

Action plans

In the present issue of the *Canadian Respiratory Journal*, Costi et al (pages 362-368) explore the desirability and the nature of action plans in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) by interviewing patients and experienced health care providers. The interviews focused on the recognition and treatment of acute exacerbations of the disease, and to a slightly lesser extent, on their prevention. Not surprisingly, given that the study originated in a premier academic institution devoted to the rehabilitation of COPD patients, both patients and health care providers supported the concept of action plans, generally agreed on their content, and emphasized that action plans have to be simple enough to be interpreted in an unequivocal way.

Among respiratory diseases, both COPD and asthma are chronic; that is, patients have them all the time, regardless of whether they are in physicians' offices. COPD and asthma are similar to diabetes in this respect. They are also similar to diabetes in that patients are on chronic drug therapy and have fluctuating courses. Diabetic patients adjust the dose of hypoglycemic medications on a daily basis, and success with such adjustments has been shown to be of substantial long-term benefit. Diabetic patients who manage their own disease do well, and teaching them to do so is a vital part of effective diabetic care. I think the same can be said for patients with asthma and COPD, and teaching them self-management, especially during difficult times, is of great importance. Indeed, we have an advantage over the doctors who treat diabetes in that the risks of overtreatment are considerably lower in asthma and COPD than they are in diabetes. To put it another way, most of what goes on in an emergency room visit by patients with asthma and COPD can be achieved at home, and there is ample evidence that the early application of more intensive therapy at home reduces emergency room visits (1-3). Thus, it seems self-evident that action plans are an essential part of the management of these patients.

In fact, action plans are generally pretty simple. They consist of the recognition of increases in symptoms, usually dyspnea, and initiation of appropriate drug therapy, usually systemic steroids for asthmatic patients and antibiotics with or without steroids for COPD patients. The patients should either have a supply of these drugs or ready access to them. However, based on experience, the specific drugs and doses used will vary with the individual patient. Avoidance of exacerbation triggers is a good thing, but triggers are often hard to identify or avoid. For example, in the autumn in Winnipeg, Manitoba, smoke from 'stubble burning' is a potent asthma trigger, but one that is extremely hard to avoid. The same can be said for upper respiratory infections in COPD. I generally insist that increased symptoms last for 48 h before activating the action plan, but this can vary according to the severity of the symptoms and



Nick R Anthonisen

Plans d'action

Dans le présent numéro du *Canadian Respiratory Journal*, Costi et ses collaborateurs (pages 362-368) analysent le bien-fondé et la nature des plans d'action dans le contexte de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) par le biais d'entrevues qu'ils ont menées auprès de patients et de professionnels de la santé. Ces entrevues portaient sur la reconnaissance et le traitement des poussées d'exacerbation de la maladie et, dans une moindre mesure, sur leur prévention. Étant donné que l'étude est née à l'instigation d'un établissement d'enseignement de pointe qui se consacre à la réadaptation des patients atteints de MPOC, on ne sera pas surpris que les patients, tout

comme les professionnels de la santé, aient appuyé le concept de plan d'action, qu'ils se soient généralement entendus sur son contenu et qu'ils aient insisté sur l'importance d'en assurer la simplicité pour que son interprétation soit sans équivoque.

La MPOC et l'asthme sont des maladies respiratoires chroniques; c'est-à-dire que les patients en souffrent toute leur vie, et pas seulement lorsqu'ils se trouvent dans le cabinet de leur médecin. À cet égard, la MPOC et l'asthme ressemblent au diabète auquel ils s'apparentent aussi du fait que les patients doivent prendre des médicaments leur vie durant et que leur maladie évolue en dents de scie. Les patients diabétiques ajustent leur dose d'hypoglycémifiants quotidiennement et lorsque ces ajustements sont bien faits, ils ont des retombées positives substantielles à long terme. Les patients diabétiques qui prennent en charge leur maladie et son traitement obtiennent de bons résultats et l'enseignement qui leur est fait en ce sens est indispensable à une gestion adéquate. Je crois qu'il en va de même pour les patients atteints d'asthme et de MPOC : l'enseignement sur l'autotraitement est immensément important, surtout lorsque survient une crise ou une exacerbation. De plus, comparativement aux médecins qui soignent les diabétiques, nous avons l'avantage que le risque de surdosage n'est pas aussi grand dans l'asthme et la MPOC que dans le diabète. En d'autres termes, dans la majorité des cas, les traitements administrés à un patient qui se présente à l'urgence pour une crise d'asthme ou une poussée d'exacerbation de sa MPOC, peuvent très bien être administrés à domicile, et selon de nombreuses preuves, l'application rapide d'un traitement plus intensif à domicile réduit le nombre de consultations à l'urgence (1-3). Ainsi, il semble implicite que les plans d'action devraient faire partie intégrante de la prise en charge de ces patients.

En fait, les plans d'action sont en général relativement simples. Ils reposent sur la reconnaissance de l'exacerbation des symptômes, habituellement la dyspnée, et sur l'instauration du traitement médicamenteux qui s'impose, en général des corticostéroïdes systémiques pour les patients asthmatiques et des antibiotiques, avec ou sans corticothérapie, pour ceux qui souffrent de MPOC. Les patients doivent avoir les médicaments en

past experience. Drug choice and dosage should be varied according to experience. In asthmatic patients, I try to find the lowest prednisone dose that effectively abolishes exacerbations; it can be as little as 20 mg/day. In patients with COPD, the first-line antibiotic varies from patient to patient depending on experience, as does the use of systemic steroids. In general, the sicker the patient, the fancier the antibiotic, and the more likely it is that steroids are recommended immediately. I sometimes incorporate therapies that I do not really believe in, because the patient does – and the patient is always right. An example is bronchodilators administered through a wet nebulizer. I know the data show that this is just a method of increasing the bronchodilator dosage, readily achievable with increased usage of metered dose inhalers, and I tell my patients that this is the case; however, some of them insist the nebulizer is better, and I then support their use of it.

The above implies that continuity of care is a vital part of the success of action plans and of chronic care in general. Whether the caregiver is a physician or not is of secondary importance. I also think this is self-evident. I believe discontinuous care of patients with chronic disease is almost by definition inferior care. Although this was not touched on by the interviews conducted by Costi et al, the wide variety of health care providers who contributed to the study leads me to believe that continuity of care is almost certainly a feature of their institution.

Nick R Anthonisen MD
Editor-in-Chief, Canadian Respiratory Journal

REFERENCES

1. Beasley R, Cushley M, Holgate ST. A self management plan in the treatment of adult asthma. *Thorax* 1989;44:200-4.
2. Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Educational interventions for asthma in children. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
3. Wilkinson TM, Donaldson GC, Hurst JR, Seemungal TA, Wedzicha JA. Early therapy improves outcomes of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;169:1298-303.

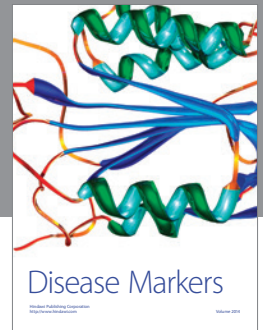
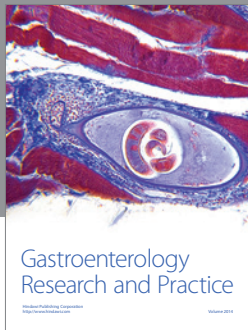
question à portée de main ou alors, ils doivent pouvoir se les procurer facilement. Par contre, selon l'expérience, les médicaments et leurs doses spécifiques varieront selon chaque individu. Il est toujours bon d'éviter les facteurs déclencheurs, mais ces derniers sont souvent difficiles à identifier ou à éviter. Par exemple, à Winnipeg, la fumée qui se dégage des feux de chaume à l'automne est un puissant déclencheur de l'asthme qu'il est extrêmement difficile d'éviter, même chose pour les infections des voies respiratoires supérieures chez les patients qui souffrent de MPOC. J'insiste généralement pour qu'on attende au moins 48 heures avant de mettre en application le plan d'action, mais cela peut varier selon l'intensité des symptômes et les antécédents. Le choix et la posologie des médicaments doivent également varier selon les antécédents. Chez les patients asthmatiques, j'essaie de trouver la dose de prednisone efficace la plus faible pour vaincre les crises; elle peut être d'aussi peu que 20 mg/jour. Chez les patients atteints de MPOC, l'antibiothérapie de première intention varie d'un patient à l'autre selon l'expérience de chacun, tout comme le recours à la corticothérapie systémique. En général, plus le patient est mal en point, plus l'antibiotique sera sophistiqué et plus la corticothérapie risque d'être recommandée sur-le-champ. Il m'arrive d'incorporer des traitements auxquels je ne fais pas vraiment confiance, parce que les patients y croient, et le patient a toujours raison. Prenons l'exemple, des bronchodilatateurs administrés au moyen d'un nébuliseur aqueux. Je sais que selon les données accumulées, il s'agit simplement d'une méthode qui permet d'augmenter la dose de bronchodilatateur, ce qu'on obtient facilement en augmentant la posologie de l'aérosol-doseur; j'ai beau le dire à mes patients, certains continuent de préférer le nébuliseur et je les appuie.

Il découle de cette observation que la continuité des soins est d'une importance vitale pour la réussite des plans d'action et pour les soins à long terme en général. Que la personne qui dispense les soins soit médecin ou non n'a pas une si grande importance. Je crois que cela va de soi. Selon moi, toute rupture dans la continuité des soins prodigués aux patients atteints d'une maladie chronique nuit au traitement d'ensemble. Bien que cet aspect n'ait pas été abordé par Costi et coll., la grande diversité des professionnels de la santé interrogés dans le cadre de leur étude me porte à croire que la continuité des soins est presque sans contredit une caractéristique de leur établissement.

Nick R. Anthonisen, MD
Rédacteur en chef, Canadian Respiratory Journal

RÉFÉRENCES

1. Beasley R, Cushley M, Holgate ST. A self management plan in the treatment of adult asthma. *Thorax* 1989;44:200-4.
2. Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Educational interventions for asthma in children. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
3. Wilkinson TM, Donaldson GC, Hurst JR, Seemungal TA, Wedzicha JA. Early therapy improves outcomes of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;169:1298-303.



Hindawi
Submit your manuscripts at
<http://www.hindawi.com>

