

L'asthme

Dr Sophie Figon & Pr Jean-Pierre DUBOIS

Département de Médecine Générale Université Claude Bernard LYON I

Définition. Caractéristiques. Prévalence

Dyspnée sifflante due à une obstruction bronchique, volontiers nocturne, récidivante, variable dans le temps et réversible spontanément ou sous l'effet du traitement.

Prévalence : 5 à 7% chez l'adulte, 10 à 15 % chez les jeunes adultes et adolescents.

Peut débuter à tout âge, même après 60 ans.

Facteurs déclenchants : nombreux et variés

- facteurs allergiques : pollens, aliments poils, plumes, médicaments
- Infections respiratoires
- Effort
- Emotions violentes
- Air froid et sec, variations brutales de T°, odeurs de produits nocifs,
- fumée de tabac
- stress

On distingue l'asthme allergique ou extrinsèque et l'asthme inflammatoire ou intrinsèque de l'adulte, non allergique

Clinique

1. La crise d'asthme typique

- début brutal ou / prodromes : céphalées, prurit, éternuements
- survenue souvent le soir ou en 2° partie de nuit
- dyspnée intense à type de bradypnée expiratoire : patient assis, avec sueurs, pâleur et cyanose. Respiration sifflante et lente surtout au temps expiratoire.
- Phase catarrhale avec expectoration perlée annonce la fin de la crise.
- Fin avec polyurie et éructations

2. Chez l'enfant

Pathologie chronique la plus fréquente de l'enfant.

Association d'une prédisposition génétique dans le cadre de l'**atopie** (risque d'être allergique de 60% si les 2 parents le sont) et de facteurs environnementaux (pollution, tabagisme).

Atopie

Prédisposition génétique (« terrain ») d'un individu à développer des symptômes allergiques comme l'asthme, la rhinite allergique, la dermatite atopique, l'allergie alimentaire, c'est à dire à développer des AC de type IgE spécifiques d'AG de l'environnement.

Les asthmes infantiles s'atténuent ou disparaissent à la puberté dans 30 à 50 % des cas.

Ils se manifestent par un rhino trachéo bronchite chronique sur laquelle surviennent des accès dyspnéiques avec sifflements expiratoires.

La toux nocturne spasmodique est un équivalent d'un asthme modéré ou débutant

3. Autres formes d'asthme

3.1. **asthme saisonnier** : crises rapprochées pendant une période de l'année, parfois précédé / d'autres manifs allergiques : rhinite, conjonctivite

3.2. **asthme intrinsèque** : chez le sujet plus âgé ou l'adulte. Ces patients réagissent par de spasmes bronchiques et une hyper sécrétion bronchique à des stimuli divers : infections nasales et broncho pulmonaires, virales ou bactériennes, substances irritantes, froid, stress..

3.3. **asthme d'effort**, parfois déclenché par l'air froid

3.4. **asthme à dyspnée continue** : asthme grave, chez des asthmatiques de longue date, évoluant vers l'insuffisance respiratoire chronique

3.5. **état de mal asthmatique ou asthme aigu grave**:

Crises subintrantes (crises dont les accès se suivent sans période de rémission) avec obstruction bronchique sévère.

Ce sont les patients ayant une forme sévère d'asthme qui ont la plus mauvaise perception du degré d'obstruction de leurs bronches.

***Les signes nécessitant une hospitalisation en urgence
(un seul est suffisant à la décision)***

Dyspnée avec fatigue intense

Difficulté à parler et à tousser (impossibilité à finir une phrase en un cycle respiratoire)

Fréquence respiratoire > 25/mn

Débit expiratoire de pointe (DEP) < 150l/mn ou <= 50 % de la meilleure valeur connue du patient

Fréquence cardiaque > 110/mn

Cyanose, épuisement, confusion

Il est utile de connaître les facteurs de risque d'asthme aigu grave :
Conditions socio économiques défavorables
Adolescent et sujet âgé
Antécédent d'asthme aigu grave ou d'hospitalisation pour asthme
Consultations fréquentes chez le MG ou aux urgences de l'hôpital pour asthme
Tabac > 20/paquets / année
Mauvaise observance ou déni
Arrêt d'une corticothérapie dans les 3 mois précédents
Asthme traité par plus de 3 médicaments pour asthme
VEMS < 40% de la théorique

3.6 Asthme et bronchospasme iatrogène

Un bronchospasme peut être induit par certains médicaments et par différents mécanismes : bronchoconstriction - anaphylaxie ...
Béta-bloquants même cardio sélectifs, même sous forme de collyre
Substances parasymphomimétiques directes (acétylcholine, pilocarpine..) en collyre ou non peuvent provoquer un asthme si traitement associé par Béta-bloquant, Atropiniques, réserpine,
AINS -> réactions bronchospastiques,
hypersensibilité à l'aspirine,
certaines antibiotiques,
tout médicament administré par aérosol ou par voie aérienne peut être responsable d'un bronchospasme.

Examens paracliniques

Radiographie pulmonaire

souvent normale

Débit expiratoire de pointe

Par le patient lui-même le matin, le soir, ou lorsqu'il est symptomatique.

Faire noter le meilleur des 3 mesures : Les variations ne doivent pas dépasser 15%.

Réalisation indiquée dans plusieurs circonstances :

- surveillance d'un traitement
- modifications de posologie du traitement
- lors des saisons polliniques, changement d'habitat
- avant et après effort
- en cas de crise pour évaluer la gravité

Spirométrie

Mesure de la Capacité Vitale (CV) et du volume expiratoire maximal seconde (VEMS) avant et après broncho dilatateurs, et après test de provocation (*Métacholine* – *Histamine*) pour rechercher une hyper réactivité bronchique (HRB)

Tests allergologiques

- Phadiatop
- tests cutanés d'hypersensibilité (Pricks test): pollens, poils, acariens, ...
- IgE spécifiques (RAST) justifiés que si les tests cutanés n'ont pas donné de résultats concluants

Traitement préventif et curatif

Prévention

1. Éviction des allergènes

- aérer les pièces au moins ¼ h/j, aspirer, changer les moquettes, tapis, tentures au profit de textiles lavables, changer souvent la literie..
- produits acaricides
- proscrire climatisation, ventilation, air pulsé
- éloignement des animaux à poils

2. Éviter les irritants bronchiques

- Pollution, tabac, locaux insalubres, mal aérés
- orientation professionnelle (coiffeur, peintre..)
- locaux mal aérés, vapeurs de cuisines, degré d'insalubrité
- conseils % orientation professionnelle (coiffure, peintures....)

3. Conseils au quotidien

- préconiser l'exercice physique non violent, kinésithérapie éventuellement
- cures thermales : efficacité à prouver mais effet bénéfique de l'air et de la moyenne altitude (< = 800m)
-

Traitement de la crise

Il est basé sur les broncho-dilatateurs (BD) et les corticoïdes (selon l'urgence).

Evaluer les symptômes et le DEP :

- Exacerbation légère ou modérée : DEP entre 50 et 80% des valeurs personnelles ou toux, dyspnée, oppression thoracique, baisse des performances physiques
⇒ B2 courte durée d'action inhalé : jusqu'à 3 prises de 2 à 4 inhalations à 20 mn intervalle. Réévaluer les symptômes et le DEP à 1 heure
- Réponse incomplète : DEP reste entre 50 et 80% :
⇒ voir le médecin le même jour. + Corticothérapie orale
- Pas ou peu de réponse ou exacerbation sévère : DEP < 50% et signes : cyanose, difficultés à parler et marcher, tirage
⇒ Appel du service d'urgence + 3 prises de 4 à 6 inhalations toutes les 20 mn + corticothérapie orale

Traitement de fond

Asthme : Classification en 4 stades (ANDEM 1996)

définition	signes	DEP (variabilité)	VEMS	Traitement (TT)
asthme intermittent	spt intermittent < 1 / semaine < 1 à 2 crise nocturnes/ mois pas de spt entre les crises	<20%	> 80%	TT symptomatique Pas de TT de fond
asthme persistant léger	> 1 à 2 prise de B2M/ semaine < 1/jr	20 à 30%	> 80%	TT de fond / corticothérapie inhalée
asthme persistant modéré	Prise de B2M 1/j > 1 crise nocturne / semaine	>30 %	60 à 80%	TT de fond
asthme persistant sévère	Spt permanents Crises et spt nocturnes fqts Activité physique limitée	> 30%	< 60%	TT de fond

Décidé après bilan complet. Différents paliers de TT sont proposés selon la sévérité de l'asthme

- Traitement d'une allergie éventuelle : antihistaminique, désensibilisation
- Corticothérapie inhalée : trouver la dose minimale efficace
- B Mimétiques de longue durée d'action, prescrits en association avec la corticothérapie.
- Traitement des infections respiratoires

Education thérapeutique

Par tout professionnel de santé lors de rencontre avec un patient asthmatique il est utile de connaître **la démarche éducative en 4 étapes** :

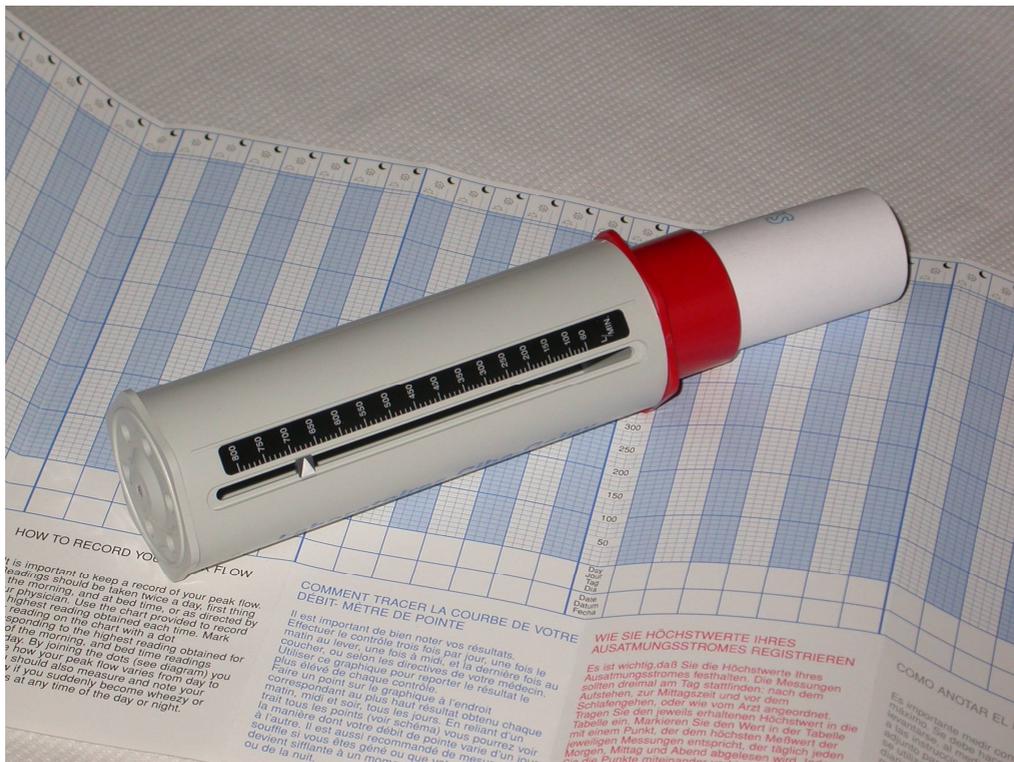
- Poser des questions pour cerner le patient, ses besoins, ses attentes.
- Se mettre d'accord avec le patient sur les compétences qui lui sont les plus utiles (sécurité, autonomie).
- Proposer des activités éducatives.
- Evaluer les réussites et les difficultés de mise en œuvre.

Exemples de compétences à développer par le patient

- sur la compréhension de sa maladie (interpréter une gêne respiratoire, reconnaître les signes annonciateurs d'asthme, mesurer le DEP...)
- sur le traitement pharmacologique : différencier traitement de fond et de crise, utiliser correctement les aérosols, savoir interpréter le DEP...

- sur le contrôle de l'environnement : agir sur les facteurs déclenchant.
- sur la pratique de l'activité physique : améliorer sa tolérance à l'effort, pratiquer le sport en fonction de sa tolérance...

Mesure du DEP



- S'assurer que le curseur est à 0
- Se mettre debout
- Prendre une inspiration aussi profonde que possible
- Mettre l'embout entre les lèvres de façon totalement étanche expirer aussi rapidement et fort que possible (une expiration longue n'est pas nécessaire, 1 à 2 secondes suffisent)
- Faire 3 mesures
- Garder la meilleure des 3 mesures.

Ce que le pharmacien doit savoir, faire ou dire

- **Reconnaître les signes évocateurs d'une crise d'asthme**
- **Reconnaître les signes de gravité**
- **Connaître les facteurs de risque d'un asthme grave**
- **Connaître la conduite à tenir devant une crise d'asthme**
- **Expliquer le maniement des aérosols, inhalateurs de poudre et chambres d'inhalation**
- **Expliquer l'utilité et le maniement du DEP**
- **Vérifier l'observance**
- **Donner les conseils de prévention**
- **Expliquer les dangers de l'automédication**

Bibliographie pour en savoir plus

Révision des recommandations "GINA" sur l'asthme, et "GOLD" sur la BPCO [CBIP] [2007]

<http://www.cbip.be/Folia/Index.cfm?FoliaWelk=F34F01B>

Asthme et allergie. [SPLF] [2007]

<http://www.splf.org/s/IMG/pdf/recoSPLF.pdf>

Standardisation des explorations fonctionnelles respiratoires [SPLF] [2006]

http://www.splf.org/rmr/pagesNR/EFR_ERS_ATS_2006.htm

Indications du dosage des IgE spécifiques dans le diagnostic et le suivi des maladies allergiques

[HAS] [2005]

http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272476

Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques Adultes et adolescents. RCP.

[AFSSAPS] [2004]

http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/rbp/asm_reco.pdf

Recommandations pour la prise en charge des maladies obstructives respiratoires du nourrisson et de l'enfant. (Asthme bronchique et bronchites obstructives récidivantes). Groupe suisse de travail de pneumologie pédiatrique (SAPP). Société Suisse de Pédiatrie. [2003]

http://www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol15/n1/asthme-fr/rec_asthme_04-fr.html

Prise en charge des crises d'asthme aiguës graves de l'adulte et de l'enfant (à l'exclusion du nourrisson). Consensus. [SRLF] [2002]

http://www.bmlweb.org/consensus_asthme_02.pdf

Education thérapeutique de l'enfant asthmatique. RCP [HAS] [2002]

http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272472

Recommandations européennes pour les explorations fonctionnelles respiratoires.
RCP. [SPLF] [2001].

http://www.splf.org/bbo/revues-articles/RMR/accesLibre/RecoEFRvf_ed2002.pdf

Conférence canadienne de consensus sur l'asthme. Résumé des recommandations.
Canadian Respiratory Journal. 1996.

http://www.pulsus.com/Respir/03_02/ernf_ed.htm