

L' asthme en 2008

Les faits importants

Les recommandations :

- ANAES 2004
- GINA 2006 2007
- SPLF Asthme allergique 2007

Gérard Peiffer

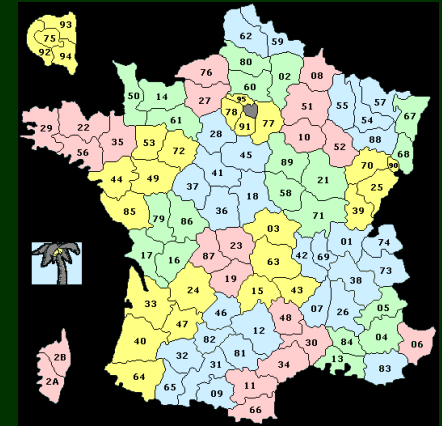
Pneumologue-Allergologue

CHR Metz



Epidémiologie de l'asthme en France

- 5 millions de français (8,2%) ont souffert d'asthme au moins 1 fois dans leur vie
- Une prévalence à l'âge de 14 ans de + 40% entre la génération de 1969 et celle de 1984
- Adolescents : 10 à 18% d'asthmatiques ⁽¹⁾
- Gradient de prévalence : ⁽¹⁾
 - Est – Ouest (prévalence plus basse à l'est)
 - Nord – Sud (prévalence plus basse au sud)



(1) Godard P et al. Epidémiologie. In: Godard P et al. Asthmologie. Editions Masson, Collection Abrégés. Paris, 2000: 5 – 21

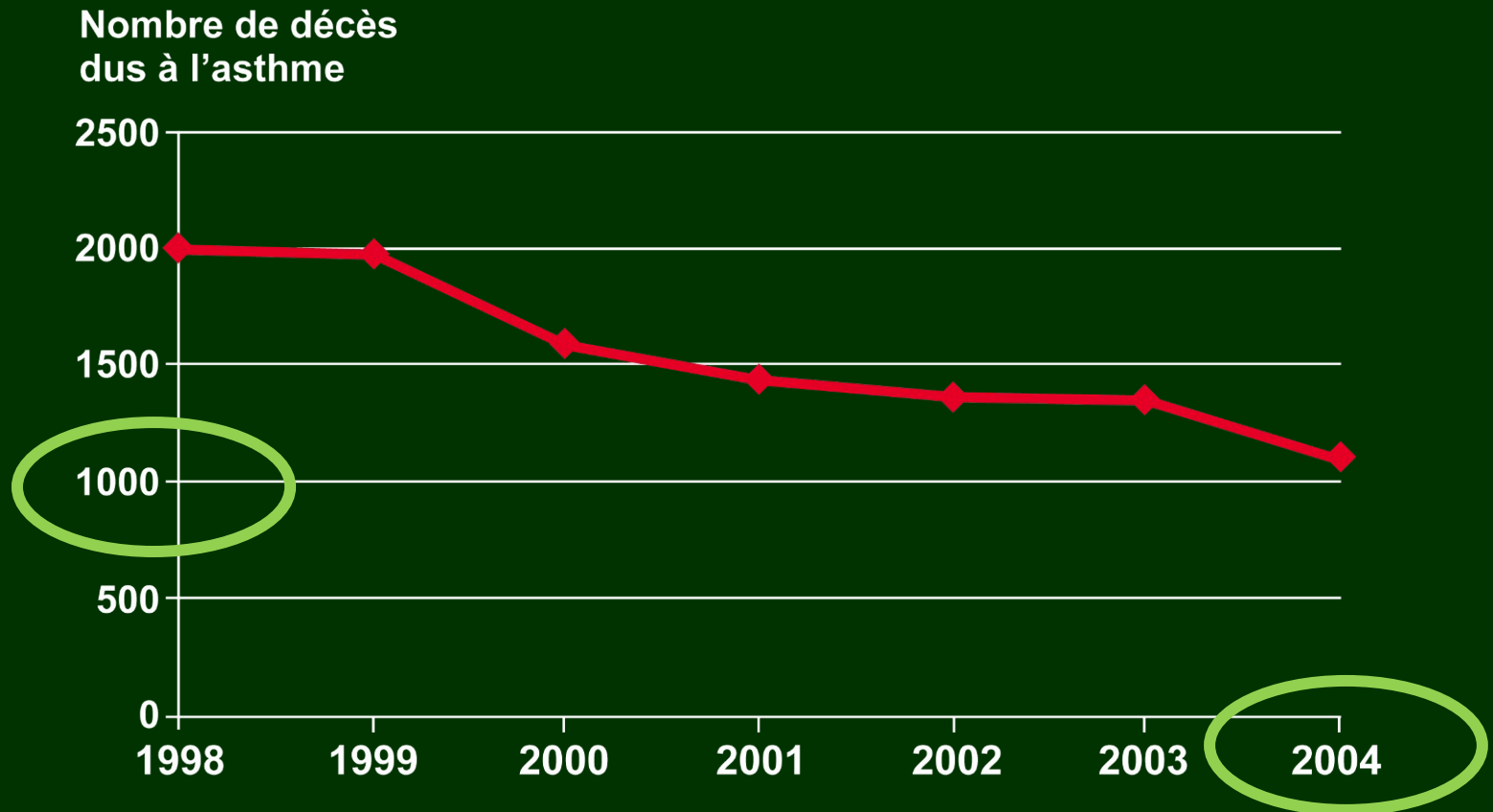
(2) HAS. Guide – Affection longue durée : Insuffisance respiratoire chronique grave secondaire à un asthme. 2006

Variations saisonnières des hospitalisations

Evolution mensuelle des hospitalisations pour asthme

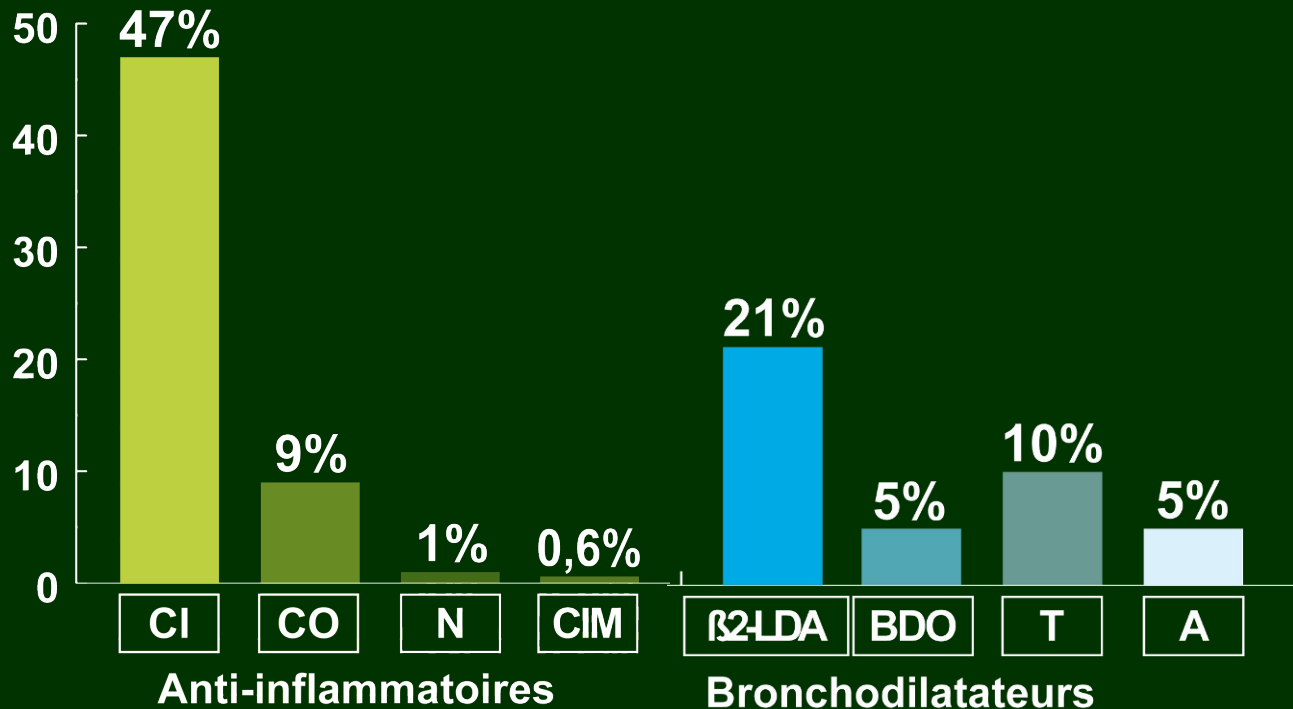


Forte baisse de la mortalité liée à l'asthme



Sous utilisation du traitement de fond pour les patients admis aux urgences

4 087 patients consultant aux urgences
sur une période de 1 an en France



Patients à risque d'Asthme Aigu Grave (AAG) et de décès

- Facteurs socio-démographiques :
 - Conditions socio-économiques défavorisées
 - Adolescent et sujet âgé
 - Consommation tabagique > 20 paquet-années
- Histoire de l'asthme :
 - Patients « mauvais percepteurs » de leur obstruction bronchique
 - Antécédent d'asthme « presque fatal » ou de séjour en réanimation pour asthme
 - VEMS < 40% de la théorique
 - Visites fréquentes aux urgences ou chez le médecin généraliste ou hospitalisations itératives
 - Éosinophilie sanguine élevée (> 1000/mm³)



Patients à risque d'Asthme Aigu Grave (AAG) et de décès

- Facteurs thérapeutiques :



- Mauvaise observance et/ou déni de la maladie
- Utilisation de 3 médicaments (ou plus) pour l'asthme
- Arrêt d'une corticothérapie dans les 3 mois précédant l'AAG

Facteurs de risque d'asthme

- **Facteurs liés au patient :**

- **Génétique**

- Gènes prédisposant à l'atopie
- Gènes prédisposant à l'HRB

- **Obésité**

- **Sexe**



- **Facteurs liés à l'environnement :**

- **Allergènes domestiques : acariens, animaux à fourrure, allergènes de blattes, moisissures**
- **Allergènes extérieurs: pollens, moisissures**
- **Allergènes d'origine professionnelle**
- **Tabagisme (actif / passif)**
- **Pollution : particules diesel**
- **Alimentation**

Asthme et obésité :

- Flaherman V *Arch Dis Child* 2006;91 : 334
Méta analyse 402 articles >>> 12
- Poids de naissance > 4 Kg
RR = 1,2 (IC 95 % : 1,1-1,3)
- BMI >> 85^e percentile
RR = 1,5 (IC 95 % : 1,2-1,8)
- USA
>100 000 enfants asthme lié à l'obésité

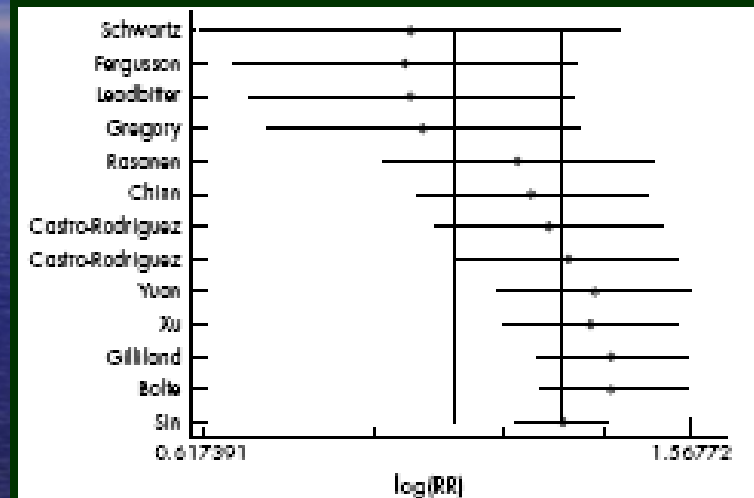


Figure 3 Cumulative meta-analysis of effect of high weight in childhood on subsequent development of asthma, in order of year of publication.

A meta-analysis of the effect of high weight on asthma

V Flaherman, G W Rutherford *Arch dis child* 2006 91 334

Obésité et asthme :

- Burgess *ERJ* 2007 ; 29 : 668

lien BMI à 7 ans et Asthme « actif » à 32 ans

Chez les femmes

OR = 1,73 (IC 95 % : 1,17 – 2,57), $p = 0,01$

OR = 3,86 (IC 95 % : 1,2 – 12,42) 4^e quartile

Les mécanismes favorisant l'asthme chez les enfants obèses restent **hypothétiques**, mais plusieurs pistes ont été ouvertes : rôle de l'alimentation (acides gras polyinsaturés), du reflux gastro-oesophagien, de l'atopie, des mécanismes hormonaux. L'obésité, en elle-même, pourrait aussi influencer mécaniquement sur la fonction respiratoire.



Asthme et allergie

Conférence d'experts SPLF 2007 Asthme et allergie 2007

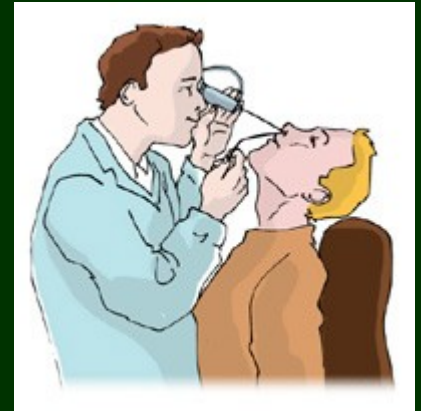
Rôle de l'allergie dans l'expression clinique de l'asthme

- La sensibilisation et l'exposition aux **allergènes** augmentent le risque de survenue des symptômes d'asthme
- **Environnement** domestique, extérieur et professionnel
- **Lien** entre une exposition à un allergène et la survenue de symptômes

Place de l'examen clinique chez l'asthmatique allergique

● Rhinite

- **Rhinite** rend plus difficile le contrôle de la maladie : recherche systématique, et traitement
- **Recherche** par l'interrogatoire et l'examen clinique
- Il est recommandé de ne pas pratiquer d'imagerie des sinus (radio ou TDM) en première intention



● Dermatite atopique

- Une dermatite atopique doit être recherchée



Place de l'enquête allergologique après 3 ans

- **Recommandée pour tout asthmatique**
- **Allergènes testés :**
 - Pneumallergènes (acariens, chat, chien)
 - Pollens d'arbres, de graminées, d'herbacées
 - Moisissures fréquentes (*Aspergillus*, *Alternaria*, *Cladosporium*)
 - Autres allergènes selon contexte



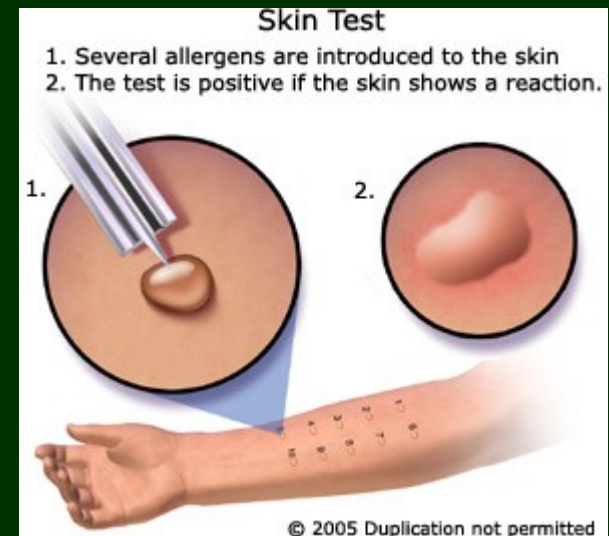
Place de l'enquête allergologique avant 3 ans

- **Recommandée en cas de symptômes respiratoires :**
 - Persistants et/ou récidivants et/ou sévères
 - Et/ou associés à des symptômes extra-respiratoires compatibles avec une origine allergique
- **Allergènes à tester :**
 - Pneumallergènes (acariens, chien, chat, pollens de graminées)
 - Trophallergènes (lait de vache, oeuf, arachide, soja, morue, noisette)
 - Autres allergènes selon contexte



Place des prick-tests dans le bilan :

- **En première intention dans le bilan allergologique**
- **A répéter :**
 - En cas de persistance de l'asthme au cours de l'enfance
 - En cas d'évolution clinique défavorable
- **Réalisation pratique :**
 - Avec un témoin positif et un témoin négatif
 - Positif en cas de diamètre de la papule ≥ 3 mm
- **Confronter le résultat d'un prick-test à un allergène donné au contexte du patient**
- **Les prick-tests ne doivent pas être répétés pour évaluer l'efficacité d'une immunothérapie spécifique**



Place des examens biologiques sériques

- **Un test multiallergénique** est recommandé si la réalisation de prick-test est impossible en 1^{ère} intention : **PHADIATOP**
- Le dosage des **IgE sériques totales** est recommandé :
 - Avant la mise en place d'un traitement par anti-IgE
 - En cas de suspicion d'une aspergillose bronchopulmonaire allergique
- Le dosage des **IgE spécifiques à un pneumallergène** est recommandé :
 - Si discordance entre la clinique et les prick-tests
 - Lorsque les prick-tests ne peuvent être réalisés ou interprétés

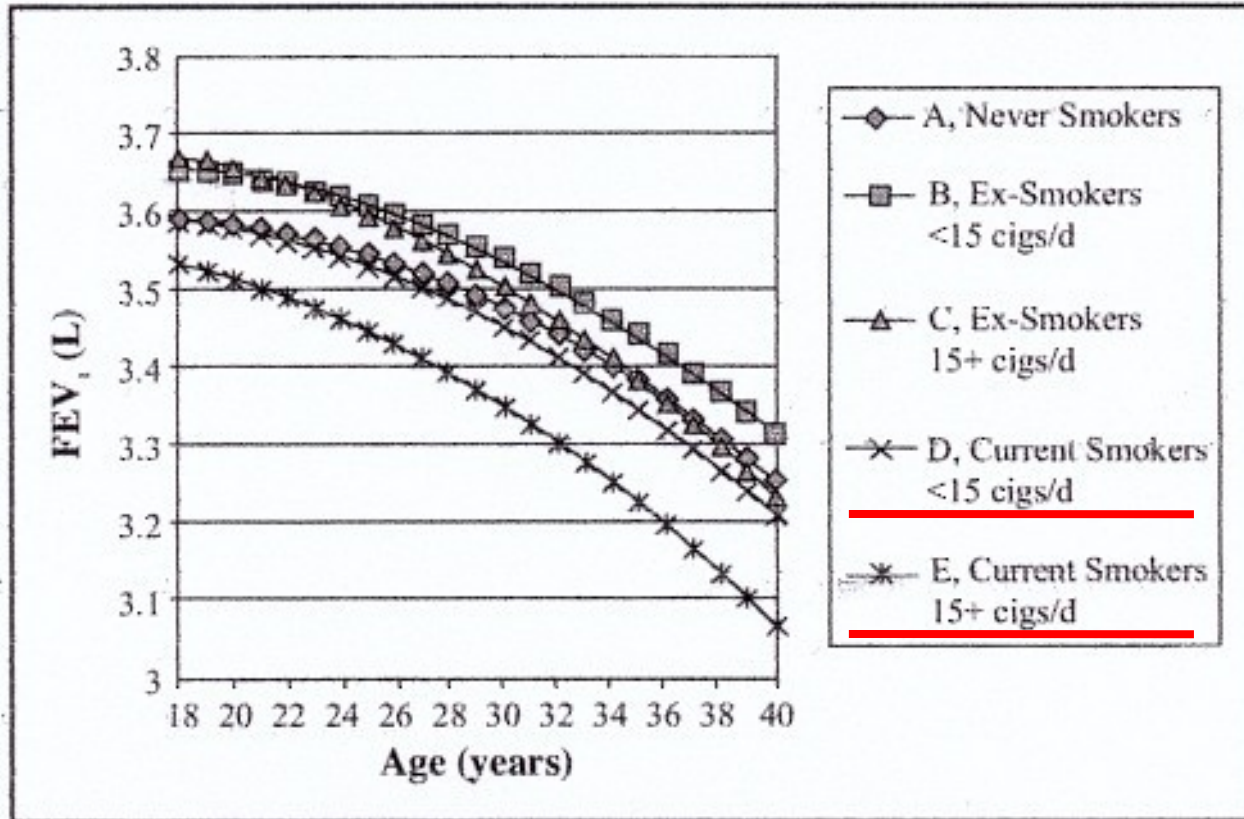


Allergènes d'origine professionnelle

- Il est recommandé de rechercher **chez tout asthmatique** une relation chronologique entre les symptômes et l'exposition **professionnelle**
- Une recherche approfondie doit être menée en cas de **profession à haut risque** :
 - professions de nettoyage
 - professions agricoles
 - boulangers
 - peintres
 - coiffeurs
 - professionnels de santé
 - soudeurs



Tabagisme et asthme : suivi prolongé du VEMS d'asthmatiques

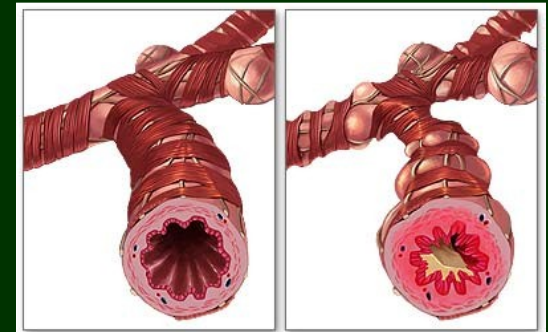


4000
asthmatiques

The CARDIA study, The combination of asthma and heavier smoking has a synergistic effect on the decline in FEV₁. Data from Ref. [7].

Réponse thérapeutique des asthmatiques fumeurs:

- Asthme : maladie inflammatoire
- Gold standard:
 - corticoïdes inhalés



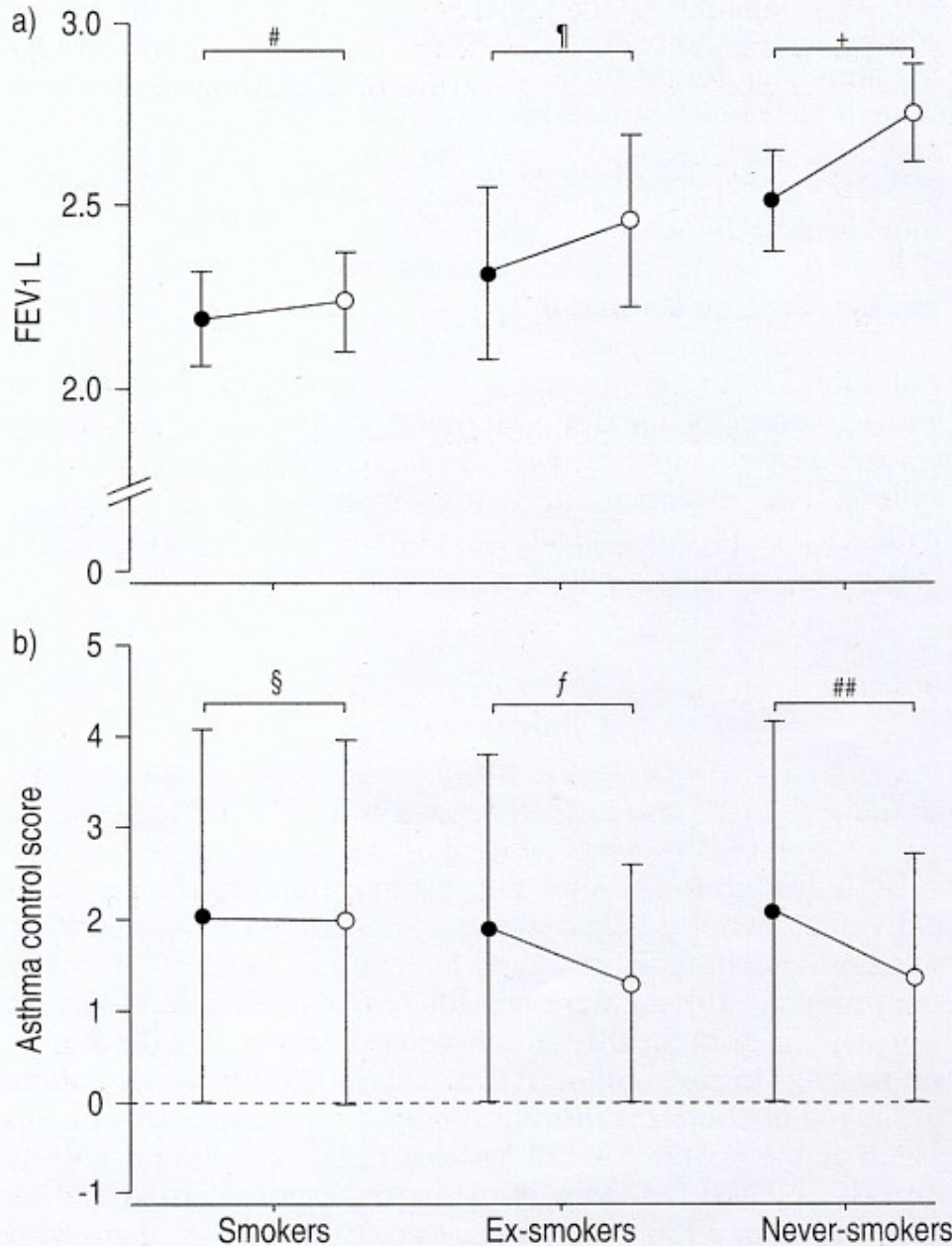
- Réponse aux corticoïdes oraux Chaudhuri

Trois groupes

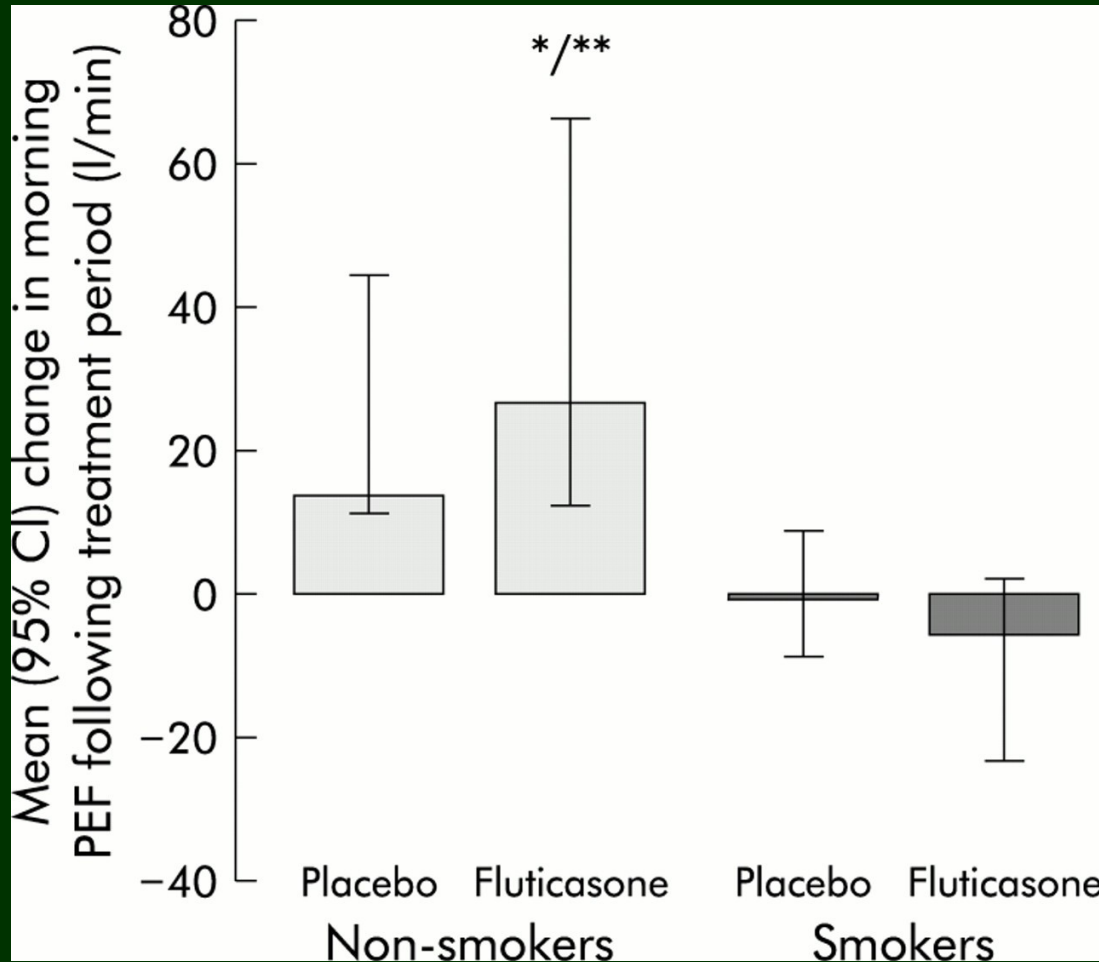
- *Fumeurs asthmatiques*
- *Ex-fumeurs asthmatiques*
- *Asthmatiques non fumeurs*

Réponse aux corticoïdes oraux Chaudhuri

Le tabagisme actif diminue l'efficacité de la corticothérapie orale



Réponses de l'asthmatique aux corticoïdes inhalés: placebo- fluticasone



Contrôle de l'asthme chez les fumeurs moins bon

Risque d'exacerbation X 2 malgré l'optimisation de la corticothérapie inhalée

Prise en charge : GINA 2006

<http://www.ginasthma.com>

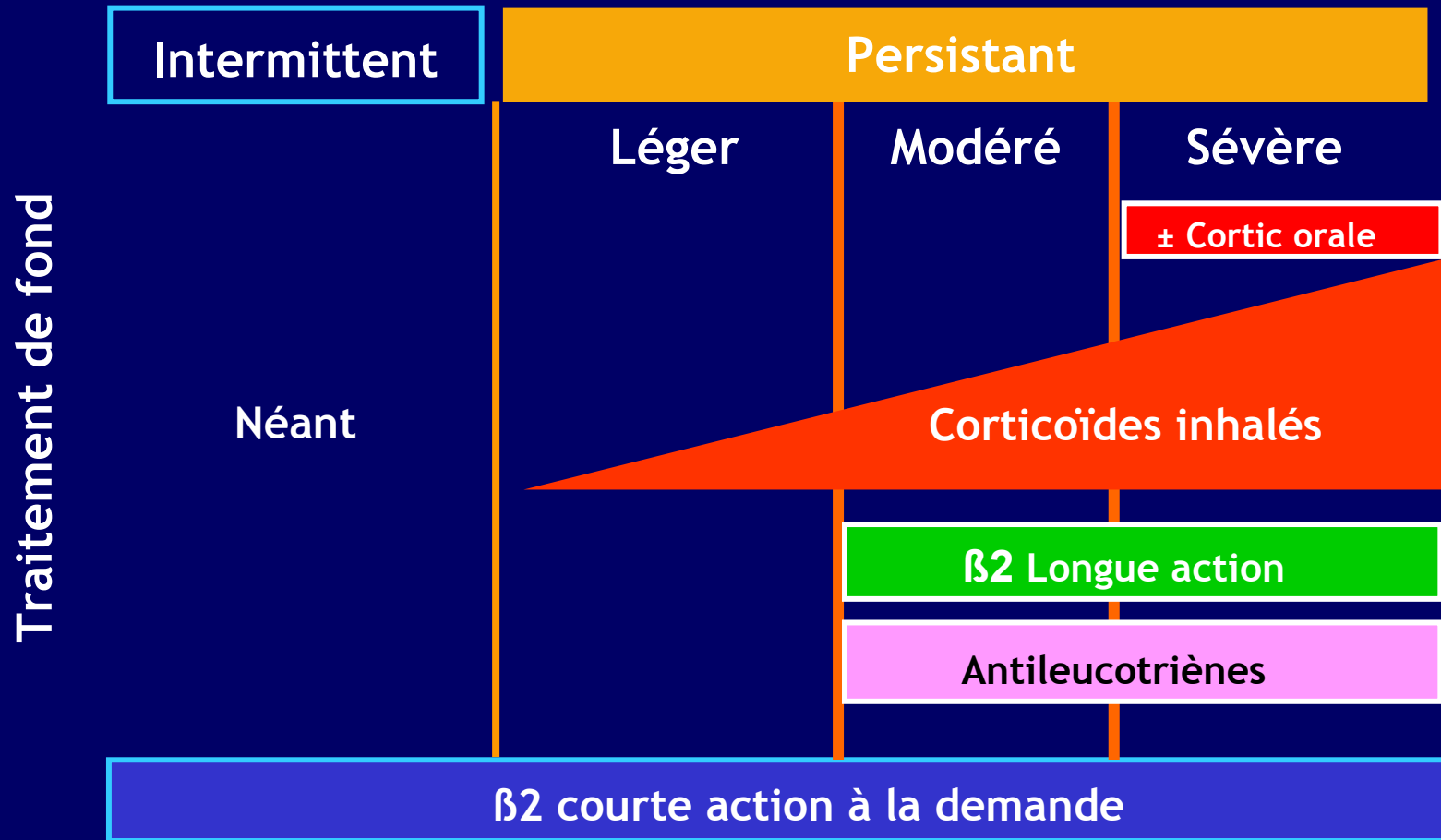
Un objectif principal : Le contrôle de l'asthme

Les traitements choisis doivent permettre d'obtenir ce contrôle

- ∇ **Atteindre le contrôle**
- ∇ **Maintenir le contrôle sur le long terme en tenant compte de la tolérance au traitement, des effets indésirables potentiels et du coût du traitement**

Ce qui était classique jusqu'au nouveau GINA :

Stratégie thérapeutique basée sur la sévérité :

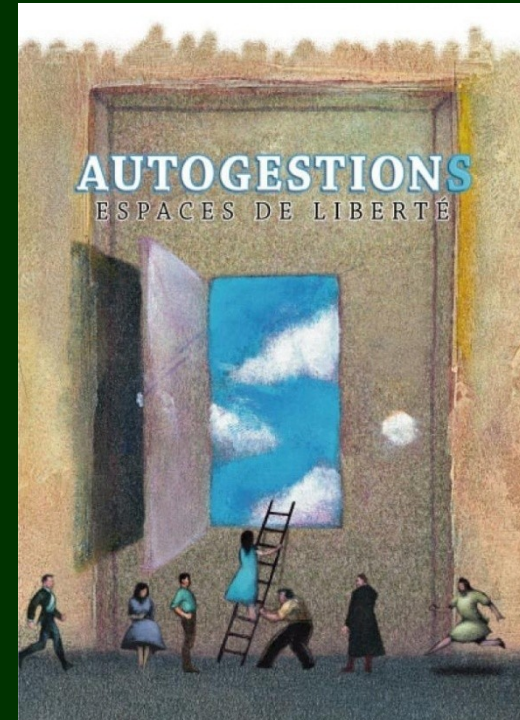


Les recommandations thérapeutiques **GINA 2002** :

<http://www.ginasthma.com>

Les 4 points clés de la prise en charge de l'asthme

- Développer le partenariat Médecin /Patient : apprendre à son patient à **s'auto-gérer**
- Identifier et réduire **l'exposition aux facteurs de risques**
- Evaluer, traiter et suivre : traitement basé sur le **contrôle de la maladie**
- Prendre en charge les **exacerbations**



ANAES 2004 :

Adapter le traitement selon :
Le degré de contrôle de l'asthme
Le traitement de fond en cours

- Suivi centré sur le **contrôle**
- La surveillance de la tolérance et de l'observance fait partie du suivi
- La stratégie thérapeutique est adaptée en fonction **du niveau de contrôle et du traitement de fond en cours**



GINA 2006 :

Assess, Treat and Monitor

- Évaluer le **contrôle** de l'asthme
- Traiter pour obtenir le **contrôle**
- Suivre pour maintenir le **contrôle**



Evaluation du niveau de contrôle de l'asthme

Niveaux de contrôle de l'asthme			
Caractéristique	Contrôlé (toute la période de suivi)	Partiellement contrôlé (quelle que soit la mesure pendant n'importe quelle semaine)	Non contrôlé
Symptômes diurnes	Aucun (≤ 2 fois par semaine)	> 2 fois par semaine	3 ou plus caractéristiques d'asthme partiellement contrôlé au cours de n'importe quelle semaine
Limitations des activités	Aucune	Quelle qu'elle soit	
Symptômes nocturnes, réveils	Aucun	Quels qu'ils soient	
Consommation de traitement de secours	Aucun (≤ 2 fois par semaine)	> 2 fois par semaine	
Fonction pulmonaire*** (DEP ou VEMS)	Normale	< 80% de la valeur théorique ou de la meilleure valeur personnelle (si connue)	
Exacerbations ^Δ	Aucune	≥ 1 fois par an*	

^Δ Episode d'aggravation progressive des symptômes de l'asthme

* Toute exacerbation devra inciter à réviser rapidement le traitement continu pour s'assurer qu'il est adéquat

** Par définition, une exacerbation qui survient quelle que soit la semaine, fait que c'est une semaine d'asthme non contrôlé

*** La fonction pulmonaire n'est pas un test fiable pour les enfants de 5 ans et moins.



Test de Contrôle de l'Asthme

Questionnaire validé

Score obtenu permet de différencier les patients contrôlés (≥ 20) des non contrôlés (< 20)

Simple à utiliser par les médecins et les patients

Peut être utile pour engager le dialogue entre le médecin et son patient

limites des questionnaires : âge, ethnie, culture ou chez des patients ayant des niveaux de symptômes, d'éducation ou de traitement différent,)

Test de contrôle de l'asthme*

Ce test a pour objectif d'évaluer le contrôle de votre asthme. Il repose sur un questionnaire simple de 5 questions qui reflète le retentissement de la maladie sur votre vie quotidienne. Il vous suffit de calculer votre score total pour savoir si votre asthme est contrôlé...

Étape 1 : Entourez votre score pour chaque question et reportez le chiffre dans la case à droite. Veuillez répondre aussi sincèrement que possible. Ceci vous aidera, votre médecin et vous-même, à mieux comprendre votre asthme.

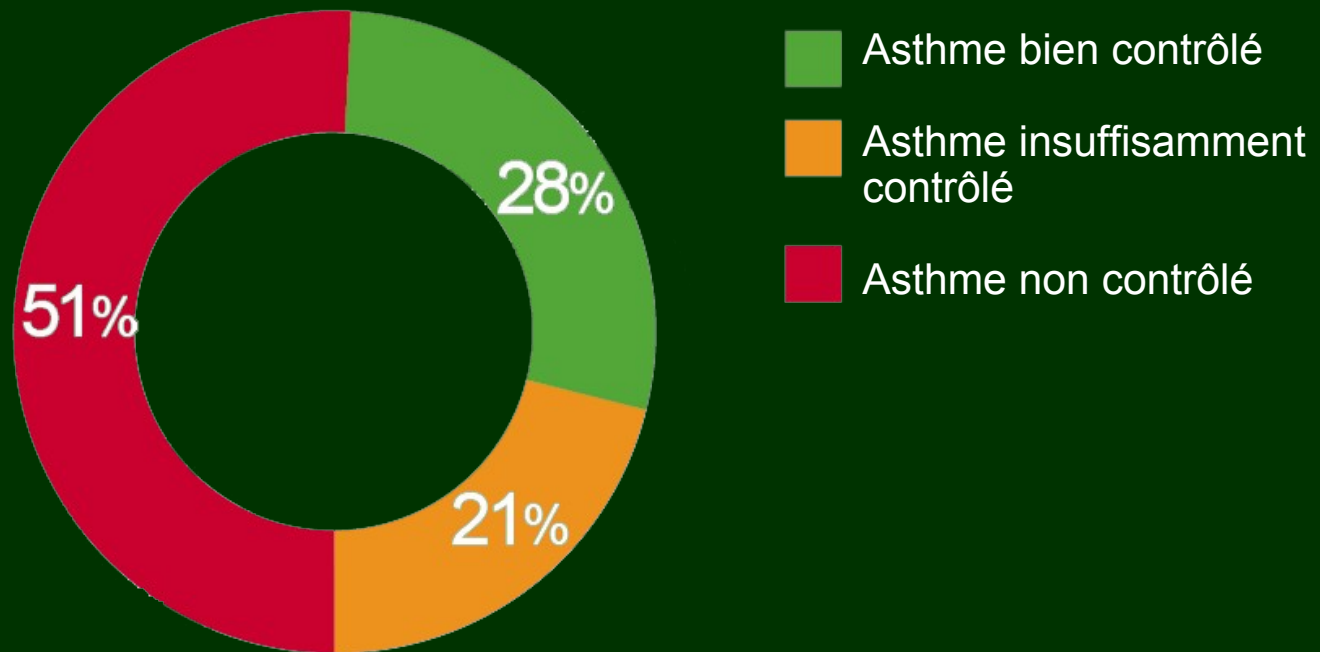
Au cours des <u>4 dernières semaines</u> , votre <u>asthme</u> vous a-t-il gêné(e) dans vos activités au travail, à l'école/université ou chez vous ?					
Tout le temps	La plupart du temps	Quelquefois	Rarement	Jamais	Points
1	2	3	4	5	
Au cours des <u>4 dernières semaines</u> , avez-vous été essoufflé(e) ?					
Plus d'une fois par jour	Une fois par jour	3 à 4 fois par jour	1 ou 2 fois par semaine	Jamais	Points
1	2	3	4	5	
Au cours des <u>4 dernières semaines</u> , les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?					
4 nuits ou + par semaine	2 à 3 nuits par semaine	Une nuit par semaine	1 ou 2 fois en tout	Jamais	Points
1	2	3	4	5	
Au cours des <u>4 dernières semaines</u> , avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple salbutamol, terbutaline) ?					
3 fois par jour ou plus	1 ou 2 fois par jour	2 ou 3 fois par semaine	1 fois par sem. ou moins	Jamais	Points
1	2	3	4	5	
Comment évalueriez-vous votre <u>asthme</u> au cours des <u>4 dernières semaines</u> ?					
Pas contrôlé du tout	Très peu contrôlé	Un peu contrôlé	Bien contrôlé	Totalement contrôlé	Points
1	2	3	4	5	
					Score total

Étape 2 : Additionnez vos points pour obtenir votre score total.

*ACTM, © 2002, by QualityMetric Incorporated Asthma France / French. Control Test™ is a trademark of QualityMetric Incorporated. Test réservé aux patients asthmatiques de plus de 12 ans.

Un contrôle insuffisant de l'asthme étude INSPIRE

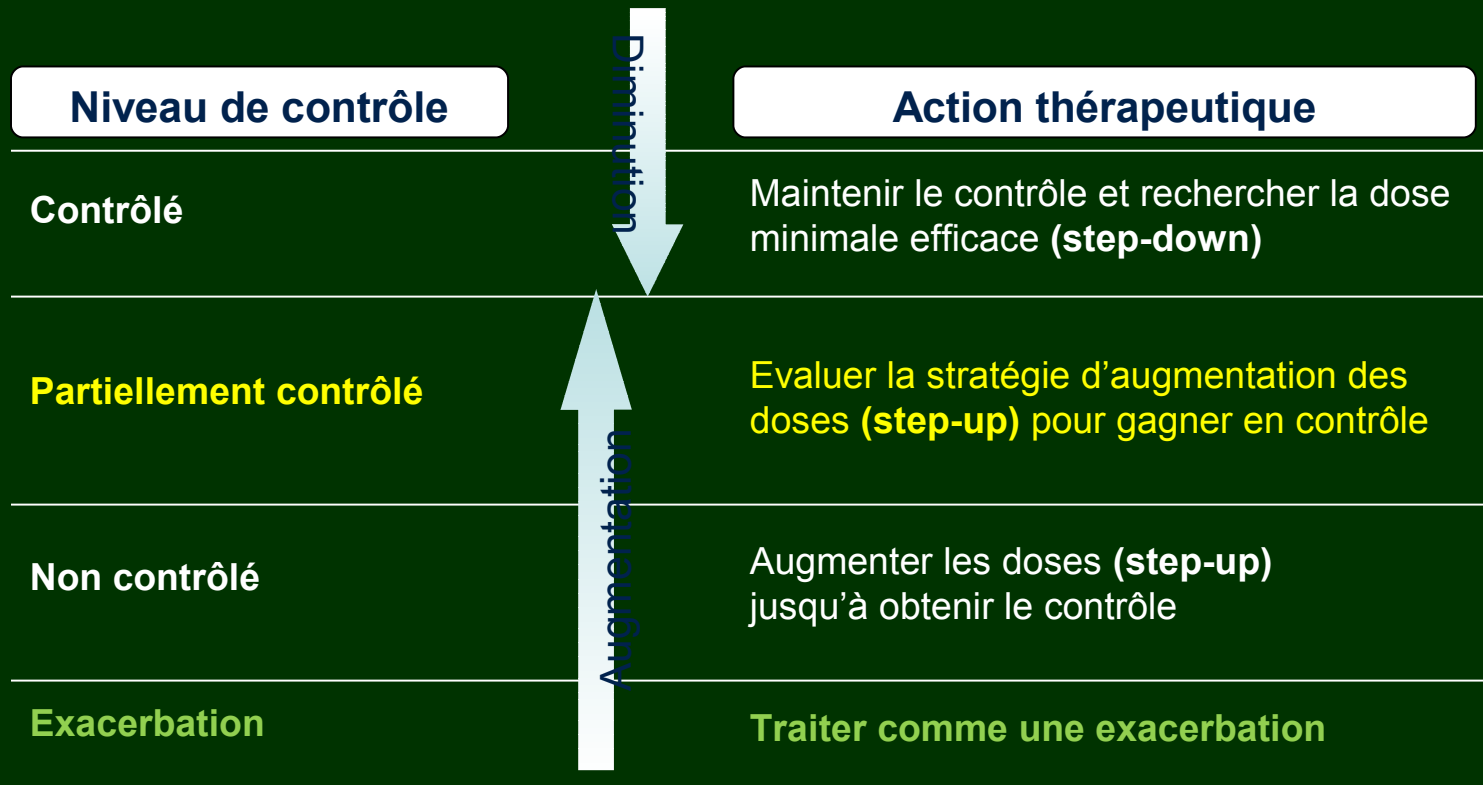
72 % des patients sont non ou insuffisamment contrôlés



Si contrôle inacceptable

- S'assurer
 - Qu'il s'agit bien d'un asthme
 - De l'observance du patient
 - De la bonne technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation
- Rechercher et traiter
 - Les facteurs aggravants : exposition allergénique...
 - Les pathologies associées
 - Les formes cliniques rares
- Adapter
 - Le traitement de fond en cours et en particulier, les doses de corticoïdes inhalés (CI) →

Prise en charge de l'asthme



Le choix du traitement et sa réévaluation dépend du niveau de contrôle et du traitement reçu par le patient au moment de l'évaluation



		Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Palier 5
		Education & Contrôle de l'environnement				
		β2-CDA à la demande				
Options de traitements de fond	Aucun	Sélectionner un traitement	Sélectionner un traitement	Ajouter un ou plusieurs traitements		
		CSI faible dose Preuve de niveau A	CSI faible dose + β2-LDA Preuve de niveau A	CSI dose moyenne ou élevée+ β2-LDA Preuve de niveau A	Corticoïdes per os	
		Anti-leucotriènes Preuve de niveau A	CSI dose moyenne ou forte Preuve de niveau A	Anti-leucotriène Preuve de niveau A	Anti-IgE Preuve de niveau A	
			CSI dose faible + anti-leucotriène Preuve de niveau A	Théophylline		
			CSI dose faible + théophylline			

Palier1 : Asthme intermittent

Palier 2-5 : Asthme persistant



Option recommandée par le GINA

Définition des doses de corticoïdes inhalés

**Doses journalières de corticoïdes inhalés chez l'adulte
exprimées en $\mu\text{g}/\text{j}$**

	Doses « Faibles »	Doses « Moyennes »	Doses « Fortes »
Béclométasone*	< 500	500 – 1 000	> 1 000
Budésonide	< 400	400 - 800	> 800
Fluticasone	< 250	250 - 500	> 500

* Doses à diviser par 2 pour les spécialités QVAR® et Nexxair®

Traitements spécifiques de l'asthme allergique

- **Eviction allergénique**
- **Immunothérapie spécifique (ITS)**
 - Il n'est pas recommandé de pratiquer une ITS avec plus de deux allergènes appartenant à des familles différentes
 - Les allergènes pour lesquels l'ITS est recommandée sont :
les acariens, les pollens de graminées, de bouleau et d'ambroisie
 - L'ITS est proposée aux patients asthmatiques ayant une fonction ventilatoire proche de la normale (VEMS > 70 % de la théorique).
- **Anti-IgE**
 - Le traitement par anti-IgE est réservé à l'asthmatiques allergique persistant sévère mal contrôlé, en plus du traitement conventionnel optimal



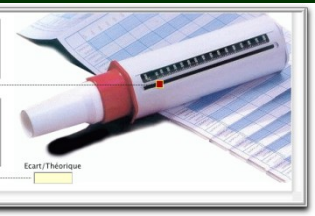
Calendrier de suivi de l'asthmatique :

CI en traitement de fond	Consultations de suivi (mois)	EFR (mois)
Fortes doses ($>800 \mu\text{g/j}$ de budésonide ou $> 500 \mu\text{g/j}$ de fluticasone)	3	3 - 6
Doses moyennes ou faibles	6	6 - 12
Aucun	12	12 ou +

Suivi : Place des examens complémentaires

- **DEP au domicile :**

- Patients à risque d'AAG ou de mort par asthme
- Patients « mauvais percepteurs »
- En prévision d'une période à risque (saison pollinique)
- En période de contrôle inacceptable
- Au moment des modifications thérapeutiques



- **EFR :**

- Systématiquement dans le suivi des patients
- La fréquence de réalisation dépend du traitement de fond

- **Gaz du sang :**

- Recommandés en cas d'AAG
- Absence d'indication dans le suivi (hors IRC)

- **Radiographie thoracique :**

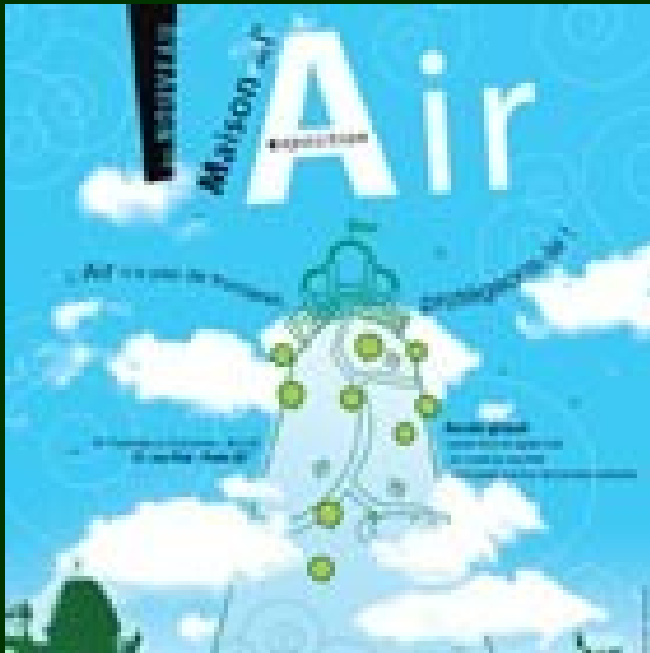
- Recommandée en cas d'exacerbation grave.
- Absence d'indication dans le suivi



Conclusions

- L'asthme est avant tout une maladie **inflammatoire**
- La classification de l'asthme repose désormais sur le **contrôle**
- L'objectif du traitement est **d'obtenir et de maintenir le contrôle**
- Le niveau de contrôle permet ainsi de déterminer le choix de la **stratégie thérapeutique**.
- Un **suivi régulier** est ensuite indispensable afin d'évaluer régulièrement le contrôle et adapter la thérapeutique si nécessaire
- La **fréquence des consultations de suivi** ainsi que des EFR dépend de la dose de corticoïde nécessaire à l'obtention du contrôle





Journée mondiale de l'ast

Le mardi 6 mai 2008

Pour un second souffle.