



19^e Journée d'étude de l'ACPPHOS: Préparateurs en pharmacie

Pneumologie

Mardi 24 Avril 2018

Poitiers

9h30 :

Asthme et Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive, des pathologies complexes

Dr Gilles CHAPELLE – Pharmacien – CHU Poitiers

11h :

Médicaments inhalés en pneumologie

Dr Gilles CHAPELLE – Pharmacien – CHU Poitiers

Discussion et partage d'expériences

12h30-14h00 – DÉJEUNER

14h00 :

Aérosolthérapie et oxygénothérapie

Dr Olivier BLANC – Pharmacien – CH Saint Jean d'Angely

15h00 :

Revue des nouveautés thérapeutiques 2017

Dr Guillaume BINSON – Pharmacien – CHU Poitiers

16h30 :

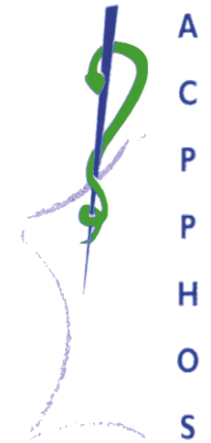
Conclusion de la journée

Journée d'étude de l'ACPPHOS: Préparateurs en pharmacie

Pneumologie

Mardi 24 Avril 2018

Poitiers



ASTHME ET BPCO

G. CHAPELLE

Pharmacien CHU Poitiers

Avec collaboration de Dr CARON Fabrice

Service de Pneumologie

CHU POITIERS

Les maladies obstructives bronchiques

Sécrétions
bronchiques



Épaississement
de la paroi



Perte de la traction
réalisée par le tissu
conjonctif

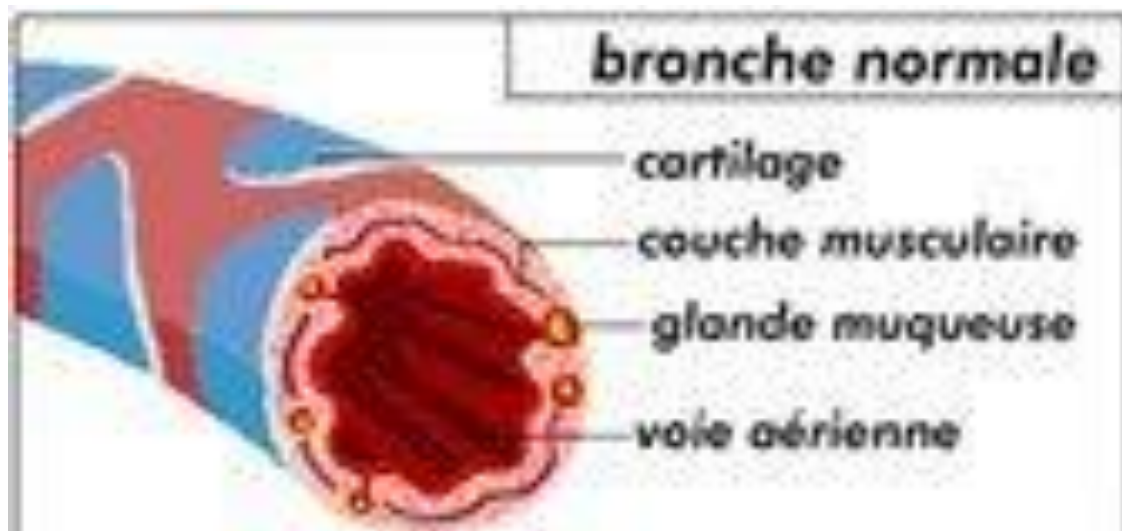


Bronchite aiguë
DDB

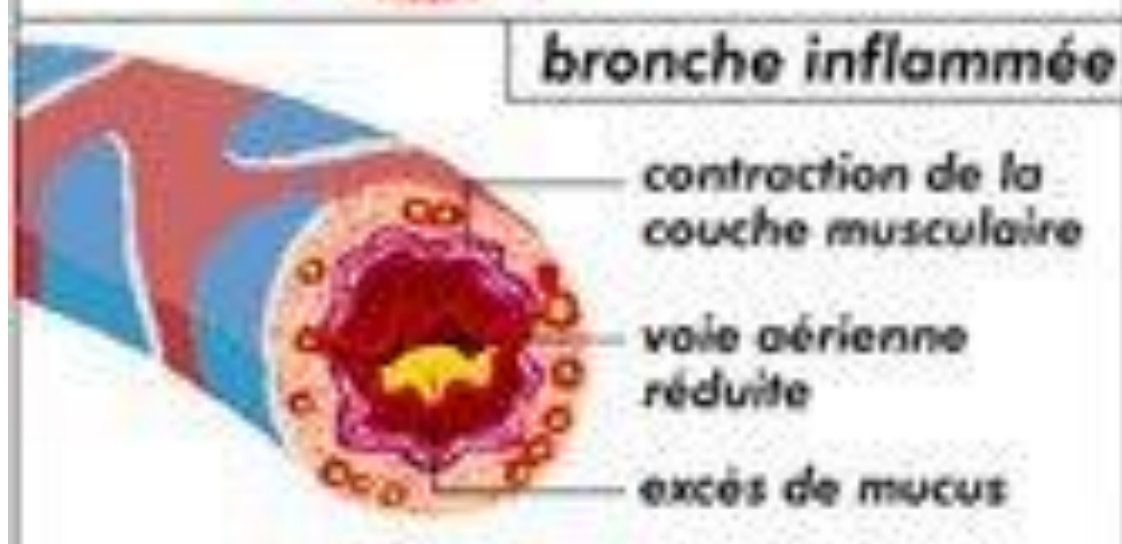
Asthme
BPCO
DDB
Bronchiolite
OAP

BPCO/
emphysème

bronche normale



bronche inflammée



de l'Asthme

- **maladie inflammatoire chronique** des VA avec de nombreuses cellules (mastocytes, éosinophiles).
- Chez les **sujets prédisposés**
- Entraîne des symptômes liés à une **obstruction des voies aériennes, réversible** soit spontanément soit sous traitement et une **hyper-réactivité bronchique**

GINA 2008

Définitions

de la BPCO

- une **obstruction** chronique des voies aériennes
- **non complètement réversible**
- habituellement **progressive**
- associée à une **réaction inflammatoire** anormale
- et à des **conséquences systémiques**
- en réponse à des **toxiques** inhalés.

GOLD

Épidémiologie en France

Asthme

3,5 millions de patients

<1000 morts /an

1/100 000/hab/an

15 à 35% de non contrôlé
ou contrôle inacceptable

400 €/pt/an en France

BPCO

3,5 millions de patients

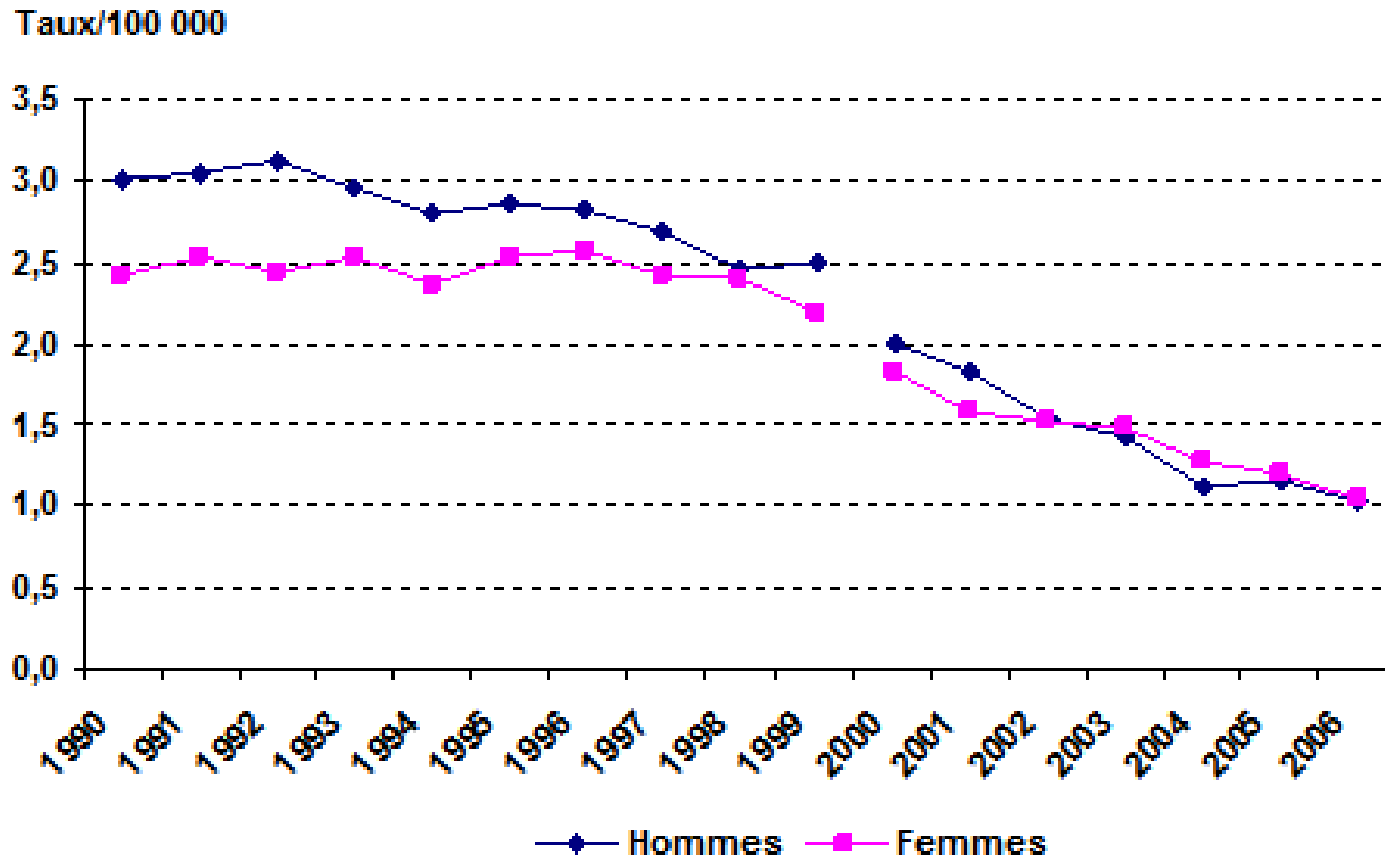
16 000 morts /ans

10 à 40/100000/hab/an

100 000 IRCO

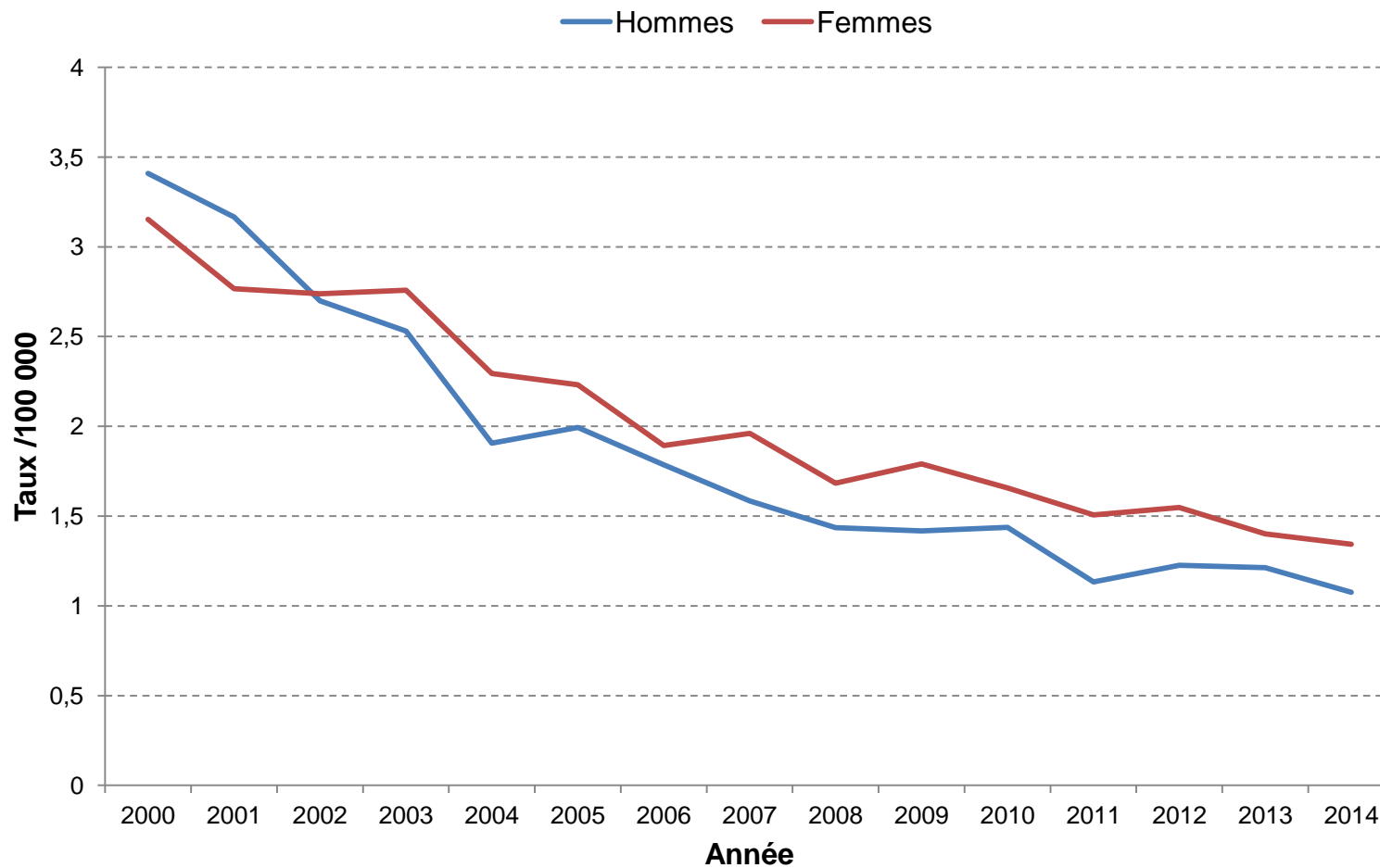
4 000 €/pt/an en France

Évolution mortalité liée à l'asthme de 1990 à 2006 en France



Taux annuels standardisés de mortalité par asthme

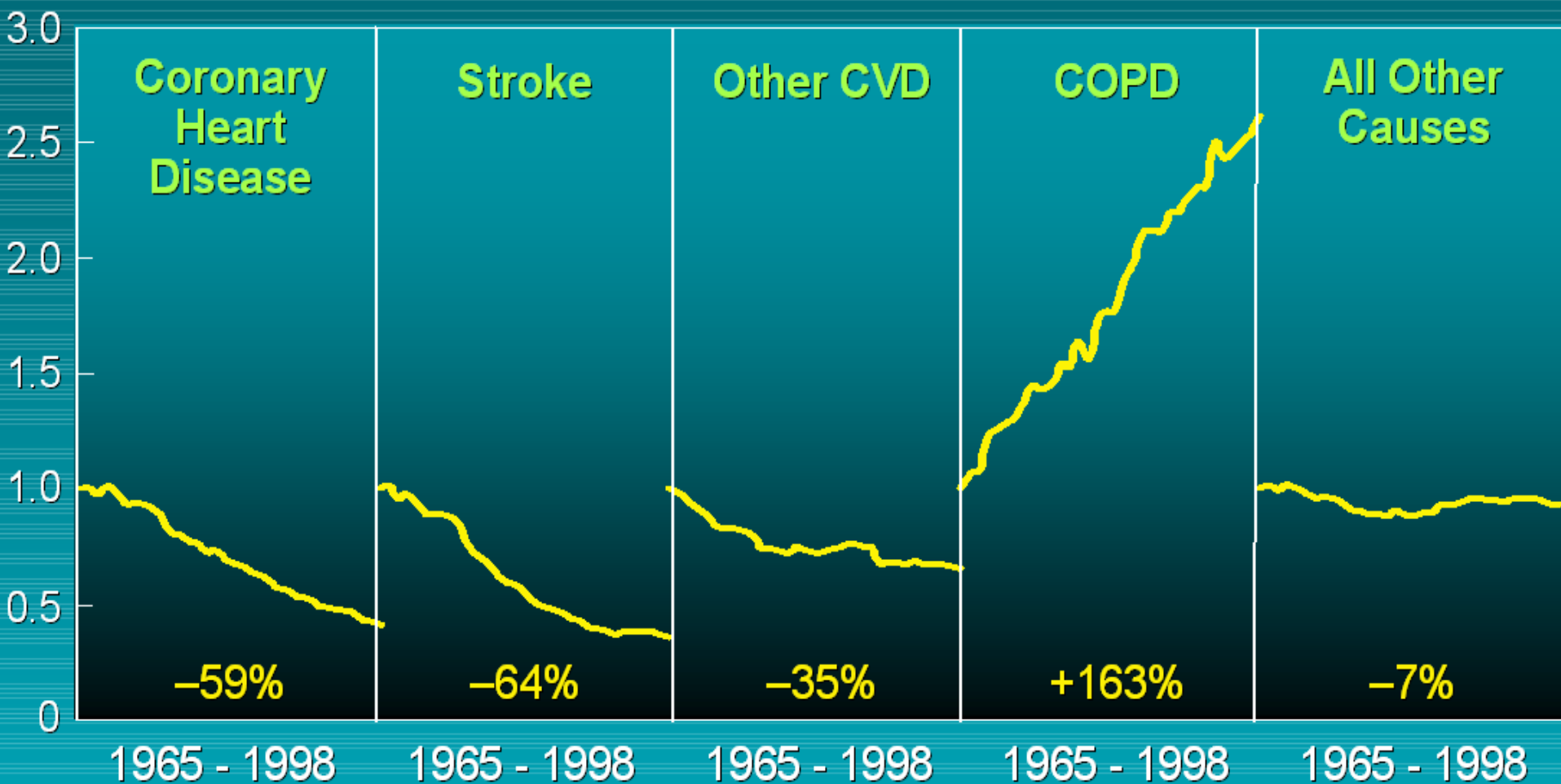
Tous âges, France, 2000-2014



Taux standardisés sur l'âge (population standard européenne révisée)
Source : Causes médicales de décès (CépiDc, Inserm)

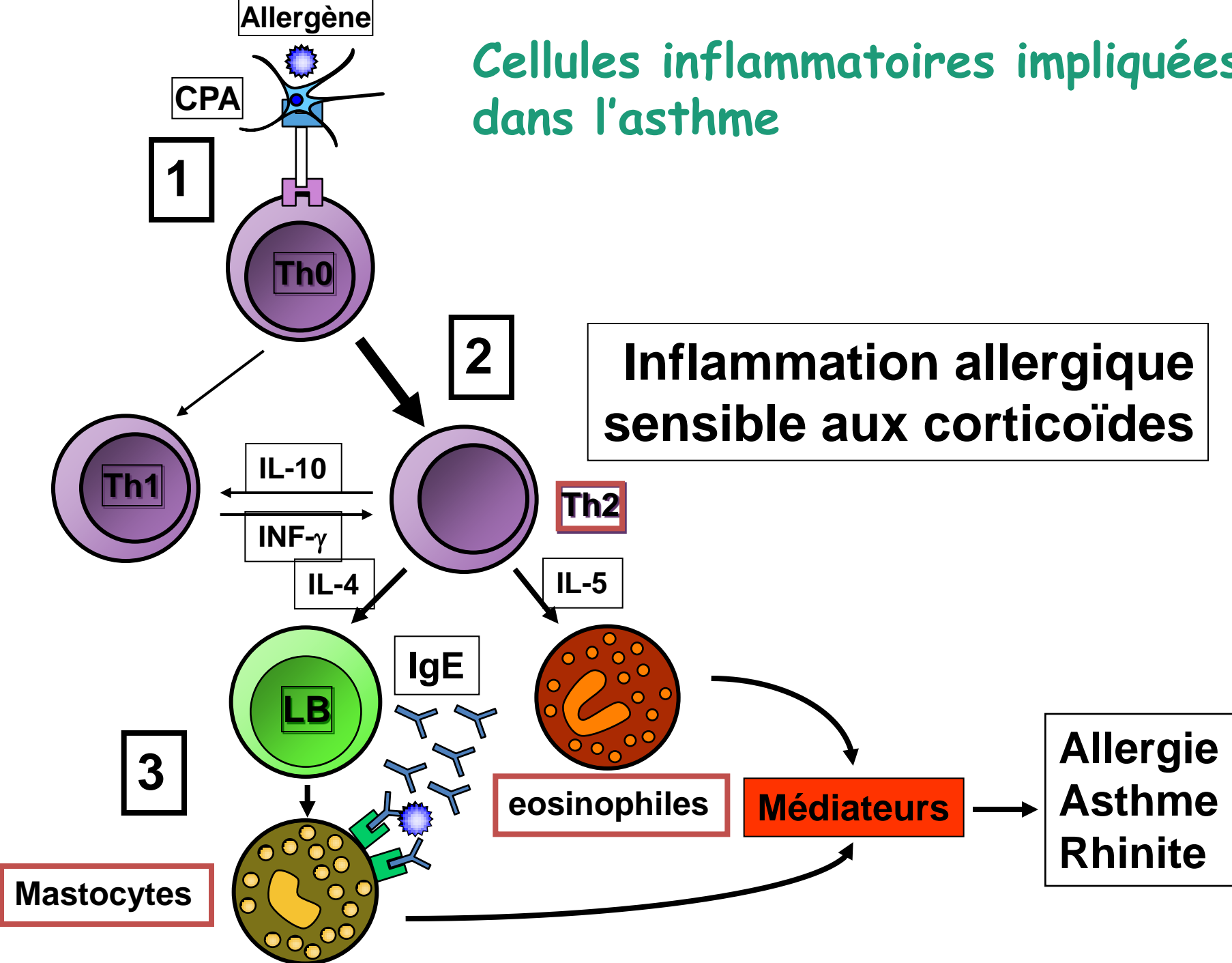
Evolution de la mortalité par BPCO

Proportion of 1965 Rate



Source: NHLBI/NIH/DHHS

Cellules inflammatoires impliquées dans l'asthme



Allergène

CPA

1

Th0

2

Inflammation allergique sensible aux corticoïdes

Th1

IL-10

INF- γ

Th2

IL-4

IL-5

3

IgE

LB

eosinophiles

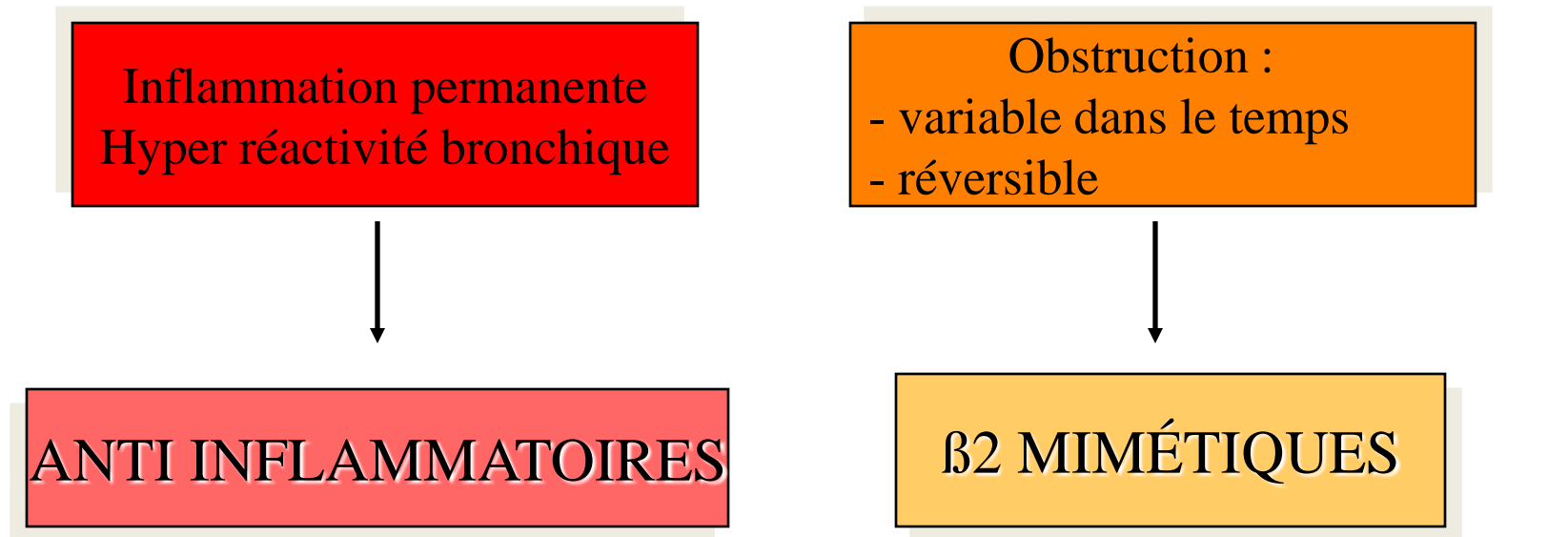
Médiateurs

Mastocytes

Allergie
Asthme
Rhinite

les principes fondamentaux du traitement médicamenteux

- ☛ Agir sur les 2 composantes de l'asthme

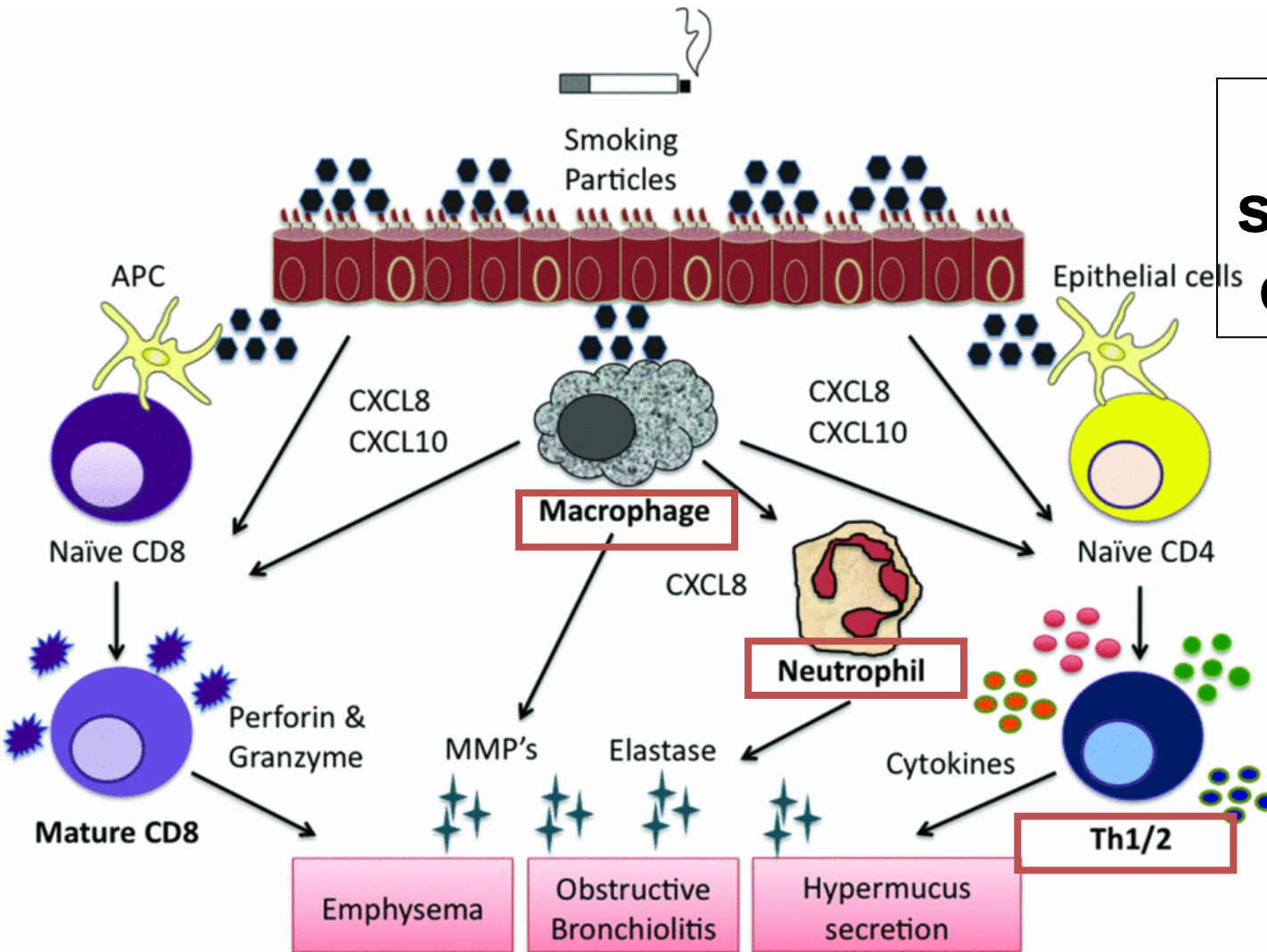


Eviction des facteurs déclenchants

CSI protègent du remodelage bronchique?

- L'instauration précoce de CSI chez les patients asthmatiques entraîne une amélioration de la fonction respiratoire plus forte que si les symptômes sont présents depuis 2 à 4 ans (1-2)
- Les patients non traités par CSI présentant des exacerbations sévères ont une baisse plus importante de la fonction respiratoire a long terme, comparée aux patients déjà traités par CSI (3)

Cellules Inflammatoires impliquées dans la BPCO



Peu sensible aux corticoïdes

ASTHME

Allergène



*L'inflammation de la BPCO est
différente de celle de l'asthme*

BPCO

Aérocontaminant



Lymphocytes T CD4+
Eosinophiles

Lymphocytes T CD8+
Macrophages
Neutrophiles



Limitation des débits

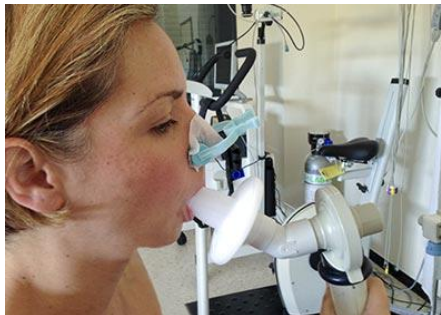
Complètement
réversible

Non complètement
réversible

EFR (reproductibilité++) : Intérêt DIAGNOSTIC ET EVOLUTIF

- Spirométrie
 - Test de réversibilité aux Béta2
 - +12% ET 200 ml vems en +
 - Stade de gravité de la BPCO, de l'asthme
- **BPCO : TVO incomplètement ou non réversible**
- **Asthme : TVO réversible**

Un TVO (trouble vent obst) est dit réversible si, après inhalation de bronchodilatateurs, le VEMS est augmenté de plus de 200 ml/sec en valeur absolue et de plus de 12% par rapport à sa valeur basale.



Le **spiromètre** est un appareil qui mesure la capacité respiratoire du patient.

La personne souffle dans un embout buccal qui peut être relié à un ordinateur pour l'enregistrement des données. Le spiromètre effectue la mesure du volume maximal respiratoire par seconde (VEMS).

Le VEMS après inhalation d'un broncho-dilatateur définit le grade de la BPCO :

VEMS supérieur ou égal à 80 % (de la capacité attendue en fonction du patient) : stade I. L'obstruction est légère ;

VEMS entre 50 et 80 % : stade II. Obstruction modérée ;

VEMS entre 30 et 50 % : stade III. Obstruction sévère ;

VEMS inférieur à 30 % stade IV. Obstruction très sévère.

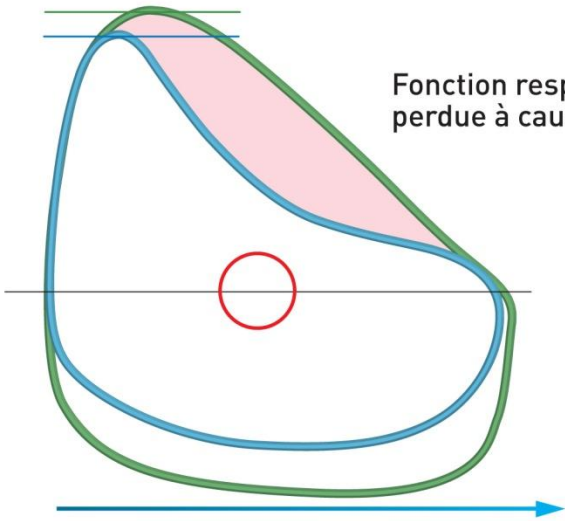
Lorsque la capacité respiratoire devient critique, une oxygénothérapie au long cours est mise en place.

COURBE DEBIT/VOLUME

Poser le diagnostic de l'obstruction

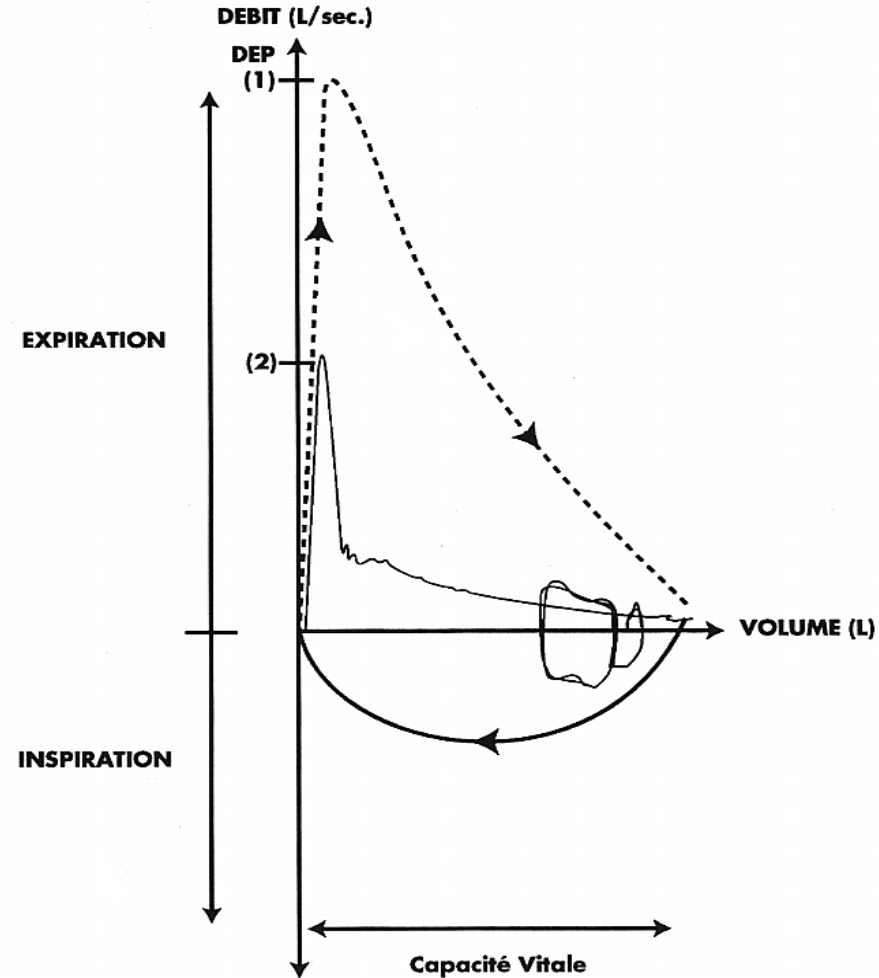
Débit expiratoire maximal, "de pointe"

Débit nul



Fonction respiratoire perdue à cause du tabag

Le volume pulmonaire diminue de "poumons complètement gonflés" à "complètement vides"



Mécanismes de la Dyspnée

- **Asthme : obstruction**
- **BPCO : la distension**
 - Les muscles respiratoires (diaphragme) sont étirés donc leur rendement diminué
 - Diaphragme aplati, inefficace
 - Fatigabilité
 - Distension de la cage thoracique
 - **La dyspnée est corrélée à la distension**

BPCO pourquoi y penser ?

Une maladie systémique

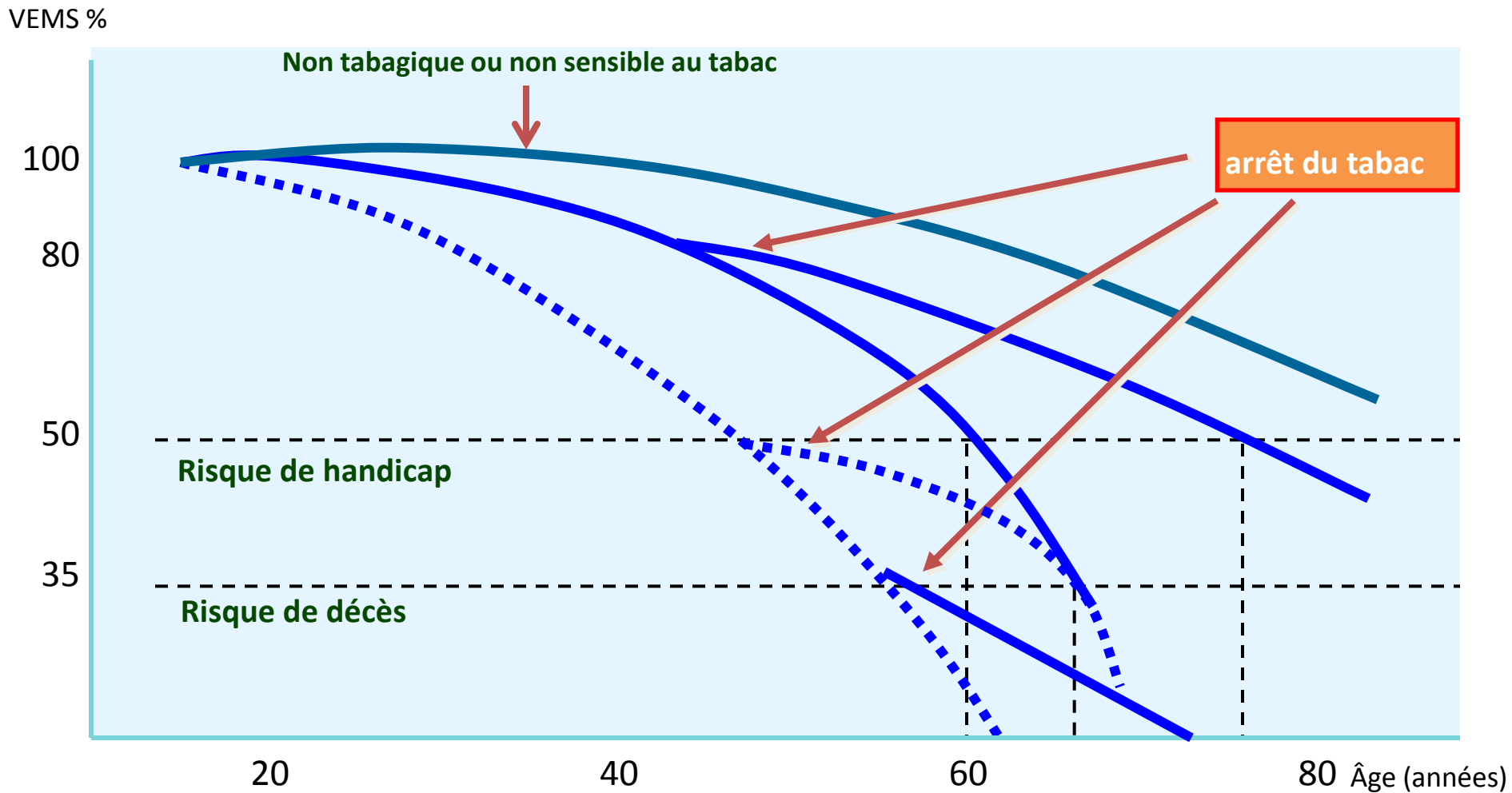
- Inflammation systémique
- Dénutrition
- Ostéoporose
- Dysfonctionnement musculaire
- Désordres hormonaux
- Anémie
- Diabète
- Retentissement psychologique
- Risque cardio-vasculaire
- Apnées du sommeil

SPLF 2004

Wouters Thorax 2002

Agusti Eur Respir J 2003

IL N'EST JAMAIS TROP TARD POUR ARRETER DE FUMER



BPCO pourquoi y penser ?

Dissociation symptômes-gravité

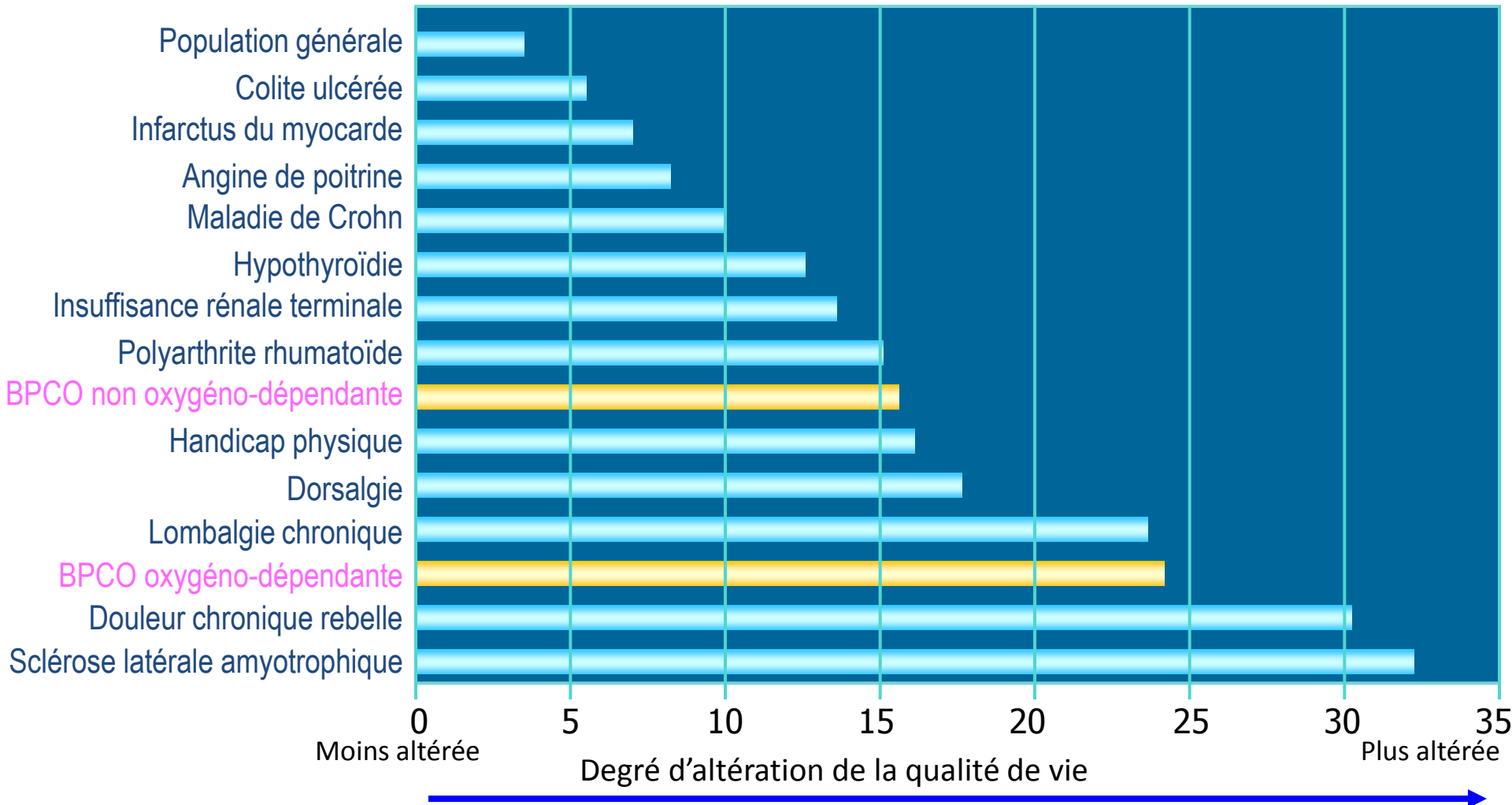
- Aucune corrélation clinique (dyspnée)-gravité (VEMS) à l'échelle d'une cohorte de patients
- ➔ Dans la BPCO : sous-estimation chronique des symptômes

La toux, l'essoufflement et les expectorations sont les principaux symptômes de la BPCO. Ils ne sont pas toujours considérés comme un signal d'alerte par le patient et sont généralement perçus trop tard. On observe souvent et rapidement une réduction de l'activité physique quotidienne qui s'accroît avec la gravité de la maladie. Chez les fumeurs, la toux et les expectorations (bronchite chronique) sont également fréquentes et banalisées

➤ Ca ira mieux demain !!!

BPCO pourquoi y penser ?

Impact sur la qualité de vie

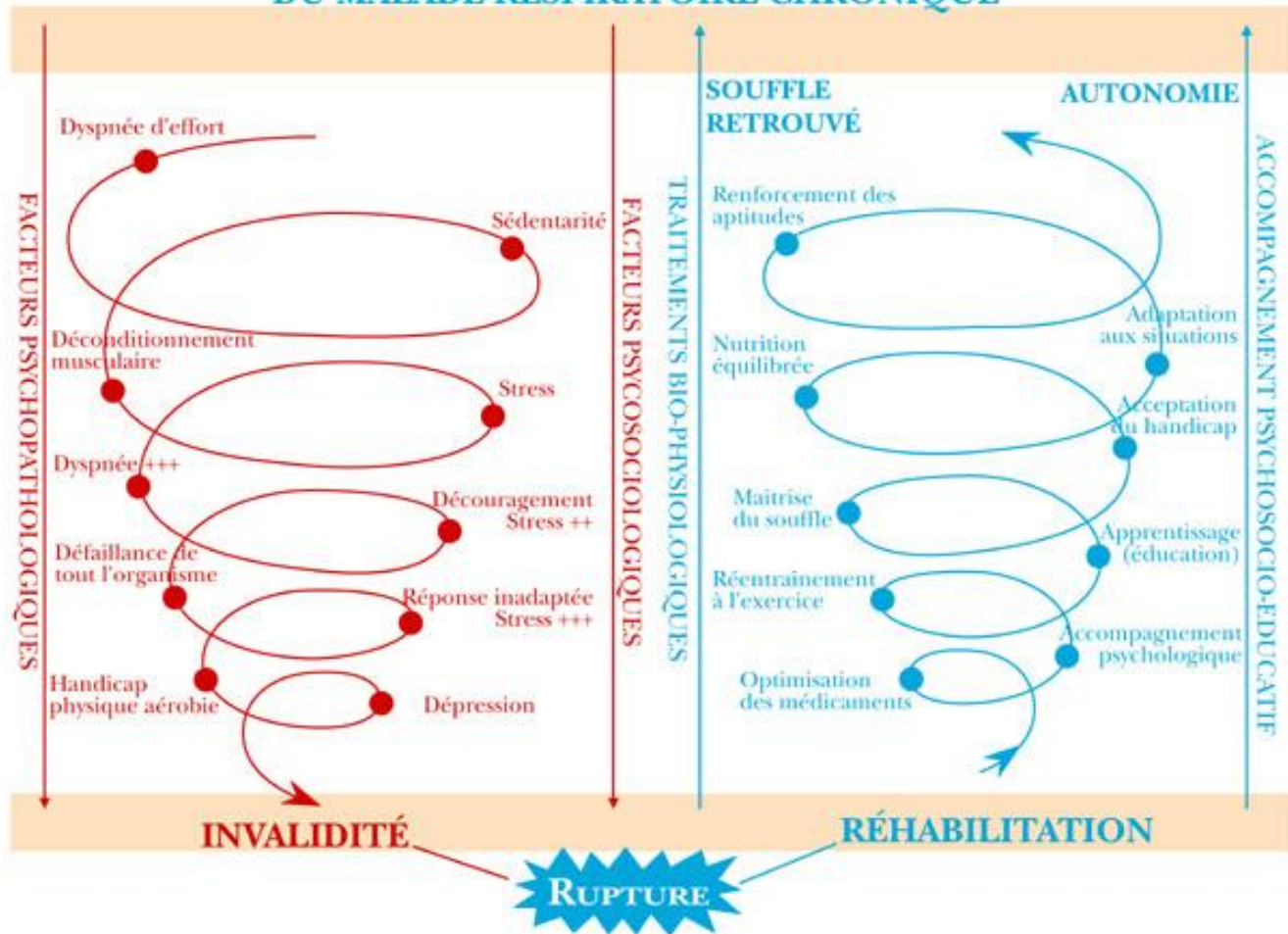


REHABILITATION RESPIRATOIRE+++++

DE LA SPIRALE INFERNALE ...

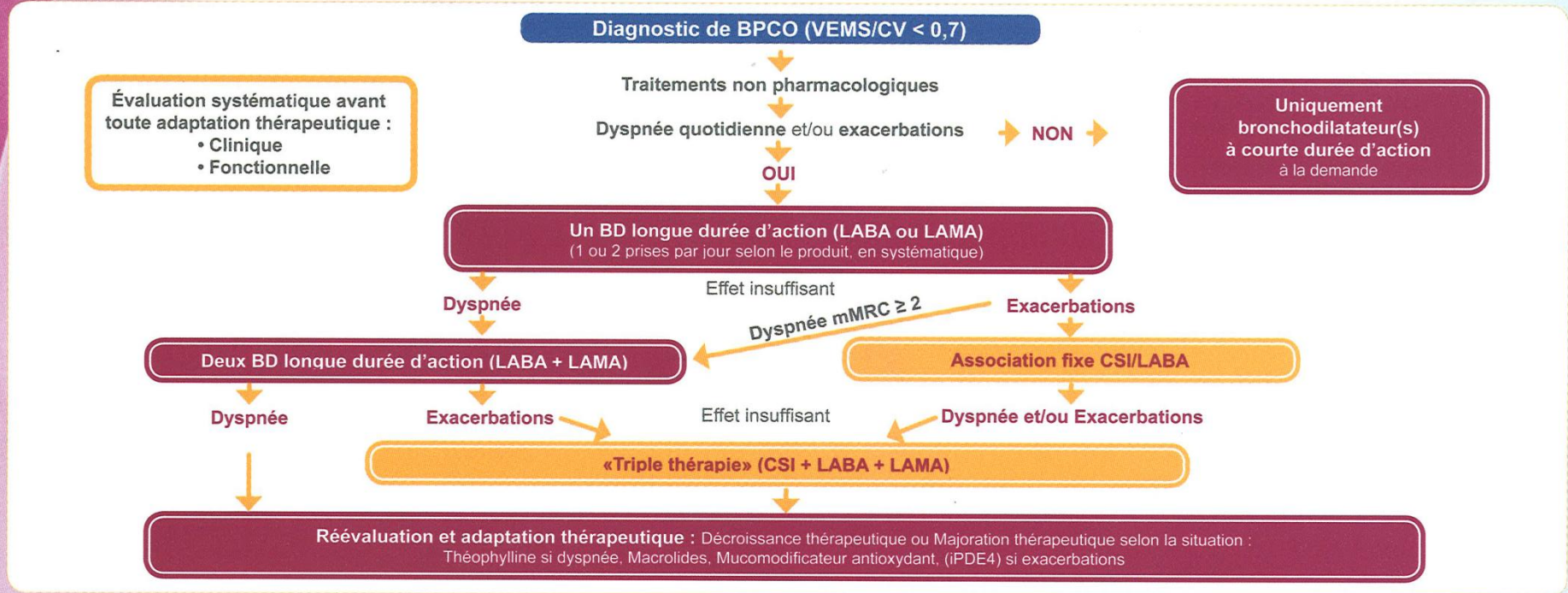
... À LA QUALITÉ DE VIE

DU MALADE RESPIRATOIRE CHRONIQUE



D'après Young, modifiée par
C. PREFAUT

Proposition d'algorithme de prise en charge thérapeutique dans la BPCO (SPLF 2016)



CSI = Corticostéroïdes inhalés - LAMA = anticholinergiques de longue durée d'action - LABA = β2-mimétiques de longue durée d'action - BD = Bronchodilatateur

Points essentiels pour la prise en charge des patients BPCO :

- **Diagnostic de la BPCO** : doit être confirmé par spirométrie avec mise en évidence d'un VEMS/CV < 0,70 après bronchodilatateur.
- **Dans tous les cas** : aide au sevrage tabagique / Vaccinations / Conseils d'activité physique / Équilibre diététique / Réhabilitation si dyspnée ou handicap persistant / BD courte durée d'action si symptômes (dyspnée) / Tenir compte des capacités du patient dans le choix du dispositif d'inhalation / Réévaluer (clinique et fonction respiratoire) 1-3 mois après chaque changement puis tous les 3-12 mois / EFR annuelle au minimum.
- **Si asthme associé** : voir recommandations asthme.
- **Effet insuffisant** (persistance dyspnée/handicap et/ou exacerbation), vérifier : diagnostic différentiel ; sevrage tabagique ; fonction respiratoire ; observance ; technique de prise ; éducation thérapeutique ; réhabilitation ; comorbidités.
- **Si prescription d'une association fixe CSI/LABA** : tenir compte autant que possible des indications d'AMM concernant le seuil de VEMS (% valeur prédite).
- **Signification du terme «exacerbations»** dans la figure : seuil (arbitraire) de 2/an ou 1 avec hospitalisation.

D'après Zysman M et al. *Recommandations — Optimisation du traitement médicamenteux des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive en état stable. Propositions de la Société de pneumologie de langue française. Rev Mal Respir (2016) 33, 911—936*

Adaptation des traitements de fond de l'asthme

Niveau de contrôle



Traitement

Contrôlé

Partiellement contrôlé

Non contrôlé

Exacerbation

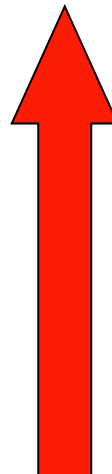


**Maintien du Tt et trouver
la dose la plus faible efficace**

Passer palier supérieur

Palier supérieur

Traiter comme exacerbation



Palier 1 Leger itermittent	Palier 2 Leger persistant	Palier 3 Moderé persistant	Palier 4 Severe persistant	Palier 5
B2 CD à la demande	id	id	id	id
	CSI faible dose	CSI faible dose + B2LD	CSI dose moyenne ou élevée + B2LD	CS ORAUX
	Antileucotriène SINGULAIR	CSI dose moyenne ou élevée	+ SINGULAIR	Anti-IgE
		CSI faible dose + SINGULAIR	+ théophylline	Anti-L5
		CSI faible dose + Théophylline		



RECOMMANDATIONS ASTHME (GINA 2016)

Le choix et l'adaptation du traitement dépendent du niveau de contrôle et du traitement reçu au moment de l'évaluation.

Enfants
≥ 6 ans,
adolescents
et adultes

A - ÉVALUER LE NIVEAU DE CONTRÔLE DE L'ASTHME

Au cours des 4 dernières semaines, le patient a-t-il eu :		Bien contrôlé	Partiellement contrôlé	Non contrôlé
des symptômes diurnes > 2/semaine ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Aucun OUI	1 ou 2 OUI	3 ou 4 OUI
au moins un réveil nocturne dû à son asthme ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
besoin de prendre un traitement symptomatique > 2/semaine ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
une limitation de ses activités en raison de son asthme ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

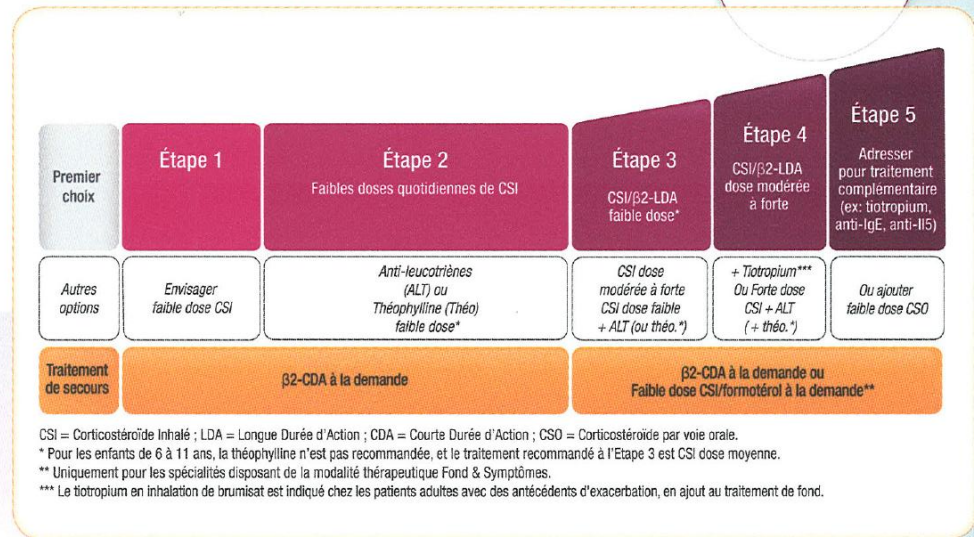
B - ÉVALUER LES RISQUES DE DÉTÉRIORATION DE L'ASTHME

exacerbation, dégradation de la fonction respiratoire, effets secondaires des traitements

- Évaluer ces risques au diagnostic puis de manière périodique particulièrement chez les patients sujets aux exacerbations.
- Mesurer le VEMS à l'initiation du traitement, après 3-6 mois pour mesurer la meilleure valeur, puis périodiquement pour évaluer les risques.

► PATIENTS POTENTIELLEMENT À RISQUE :

- Tabagisme (actif ou passif) - Comorbidités telles que obésité, rhinosinusite, allergies alimentaires - Grossesse - Exposition à des allergènes, professionnelles, particules nocives - Hypersécrétion bronchique chronique - Maladie psychiatrique ou problèmes socio-psychologiques.
- Non contrôlé - Besoin fréquent β2-CDA (> 200 doses/mois) - VEMS bas (plus spécifiquement si < 60%) - Mauvaise observance au traitement - Mauvaise technique d'inhalation - Eosinophilie.
- Actuellement/récemment/fréquemment sous corticothérapie orale - Hospitalisation ou admission en urgence dans l'année écoulée - Non traité actuellement par corticothérapie inhalée - Antécédents d'intubation.



► EN CAS D'EXACERBATION

Traiter l'exacerbation puis réévaluer l'adéquation du traitement de fond.

La technique d'inhalation, l'observance et les effets secondaires des traitements doivent être évalués/surveillés.

D'après the Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2016.

Disponible sur : <http://www.ginasthma.org>

Propriété d'AstraZeneca

AstraZeneca

EXACERBATIONS : une définition pragmatique

GOLD 2006

▶ Exacerbation ⁽¹⁾

- Augmentation de la dyspnée, de la toux et/ou de l'expectoration,
- au-delà des variations journalières habituelles,
- de survenue aiguë,
- et entraînant une modification du traitement habituel.

▶ Durée de majoration des symptômes :

- Non précisée dans les recommandations GOLD 2006 ⁽¹⁾
- Au moins 24 h (conférence d'Aspen en 2000) ⁽²⁾

▶ Le niveau de sévérité des exacerbations est classiquement évalué selon le type de recours aux soins

- Exacerbation sévère : quand l'hospitalisation est nécessaire ⁽²⁾

Légère = - de 3 symptômes

Fréquence des exacerbations

▶ SPLF 2003 :

- Nombre moyen d'exacerbations par patient et par an : 2 à 3⁽³⁾

▶ Dans les études :

- Nombre médian d'exacerbations par patient et par an : 2,4 à 3⁽⁴⁻⁷⁾

Etudes	n	Méthodologie	Durée de suivi	Nombre d'exacerbations par patient et par an Médiane [# extrêmes ou **IQR]
Seemungal 1998 ^{*(4)}	70	Etude prospective	1 an	3,00 [1 à 8 [#]]
Seemungal 2000 ^{*(5)}	101	Etude prospective	2,5 ans	2,40 [1,32-3,84 [#]]
Donaldson 2002 ^{*(6)}	109	Etude prospective	4 ans	2,53 [1,33-3,80 [#]]
Kessler 2006 ^{***(7)}	125	Enquête rétrospective	1 an	3,00 [1 à 50 [#]]

DS : déviation standard ; IQR : interquartile = [Q25-Q75].

* Patients ayant une BPCO modérée à sévère et n'ayant pas eu d'exacerbation dans les 4 semaines précédentes, suivi prospectif. Exacerbation définie par : présence pendant au moins 2 jours consécutifs de 2 des 3 symptômes majeurs (augmentation de la dyspnée, de la purulence de l'expectoration, et du volume de l'expectoration) ou bien : 1 des 3 symptômes majeurs + au moins un des symptômes mineurs (augmentation de l'écoulement nasal, sifflements, mal de gorge, toux, ou fièvre).

** Patients ayant une BPCO modérée à sévère et ayant eu au moins 2 exacerbations l'année précédente (dont au moins une dans les 6 derniers mois), enquête rétrospective. Exacerbation définie par : aggravation des symptômes respiratoires entraînant une modification du traitement.

3) Société de Pneumologie de Langue Française. Recommandations pour la prise en charge de la BPCO. Actualisation 2003. Définition, nosologie et histoire naturelle de la BPCO. Rev Mal Respir 2003 ; 20 : 4S10-4S13.

4) Seemungal TAR *et al.* Effect of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 1998 ; 157 : 1418-22.

Population : 84 patients ont été inclus, 70 ont été analysés ; les caractéristiques à l'inclusion des 14 patients qui n'ont pas terminé l'étude n'étaient pas différentes de celles des 70 qui l'ont terminée.

5) Seemungal TAR *et al.* Time course and recovery of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2000 ; 161 : 1608-13.

6) Donaldson GC *et al.* Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2002 ; 57 : 847-52.

Population : 161 patients ont été inclus, 109 patients (avec suivi sur au moins 1 an) ont été analysés ; à l'exception du DEP, les caractéristiques à l'inclusion des 52 patients exclus n'étaient pas différentes de celles des 109 patients gardés.

7) Kessler R *et al.* Patient understanding, detection, and experience of COPD exacerbations. An observational, interview-based study. Chest 2006 ; 130 : 133-42.

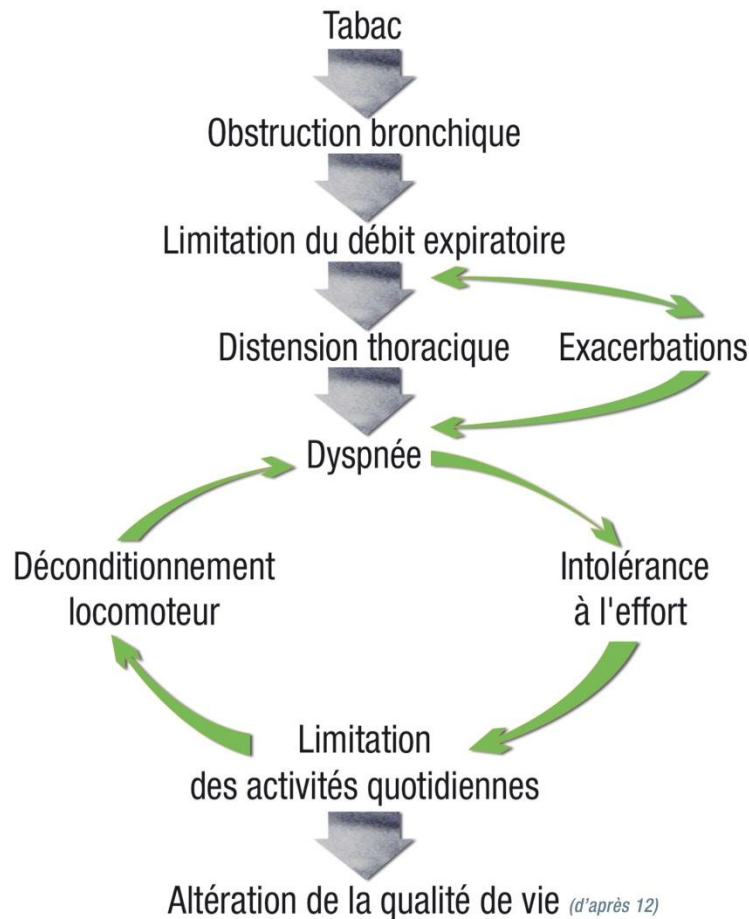
Impact des exacerbations ⁽¹⁾

- ▶ Sur les symptômes
- ▶ Sur la fonction respiratoire
- ▶ Sur la qualité de vie
- ▶ Sur le recours aux soins
- ▶ Sur la mortalité

GOLD 2006

« L'impact des exacerbations est important, et le retour à l'état symptomatique et fonctionnel initial peut prendre plusieurs semaines » ⁽¹⁾.

BPCO* : place des exacerbations dans l'évolution de la maladie ⁽¹²⁾



GOLD 2006

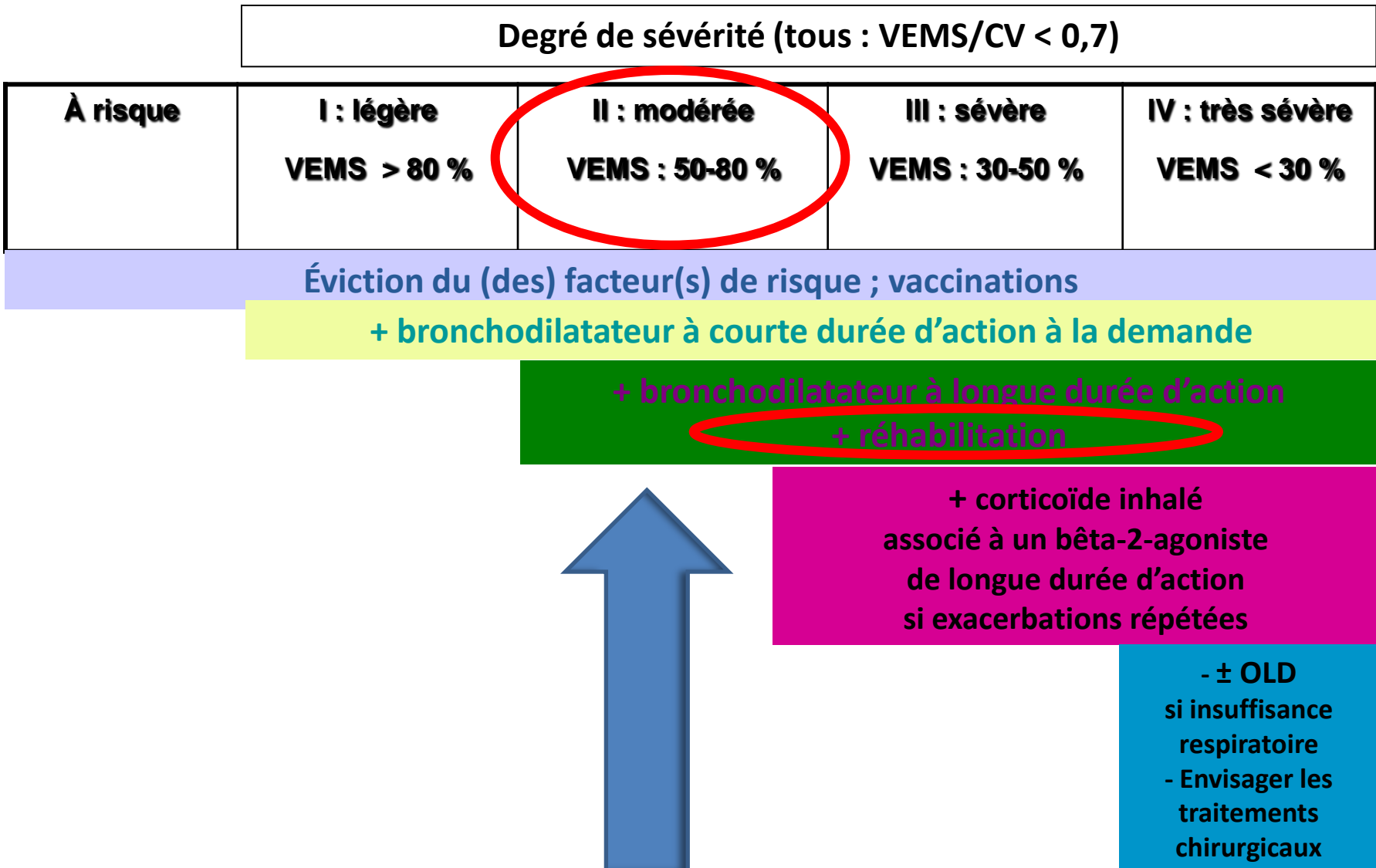
Objectif : prévenir les exacerbations ⁽¹⁾

* Bronchopneumopathie chronique obstructive.

1) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2006 : 62-69. <http://www.goldcopd.org>.

12) Ferro TJ *et al.* Exercise and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. Effects of treatment. Clin Pulm Med 2005 ; 12 : S13-S15.

Prise en charge thérapeutique de la BPCO



PEC DES EXACERBATIONS BPCO

A domicile par médecin traitant

- Augmenter la posologie des BDCA, ajout éventuel de corticoïdes oraux mais <5j et ½ mg/Kg suffisant
- Antibiothérapie 5 à 7 jours en cas de purulence franche de l'expectoration
- Choix dépend de la notion d'une colonisation (amoxicilline+acide clavulanique 3g/j, ou pristinamycine AMM 4j mais 3g/j ou macrolides, C3G et FQ actives sur pneumocoques si FR (VEMS<50%, >2 EACBC/an, angor, OLD, cortisone en chronique)
- Intensification des soins de kinésithérapie
- Traitement des comorbidités
- Hydratation++

A L'HOPITAL

- Cf.domicile + kiné ++, VNI si hypoventilation alvéolaire voire USI...
- LA NEBULISATION : les reco SPLF 2017
- BDCA 5 mg tebutaline ou salbutamol +/- ipratropium 0,5 mg sur 20 minutes avec air comme vecteur
- Pas de reco pour CSI, antibiotiques, magnésium ou autre nébulisation !!!

TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX ASTHME ET BPCO = REHABILITATION RESPIRATOIRE



La réhabilitation respiratoire

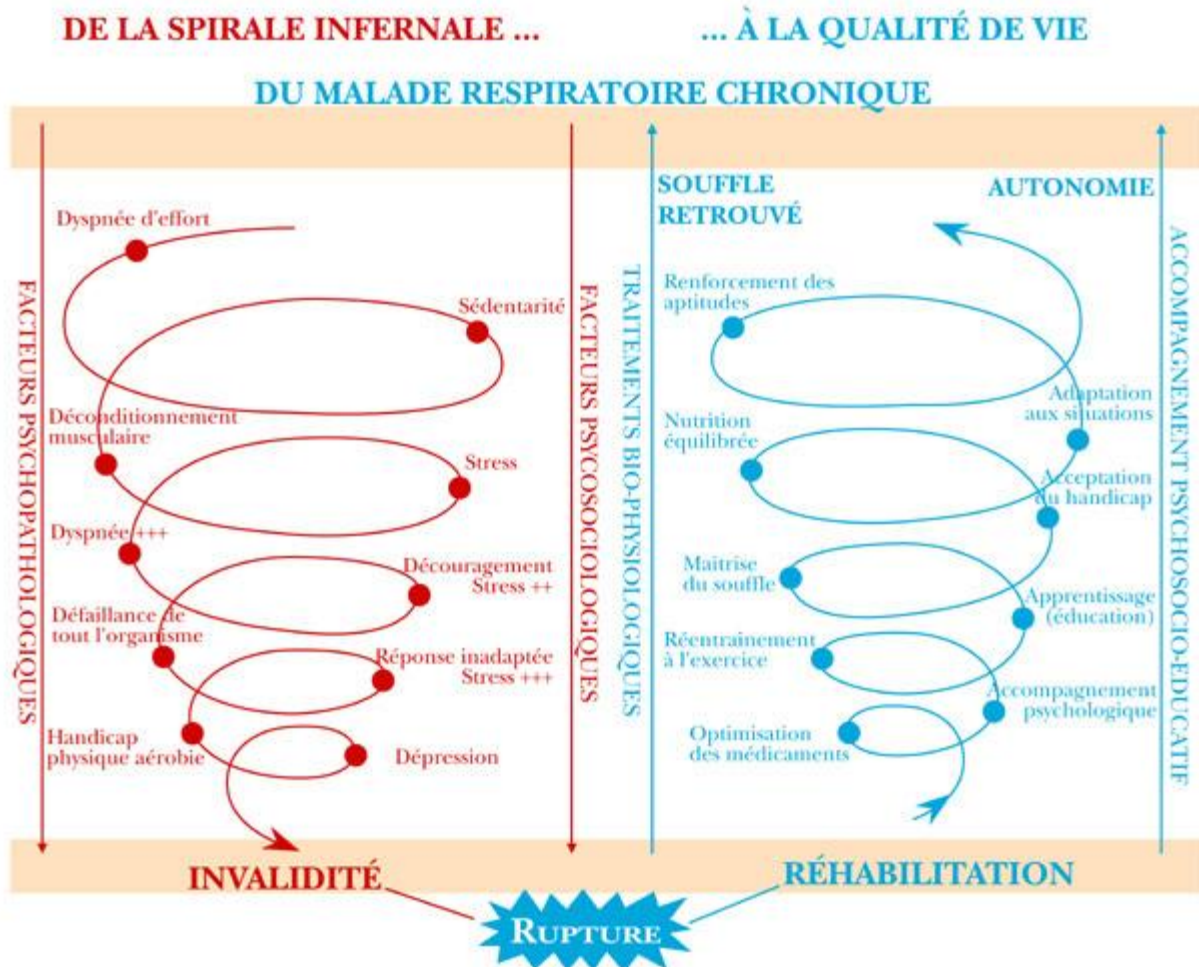
Définition de la SPLF :

« Ensemble de soins personnalisés, dispensé au patient atteint d'une maladie respiratoire chronique, par une équipe transdisciplinaire. Elle a pour objectif de réduire les symptômes, d'optimiser les conditions physiques et psychosociales, de diminuer les coûts de santé »

POUR QUELS PATIENTS ?

- **Patients BPCO à partir du stade II (EFR++)**
- Asthmatiques sévères dyspnéiques à l'effort et/ou séquelles de corticothérapie
- Patients suivis pour un cancer bronchique en état stable
- Patients atteints de fibrose pulmonaire (PID)
- Mucoviscidose et dilatés des bronches
- chirurgie thoracique pré et/ou post op
- Réhabilitation précoce post exacerbation d'une IRC
- Syndrome de déconditionnement des muscles périphériques associé aux pathologies respiratoires chroniques ou aux vascularites.

Cercle vicieux du déconditionnement



D'après
Young,
modifiée par
C. PREFAUT

Composantes de la R.R.

- Optimisation du traitement pharmacologique !!!
- Entraînement à l'exercice physique+++
- Aide au sevrage tabagique+++
- Prise en charge psychologique et nutritionnelle++
- Éducation thérapeutique+++



La Réhabilitation Respiratoire

Les Acquis

- Amélioration de la tolérance à l'exercice (TM6, force et endurance musculaire)
- Diminution de la dyspnée d'effort+++ (MRC et EVA)
- Amélioration de la qualité de vie (VQ11) et confiance en soi (HAD)
- Diminution du risque d'exacerbations et des coûts de santé
- Mais le + important (le + difficile) : initier un changement de comportement....

La Réhabilitation Respiratoire

Le changement de comportement



« Mon père fumait, mangeait beaucoup et buvait. Il a vécu jusqu'à 100 ans, alors pourquoi devrais-je me priver ? »

« Je sais que je devrais faire de l'exercice, mais je ne parviens pas à me décider »

« J'ai l'intention de commencer à faire du vélo tous les matins. Je suis en congé la semaine prochaine et je pense que ce serait un bon moment pour débiter »

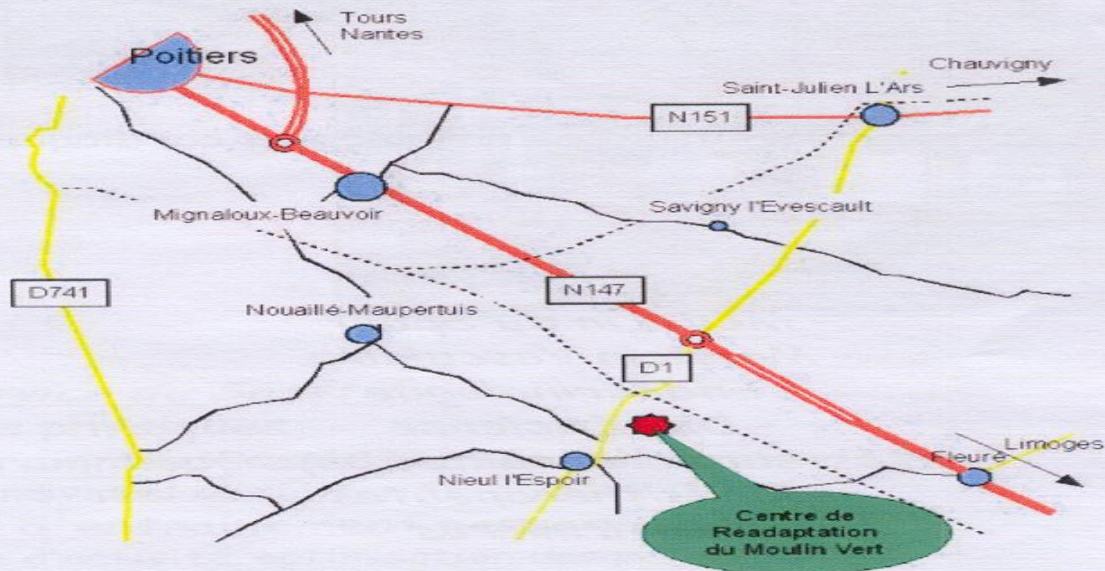
« Je fais du vélo trois fois par semaine. J'ai commencé il y a seulement deux mois et je me sens déjà vraiment bien »

« Je fais toujours du vélo régulièrement depuis plus d'un an »

Prochaska & Di Clemente : Stages and processes of self-change in smoking: towards an integrative model of change, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983 ; 51.

La Réhabilitation Respiratoire Et après ?

En l'absence d'un soutien sur le plan physique et éducatif, les acquis d'un stage sont perdus à un an.



Centre de Réadaptation du Moulin Vert
27 route de la Marcazière
86340 Nieuil l'Espoir
Tél : 05 49 18 57 59
Fax : 05 49 18 57 60
www.moulin-vert.fr

MESSAGES-CLE BPCO

SUR LE FOND

- 1^{er} objectif arrêt du tabac
- Les bronchodilatateurs = 1ers médicaments de fond → objectif prioritaire = prévenir exacerbations
- Associations contenant des CSI → indications spécifiques à ne pas prescrire sans spirométrie préalable (AMM)
- Prévoir les vaccinations
- Conseiller la reprise d'activités physiques dès que possible (quantité de muscle inversement proportionnelle à la survie !!)

MESSAGES-CLE EXACERBATIONS

- SEULS LES BD SONT PRECONISES
SYSTEMATIQUEMENT A TOUS LES STADES DE
LA BPCO (objectif = soulager les symptômes et
prévenir EACBC)
- Antibiotiques ssi expectoration purulente
- Corticoïdes oraux si gravité ou échec pec
initiale

Pharmacie clinique : retour expérience CHU Poitiers (1)

Investigation Asthme & BPCO :

- 16 patients ont été inclus :
 - 6 patients traités pour de l'asthme
 - 10 patients traités pour une BPCO.
- Anomalie dans la stratégie thérapeutique : retrouvée chez **62.5% des patients** (pas de traitement de crise, traitement de fond en si besoin).
- Divergence non intentionnelle entre le traitement habituel et le traitement d'hospitalisation : retrouvée chez **25% des patients**.

Débriefing multidisciplinaire :

- 12 IP reconnues comme pertinentes par le groupe d'experts
- 5 IP non pertinentes à éviter de formuler
- Intérêt de la conciliation médicamenteuse d'entrée pour ces traitements.

Pharmacie clinique : retour expérience CHU Poitiers (2)

Conduite à tenir devant une prescription de médicaments à visée respiratoire

1

- Identifier la pathologie du patient : **Asthme** ou **BPCO**

2

- **CONCILIATION MEDICAMENTEUSE** : recueillir le traitement habituel du patient (courriers, ordonnance, traitement personnel apporté par le patient) et repérer les divergences :
 - Divergences intentionnelles : pas d'IP, tracer le motif de modification du traitement dans Télémaque → Observations pharmaceutiques
 - Divergences non intentionnelles : **IP**

3

- **MEDICAMENTS HORS LIVRET** : **IP**
 - Si même forme et même dosage, faire une substitution
 - Sinon faire une proposition de remplacement en utilisant les équivalences validées en Comédims : Intranet → Bon usage des produits de santé → Recommandations et bonnes pratiques → Equivalences thérapeutiques Asthme et BPCO

4

- **STRATEGIE THERAPEUTIQUE**
 - Si asthme, comparer aux recommandations GINA 2016
 - Si BPCO, comparer aux recommandations SPLF 2010
 - En cas de stratégie incohérente : **IP**

5

- **PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE** → Vérifier posologies et rythme de prise
 - Rappels : Forme d'action rapide à prescrire en « si besoin »
 - Rappels : Forme d'action prolongée à prescrire en systématique



6

- Vérifier l'absence de **MEDICAMENTS CONTRE-INDIQUES** et d'**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES**
 - Rappels : Débloquants contre-indiqués chez le patient asthmatique



Pharmacie clinique : retour expérience CHU Poitiers (3)

Situations	Intervention	Classement SFPC
ASTHME		
Prescription de bêta-2-mimétique d'action lente chez un asthmatique SANS corticoïdes inhalés	Pas de prescription de corticoïdes inhalés chez un patient asthmatique : Stratégie à réévaluer, prendre avis pneumo.	Non conformités aux référentiels
Prescription d'un bêtabloquant chez un patient asthmatique	Les bêtabloquants sont contre-indiqués chez le patient asthmatique => Prendre avis cardio pour évaluation du rapport bénéfice/risque et arrêt éventuel du bêtabloquant.	Contre-indication
Initiation d'un collyre bêtabloquant chez un patient asthmatique	Les bêtabloquants sont contre-indiqués chez le patient asthmatique.	Contre-indication
Stratégie thérapeutique non conforme aux recommandations GINA 2016	Stratégie thérapeutique non conforme aux recommandations GINA 2016 : Stratégie à réévaluer, prendre avis pneumo.	Non conformités aux référentiels
Prescription de Kardégic (ou autre AINS) chez un patient avec ATCD d'asthme déclenché par la prise d'AINS.	Kardégic (AINS) contre-indiqué en cas d'ATCD d'asthme déclenché par la prise d'AINS.	Contre-indication
Prescription d'un opioïde chez un patient asthmatique (peut entraîner une dépression respiratoire)	Pas d'intervention	
BPCO		
Stratégie thérapeutique non conforme aux recommandations de la SPLF 2010	Stratégie thérapeutique non conforme aux recommandations de la SPLF 2010 : Stratégie à réévaluer, prendre avis pneumo.	Non conformités aux référentiels
Prescription de corticoïdes inhalés sans bêta-2-mimétiques chez un patient BPCO	Bêta-2-mimétique en 1ère intention dans le traitement de la BPCO (introduction des corticoïdes inhalés si stade 3) : Prendre avis pneumo, pour réévaluer le traitement	Non conformités aux référentiels
Prescription d'un médicament contenant des sulfites chez un patient BPCO (peuvent déclencher un bronchospasme)	Pas d'intervention	

Pharmacie clinique : retour expérience CHU Poitiers (4)

ASTHME & BPCO

Prescription de médicaments hors livret	Substitution par un médicament au livret selon le tableau d'équivalences validées par le Comédims	Non conformités aux référentiels
Absence de prescription de bronchodilatateur d'action rapide	Ajouter un bronchodilatateur d'action rapide en « si besoin »	Indication non traitée
Prescription d'un traitement de fond en « si besoin »	Traitement de fond => à prescrire en systématique et non en si besoin. Prendre avis pneumo pour réévaluation du traitement. Exception : L'association <u>CSI/formotérol</u> à faible dose est le traitement aigu des patients à qui est prescrite l'association <u>budésonide/formotérol</u> à faible dose ou l'association <u>béclométasone/formotérol</u> à faible dose pour un traitement d'entretien ou un traitement aigu (GINA 2016).	Sous-dosage
Traitement habituel du patient différent du traitement prescrit en hospitalisation	Détailler les différences Ex : Divergence avec traitement habituel : Prescription de <u>Seretide</u> , hors traitement habituel = <u>Seretide Diskus</u> : attention forme et dispositif différents => Equivalents au livret du <u>Seretide diskus</u> : <u>Symbicort</u>	Dépend de la divergence
Prescription de <u>Ventoline</u> seule en systématique	Traitement de crise => à prescrire en « si besoin » et non en systématique	Surdosage
Prescription d' <u>Ultibro</u> + <u>béta-bloquant</u> (Les <u>béta-bloquants</u> peuvent diminuer ou <u>antagoniser</u> l'effet des agonistes <u>béta-2-adrénergiques</u> .)	Pas d'intervention	
Prescription de <u>Spiriva</u> ou <u>Seebri</u> + autres médicaments <u>anticholinergiques</u> (Addition des effets indésirables <u>atropiniques</u> à type de rétention urinaire, constipation, sécheresse de la bouche)	Pas d'intervention	
Prescription d' <u>Ultibro</u> et d' <u>Esidrex</u> chez un patient en hypokaliémie (potentialisation des effets hypokaliémants)	Pas d'intervention	



Présentation des médicaments inhalés

ACPPHOS Poitiers 14 Novembre 2017

G. CHAPELLE Pharmacien