

Évaluation du contrôle de l'asthme chez l'adulte



**F. ATOUI,
F. KHALLOUFI,
L. BELAID,
R. BENALI.**

Pneumo-Phthysiologie
Faculté de Médecine
Université Badji Mokhtar, Annaba.

Introduction :

Maladie chronique par excellence, l'asthme, affection multifactorielle à polymorphisme clinique nécessite une surveillance régulière qui permettrait d'adapter de façon continue la prise en charge à l'évolution de la maladie et d'améliorer ainsi la qualité de vie et le pronostic aussi bien fonctionnel que vital des patients.

La dernière décennie a connu de véritables bouleversements de la thérapeutique de l'asthme ; depuis 2006, sa prise en charge se base sur l'évaluation du niveau de contrôle de l'asthme, qui distingue, selon un certain nombre de critères, trois niveaux de contrôle : contrôlé, partiellement contrôlé, non contrôlé.

L'émergence du concept de contrôle de l'asthme signifie que non seulement la gravité de l'affection mais aussi la façon dont le patient réagit au traitement, sont un reflet important de la gravité de la maladie et un déterminant pour la prise en charge de cette dernière.

Le peu d'études qui portent sur le contrôle de l'asthme, ainsi que la nouveauté de ce sujet, constituent les deux principaux arguments autour desquels se cristallisent la motivation et l'intérêt du travail que nous vous proposons avec pour :

Objectifs principal : estimer la fréquence du contrôle de l'asthme chez les patients asthmatiques adultes traités et suivis au niveau du service de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires (SCTMR) d'Annaba, selon la classification GINA 2012.

Dans cette optique, nous avons appliqué un protocole validé afin de réaliser un état des lieux sur la prise en charge de l'asthme et la fréquence de son contrôle dans nos structures de santé

Matériel et méthode :

Lieu de l'étude : Service de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires (SCTMR) Larbi Khrouf, Annaba.

Population d'étude : les patients admissibles à l'étude étaient les patients asthmatiques suivis au Service de Contrôle de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires (SCTMR) d'Annaba, soit 674 patients asthmatiques sur les 3.075 consultants au SCTMR. Parmi eux, 131 ont été inclus dans notre travail.

Critères d'inclusion : tout patient âgé de 18 ans et plus, asthmatique depuis au moins 12 mois avant l'inclusion, ayant consenti à participer à l'étude.

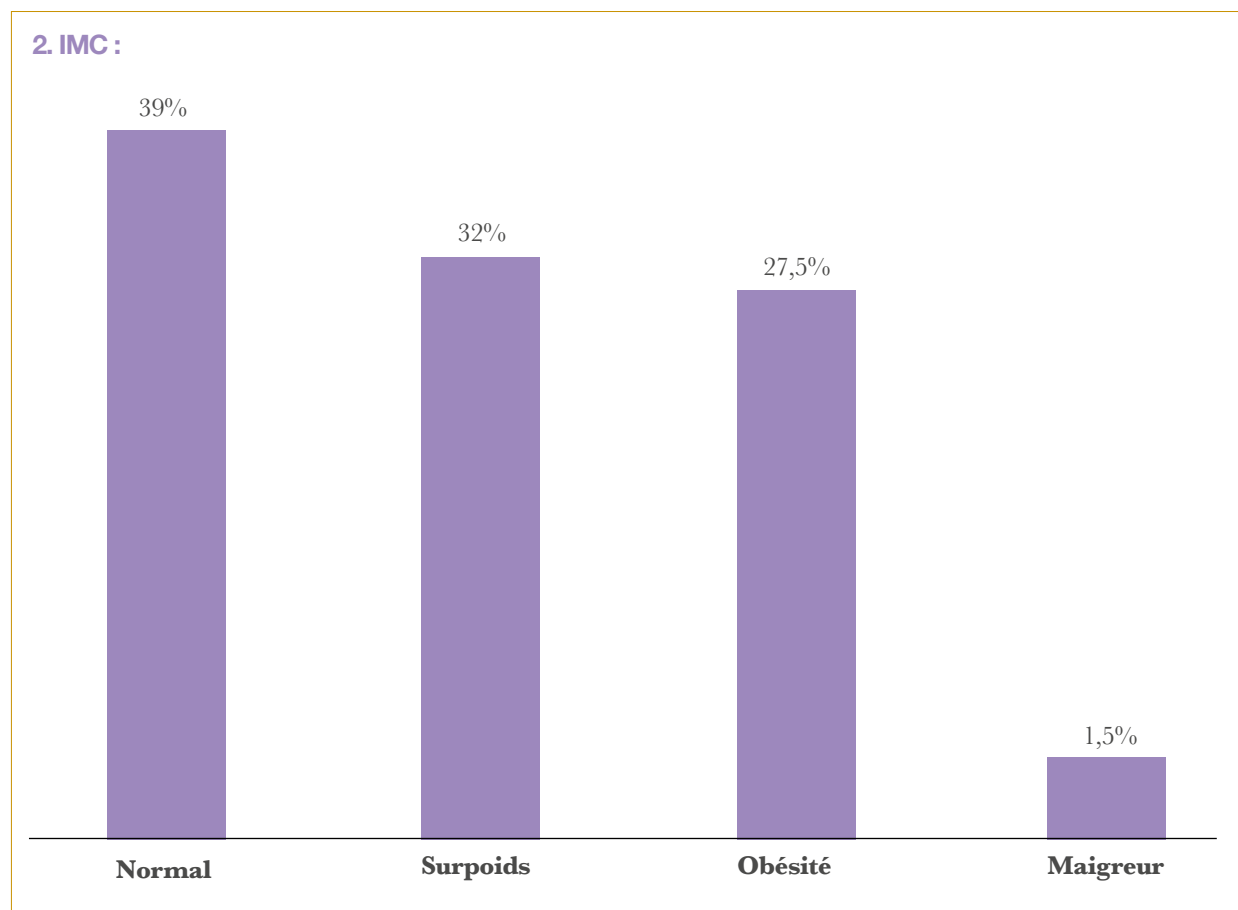
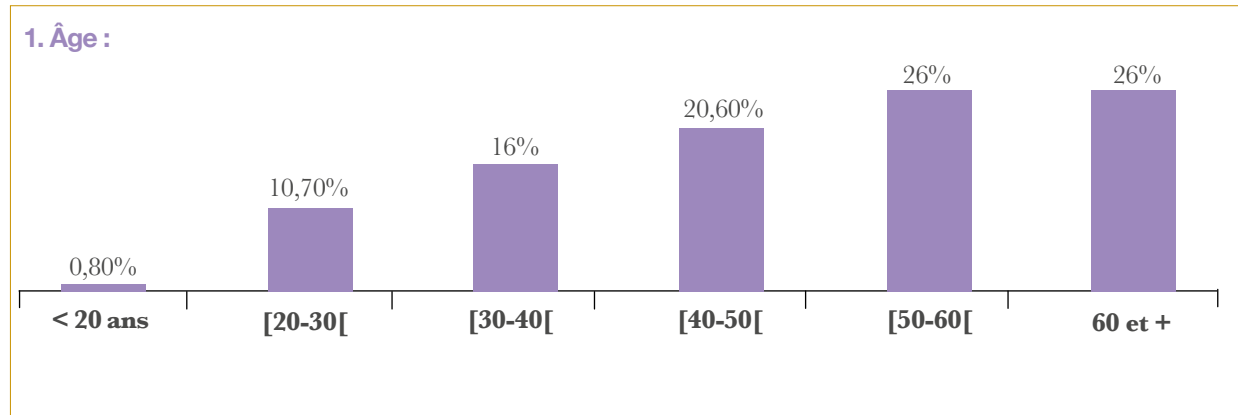
Critères d'exclusion : patient souffrant d'une comorbidité psychiatrique ou respiratoire chronique associée, ou participant à une autre étude.

Méthode : étude unicentrique, descriptive sur le plan épidémiologique, prospective sur le plan prise en charge, transversale quand à sa durée (du 1er décembre 2013 au 28 février 2014) ; réalisée sur questionnaire.

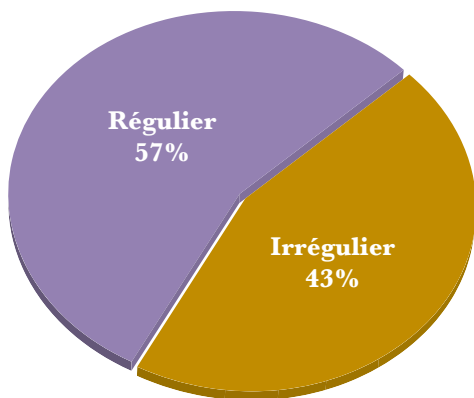
Le livret de recueil de données rédigé à cet effet comportait les informations générales du patient (identifiant, âge, sexe, coordonnées téléphoniques, ...), son statut social (statut marital, profession, assurance sociale, ...), les facteurs prédictifs du contrôle de l'asthme (tabagisme, obésité, comorbidités, maniement des inhalateurs, ...), les caractéristiques de sa maladie (ancienneté de la maladie, stade de sévérité de la maladie, thérapeutique administrée, ...), l'évaluation du contrôle de l'asthme selon GINA 2012 et selon ACT[®], le questionnaire de qualité de vie SF-12, le questionnaire

d'observance au traitement (Morisky) et enfin le consentement libre et éclairé, daté et signé du patient.

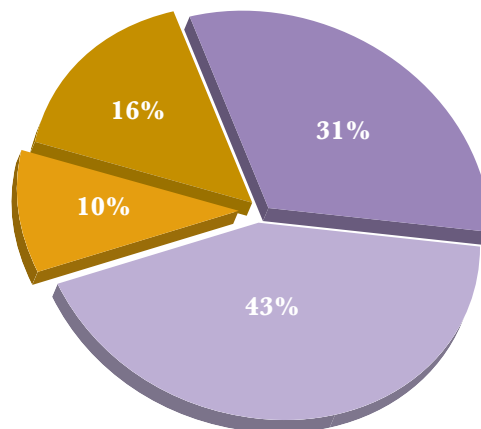
Résultats :



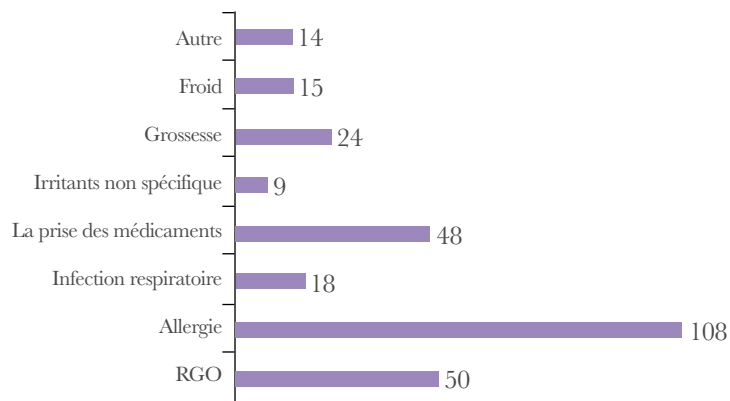
3. Rythme de suivi :



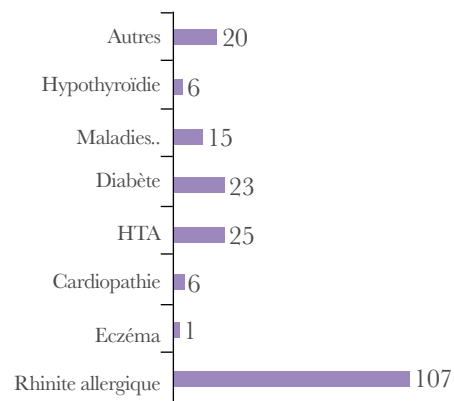
4. Sévérité asthme selon GINA 2006 :



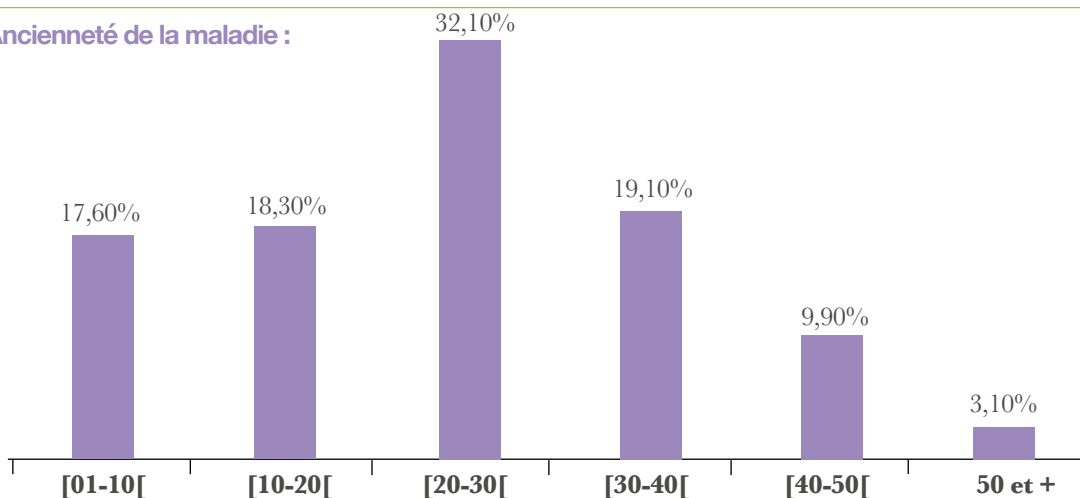
5. Facteurs aggravants :

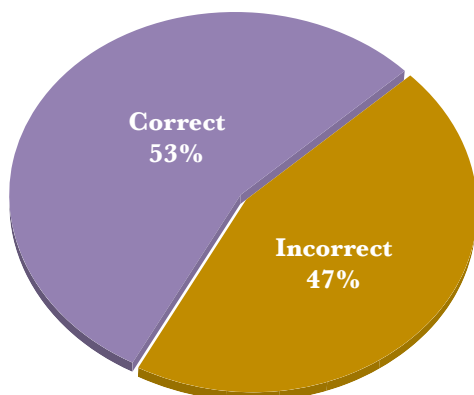
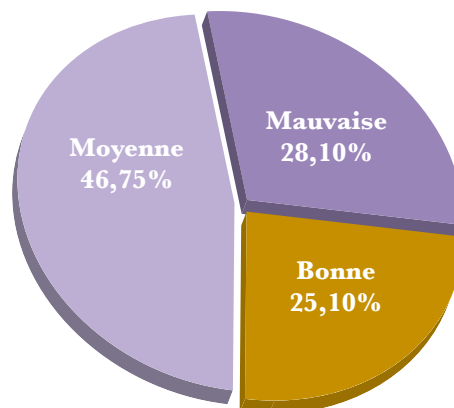
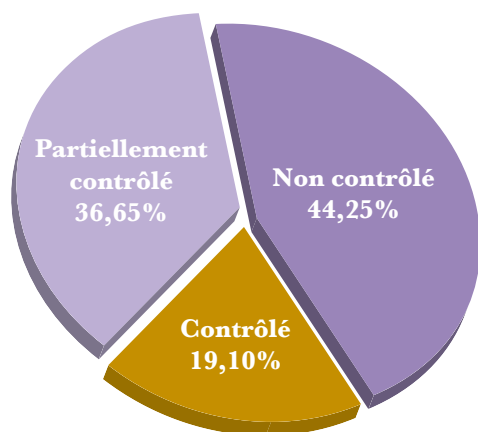
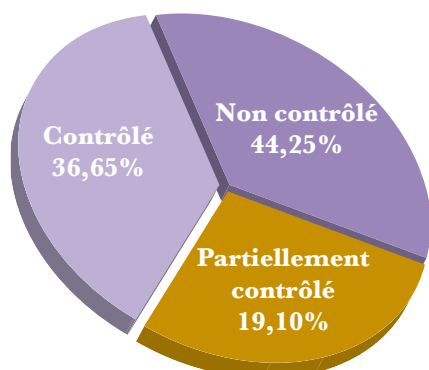


6. Comorbidités :



7. Ancienneté de la maladie :



8. Maniement des inhalateurs :**11. Observance MORISKY :****9. Classification du contrôle GINA :****10. Classification du contrôle ACT :****Discussion et commentaires :**

L'âge moyen des patients inclus dans notre travail était de 48,94 ans avec des extrêmes allant de 18 à 87 ans, dont 59 % de plus de 45 ans. Cet âge moyen est supérieur à celui de l'étude IRDES 2006 qui était de l'ordre de 37 ans et qui est conforté par l'étude AIRMAG réalisée en Algérie, faisant état d'une prévalence de l'asthme chez l'adulte algérien plus élevée chez les sujets âgés de 55 ans et plus.

Le sex-ratio était de 0,36 soit 73% de femmes pour 27% d'hommes tout à fait en accord avec la prédominance féminine légendaire de la pathologie asthmatique après l'adolescence.

Dans notre étude, 59,6% des patients avaient un poids au-delà de la normale avec 32% de surpoids et 27,5% d'obésité. Ces données sont différentes de celles retrouvées dans l'étude française IRDES 2006 où le taux de patients obèses n'excédait guère les 12,47%.

La notion de tabagisme a été colligée chez 13,7% de nos patients, 9,9% étant des fumeurs actifs. Ces taux restent bien bas comparativement à ceux publiés par le BMC pulmonary medicine où le tabagisme actif peut atteindre les 48,6%.

Parmi nos 131 patients, seulement 31 ont eu une activité professionnelle régulière dont 15 ont été exposés aux **irritants professionnels** soit un pourcentage de l'ordre de 48%.

Le caractère familial de l'asthme a été retrouvé chez 65% de nos patients ; ce qui conforte le rôle indiscutable de la prédisposition génétique dans le développement de cette affection.

Les principales comorbidités retrouvées dans notre échantillon étaient la rhinite allergique (82% des cas), l'HTA (19%), le diabète sucré (17,55%), l'arthrose (11,45%) et la polypose nasale (4%).

Ces taux sont, en termes de diabète et HTA, supérieurs à ceux retrouvés par nos confrères tunisiens lors de l'étude EL KAMEL 1998 ; qui ne fait état que de 5,2% d'HTA et 4,3% de diabète ; à noter cependant que dans leur étude, la moyenne d'âge des patients était de 31,2 ans.

En ce qui concerne la durée d'évolution de la maladie asthmatique chez nos patients, 66% étaient suivis pour asthme depuis moins de 20 ans contre 34 % depuis plus de 20 ans.

Au moment de l'étude, **l'évaluation du stade de la maladie continuait**, au niveau du SCTMR, à se faire sur la base de la stadification en stades de sévérité (intermittent, persistant léger, modéré et sévère) en parallèle avec la classification du contrôle. C'est ainsi que 4% de nos patients étaient classés en stade intermittent, 18 % en persistant léger, 50% en persistant modéré et 28% en persistant sévère.

En parallèle, pour ce qui est du volet thérapeutique, tous nos patients étaient en possession d'un B2C-DA en spray (Salbutamol) et tous bénéficiaient d'une corticothérapie inhalée (seule ou combinée), ce qui obéit aux recommandations internationales (GINA). Néanmoins, seulement 53% de nos patients semblaient maîtriser la technique d'utilisation des sprays.

En termes de contrôle, dans notre population, et selon la classification de GINA 2012, seuls 36,65% des patients étaient contrôlés, 19,1% l'étaient partiellement, tandis que 44,25% étaient non contrôlés. Selon le questionnaire ACT, 28% de nos patients étaient contrôlés, 18% l'étaient partiellement et 54% ne l'étaient pas.

Ceci montre d'une part une différence d'appréciation de la maladie entre les deux classifications (GINA versus ACT) et d'autre part une prédominance de patients insuffisamment contrôlés (64% GINA versus 74% ACT)

Une étude réalisée à Alger (Professeur Haouichet, Dr Aissani) avait montré un taux de contrôle de 31,5%, de contrôle partiel de 40% et de non contrôle de 28,33%. Au Maroc, 30 % des patients seraient contrôlés, 34% partiellement contrôlés et 36% non contrôlés.

La qualité de vie appréciée par le questionnaire SF 12 a objectivé une altération de la qualité de vie des patients asthmatiques avec score moyen physique de 38,2% et mental et social de 37,66%.

L'observance thérapeutique, selon le questionnaire Morisky, n'a été jugée « bonne » que dans 69% des cas avec un rythme de suivi régulier chez 57% de nos patients, ce qui peut, en partie, en expliquer les raisons.

Conclusion :

Cette étude a permis d'objectiver une insuffisance de contrôle de l'asthme chez la plupart des patients avec une influence significative sur la qualité de vie.

Certains facteurs semblent être liés à l'entretien du mauvais contrôle de nos patients : l'obésité, l'exposition tabagique ou aux aéro-contaminants professionnels, l'existence de certaines comorbidités dominées par la rhinite allergique, l'HTA et le diabète, le mauvais maniement des dispositifs d'inhalation et l'observance thérapeutique. Afin d'améliorer le niveau de contrôle de nos patients, au-delà d'une prescription médicamenteuse, la prise en charge se verra être globale basée sur un véritable partenariat soignant-soigné.

L'association de l'éducation de l'asthmatique, de l'auto-prise en charge, le plan d'action de l'asthme écrit et les suivis réguliers, seront ainsi le gage d'un meilleur contrôle.

Bibliographie :

1. Boubkraoui. M, Benbrahim. F, Assermouh. A, El Hafidi . N , Benchekroun.S, Mahraoui. C: Profil épidémiologique et prise en charge des exacerbations d'asthme chez l'enfant à l'hôpital d'enfants de Rabat au Maroc. Pan Afr Med J. 2015; 20: 73
2. Les facteurs associés aux niveaux de contrôle de l'asthme : étude multicentrique observationnelle de l'asthme à Rabat (MOSAR). Ghanname. I, Herrak. L et col.Revue Française d Allergologie · Avril 2013.DOI: 10.1016/j.reval.2013.02.139.
3. Nafii .S, Taright .S: Prévalence de l'asthme dans les pays du Maghreb : étude AIRMAG. Revue des Maladies Respiratoires ; Vol 26, N° HS1, p. 33 - janvier 2009.
4. Bopaka. R.G, Bemba. E.L.P, Okemba-Okombi. F.H, Mboussa. J et al. Exacerbation d'asthme au service de pneumologie du CHU de Brazzaville, Congo. Revue des Maladies Respiratoires;Volume 34, numéro S,page A262 (janvier 2017)
5. Bouayad Z, Aichane A, Afif A, Benouhoud N, Trombati N, Chan-Yeung M, et al. Prevalence and trend of self-reported asthma and other allergic disease symptoms in Morocco: ISAAC phase I and III. Int J Tuberc Lung Dis. 2006 Apr;10(4):371-7. [PubMed]
6. NIH-NHLBI/WHO workshop report, global initiative for asthma (GINA); Global strategy for asthma management and prevention; www.ginasthma.org: NIH publication, 2007. 02-3659.
7. Akinbami IJ, Moorman JE, Bailey C, Zahran HS, King M, Johnson CA, et al. Trends in asthma prevalence, health care use, and mortality in the United States, 2001-2010. NCHS Data Brief. 2012 May;(94):1-8. [PubMed]
8. Bhogal SK, McGillivray D, Bourbeau J, Benedetti A, Bartlett S, Ducharme FM. Early administration of systemic corticosteroids reduces hospital admission rates for children with moderate and severe asthma exacerbation. Ann Emerg Med. 2012 Jul;60(1):84-91.e3. [PubMed]