

Cet outil a été adapté principalement du Consensus canadien sur l'asthme (Lougheed MD, Lemière C, Ducharme FM, et al. 2012) et prend en compte les délibérations des membres experts du Comité sur l'asthme de l'INESSS.

JANVIER 2014

MOTIFS DE CONSULTATION ET DIAGNOSTIC

- Suspecter l'asthme en présence des symptômes suivants : dyspnée, oppression thoracique, respiration sifflante (silement) ou toux. Ces symptômes augmentent généralement la nuit ou tôt le matin, lors d'activités physiques (y compris le rire), en cas d'infections des voies respiratoires ou d'exposition à des allergènes ou irritants (froid, vent, fumée ou odeurs fortes).
- Exécuter les différentes étapes de la prise en charge globale de l'asthme (Tableau 1).

TABLEAU 1	PRISE EN CHARGE GLOBALE DE L'ASTHME	CONFIRMER LE DIAGNOSTIC (moins de 6 ans)
Asthme présumé	Éléments diagnostiques	Éléments augmentant la probabilité d'un diagnostic d'asthme:
Confirmer le diagnostic et évaluer la gravité initiale	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les symptômes, les antécédents (anamnèse), et effectuer un examen physique minutieux: <ul style="list-style-type: none"> • Pour les enfants de moins de 6 ans (encadré ci-contre); • Pour les personnes de 6 ans ou plus: Faire aussi un test de la fonction pulmonaire (Tableau 2). • Se rappeler qu'une toux ou un silement n'est pas nécessairement synonyme d'asthme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'atopie personnelle • Antécédents familiaux d'asthme • Épisodes fréquents de toux, dyspnée, et/ou respiration sifflante • Aggravation des symptômes la nuit et au petit matin • Symptômes apparaissant chez les jeunes enfants après avoir joué ou ri • Symptômes accompagnant une infection virale des voies respiratoires ou apparaissant après l'exercice ou lors d'exposition à des aéro-allergènes ou à des irritants • Amélioration des symptômes à la suite d'un essai thérapeutique d'une médication contre l'asthme (médicament de secours ou d'entretien).
Identifier les facteurs déclencheurs	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer s'il y a présence d'infection respiratoire, exposition à la fumée de tabac, aux odeurs fortes, aux agents irritants ou sensibilisants au travail et si le patient y est sensibilisé, aux animaux, aux acariens, aux pollens, aux moisissures, etc. • Obtenir les résultats des tests d'allergie. 	
Asthme confirmé	Traitement	
Commencer les traitements: non pharmacologiques et pharmacologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Recommander les mesures d'assainissement de l'environnement y compris éviter l'exposition à la fumée de tabac s'il y a lieu. • Prescrire les médicaments nécessaires à la maîtrise rapide de l'asthme (Tableau 6). • Traiter les conditions associées (comorbidités): reflux gastro-œsophagien, rhinite, sinusite, etc. 	
Éduquer et viser l'autogestion dirigée	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter des éléments éducatifs (Tableau 3). Diriger vers un professionnel formé en éducation sur l'asthme. 	
Cibler les meilleurs résultats pouvant être atteints	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier les critères de maîtrise de l'asthme, qui incluent une mesure de la fonction pulmonaire (Tableau 4). • Rechercher les causes d'une perte de la maîtrise et proposer les solutions possibles (Tableau 5, Figure 1). 	
Établir la médication minimale nécessaire à la maîtrise	<ul style="list-style-type: none"> • Tout en surveillant la maîtrise de l'asthme et de la fonction pulmonaire, réduire progressivement la thérapie d'entretien, sans toutefois la cesser, en général, avant 1 à 2 ans de traitement. • À partir du moment où le patient n'a plus aucun symptôme d'asthme, depuis 1 ou 2 ans, on peut envisager de cesser la médication. Il est important de vérifier les effets de la cessation 3 à 6 mois plus tard et ce, même pour l'asthme léger et très léger. 	
Établir et remettre un plan d'action écrit (PAE)	<ul style="list-style-type: none"> • Inscrire sur le PAE la médication minimale permettant de garder la maîtrise de l'asthme (thérapie d'entretien). • Préciser sur le PAE la conduite à suivre lors de l'augmentation des symptômes ou en présence d'infection respiratoire ou d'exposition ponctuelle à un allergène pertinent. • Remettre le PAE (encadré ci-contre). 	PLAN D'ACTION ÉCRIT (PAE)
Assurer un suivi régulier	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier périodiquement les critères de maîtrise, y compris la fonction pulmonaire (Tableau 4). • Rechercher les causes d'une perte de la maîtrise et proposer les solutions possibles (Tableau 5, Figure 1). 	<ul style="list-style-type: none"> • Remettre le PAE au patient ou demander à un professionnel formé en éducation sur l'asthme de le faire. • Pour obtenir des exemplaires d'un modèle de plan d'action: www.inesss.qc.ca.

CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC

TABLEAU 2 DIAGNOSTIC D'ASTHME : CRITÈRES DE LA FONCTION PULMONAIRE

Mesure de la fonction pulmonaire	Enfants (de 6 à 11 ans)	Adultes (12 ans et plus)
De préférence : Spirométrie démontrant une obstruction réversible des voies aériennes Rapport VEMS/CVF réduit ET Augmentation du VEMS après la prise d'un bronchodilatateur ou d'une thérapie d'entretien	Moins que la limite inférieure de la normale selon l'âge, le sexe, la taille et l'appartenance ethnique (< 0,8 à 0,9)* ET ≥ 12%	Moins que la limite inférieure de la normale selon l'âge, le sexe, la taille et l'appartenance ethnique (< 0,75 à 0,8)* ET ≥ 12% (et un minimum de ≥ 200 mL)
Solution de rechange : Débit expiratoire de pointe (DEP) Augmentation après la prise d'un bronchodilatateur ou d'une thérapie d'entretien OU Variation diurne†	≥ 20% OU Non recommandé	60 L/min (minimum de ≥ 20%) OU > 8% selon des lectures biquotidiennes; > 20% selon de multiples lectures quotidiennes
Solution de rechange : test de provocation positif Test de provocation à la méthacholine OU Provocation à l'effort	CP ₂₀ < 4 mg/mL (4 – 16 mg/mL est limite; > 16 mg/mL est négatif) OU Diminution de ≥ 10% – 15% du VEMS après l'exercice	

* Limite inférieure approximative des rapports normaux pour les enfants et les adultes. † La variation diurne correspond au débit expiratoire de pointe (DEP) le plus élevé moins le DEP le plus faible, divisé par le DEP le plus élevé, multiplié par 100 pour le matin et le soir (déterminée sur une période de une à deux semaines). **CVF** Capacité vitale forcée. **CP₂₀** Concentration de méthacholine produisant une chute de 20% du VEMS. **VEMS** Volume expiratoire maximal en une seconde. Traduction autorisée du Can Respir J 2012;19(2):127-64.

ÉDUCATION

TABLEAU 3 ÉLÉMENTS IMPORTANTS À DISCUTER AVEC LE PATIENT

Décrire l'asthme comme étant une maladie chronique qui peut être maîtrisée
Déterminer et discuter des irritants et déclencheurs de l'asthme : <ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme actif ou secondaire • Infections des voies respiratoires • Allergie aux animaux de compagnie, aux acariens, aux pollens • Pollution atmosphérique et intérieure, air froid, exercice, etc. • Environnement professionnel (agents irritants ou sensibilisants)
Évaluer la technique d'inhalation à chaque visite*
Identifier les moyens possibles pour améliorer l' adhésion au traitement et aux mesures non pharmacologiques : <ol style="list-style-type: none"> 1. Anticiper la non-adhésion au traitement, questionner : Par exemple : <i>Il est fréquent d'oublier de prendre ses médicaments, cela vous arrive-t-il ? À quelle fréquence ? À quel moment ? Combien de fois par semaine oubliez-vous de les prendre ? (Ou en pourcentage combien de fois par semaine les prenez-vous ?)</i> 2. Identifier les raisons : Par exemple : <i>Avez-vous des craintes par rapport à vos médicaments ?</i> 3. Trouver des solutions adaptées aux patients : Par exemple : <i>Simplifier le traitement, référer à l'éducateur en asthme.</i>
Expliquer le plan d'action écrit (Tableau 6, Figure 1) : <ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise de l'asthme et son traitement d'entretien : <i>Lors de votre prochain rhume, que ferez-vous ?</i> • Détérioration de l'asthme et son traitement : <i>Décrivez-moi votre dernière crise.</i> • Exacerbation : <i>Savez-vous quand consulter ?</i>

* En pédiatrie et en gériatrie, les chambres d'espacement sont recommandées lors de l'utilisation d'un médicament en aérosol-doseur. De façon générale, elles permettent de réduire les effets secondaires locaux des corticostéroïdes inhalés (CSI).

ÉVALUATION DE LA MAÎTRISE

TABLEAU 4 CRITÈRES DE MAÎTRISE DE L'ASTHME

Caractéristique	Fréquence ou valeur
Symptômes diurnes	< 4 jours/semaine
Symptômes nocturnes	< 1 nuit/semaine
Activité physique	Normale
Exacerbations	Bénignes, peu fréquentes
Absence du travail ou de l'école due à l'asthme	Aucune
Besoin de bêta ₂ -agoniste à action rapide	< 4 doses/semaine
VEMS ou DEP	≥ 90 % du meilleur résultat personnel
Variation diurne du DEP*	< 10 % à 15 %
Éosinophiles dans les expectorations†	< 2 % à 3 %

* La variation diurne correspond au débit expiratoire de pointe (DEP) le plus élevé moins le DEP le plus faible, divisé par le DEP le plus élevé, multiplié par 100 pour le matin et le soir (déterminée sur une période de une à deux semaines). † À considérer comme mesure additionnelle de la maîtrise de l'asthme chez les individus de 18 ans et plus atteints d'asthme modéré à sévère non maîtrisé et évalués dans des centres spécialisés. VEMS Volume expiratoire maximal en une seconde. Traduction autorisée du Can Respir J 2012; 19(2) : 127-64.

SUIVI DE L'ASTHME

Le suivi de l'asthme est complexe car la gravité de cette maladie chronique peut fluctuer selon la présence de facteurs externes (environnement, maladies concomitantes, etc.), les perceptions erronées sont répandues et les stades d'adaptation varient avec le temps.

TABLEAU 5 CAUSES DE LA PERTE DE LA MAÎTRISE ET SOLUTIONS POSSIBLES

Causes	Solutions possibles
Exposition à des facteurs déclencheurs	<ul style="list-style-type: none"> Éducation Assainissement de l'environnement Parfois, intensification temporaire du traitement pharmacologique qui ne doit pas se substituer à l'assainissement de l'environnement
Problème d'adhésion thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> Causes de non-adhésion au traitement à déterminer et à discuter Éducation Traitement identique ou simplifié
Technique d'inhalation inadéquate	<ul style="list-style-type: none"> Éducation Modification du type d'inhalateur
Présence de comorbidités	<ul style="list-style-type: none"> Identification et traitement des conditions telles que reflux gastro-œsophagien, rhinite, sinusite, etc. Intensification temporaire du traitement
Exacerbation (allergique, infectieuse, etc.)	Utilisation de doses plus élevées d'un corticostéroïde inhalé ou par voie orale (PAE)
Augmentation de la gravité de l'asthme	Intensification du traitement pharmacologique

Recommandations pour la thérapie d'entretien dans la zone jaune du PAE, selon l'âge et la thérapie d'entretien prescrite dans la zone verte du PAE.

TABLEAU 6 RECOMMANDATIONS DU PLAN D'ACTION D'APRÈS L'ÂGE ET LA THÉRAPIE D'ENTRETIEN

Thérapie d'entretien	Médicament de secours recommandé*	Augmentation recommandée de la thérapie d'entretien dans la « zone jaune » du plan d'action
Enfants d'âge préscolaire (moins de 6 ans) et enfants (6 à 11 ans)		
Pas de thérapie d'entretien	BACA	1 ^{er} choix: Aucune 2 ^e choix: Envisager l'amorce d'une thérapie d'entretien régulière
CSI	BACA	1 ^{er} choix: Aucune 2 ^e choix: 1 mg/kg de prednisone ou de prednisolone pendant trois à cinq jours [§]
CSI/BALA¶	BACA	1 ^{er} choix: Aucune 2 ^e choix: 1 mg/kg de prednisone ou de prednisolone pendant trois à cinq jours [§]
Adultes (12 ans et plus)		
Pas de thérapie d'entretien	BACA	1 ^{er} choix: Aucune 2 ^e choix: Envisager l'amorce d'une thérapie d'entretien régulière
CSI	BACA	1 ^{er} choix: Essai d'augmenter d'au moins quatre fois la dose de CSI pendant sept à 14 jours [†] 2 ^e choix: 30 mg à 50 mg de prednisone pendant au moins cinq jours [‡]
CSI/BALA BUD/FORM	BACA ou BUD/ FORM	1 ^{er} choix: Accroître la thérapie combinée de BUD/FORM à un maximum de quatre inhalations deux fois par jour pendant sept à 14 jours OU de BUD/FORM comme médicament de secours et d'entretien (maximum de huit inhalations/jour) 2 ^e choix: 30 mg à 50 mg de prednisone pendant au moins cinq jours
PF/SALM ou MOM/FORM	1 ^e choix: BACA 2 ^e choix: BUD/ FORM [‡]	1 ^{er} choix: Essai d'au moins quatre fois la dose de CSI (dosage accru de CSI dans la combinaison CSI/BALA ou ajout de CSI additionnel) pendant sept à 14 jours [†] 2 ^e choix: 30 mg à 50 mg de prednisone pendant au moins cinq jours [‡]

* En cas de besoin régulier d'un médicament de secours ou de besoins fréquents d'intensification de la thérapie, déterminer la raison de la mauvaise maîtrise, ajuster (amorcer ou intensifier) la thérapie d'entretien. † Chez les individus de 15 ans ou plus ayant des antécédents de perte aiguë et sévère de la maîtrise de l'asthme au cours de l'année précédente. ‡ Chez les personnes prédisposées aux exacerbations. § Chez les enfants ayant des antécédents récents d'exacerbation sévère et une réponse sous-optimale à un BACA pendant l'exacerbation actuelle. ¶ Ne s'applique pas aux enfants d'âge préscolaire. BACA Bêta₂-agoniste à courte durée d'action. BALA Bêta₂-agoniste à longue durée d'action. BUD/FORM Budésonide/formotérol. CSI Corticostéroïdes inhalés. MOM/FORM Mométasone/formotérol. PF/SALM Propionate de fluticasone/salmétérol. Traduction autorisée du Can Resp J 2012; 19(2) : 127-64.

FIGURE 1

RECOMMANDATIONS POUR LA THÉRAPIE D'ENTRETIEN DANS LA ZONE VERTE DU PLAN D'ACTION ÉCRIT (PAE) SELON L'ÂGE

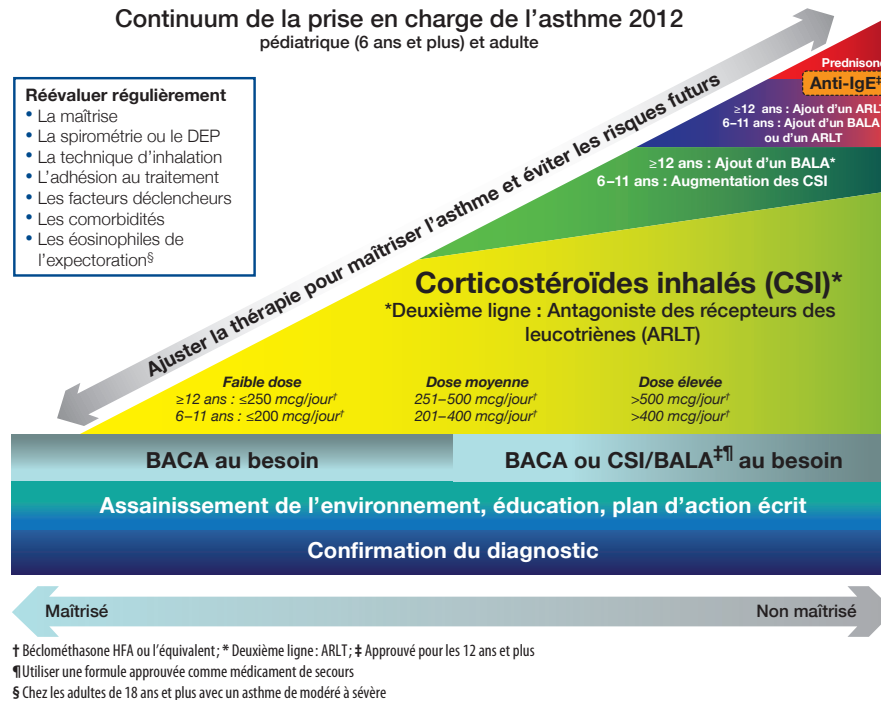


Figure 1) La prise en charge dépend de la confirmation du diagnostic. Toutes les personnes ayant un asthme confirmé doivent recevoir de l'éducation sur l'autogestion dirigée, y compris un plan d'action écrit. L'asthme intermittent très léger peut être traité au moyen de bêta₂-agonistes à courte durée d'action (BACA), pris au besoin. Les BACA sont recommandés pour soulager les symptômes d'asthme; les personnes de 12 ans et plus ayant un asthme modéré à sévère (notamment celles qui sont prédisposées aux exacerbations et dont l'asthme est mal maîtrisé) qui prennent une combinaison de corticostéroïdes inhalés (CSI) et de bêta₂-agonistes à longue durée d'action (BALA) dont l'utilisation est approuvée comme médicament de secours peuvent utiliser cette combinaison comme thérapie de secours. Il faut amorcer rapidement une corticothérapie inhalée comme thérapie d'entretien initial de l'asthme, même chez les personnes qui déclarent présenter des symptômes d'asthme moins de trois fois par semaine. Les antagonistes des récepteurs des leucotriènes (ARLT) sont une monothérapie de deuxième ligne pour le traitement d'un asthme léger. Si l'asthme est mal maîtrisé à l'aide de faibles doses de CSI, il faut envisager une thérapie d'appoint. Chez les enfants de six ans à 11 ans, il faut passer à une dose modérée de CSI avant d'ajouter une thérapie d'appoint comme un BALA ou un ARLT. Chez les adultes de 12 ans et plus, il faut d'abord envisager un BALA comme thérapie d'appoint. Les BALA doivent seulement être utilisés en association avec un CSI. L'augmentation à une dose moyenne de CSI ou l'ajout d'un ARLT sont des possibilités thérapeutiques de troisième ligne. On peut envisager de la théophylline comme traitement de quatrième ligne chez les adultes. Un asthme très mal maîtrisé peut exiger un traitement supplémentaire avec de la prednisone. On peut envisager de l'omalizumab chez les adultes de 12 ans et plus ayant un asthme atopique mal maîtrisé malgré de fortes doses de CSI et une thérapie d'appoint appropriée, avec ou sans prednisone. Il faut réévaluer la maîtrise des symptômes de l'asthme, les épreuves de fonction respiratoire, la technique d'inhalation, l'adhésion au traitement de l'asthme, l'exposition aux déclencheurs de l'asthme dans l'environnement et la présence de comorbidités à chaque visite et avant de modifier la thérapie d'entretien. Il faut également songer à évaluer les éosinophiles dans l'expectoration chez les adultes ayant un asthme modéré à sévère mal maîtrisé pris en charge dans un centre spécialisé. Après avoir obtenu une maîtrise acceptable de l'asthme pendant au moins quelques semaines à quelques mois, il faut réduire la médication à la dose minimale nécessaire pour obtenir un contrôle adéquat de l'asthme et prévenir le risque d'exacerbations futures.

HFA Hydrofluoroalcane; IgE Immunoglobuline E; mcg Microgrammes; DEP Débit expiratoire de pointe. Traduction autorisée du Can Respir J 2012; 19(2) : 127-64.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

TABLEAU 7		COMPARAISON DES CATÉGORIES DE DOSES DE CORTICOSTÉROÏDES INHALÉS (CSI) CHEZ LES ENFANTS ET LES ADULTES					
		Dose quotidienne de CSI, en mcg					
		Produit	Nom commercial	Pédiatrique (6 à 11 ans)			Adulte (12 ans ou plus)
Faible	Moyenne			Élevée	Faible	Moyenne	Élevée
Dipropionate de bécloéthasone HFA	QVAR [†]	≤ 200	201 à 400 ^a	> 400 ^a	≤ 250	251 à 500	> 500
Budésonide*	Pulmicort Turbuhaler [‡]	≤ 400	401 à 800	> 800	≤ 400	401 à 800	> 800
Ciclésonide*	Alvesco [§]	≤ 200	201 à 400 ^a	> 400 ^a	≤ 200	201 à 400	> 400
Fluticasone	Flovent IDP et chambre d'espacement Flovent Diskus [¶]	≤ 200	201 à 400	> 400 ^a	≤ 250	251 à 500	> 500
Mométasone*	Asmanex Twisthaler ^{**}				200	≥ 400 à 800	> 800 ^a

Les catégories de doses sont approximatives et basées sur une combinaison d'équivalence de doses approximatives et des données d'innocuité et d'efficacité, plutôt que sur les formulations des produits disponibles. * Homologué au Canada pour dose quotidienne unique. (a) L'utilisation de doses quotidiennes de plus de 200 mcg/jour de dipropionate de bécloéthasone HFA, de plus de 200 mcg/jour de ciclésonide et de plus de 400 mcg/jour de fluticasone n'est pas approuvée pour les enfants au Canada [surbrillance]. (b) L'utilisation de doses quotidiennes de plus de 800 mcg/jour de mométasone n'est pas approuvée pour les adultes au Canada [surbrillance]. HFA Hydrofluoroalcane. IDP Inhalateur-doseur pressurisé. mcg: Microgrammes; † Graceway Pharmaceuticals, Canada; ‡ AstraZeneca Inc, Canada; § Nycomed Canada Inc; ¶ GlaxoSmithKline Inc, Canada; ** Merck & Co Inc, États-Unis. Traduction autorisée du Can Respir J 2012; 19(2) : 127-64.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE (SUITE)

TABLEAU 8		PRINCIPAUX MÉDICAMENTS DANS LE TRAITEMENT DE L'ASTHME			
		Dénomination commune (Nom commercial)	Présentation	Posologie usuelle	Coût*
MÉDICAMENTS DE SECOURS	β ₂ AGONISTES À ACTION RAPIDE (BAAR) [†]	β ₂ agonistes à courte durée d'action (BACA)			Coût dose*
		Salbutamol-HFA (Airomir ^{MC} , Ventolin HFA ^{MC} et versions génériques)	AD 100 mcg/inh.	2 inh. PRN	0,05 \$/2 inh.
		(Ventolin ^{MC} Diskus ^{MC}) [‡] Code d'exception : RE 112 et 113	Diskus ^{MC} 200 mcg/coque	1 inh. PRN	0,22 \$/1 inh.
		Terbutaline (Bricanyl ^{MC} Turbuhaler ^{MC})	500 mcg/inh.	1 inh. PRN	0,08 \$/1 inh.
MÉDICAMENTS STABILISATEURS	THÉRAPIE D'ENTRETIEN	Corticostéroïdes inhalés (CSI)			Coût mensuel ^{*,§}
		Béclométhasone-HFA (Qvar ^{MC})	AD 50 mcg/inh. AD 100 mcg/inh.	5 ans ou plus : 1 inh. BID 12 ans ou plus : 1 inh. BID	8,78 \$ 17,57 \$
		Budésonide (Pulmicort ^{MC})	Turbuhaler ^{MC} 100 mcg/inh. 200 mcg/inh. 400 mcg/inh.	11 ans ou moins : 1 inh. BID 12 ans ou plus : 1 inh. BID 12 ans ou plus : 1 inh. DIE	9,27 \$ 18,95 \$ 16,70 \$
		Ciclésionide (Alvesco ^{MC})	AD 100 mcg/inh. AD 200 mcg/inh.	6 à 11 ans : 2 inh. DIE 12 ans et plus : 2 inh. DIE	22,08 \$ 36,40 \$
		Fluticasone (Flovent HFA ^{MC} , Flovent Diskus ^{MC})	AD 50 mcg/inh. AD 125 mcg/inh. AD 250 mcg/inh. Diskus ^{MC} 50 mcg/coque Diskus ^{MC} 100 mcg/coque Diskus ^{MC} 250 mcg/coque Diskus ^{MC} 500 mcg/coque	4 à 11 ans : 2 inh. BID 12 ans ou plus : 2 inh. BID 4 à 11 ans : 1 inh. BID 12 ans ou plus : 1 inh. BID	22,61 \$ 38,05 \$ 76,11 \$ 13,95 \$ 22,61 \$ 38,05 \$ 76,11 \$
		Mométasone (Asmanex twisthaler ^{MC})	Twisthaler 200 mcg/dose Twisthaler 400 mcg/dose	12 ans ou plus : 2 inh. DIE 12 ans ou plus : 1 inh. DIE	32,00 \$ 32,00 \$
			β ₂ agonistes à longue durée d'action (BALA)		
		Formotérol (Foradil ^{MC}) Formotérol (Oxeze ^{MC})	Aerolizer ^{MC} 12 mcg/caps. Turbuhaler ^{MC} 6 mcg/inh. 12 µg/inh.	6 ans ou plus : 1 inh. BID	46,48 \$ 33,24 \$ 44,28 \$
		Salmétérol (Serevent ^{MC})	Diskhaler 50 mcg/coque Diskus ^{MC} 50 mcg/coque	4 ans ou plus : 1 inh. BID	55,91 \$ 52,64 \$
		Produits combinés inhalés			
		Formotérol/budésonide (Symbicort ^{MC}) [‡] Code d'exception : RE 41	Turbuhaler ^{MC} 6-100 mcg/inh. 6-200 mcg/inh.	12 ans ou plus : 2 inh. BID	62,50 \$ 81,25 \$
		Mométasone/formotérols (Zenhale ^{MC}) [‡] Code d'exception : RE 41	AD 50-5 mcg/inh. AD 100-5 mcg/inh. AD 200-5 mcg/inh.	12 ans ou plus : 2 inh. BID	60,00 \$ 78,00 \$ 96,00 \$
		Salmétérol/fluticasone (Advair ^{MC}) [‡] Code d'exception : RE 41	Diskus ^{MC} 50-100 mcg/coque Diskus ^{MC} 50-250 mcg/coque Diskus ^{MC} 50-500 mcg/coque AD 25-125 mcg/inh. AD 25-250 mcg/inh.	4 ans ou plus : 1 inh. BID 12 ans ou plus : 1 inh. BID 12 ans ou plus : 2 inh. BID	75,79 \$ 90,69 \$ 128,74 \$ 90,69 \$ 128,74 \$
		Antagonistes des récepteurs des leucotriènes (ARLT)			
		Montélukast (Singulair ^{MC} et versions génériques)	4 mg/co. croquable 4 mg/granulés 5 mg/co. croquable 10 mg/co.	2 à 5 ans : 1 co. 4 mg ou 1 sachet 4 mg DIE 6 à 14 ans : 1 co. 5 mg DIE 15 ans ou plus : 1 co. 10 mg DIE	10,94 \$ 17,50 \$ 16,70 \$ 24,59 \$
		Zafirlukast (Accolate ^{MC})	20 mg/co.	12 ans ou plus : 1 co. BID à jeûn	44,95 \$
		Anti-IgE			
		Omalizumab (Xolair ^{MC})	150 mg/fiole	12 ans ou plus : Administration sous-cutanée toutes les 2 à 4 semaines et dosage selon le poids et la concentration IgE sérique totale	Coût approximatif de 1398 \$ (adulte de 70 kg)
		Autres**			

NOTES TABLEAU 8

HFA Hydrofluoroalcane ; **AD** Aérosol-doseur ; **inh.** Inhalation

* Coût du médicament d'après la *Liste de médicaments* publiée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (octobre 2013), excluant le coût de certains dispositifs d'inhalation, les frais de grossiste selon le cas et les honoraires du pharmacien. La méthode du prix le plus bas s'applique à tous les médicaments d'une même dénomination commune, forme et teneur.

μ Coût mensuel correspond à 30 jours.

† Le formotérol [fumarate dihydraté] (Oxeze Turbuhaler^{MC}), un BALA, est aussi un β_2 agoniste à début d'action rapide (BAAR), mais est peu employé pour l'indication « au besoin » à cause de son coût (0,55 \$/1 inh. de 6 mcg, 0,74 \$/1 inh. de 12 mcg) et de la confusion possible lors de l'usage régulier du médicament. Les BALA ne doivent jamais être utilisés sans un CSI et de préférence doivent être utilisés dans un même dispositif. C'est la raison pour laquelle ils sont en gris dans le tableau.

‡ Médicament d'exception sur la *Liste de médicaments* publiée par la RAMQ (octobre 2013).

§ Chez les enfants et les adolescents de moins de 12 ans, lors de l'intensification du traitement pharmacologique, l'ajout d'un BALA ou d'un ARLT à un CSI est recommandé seulement après l'échec d'un essai avec une dose modérée de CSI (Figure 1 et Tableau 7).

|| Les produits combinés ne sont pas recommandés au besoin pour le soulagement des symptômes lors d'exacerbations (sauf dans le cas d'un usage régulier BUD/FORM) ou pour la prévention de ceux-ci lors d'exercice en raison de leurs coûts plus élevés.

III Produit non inscrit à la *Liste de médicaments* publiée par la RAMQ (octobre 2013).

** Les médicaments comme le cromoglycate, le nédocromil et le kétotifène ne sont plus utilisés dans le traitement de l'asthme. La théophylline, pour sa part, est peu utilisée en raison de son index thérapeutique étroit et de l'incidence élevée d'effets secondaires. Elle est parfois utilisée pour certains cas d'asthme grave et comme traitement de quatrième ligne chez les adultes.

ÉDITION

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) – www.inesss.qc.ca

Conception graphique et édition électronique : INESSS, Direction des communications et du transfert de connaissances.

RÉFÉRENCES

Lougheed MD, Lemièrre C, Ducharme FM, et al. Canadian Thoracic Society 2012 guideline update: Diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults. *Can Resp J* 2012; 19(2):127-64.

Lougheed MD, Lemièrre C, Dell SD, et al. Canadian Thoracic Society Asthma Management Continuum -2010 Consensus Summary for children six years of age and over, and adults. *Can Resp J* 2010;17(1):15-24.

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/lois/liste_med.shtml. (page accessible à partir du 3 octobre 2013).

Association des pharmaciens du Canada (APhC). Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS). Ottawa, On : APhC, 2013.

Cet outil fournit des points de référence rapide pour le diagnostic, le traitement et le suivi de l'asthme. Le professionnel de la santé demeure seul responsable de déterminer le traitement approprié en tenant compte de la situation clinique de chaque patient. L'information présentée ne doit pas être considérée comme une revue complète. Comme le traitement pharmacologique change constamment, le professionnel de la santé est responsable de prendre en considération l'évolution des connaissances.

NOTE : Des mises à jour de cet outil sont prévues. Afin d'avoir accès en tout temps à la version la plus récente, l'INESSS vous invite à consulter la section *Publications et projets en cours* de son site Web au : www.inesss.qc.ca.

© Gouvernement du Québec

Cet outil a reçu l'appui des ordres (CMQ, OPQ, OIIQ) et des fédérations (FMOQ, FMSQ) de médecins, des associations québécoises de pharmaciens, de même que du Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition que la source soit dûment mentionnée.

Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux

Québec 