

Notions élémentaires sur le suivi du débit expiratoire de pointe

Alka Bhalla, BScH, BScPhm, CGP; Sarah Jennings, BScH, BScPhm

Le débit expiratoire de pointe (DEP, L/min) mesure la vitesse maximale à laquelle le patient peut évacuer l'air de ses poumons, un débit plus lent étant un signe d'obstruction des voies aériennes¹. Le DEP diffère de la spirométrie, autre évaluation de la fonction pulmonaire qui mesure le volume d'air pouvant être contenu à l'intérieur des poumons. Contrairement à la spirométrie, le DEP ne joue aucun rôle dans le diagnostic de la MPOC et n'est pas recommandé comme mesure de suivi de la MPOC car il peut sous-estimer sensiblement la limitation du débit d'air chez les patients atteints de MPOC². En revanche, le DEP est utile pour les patients asthmatiques, car il leur permet de surveiller eux-mêmes leur degré de maîtrise à l'aide d'un débitmètre portable peu coûteux³. Le DEP est une méthode objective qui permet d'évaluer la réponse à un nouveau traitement ou à une exposition à des facteurs déclenchants et qui fait souvent partie d'un plan complet d'autogestion.

Cependant, l'évolution des symptômes peut précéder la fluctuation du DEP³, et aucune donnée probante n'indique que le suivi du DEP améliore, à lui seul, les résultats chez le patient⁴. Tous les patients doivent donc surveiller leur degré de maîtrise de l'asthme (*se reporter au Résumé des recommandations sur la prise en charge de l'asthme chez les adultes, pages S12*). L'ajout du suivi du DEP est surtout utile pour les patients qui ont de la difficulté à reconnaître leurs symptômes et à en déterminer les causes environnementales³.

Le DEP normal varie considérablement et les résultats diffèrent également selon le débitmètre utilisé. Par conséquent, les patients devraient toujours utiliser le même débitmètre et comparer les résultats à leurs meil-

leurs valeurs personnelles – c.-à-d. la meilleure valeur enregistrée durant une période de deux semaines au cours de laquelle le patient a maintenu une bonne maîtrise³. Les mesures suivantes sont exprimées en pourcentage de la meilleure valeur personnelle, une valeur supérieure à 80 % indiquant une bonne maîtrise³. À noter que la meilleure valeur personnelle devrait être recalculée chaque fois que le patient change de débitmètre.

Le DEP varie souvent au cours d'une même journée, les valeurs mesurées le matin, avant la prise de médicaments, étant les plus faibles. Une augmentation de l'écart entre les résultats du matin et du soir est une indication d'une détérioration de la maîtrise de l'asthme³.

Enfin, le DEP est tributaire de l'effort³. Il peut ainsi être sous-estimé si le patient est peu motivé ou que la force des muscles respiratoires est insuffisante et, à l'inverse, il peut être surestimé si le patient tousse dans l'appareil. De plus, les enfants peuvent avoir de la difficulté à utiliser un débitmètre et le DEP n'est pas une mesure fiable chez les enfants de cinq ans et moins; la gravité de l'asthme doit alors être évaluée en fonction des symptômes³. ■

Alka Bhalla est rédactrice, renseignements cliniques, pour l'Association des pharmaciens du Canada et pharmacienne communautaire à temps partiel. Renseignements : alka.bhalla@gmail.com. Sarah Jennings est directrice de l'information sur l'optimisation de l'usage des médicaments au ministère de la Santé de la C.-B. Renseignements : sarahjennings@shaw.ca.

Références

1. Wright BM, McKerrow CB. Maximum forced expiratory flow rate as a measure of ventilatory capacity with a description of a new portable instrument for measuring it. *BMJ* 1959;2:1041-47.
2. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Chronic obstructive pulmonary disease: national clinical guidelines for management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. *Thorax* 2004;59(Suppl1):1-232.
3. Global Initiative for Asthma (GINA) 2006. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Texte publié sur le site : www.ginasthma.org (consulté le 27 septembre 2007).
4. Respiratory Review Panel. *Respiratory (asthma/COPD) guidelines for family practice*. 2^{ème} ed. Toronto: MUMS Guideline Clearinghouse; 2007.
5. Jain P, Kavuru MS, Emerman CL, et coll. Utility of peak expiratory flow monitoring. *Chest* 1998;114:861-76.