



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

L'asthme chez l'adulte

L'asthme est une pathologie chronique, hétérogène et fréquente des voies respiratoires, qui peut devenir handicapante et dont le coût socio-économique est important. Les stratégies thérapeutiques sont multiples et complexes. L'adhésion et l'observance du traitement sont souvent faibles. Le pharmacien d'officine peut mener des entretiens pharmaceutiques favorisant l'éducation thérapeutique et donc le contrôle de l'asthme.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – asthme aigu ; asthme chronique ; environnement ; observance ; traitement de crise ; traitement de fond

Asthma in adults. Asthma is a chronic, heterogeneous and frequent pathology of the respiratory tract, which can become disabling and whose socio-economic cost is significant. Therapeutic strategies are multiple and complex. Adherence and compliance with treatment are often poor. The dispensing pharmacist can carry out pharmaceutical interviews to promote therapeutic education and therefore the control of asthma.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – acute asthma; adherence; background treatment; chronic asthma; crisis treatment; environment

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires caractérisée par une hyperréactivité bronchique survenant sous l'influence intriquée de facteurs environnementaux et comportementaux délétères, et de terrains génétiques et phénotypiques prédisposés. Elle peut se manifester par des crises de fréquence et d'intensité variables, mais aussi sur un mode mineur, paucisymptomatique ou latent¹ [1–3].

L'analyse du médecin

En 2016, l'asthme concernait plus de 339 millions de personnes dans le monde et a provoqué 417 918 décès [4]. En France, cette maladie toucherait environ 4 millions de patients et entraînerait chaque année 60 000 hospitalisations (38 000 chez les plus de 15 ans) et près de 1 000 décès [2].

L'asthme apparaît principalement à un jeune âge (50 % avant 10 ans et un tiers avant 40 ans) [5]. La prévalence serait de 10 à 16 % chez l'enfant et de 6,7 % chez l'adulte. C'est une maladie qui peut altérer la qualité de vie en entraînant des insomnies, une baisse



© Fotolia/stock.adobe.com

En France, l'asthme toucherait environ 4 millions de patients et entraînerait chaque année 60 000 hospitalisations et près de 1 000 décès.

d'activité et un absentéisme scolaire ou professionnel [3].

Étiologie

Le facteur prédisposant essentiel est la nature allergique du patient présentant des antécédents personnels et/ou familiaux tels que : rhinoconjonctivite, rhinosinusite polypoïde, dermatite atopique, urticaire, eczéma, asthme, intradermoréactions positives, élévation des immunoglobulines E (IgE) et réponses positives aux provocations inhalées [6,7].

Facteurs de risque

Parmi les facteurs de risque, nombreux et souvent intriqués, les plus courants sont :

- les allergènes, essentiellement aéroportés, saisonniers (pollens et graminées) ou non (phanères d'animaux, acariens, moisissures), responsables d'un tiers des cas d'asthme et impliqués en tant que cofacteurs dans un deuxième tiers ;
- les *stimuli* pharmacologiques (aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], bêta-bloquants, y compris sous

Tomas BOINET^a
Médecin généraliste

Claire LEROY-DAVID^{b,*}
Docteur en pharmacie

^aCentre municipal de santé, rue du Petit-Train, 72160 Connerré, France

^b417 chemin des Chênes, 72370 Surfonds, France

Notes

¹ Cet article ne prend pas en compte le contexte de circulation virale du Sars-CoV-2. Il n'aborde pas les traitements par nébulisation, ni les divers dispositifs d'aérosols, avec ou sans gaz propulseurs.

² En période de crise sanitaire liée à la Covid-19, la réalisation des entretiens pharmaceutiques et de l'éducation thérapeutique du patient peut être remise en cause (se référer aux directives en vigueur).

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
cl.david84@gmail.com
(C. Leroy-David).

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. Thème de santé. Asthme. www.who.int/topics/asthma/fr/.
- [2] Ameli. Comprendre l'asthme de l'adulte. 21 juillet 2020. www.ameli.fr/sarthe/assure/sante/themes/asthme-comprendre/asthme-comprendre.
- [3] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Asthme. Une inflammation chronique des bronches de mieux en mieux contrôlée. www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/asthme.
- [4] Organisation mondiale de la santé. Asthme. 20 mai 2020. www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/asthma.
- [5] Isselbacher KJ, Harrison TR, Braunwald E, et al. Médecine interne : Harrison. Paris: Arnette Blackwell; 1995.
- [6] Bouzigon E, Nadif R, Le Moual N, et al. Facteurs génétiques et environnementaux de l'asthme et de l'allergie : synthèse des résultats de l'étude EGEA. *Rev Mal Respir* 2015;32:822-40. <https://splf.fr/wp-content/uploads/2015/11/Bouzigon-et-al-Rev-Mal-Respir-2015.pdf>.
- [7] e-allergo.com. Immunologie et génétique. Atopie, asthme et hérédité. <https://fr.eallergo-refonte.elsevier.cc/immunologie-et-g%C3%A9n%C3%A9tique/g%C3%A9n%C3%A9tique-et-pharmacog%C3%A9n%C3%A9tique-de-lasthme-et-des-allergies/atopie/atopie-et>.
- [8] Vidal Recos. Asthme de l'adulte. 20 octobre 2020. www.vidal.fr/recommandations/1457/asthme_de_l_adulte/prise_en_charge/.

la forme de collyres, antibiotiques, etc.) ou chimiques (colorants, conservateurs alimentaires ou industriels, etc.) ;

- l'environnement et la pollution atmosphérique (tabac, aérosols, laques, peintures, etc.) ;
- les expositions professionnelles aux sels métalliques (platine, chrome, nickel, etc.), aux poussières de bois et de plantes, aux produits pharmaceutiques, chimiques et plastiques, aux enzymes biologiques, aux poussières et aux sécrétions d'animaux et d'insectes (boulangers, coiffeurs, agents de nettoyage, etc.) ;
- les infections (bronchiolite à virus respiratoire syncytial chez le jeune enfant ; virus parainfluenza, rhinovirus ou virus grippal chez l'enfant plus âgé et l'adulte) ;
- l'exercice physique dans l'asthme d'effort ;
- le stress, qui peut provoquer ou renforcer une crise [3,5,6].

Symptômes

◆ **La crise d'asthme typique** se caractérise par la triade gêne respiratoire (dyspnée), toux et sifflement (classique *wheezing* à renforcement expiratoire). Toutefois, les symptômes peuvent se limiter à de la toux, un essoufflement d'effort sifflant isolé, une oppression thoracique ou une symptomatologie partielle. Le rythme nocturne de leur survenue est un point important. Les crises

peuvent être espacées de quelques heures, jours ou mois, avec présence ou non de symptômes intercurrents. Elles durent de quelques minutes à quelques heures, selon l'intensité de la poussée inflammatoire (œdème et obstruction bronchique). Dans les crises sévères ou prolongées, une réduction du murmure vésiculaire, un *wheezing* très aigu, une activation des muscles respiratoires accessoires et un pouls paradoxal sont observés. Elles occasionnent souvent, à leur terme, une toux productive avec des crachats muqueux abondants.

◆ **Lorsque les symptômes durent plus de vingt-quatre à quarante-huit heures**, il est question d'exacerbation de l'asthme. Cela justifie une consultation médicale et une révision du traitement. L'état de mal asthmatique, ou asthme aigu grave, nécessite une prise en charge urgente, voire une admission en réanimation car le pronostic vital peut être engagé (*encadré 1*) [3,5,8].

Diagnostic

◆ **Le diagnostic de l'asthme n'est compliqué que dans les cas atypiques** ou dans les formes débutantes. Le bilan s'attache à évaluer la sévérité de la maladie, à déterminer son profil évolutif et à rechercher les causes, ainsi que les complications [9]. Il repose sur un interrogatoire complet : description, fréquence, intensité et rythme des crises ; antécédents allergiques personnels et familiaux ; recherche des facteurs déclenchants (saisonnalité des crises, environnement, métier, loisirs et tabagisme, souvent associé).

◆ **Pour quantifier l'asthme et son retentissement**, le médecin généraliste s'aide de la mesure du débit expiratoire de pointe (DEP), par système mécanique ou minispirométrie électronique, et de l'oxymétrie de pouls. Faire un test de réversibilité au salbutamol (avec ou sans chambre

d'inhalation) est facile et intéressant pour juger du gain thérapeutique potentiel ou poser un diagnostic. L'examen général élimine un diagnostic différentiel (obstruction des voies aériennes par un corps étranger, tumeur, œdème laryngé, etc.). La radiologie pulmonaire est effectuée durant le bilan initial ou en cas de suspicion de complications et des analyses biologiques (numération formule sanguine, éosinophilie, dosage des IgE non spécifiques, dépistage d'une allergie aux pneumallergènes et aux allergènes alimentaires courants) sont parfois utiles à ce stade.

◆ **Le recours au pneumologue** est nécessaire pour confirmer l'asthme atypique ou professionnel, juger de sa sévérité, optimiser son traitement et surveiller régulièrement la fonction respiratoire (épreuve fonctionnelle respiratoire [EFR], test de provocation bronchique, analyses de biologie, voire gaz du sang). Un allergologue (examens cutanés et biologiques), voire un médecin otorhino-laryngologiste peuvent également être consultés [3].

Cas clinique

◆ **Tania S., 32 ans, 163 cm pour 51 kg** (indice de masse corporelle = 19,2), présente un antécédent personnel d'asthme infantile (sa mère était également asthmatique), une urticaire chronique survenue après son premier accouchement, ainsi qu'une tabagie entretenue depuis l'adolescence (un demi-paquet de cigarettes par jour).

◆ **En juin 2013, la patiente consulte pour une forte crise d'asthme surinfecté**, résolutive sous formatérol-budésonide 200 µg (deux bouffées par jour) avec salbutamol 100 µg à la demande et spiramycine (Rovamycine®), puis cefpodoxime. Le relais est réalisé par le fluticasone propionate 250 µg en spray

Encadré 1. Signes cliniques de l'asthme aigu grave [3,8]

Les proches du patient asthmatique doivent connaître les signes d'une crise sévère : apparition de troubles de la vigilance, agitation, sueurs, impossibilité de parler, difficultés respiratoires en décubitus, avec pauses ou non, polypnée (plus de 30 cycles respiratoires par minute), cyanose, tachycardie (plus de 110 battements par minute), débit expiratoire de pointe inférieur à 30 % de la valeur théorique et désaturation en oxygène.

Des signes de gravité inhabituelle peuvent signer une crise d'asthme aigu grave. Dans ces circonstances, il faut appeler le service d'aide médicale urgente (15).

(deux bouffées par jour en entretien continu) et des conseils de sevrage tabagique lui sont donnés.

◆ **En septembre 2016, devant l'instabilité de l'asthme**, le traitement de fond est remplacé par l'association formotérol et béclo-métasone 100 µg (une ou deux bouffées matin et soir), la lévocétirizine 10 mg et le salbutamol 100 µg à la demande. Un bilan et une prise en charge pneumologique et allergologique hospitaliers sont demandés. Ce premier bilan, avec EFR, montre une capacité respiratoire diminuée et un gain sous bêta-2-mimétiques confirmant l'hyperréactivité bronchique asthmatique. Le DEP est bon (450 L par minute, soit 100 %). L'interrogatoire insiste sur la majoration des symptômes lors d'un changement d'activité professionnelle (usine de maroquinerie avec poussières, solvants et teintures) justifiant une enquête auprès du médecin du travail. Le bilan allergologique est peu significatif, avec une réaction modérée aux pollens de graminées responsable d'une conjonctivite saisonnière. Dans ce contexte atopique personnel, aggravé par un environnement professionnel probablement délétère, il est conseillé à Tania S. de continuer l'antihistaminique (lévocétirizine), l'association formotérol-béclométasone 100 µg et de maintenir un suivi semestriel incluant systématiquement une radiographie pulmonaire.

◆ **La consultation pneumologique de suivi d'avril 2019** (en pleine période pollinique) est l'occasion de noter une majoration de la gêne (essentiellement à l'effort) sans rhinoconjonctivite et une EFR satisfaisante. La radiographie est normale, en dehors d'une distension thoracique modérée. La technique d'inhalation imparfaite conduit le médecin à substituer le spray par un système à poudre sans gaz propulseur, à la dose de 200 µg matin et soir,

et d'y associer de la lévocétirizine 10 mg et du salbutamol 100 µg à la demande.

◆ **Fin 2019, le DEP chutant de 20 % et en présence d'une surinfection**, le médecin généraliste propose l'introduction du montélukast 10 mg en complément du traitement de fond après antibiothérapie (figure 1). La patiente accepte une tentative de sevrage tabagique par traitement substitutif nicotinique jusqu'à refusée. Enfin, lors du dernier bilan pneumologique, le pneumologue envisage de lui prescrire de l'omalizumab.

L'analyse du pharmacien

Des recommandations françaises pour le suivi médical des patients asthmatiques ont été élaborées en 2004 [9]. De son côté, le programme *Global Initiative for Asthma* (Gina), créé en 1993, a proposé d'adapter le traitement aux quatre stades de la pathologie, déterminés au regard de la sévérité et de la fréquence des symptômes journaliers et nocturnes, de la valeur du DEP et de son impact sur la vie courante. Cependant, depuis 2006, le Gina classe les traitements en fonction du niveau de contrôle de l'asthme : patient contrôlé, partiellement contrôlé ou non contrôlé [10,11].

Classification des traitements

◆ **De nombreux médicaments sont utilisés** pour lutter contre l'asthme (tableau 1) [11]. L'objectif est son contrôle optimal par la recherche du traitement minimal efficace. Si la décroissance du traitement de fond est engagée, il est habituel de suivre la règle des paliers de trois mois. Le rythme de suivi s'adapte au profil à risque de formes graves de la maladie et à l'observance thérapeutique [9]. L'éviction des facteurs déclenchant



Figure 1. Ordonnance de Tania S.

la crise est la priorité, et ce, dans tous les cas.

◆ **En cas de crise survenant dans le cadre d'un asthme léger** (sans symptômes intercurrents), un bêta-2-agoniste de courte durée d'action est couramment prescrit. Sa surconsommation signe un asthme persistant volontiers négligé par le patient. Or, l'asthme persistant nécessite un traitement de fond qui repose sur : un bronchodilatateur de longue durée d'action, un corticoïde inhalé, un anticholinergique, un antileucotriène, de la théophylline et un anticorps monoclonal dans des cas spécifiques (associés ou non selon la sévérité).

◆ **Pour éviter l'apparition d'une insuffisance respiratoire** et contrôler la maladie en diminuant la fréquence des crises, le médecin doit adapter les posologies. Le patient ne doit jamais arrêter son traitement, même s'il se sent mieux, la surveillance de l'observance est primordiale.

◆ **L'asthme aigu grave** peut nécessiter une hospitalisation et la mise sous traitement à base de bêta-2-agoniste de courte durée d'action, anticholinergique en nébulisation, corticoïde *per os* ou par voie intraveineuse, et oxygénothérapie.

◆ **Le traitement non médicamenteux** principal de l'asthme est la kinésithérapie respiratoire adaptée, qui permet de drainer les sécrétions bronchiques, en particulier chez le sujet jeune [12,13].

Références

- [9] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandations pour la pratique clinique. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. Septembre 2004. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recommandations_asthme.pdf.
- [10] Global Initiative for Asthma. Guide de poche pour le traitement et la prévention de l'asthme (pour les adultes et les enfants de 5 ans et plus). Guide de poche à l'intention des professionnels de la santé. Mise à jour en 2019. <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/09/GINA-2019-main-Pocket-Guide-French-wms.pdf>.
- [11] Vital Durand D, Le Jeune C. Dorosz. Guide pratique des médicaments. Paris: Maloine; 2019.
- [12] Michaud B. L'asthme à l'officine, ses différentes thérapeutiques et conseils sur l'utilisation des différents dispositifs d'inhalation disponibles sur le marché [Thèse, Sciences pharmaceutiques]. Nancy: Université de Lorraine, Faculté de pharmacie; 2016. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731851/document>.

Tableau 1. Traitements de l'asthme (liste non exhaustive) [11].

Classes médicamenteuses, indications	Exemples de traitements	Effets indésirables principaux	Contre-indications principales
Bêta-2-agonistes de courte durée d'action Traitement de la crise d'asthme ou des exacerbations, prévention de l'asthme d'effort, test de réversibilité lors des explorations fonctionnelles respiratoires	Salbutamol (Ventoline®, Airomir Autohaler®, Ventilastin Novolizer®), terbutaline (Bricanyl Turbuhaler®) <i>Avec gaz propulseur ou poudre</i>	Rares aux doses thérapeutiques (nervosité, tremblements des extrémités, céphalées, vertiges, palpitations, etc.), possibles crampes musculaires douloureuses	Intolérance au principe actif ou aux excipients (toux et bronchospasme après inhalation)
Bêta-2-agonistes de longue durée d'action Traitement symptomatique continu de l'asthme persistant modéré à sévère (en cas de prise quotidienne d'un bêta-2-agoniste de courte durée d'action et/ou de symptômes nocturnes, en association avec un corticoïde inhalé en prévention de l'asthme d'effort)	Formotérol (Foradil®, Formoair®, etc.), salmétérol (Serevent®) <i>Avec gaz propulseur ou poudre</i>	Rares aux doses thérapeutiques (nervosité, tremblements des extrémités, céphalées, vertiges, palpitations, etc.), possibles crampes musculaires douloureuses	Hypersensibilité connue à l'un des composants
Bêta-2-agonistes de longue durée d'action Traitement symptomatique continu de l'asthme avec crises fréquentes et/ou nocturnes, ou à dyspnée continue (en association à un corticoïde inhalé)	Terbutaline (Bricanyl LP® <i>per os</i>) et bambutérol (Oxeol® <i>per os</i>)	Très rare avec les formes LP (nervosité, tremblements des extrémités, céphalées, vertiges, palpitations, etc.), possibles crampes musculaires douloureuses, hypokaliémie et élévation de la glycémie	Infarctus du myocarde au stade aigu, angor instable, angor sévère (enfant de moins de 5 ans pour la terbutaline LP et de moins de 15 ans pour le bambutérol)
Corticoïdes inhalés Traitement de fond de l'asthme persistant (en cas d'utilisation d'un bêta-2-agoniste plus de trois fois par semaine)	Béclométasone dipropionate (Beclonaseq®, Qvar®, etc.), fluticasone (Flixotide®, etc.), ciclesonide (Alvesco®), budésonide (Miflonil®, etc.), mométasone (Asmanex®)	Irritation locale transitoire (gêne pharyngée...), candidoses oropharyngées (nécessité de se rincer la bouche après inhalation), risque accru de pneumonie	Tuberculose pulmonaire évolutive ou latente non traitée
Association bêta-2-agonistes de longue durée d'action et corticoïdes inhalés Traitement symptomatique continu de l'asthme en cas de prise quotidienne d'un bêta-2-agoniste de courte durée d'action et/ou de symptômes nocturnes ¹	Formotérol-béclométasone (Innovair®, Formodual®, etc.), formotérol-budésonide (Symbicort Turbuhaler®), formotérol-fluticasone (Flutiform®), salmétérol-fluticasone (Seretide®, etc.), vilantérol-fluticasone (Relvar ellipta®)	Possibles crampes musculaires douloureuses, rarement nervosité, tremblements, céphalées, vertiges, palpitations, tachycardie	Hypersensibilité connue à l'un des composants
Antileucotriènes Traitement additif (ou alternative aux corticoïdes inhalés à faibles doses) dans l'asthme persistant léger à modéré insuffisamment contrôlé par un corticoïde inhalé et un bêta-2-agoniste de courte durée d'action à la demande. Traitement préventif de l'asthme d'effort. Alternative aux corticoïdes en cas d'asthme persistant léger sans antécédents récents de crise sévère et d'incapacité à adhérer aux corticoïdes inhalés	Montélukast (Singulair®)	Céphalées, syndrome grippal, douleurs abdominales et/ou diarrhées, infections des voies aériennes supérieures, augmentation des transaminases, fièvre, rash	Traitement de la crise d'asthme, intolérance au galactose
Anticholinergiques antiasthmiques associés ou non à des corticoïdes Traitement symptomatique de la crise d'asthme et exacerbations (avec un bêta-2-stimulant de courte durée d'action)	Ipratropium (Atrovent®), ipratropium-fénotérol (Bronchodual®)	Effets atropiniques : bouche sèche, pharyngite, tachycardie, sinusite, constipation, candidoses locales, céphalées, toux À utiliser avec prudence en cas de glaucome ou de rétention urinaire	Hypersensibilité à l'un des composants et insuffisance rénale
Méthylxanthines Traitement symptomatique continu de l'asthme persistant (seulement en cas d'inefficacité des bêta-2-agonistes et des corticoïdes)	Théophylline (LP ou LI) (Dilatrane®)	Excitabilité, nervosité, pesanteur gastrique À fortes doses : tachycardie, nausées, vomissements, gastralgies, diarrhées, céphalées, excitation, insomnies, tremblements	Enfant de moins de 30 mois et porphyrie aiguë intermittente Marge thérapeutique étroite, donc associations à éviter : énoxacine, viloxacine, millepertuis, érythromycine, ciprofloxacine, norfloxacine, pefloxacine, etc.

LI : à libération immédiate ; LP : à libération prolongée.

¹ Pour Seretide® et Symbicort® : en cas de traitement par un corticoïde et un bêta-2-agoniste de courte durée d'action à la demande non suffisant ou d'association avec un bêta-2-agoniste de longue durée d'action contrôlée.

Références

[13] Vidal Recos. Asthme aigu grave. 20 octobre 2020. www.vidal.fr/recommandations/4033/asthme_aigu_grave/prise_en_charge/.

Anticorps monoclonaux

L'approche actuelle évolue de plus en plus vers une stratification des asthmes, la recherche de marqueurs biologiques et une individualisation des traitements, notamment dans les formes sévères [1-3]. La prise en charge de l'asthme

sévère a été remaniée à la suite de l'arrivée sur le marché des anticorps monoclonaux. Ces traitements ne sont pas indiqués dans le traitement de la crise aiguë. Ils doivent être utilisés après échec des alternatives thérapeutiques (au moins un bêta-2-adrénergique

de longue durée d'action et un corticoïde à forte dose) et après avoir recueilli l'avis d'un spécialiste dans le cadre d'un asthme sévère allergique dont la dépendance aux IgE a été établie (omalizumab) ou dans l'asthme sévère à éosinophiles (reslizumab et mepolizumab) [14,15].

Le rôle du pharmacien d'officine

Le traitement de l'asthme repose sur une observance de qualité. Le pharmacien d'officine a donc un rôle de premier plan à jouer auprès du patient².

Entretien pharmaceutique

♦ **La loi "Hôpital, patients, santé et territoires" a octroyé de nouvelles missions** aux pharmaciens [16]. Les premiers entretiens pharmaceutiques réalisables à l'officine, en 2014, ont concerné les sujets asthmatiques.

♦ **Ces entretiens sont l'occasion de rappeler au patient la physiopathologie de l'asthme**, les facteurs déclenchants, les mécanismes et les effets indésirables des traitements, mais aussi de l'aider à mettre en place un plan d'action (carnet de suivi) et de lui expliquer l'importance du respect de la prescription. Le pharmacien peut utiliser le test de contrôle de l'asthme pour évaluer l'observance et, le cas échéant, orienter le patient vers son médecin. De son côté, l'asthmatique doit savoir mesurer son DEP (avec un débitmètre de pointe) pour vérifier l'efficacité de son traitement.

♦ **Les sites internet de la Caisse primaire d'assurance maladie**, du Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française ou de la Haute Autorité de santé, entre autres, proposent des supports pour réaliser les entretiens pharmaceutiques [17,18].

Bon usage et observance

♦ **Lors de la délivrance**, le pharmacien doit expliquer la posologie, la différence entre les traitements de crise et de fond, les précautions d'emploi et les modalités d'usage du dispositif médical.

♦ **Les aérosols avec gaz propulseur** nécessitent une bonne synchronisation main-poumon. Le patient doit agiter

l'appareil, expirer à fond, placer l'embout buccal entre ses lèvres en positionnant la cartouche vers le haut, appuyer dessus en inspirant profondément, puis retenir sa respiration pendant dix à quinze secondes. Si jamais il rencontre des difficultés de coordination, des dispositifs sans gaz propulseur existent ; l'inspiration déclenche la délivrance du principe actif, mais celle-ci doit toujours être suivie d'une pause respiratoire. Les chambres d'inhalation peuvent s'avérer utiles en cas de problèmes de prise en main du dispositif.

♦ **Après l'administration d'un corticoïde inhalé**, le patient doit se rincer la bouche pour éviter le développement d'une candidose oropharyngée [12,17,19].

Règles hygiéno-diététiques

♦ **Les patients doivent absolument tenter de supprimer de leur environnement les agents irritants** pouvant déclencher des crises d'asthme (acariens, poussières, poils d'animaux, tabac, plumes, air froid et sec, moquette, insecticides, feu de cheminée, pollens, pollution, etc.). À la maison, il est possible d'utiliser des housses de matelas, des oreillers et des peintures antiacariens ; il faut aussi aérer régulièrement et dépoussiérer avec des chiffons humides. Certains aérosols (ménagers, cosmétiques, etc.) sont irritants pour les voies respiratoires [12,17,19].

♦ **Le sportif asthmatique** doit utiliser un bêta-2-agoniste au moins trente minutes avant de débuter son activité pour prévenir une éventuelle crise. La plongée sous-marine avec bouteilles est contre-indiquée.

♦ **Si le patient fume**, le pharmacien doit lui rappeler que cela fait partie des facteurs favorisants et qu'il existe des solutions pour arrêter, en lui proposant des brochures ou, s'il est prêt, un substitut nicotinique.

♦ **Il faut également veiller aux interactions médicamenteuses** éventuelles (automédication et autres traitements). Les bêta-bloquants, l'aspirine et les AINS sont bronchoconstricteurs, tandis que divers sédatifs et antitussifs à base d'opiacés sont dépresseurs respiratoires.

Vaccination

Il est fortement conseillé au patient asthmatique de se faire vacciner contre la grippe, mais aussi contre le pneumocoque en cas d'asthme sévère. S'il est allergique (par exemple aux protéines de l'œuf), l'injection de certains vaccins, dont celui contre la grippe, doit se réaliser sous surveillance médicale [12].

Divers

♦ **Durant un voyage, le patient doit toujours avoir en sa possession** son traitement, de crise et de fond, et, si besoin, une chambre d'inhalation, un bronchodilatateur injectable, voire de l'adrénaline injectable en stylo (sujets allergiques). Ces médicaments doivent être systématiquement accompagnés des ordonnances correspondantes.

♦ **Lorsqu'un patient asthmatique se présente à l'officine avec une ordonnance périmée**, un flacon vide ou en situation d'urgence, le pharmacien a l'obligation de lui délivrer un bronchodilatateur de courte durée d'action [12].

Conclusion

L'asthme est une maladie complexe et invalidante. Le suivi coordonné par le médecin traitant et/ou spécialiste et le pharmacien d'officine favorise une bonne observance et donc son contrôle. Face à la pandémie de Covid-19, cette pathologie chronique respiratoire nécessite un renforcement des gestes barrière. ▶

Références

- [14] Haute Autorité de santé. Communiqué de presse. Asthmes sévères : quels traitements proposer et dans quels cas ? 30 janvier 2018. www.has-sante.fr/jcms/c_2823952/fr/asthmes-severes-quels-traitements-proposer-et-dans-quels-cas.
- [15] Mesa E. ERS 2019–Nouvelles recommandations et priorités concernant la prise en charge de l'asthme. 4 octobre 2019. Univadis. www.univadis.fr/viewarticle/ers-2019-nouvelles-recommandations-et-priorites-concernant-la-prise-en-charge-de-l-asthme-695892.
- [16] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/#:~:text=Copier%20le%20texte-,LOI%20n%C2%B0%202009%2D879%20du%2021%20juillet%202009%20portant,la%20sant%C3%A9%20et%20aux%20territoires.
- [17] Sicard V. Rôle du pharmacien dans la prise en charge de l'asthme : enquête en officine auprès de 40 patients asthmatiques [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Poitiers: Université de Poitiers, Faculté de médecine et de pharmacie; 2013. <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/aae834ab-54ae-4374-ab1e-05b08270f054#:~:text=Le%20pharmacien%20d'officine%20peut,%C3%A9ducation%20th%C3%A9rapeutique%20du%20patient%20asthmatique>.
- [18] Cespharm. Catalogue. Test de contrôle de l'asthme. www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Test-de-contrôle-de-l-asthme-ACT.
- [19] Ameli. Asthme : bien utiliser son inhalateur. 13 novembre 2019. www.ameli.fr/sarthe/assure/sante/themes/asthme-traitement/utiliser-inhalateur.

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.