbidités.
3. Une fois l'asthme maîtrisé, il est raisonnable d'envisager de réduire la dose de CSI au niveau minimal requis pour maintenir une maîtrise optimale.
4. Si on ne parvient pas à maîtriser l'asthme au moyen d'une faible dose de CSI, après avoir vérifié tous les autres facteurs (point 2), l'option à privilégier est un inhalateur combinant un CSI et un BAAP au lieu d'augmenter la dose de CSI.

TABLEAU 4 – Rôle du technicien dans la prestation de soins aux patients asthmatiques

- Alertez le pharmacien quand vous remarquez que le patient asthmatique :
 - A acheté plusieurs flacons de dexaméthorphone dans la section des médicaments en vente libre (cela pourrait indiquer que le patient souffre d'une toux persistante, un symptôme de l'asthme)
 - A fait usage de plusieurs antibiotiques au cours de la dernière année
 - Renouvelle prématurément ses β_2 -agonistes (< 2-3 mois)
 - Ne renouvelle pas régulièrement ses CSI
 - Tarde à renouveler ses produits de sevrage tabagique (p. ex., produits à base de nicotine, bupropion ou varénicline)
- Invitez les patients à faire le test de 30 secondes sur l'asthme pendant qu'ils attendent leurs médicaments.
- Assurez-vous que les patients disposent d'une documentation suffisante sur l'asthme dans l'espace d'attente (publications de l'Association pulmonaire, de sociétés pharmaceutiques, etc.), afin de renforcer vos messages verbaux.
- Vérifiez si tous les patients utilisent leur IDP à l'aide d'un accessoire d'inhalation.
- Initiez les patients à l'utilisation de tous les appareils pour le traitement de l'asthme.

Des données plus récentes indiquent qu'un inhalateur unique pour le traitement d'entretien et de soulagement (SMART), combinant du budésonide et du formotérol est aussi un moyen efficace pour prévenir l'aggravation de l'asthme, et pourrait être une méthode optimale de prévention des exacerbations. Pour les patients qui ont besoin à la fois d'entretien et de soulagement, la substitution d'un inhalateur unique de budésonide/formotérol par un β_2 -agoniste à courte action inhalé permet d'augmenter rapidement la dose d'entretien en réaction aux symptômes tout en offrant une intervention immédiate pour atténuer l'inflammation. Les lignes directrices recommandent une approche graduelle pour la prise en charge de l'asthme. L'utilisation d'un inhalateur SMART pour l'entretien et le soulagement est un moyen d'appliquer cette recommandation⁷.

Appareils avec chambre d'inhalation

Quand un inhalateur-doseur pressurisé (IDP) est prescrit à un enfant, on doit toujours recommander une chambre d'inhalation valvée¹¹. Savez-vous comment convaincre vos patients et les membres de leur famille de l'utilité d'un tel appareil ?

- Il divise par cinq la dose oropharyngée de médicament, ce qui peut contribuer à atténuer les effets secondaires oropharyngés¹¹.
- Plus de 70 % de tous les utilisateurs d'IDP ne s'en servent pas convenablement et parmi ces derniers, 50 % ont de la difficulté à coordonner la vaporisation et l'inhalation¹². Une chambre d'inhalation dispense les utilisateurs d'une telle coordination.
- Les visites aux cabinets médicaux ou aux services d'urgence pour aggravation de l'asthme sont plus fréquentes parmi les

utilisateurs négligents qui coordonnent mal, que parmi ceux qui coordonnent bien ou les utilisateurs compétents¹².

- La chambre d'inhalation crée un intervalle de deux à trois secondes entre l'activation de l'IDP et l'inhalation de la dose, maximisant ainsi le dépôt du médicament dans les poumons¹².

Rôle de l'ATP

L'assistant technique en pharmacie participe à diverses étapes du processus de distribution des médicaments. À chaque étape, il doit évaluer attentivement la manière dont il peut aider le pharmacien à analyser le dossier du patient. Le tableau 4 dresse la liste des activités auxquelles l'ATP devrait participer.

Vous devez renforcer les bonnes habitudes des patients et vous assurer qu'ils savent comment utiliser leurs inhalateurs, et qu'ils comprennent bien leur maladie et les moyens de la maîtriser. Il y a un écart entre la maîtrise de l'asthme dans la réalité et l'idée que s'en font les médecins et les patients : 97 % des adultes asthmatiques pensent qu'ils maîtrisent leur maladie; 88 % des omnipraticiens et 90 % des pneumologues sont du même avis. En réalité, seulement 47 % des patients asthmatiques parviennent à maîtriser leur maladie¹⁴. Cet écart représente pour l'équipe pharmaceutique une marge d'intervention appréciable.

La figure 1 et les références sont affichées en ligne sur www.ProfessionSante.ca, section FC; recherche rapide : no de dossier CCEPP 1065-2011-220-I-T.

QUESTIONS

- Lequel des énoncés suivants décrit le mieux les symptômes de l'asthme ?
 - Toux, cyanose, sifflement et dyspnée
 - Dyspnée, toux, oppression thoracique et crachats colorés
 - Sifflement, oppression thoracique, dyspnée et toux
 - Faible saturation en oxygène, dyspnée, toux et oppression thoracique
- Le mécanisme pathophysiologique à l'origine de l'asthme se décrit le mieux en deux mots. Lesquels ?
 - Inflammation et bronchoconstriction
 - Inflammation et dyspnée
 - Bronchoconstriction et dyspnée
 - Toux et bronchoconstriction
- Parmi les suivants, quel est le déclencheur potentiel de l'asthme qui ne risque pas de provoquer une crise d'asthme ?
 - Influenza
 - Fumée du tabac
 - Exercice
 - Aucun. Tous les facteurs ci-dessus peuvent provoquer une crise d'asthme

Choisissez la meilleure réponse pour chacune des questions suivantes ou répondez en ligne pour avoir vos résultats immédiatement sur www.ProfessionSante.ca.

- Parmi tous les tests utilisés pour confirmer le diagnostic d'asthme, laquelle est la méthode de premier choix ?
 - Spirométrie
 - DEP
 - Radiographie des poumons
 - Test de provocation à la méthacholine
- Un patient se présente avec une ordonnance de fluticasone 125 µg, 2 bouffées 2 fois par jour, et de salbutamol 100 µg, 2 bouffées jusqu'à 4 fois par jour au besoin, les deux pour 14 jours. Il vient de faire tester sa fonction pulmonaire et il a fait l'objet d'un diagnostic d'asthme. S'agit-il d'asthme chronique ou aigu dans son cas ?
 - Chronique
 - Aigu
- Deux semaines plus tard, Paul revient vous voir avec ses deux échantillons d'inhalateurs, l'un contenant du budésonide et l'autre de la terbutaline. Ces produits sont-ils des médicaments d'entretien ou de soulagement ?
 - Budésonide = soulagement; Terbutaline = soulagement
 - Budésonide = entretien; Terbutaline = soulagement
 - Budésonide = entretien; Terbutaline = soulagement
 - Budésonide = soulagement; Terbutaline = entretien
- D'après les lignes directrices canadiennes relatives à l'asthme, parmi les patients suivants, lequel parvient à maîtriser son asthme ?
 - Le patient qui prend du salbutamol 100 µg, 3 bouffées par semaine (y compris les bouffées avant l'exercice) et qui n'éprouve aucun symptôme nocturne;
 - Le patient qui renouvelle régulièrement son IDP de salbutamol 100 µg (200 doses) tous les mois;

QUESTIONS

Veillez choisir la meilleure réponse pour chacune des questions suivantes.

- c) Le patient qui a eu 3 exacerbations cette dernière année et qui n'éprouve aucun symptôme nocturne;
- d) Le patient qui poursuit ses activités normales avec ses amis et son chien, mais qui s'est absenté du travail 2 jours après un épisode d'exacerbation asthmatique.
9. Paul a lu dans un journal un article mettant en garde contre une classe de médicaments pour l'asthme qui, s'ils sont pris seuls, comportent un risque accru de décès et d'hospitalisation. De quelle classe de médicaments s'agit-il?
- a) CSI b) ARLT
c) BAAP d) Théophylline
10. Quelle classe de médicaments pour l'asthme le ministère de la Santé du Canada a-t-il récemment liée à des troubles psychiatriques?
- a) CSI b) ARLT
c) BAAP d) Théophylline
11. Parmi les énoncés suivants, lequel est vrai à propos des médicaments de soulagement?
- a) Les β_2 -agonistes et anticholinergiques inhalés sont utilisés et prescrits indifféremment pour le traitement de l'asthme.
- b) Les anticholinergiques inhalés (bromure d'ipratropium) comportent les mêmes effets secondaires potentiels que les BAAP.
- c) Les anticholinergiques inhalés sont un traitement de deuxième recours quand les β_2 -agonistes sont contre-indiqués.
- d) Les β_2 -agonistes peuvent causer de la constipation et une sécheresse de la bouche.
12. Il nous faut parfois convaincre les patients de la nécessité de prendre leurs médicaments de manière appropriée. Parmi les arguments suivants, lequel n'invokeriez-vous pas quand vous proposez une chambre d'inhalation valvée?
- a) 50 % des patients asthmatiques coordonnent mal l'utilisation d'un IDP
b) Plus de 70 % des patients savent bien utiliser leur IDP
c) L'usage d'une chambre d'inhalation réduit le risque d'infection oropharyngée
d) Une chambre d'inhalation crée un intervalle de 2 à 3 secondes entre l'activation de l'IDP et l'inhalation du médicament
13. Quel est l'appareil de premier choix pour un enfant de 3 ans?
- a) Nébuliseur avec masque facial
b) Inhalateur de poudre sèche
- c) IDP avec chambre d'inhalation et masque facial
d) IDP seul
14. Combien de médecins de famille pensent que leurs patients maîtrisent leur asthme?
- a) 50 % b) 70 % c) 88 % d) 90 %
15. Plusieurs personnes font la queue à la pharmacie. Parmi elles, Sarah, qui veut renouveler ses inhalateurs de salbutamol et de corticostéroïde. Que pouvez-vous faire pour aider le pharmacien?
1. Imprimer tout renouvellement irrégulier de CSI
2. Imprimer tout renouvellement prématuré de médicaments de soulagement récemment délivrés
3. Fournir à la patiente des documents d'information sur sa maladie
4. S'assurer que la patiente utilise un accessoire d'inhalation avec ses deux IDP
- a) 1,3,4 b) 1,2,3,4
c) 2,3,4 d) 1,2,4

Présenté par :

Commandité par :

COIN technipharm FC

L'actualité
pharmaceutiquepharmacy
practice

Récapitulatif sur l'asthme

1 UFC • octobre 2011

CCCEP N° 1065-2011-220-I-T Tech.
Date limite de validité de l'accréditation : 24 avril 2014

Maintenant accrédité par le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie

- | | | | | |
|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| 1. a b c d | 4. a b c d | 7. a b c d | 10. a b c d | 13. a b c d |
| 2. a b c d | 5. a b | 8. a b c d | 11. a b c d | 14. a b c d |
| 3. a b c d | 6. a b | 9. a b c d | 12. a b c d | 15. a b c d |

Nom _____ Prénom _____

Nom de la pharmacie _____

Province du permis _____ N° de permis _____ Province du permis _____ N° de permis _____

Adresse (Domicile) _____ Ville _____ Province _____

Code postal _____ Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Année d'obtention de diplôme _____

Exercice professionnel

- Chaîne ou franchise
 Pharmacie de supermarché
 Pharmacie indépendante
 Pharmacie de grand magasin
- Bannière
 Hôpital
 Autre (préciser): _____

- Employé(e) à plein temps
 Employé(e) à temps partiel

Êtes-vous un(e) ATP certifié(e)?
 Oui Non

Veillez nous aider à faire en sorte que ce programme vous soit utile en répondant aux questions suivantes:

- Avez-vous l'impression d'en savoir plus sur l'asthme? Oui Non
- L'information contenue dans cette leçon est-elle pertinente pour vous en tant qu'ATP? Oui Non
- Serez-vous capable d'intégrer cette information dans l'exercice de votre profession d'ATP? Oui Non S.O.
- L'information de cette leçon était...
 Trop élémentaire Adéquate Trop compliquée
- Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de cette leçon?
 Entièrement Assez Pas du tout
- Quels sujets aimeriez-vous voir traités dans les prochains numéros?

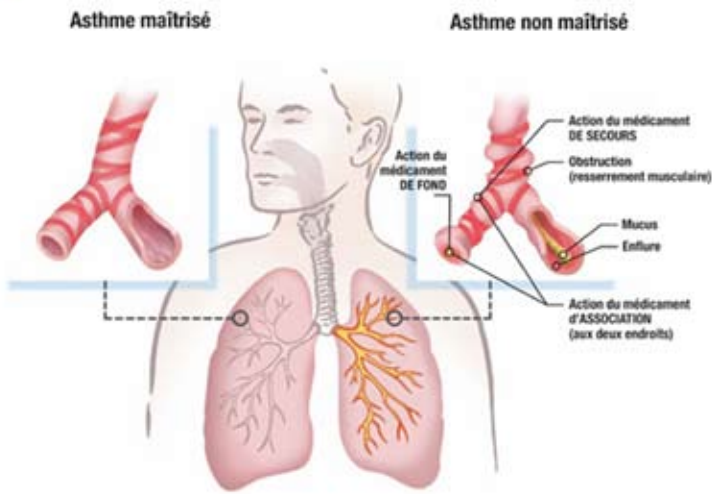
COMMENT
RÉPONDRE?

Répondez EN LIGNE sur www.ProfessionSante.ca pour obtenir vos résultats instantanément.

Pour tout renseignement concernant la notation de cette FC,

veuillez communiquer avec Mayra Ramos par téléphone (416 764-3879), par télécopieur (416 764-3937) ou par courriel (mayra.ramos@rci.rogers.com). Toutes les autres demandes relatives à Coin Technipharm FC doivent être adressées à Rosalind Stefanac par téléphone (416 764-3926) ou par courriel (rosalind.stefanac@rci.rogers.com).

FIGURE 1 - Pathologie de l'asthme



Source : Clinique des maladies respiratoires de Laval (www.cliniquerespiratoire.ca)

RÉFÉRENCES

1. Global Initiative for Asthma (GINA): Global Strategy for asthma management and prevention. 2006. Available from: <http://www.ginasthma.org>. (consulté le 18 février 2011).
2. GlaxoSmithKline Inc. *Asthma in Canada: a landmark study*. Mississauga, GlaxoSmithKline; 2001.
3. Balter M, Ernst P, Watson W, et coll. Asthma worsening: approaches to prevention and management from the Asthma Worsenings Working Group. *Can Resp J* 2008;15(Suppl B):1B-19B.
4. Becker A, Lemièrre C, Bérubé D, et coll. Summary of the recommendations from the Asthma Consensus Guidelines, 2003 (updated to December 2004). *CMAJ* 2005;173 (suppl 6):S3-S55.
5. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Taking action on asthma. Report of the Chief Medical Officer of Health; 2000. http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/asthma/asthma_e.pdf (consulté le 18 février 2011).
6. Boulet LP, Becker A, Bérubé D, et coll. Canadian asthma consensus report, 1999. *CMAJ* 1999;161(11 suppl):S1-S62.
7. Lougheed MD, Lemièrre C, Dell SD, et coll. Canadian Thoracic Society Asthma Management Continuum – 2010 Consensus for children six years of age and over, and adults. *Can Resp J* 2010;17(1):15-24.
8. Chapman KR, Boulet LP, Franssen E. Suboptimal asthma control: prevalence, detection and consequences in general practice. *Eur Respir J* 2008;31:320-5.
9. Global Initiative for Asthma (GINA): Global strategy for the diagnosis and management of asthma in children 5 years and younger, 2009. Accessible sur: <http://www.ginasthma.org>. (consulté le 18 février 2011).
10. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education and Prevention Program. Full Report of the Expert Panel: Guidelines for the diagnosis and management of asthma (EPR -3) 2007. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma>. (consulté le 18 février 2011)
11. Becker A, Bérubé D, Chad Z, et coll. Canadian Pediatric Asthma Consensus guidelines, 2003 (updated to December 2004). *CMAJ* 2005;173(suppl 6):S12-S14.
12. Giraud V, Roche N. Misuse of corticosteroid metered-dose inhaler is associated with decreased asthma stability. *Eur Respir J* 2002;19:246-51.
13. Clark DJ, Lipworth BJ. Effect of multiple actuations, delayed inhalation and antistatic treatment on the lung bioavailability of salbutamol via spacer device. *Thorax* 1996;51:981-4.
14. FitzGerald JM, Boulet LP, McIvor RA, et coll. Asthma control in Canada remains suboptimal: the Reality of Asthma Control (TRAC) study. *Can Resp J* 2006;13:253-9.
15. Dipiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM. *Pharmacotherapy : a pathopharmacological approach*. 7th Edition. McGraw Hill. 2008. p.485