

Bibliographie

1. P. Chautet, N. Ait Khaled : Enquête sur les infections respiratoires aiguës et la prescription d'antibiotiques dans les unités sanitaires de base en Algérie au cours de l'année 1980 .Rev.Mal.Resp.1982 ; 10:45-52
2. Enquête collective du service de pédiatrie de Ain Taya .CHU Alger –Est .Professeur J.P.Grangaud Les infections respiratoires aiguës de l'enfant .In rapport du groupe de travail sur les IRA de l'enfant en milieu pédiatrique .M.R. Rapporteur .Premières Journées Nationales de Pneumophthisiologie Alger , 29-30 mars 1988.
3. L.Baough : Les infections respiratoires aiguës dans la population du secteur sanitaire de Cheraga de 1985 à 1986 Thèse D.E.M.S,Alger 1989 322 p.
4. N.Zidouni,L.Baough,Y.Laid et coll.L'approche pratique de la santé respiratoire en Algérie . Int J TUBERC LUNG DIS 13(8):1029-1037
5. S.Ali Halassa : Impact de l'Approche Pratique de la Santé Respiratoire sur le fonctionnement des services de contrôle de la tuberculose et les maladies respiratoires. Thèse D.E.M.S,Alger 2014 215 p.
6. Pratical Approach to Lung Health Manual on initiating Pal implementation, WHO/HTM/TB/2008.410; WHO/NMH/CHP/CPM/08.02

Contrôlez vos connaissances !

- 1 - Quelle est la fréquence des infections respiratoires de l'adulte dans la demande de soins en Algérie ?
- 2 - Quelle est la répartition topographique des IRA ?
- 3 - Quelle est l'étiologie la plus fréquente des IRA hautes ?
- 4 - Quelles sont les deux causes les plus souvent retrouvées dans les motifs d'hospitalisation des IRA basses selon les études présentées?

Les réponses au quiz sont sur el-hakim.net

Prise en charge de l'asthme au long cours : rôle du médecin généraliste

D. Mekideche, A. Kheliouen A. Mebrek, N. Zidouni
Service de Pneumophthisiologie Matiben CHU Béni-Messous , Alger.

RÉSUMÉ :

L'asthme est une maladie hétérogène, caractérisé par une inflammation bronchique chronique et défini par une histoire clinique et une limitation des débits aériens. En Algérie l'asthme occupe l'une des premières places parmi les affections chroniques. Le médecin généraliste doit être capable d'établir le diagnostic d'asthme en utilisant des éléments cliniques et fonctionnels en pratique de routine. Le Débit Expiratoire de Pointe (DEP) est le test fonctionnel le plus communément utilisé. La radiographie thoracique n'est pas utile au diagnostic. Ces pratiques peuvent être largement utilisées dans les services de santé primaire ou unité de soins de santé de base. Les paramètres définis pour classer la maladie selon la sévérité et les niveaux de contrôle de l'asthme peuvent être utilisés par le médecin généraliste. Celui-ci peut également participer à la surveillance des patients asthmatiques selon les niveaux de traitement et de contrôle de la maladie.

Mots clés : Asthme : dyspnée paroxystique, débit expiratoire de pointe (DEP), hyper réactivité bronchique, contrôle de la maladie

ABSTRACT :

Asthma is a heterogeneous disease characterized by a clinical background and limitation of air flow measurement. In Algeria, asthma is leading among chronic non communicable diseases : prevalence is about 3% in adults and 4% in children. The general practitioner (GP) may be able to diagnose the disease by clinical and functional tools in routine conditions. The peak flow meter (PEF) is the most common test used. Chest X-ray is not useful for the diagnosis. This practice can be widely performed in a primary health care setting. The parameters to classify the disease according the severity and control assessment of asthma may be properly used by a GP. He is also allowed to follow up asthma patients related to treatment steps linked to level control of the disease.

Key words : Asthma : paroxystic breathlessness, peak flow meter (PRF), bronchitis hyper respnsiveness, di-sease control

Introduction :

L'asthme est une maladie hétérogène, habituellement caractérisée par une inflammation bronchique chronique et défini par :

- **Une histoire clinique** de symptômes respiratoires tels que les sifflements, la dyspnée, l'oppression thoracique et la toux qui varient dans le temps et en intensité, associés à
- **Une limitation variable des débits aériens :**

L'asthme constitue l'une des pathologies chroniques les plus fréquentes dans le monde avec 300 millions de cas.

En Algérie, l'asthme occupe la première place parmi les affections chroniques. Chez l'adulte, la prévalence est de 2,4% (études : ISAAC et ECRHS). Au Maghreb : L'étude AIRMAG (Asthma Inside Reality in Maghreb) menée en 2008 retrouve une prévalence en Algérie de 3,1% pour l'adulte et 4,1% pour l'enfant. Sa mortalité reste inquiétante avec 250.000 décès par an dans le monde En Algérie : l'asthme représente 3,3% des causes de décès parmi les maladies (Enquête TAHINA).

La mauvaise évaluation de la sévérité des asthmes diagnostiqués, leur sous-diagnostic et leur sous-traitement participent à l'augmentation de la sévérité et au coût majeur de cette maladie pour la société.

Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'asthme :

Le médecin doit être capable d'établir le diagnostic de l'asthme. Le diagnostic de l'asthme bronchique est évoqué sur des symptômes et confirmé par la mise en évidence d'une obstruction variable des voies aériennes.

• Interrogatoire : C'est une étape essentielle du diagnostic, il doit être minutieux, structuré et précis, et doit rechercher

Les symptômes de l'asthme :

- **Une dyspnée**, parfois associée à une oppression thoracique récurrente, entrecoupée de rémission.
- **Une respiration sifflante**, en général constatée lors de symptômes aigus, ou aux urgences.
- **Une toux surtout nocturne**, parfois isolée, souvent sifflante, est évocatrice. Elle peut être productive sous forme d'expectorations blanchâtres « tapioca » ou perlées.
- **Un contexte évocateur :** rhino-sinusite, conjonctivite, eczéma.

Une aggravation des symptômes en présence de certains facteurs :

- Exercice physique
- Infections respiratoires surtout virales
- Exposition à : certains animaux, aux pollens, à la poussière (acariens)
- Prise de certains médicaments : aspirine, AINS, bêtabloquants
- Facteurs professionnels : latex, boulanger, animaux de laboratoire, soudeurs...

La variabilité et la réversibilité des symptômes : spontanées ou sous traitement sont également des

points clés pour le diagnostic.

• L'examen clinique : recherche des signes de distension thoracique et des sibilants qui sont des râles fins, de tonalité aigue, perçus en fin d'expiration.

• Le diagnostic doit être confirmé par des examens simples :

La mesure du DEP : le débit expiratoire de pointe (DEP) est le débit maximal qui peut être obtenu au cours d'une manœuvre d'expiration forcée. Le DEP est mesuré par un débitmètre (peak-flow), il permet de dépister en pratique de routine un trouble ventilatoire obstructif.

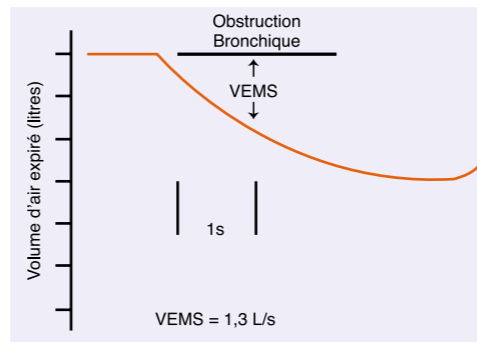
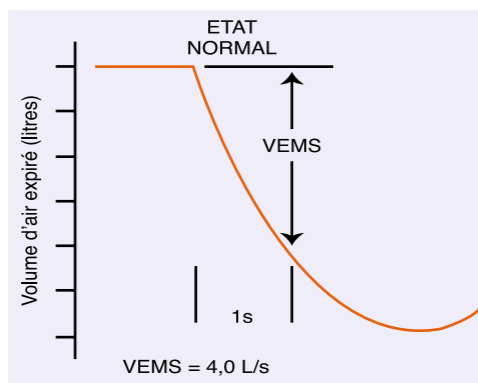
La mesure du DEP est utile dans la surveillance quotidienne de l'asthme.



Les épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) :

La spirométrie mesure les volumes et débits pulmonaires, elle est recommandée dans le bilan initial de l'asthmatique. L'évaluation de l'importance de l'obstruction bronchique se base sur le VEMS (volume expiratoire maximum second)

Courbe débit – volume :



* Volume Expiré Maximal en une Seconde EFR : Mesure du VEMS*

La radiographie du thorax n'est pas utile pour affirmer le diagnostic, elle aide surtout à éliminer les diagnostics différentiels

Le médecin doit être capable de classer le malade selon la sévérité et le contrôle de son asthme :

La classification de l'asthme reposait sur la sévérité de la maladie d'après les recommandations internationales Global Initiative for Asthma (GINA 2006).

Or la sévérité varie au cours du temps et dépend à la fois de la sévérité de la maladie mais aussi de la réponse au traitement.

Les nouvelles classifications GINA recommandent une classification basée sur le contrôle de la maladie. La classification selon la sévérité est préconisée pour définir des groupes de patients asthmatiques n'ayant jamais reçu de traitement.

La classification de la sévérité est fondée sur :

- Les éléments cliniques :**
- Fréquence des symptômes et leur retentissement sur la vie quotidienne.
 - La fréquence des symptômes nocturnes.
 - Le recours aux B2 mimétiques

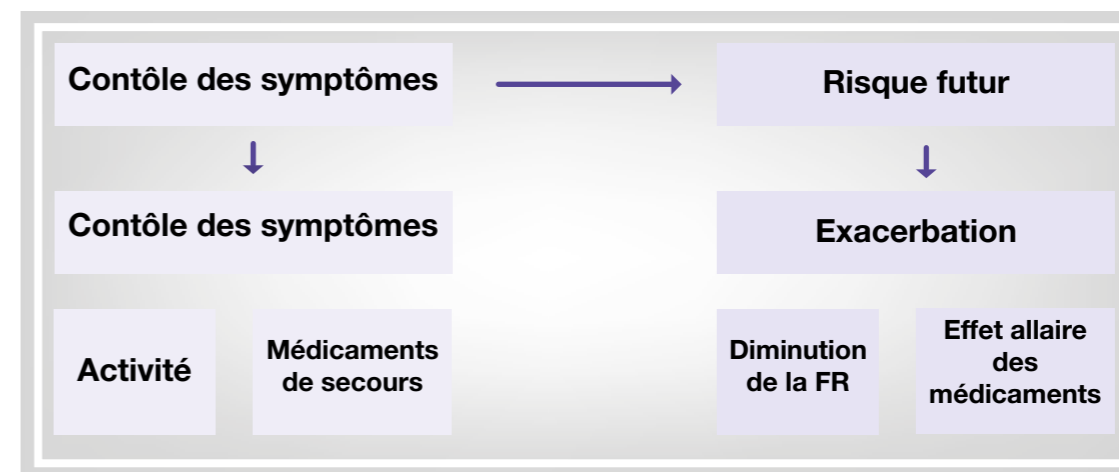
La fonction pulmonaire : Chiffres du DEP ou VEMS et ses variations quotidiennes et dans le nyctémère.

Degré de sévérité	Critères cliniques	Critères fonctionnels (DEP)
Asthme intermittent	Symptômes < 1 fois/semaine Asymptomatique entre les exacerbations Brèves exacerbations Symptômes nocturnes ≤ 2 fois/mois	Symptômes intermittents DEP>80% Variabilité<20 %
Asthme léger persistant	Symptômes > 1 fois/semaine mais < 1 fois/jour Exacerbations pouvant limiter l'activité et le sommeil Symptômes nocturnes > 2 fois/mois	Symptômes bénins DEP>80% Variabilité 20-30%
Asthme modéré léger persistant	Symptômes journaliers Exacerbations pouvant limiter l'activité et le sommeil Symptômes nocturnes > 1 fois/semaine	Symptômes modérés DEP =60-80% Variabilité>30%
Asthme sévère persistant	Symptômes journaliers Exacerbations fréquentes Symptômes nocturnes fréquents Activité physique limitée	Symptômes sévères DEP <60% Variabilité>30%

(Tableau 2) Classification de la sévérité de l'asthme (GINA 2006)

Contrôle de l'asthme (GINA 2014)

Le contrôle de l'asthme se base sur les critères de contrôle (contrôle des symptômes) et l'évaluation du risque futur.



• Critères de contrôle

La maladie asthmatique est classée en asthme contrôlé, partiellement contrôlé et non contrôlé selon des critères évalués sur les 4 dernières semaines.

	Contrôlé : présence de tous les critères	Partiellement contrôlé (au moins un critère présent lors d'1 même semaine)	Non contrôlé
Symptômes diurnes	Aucun (<=2/sem)	> 2/sem	Présence d'au moins 3 critères de l'asthme partiellement contrôlé sur une semaine
Limitation des activités	Aucune	Au moins 1	
Symptômes ou réveils nocturnes	Aucun	Au moins 1	
Recours à un traitement des symptômes	Aucun (<=2/sem)	>2/sem	

(Tableau 3) critère de contrôle de l'asthme.

Facteurs de risque futur

• Facteurs de risque d'exacerbation :

- Symptômes d'asthme non contrôlés
- Utilisation excessive du médicament de secours (> 1 flacon/mois)
- Traitement inadéquat par corticothérapie inhalée : non prescrits, technique d'inhalation incorrecte et/ou faible observance
- VEMS bas (< 60% +++)
- Problèmes psychologiques et socio-économiques majeurs
- Exposition : tabagisme ++, allergènes / irritants professionnels
- Comorbidités : obésité, rhinosinusite, allergie alimentaire confirmée
- Eosinophilie sanguine ou dans l'expectoration
- Grossesse
- Intubation antérieure pour asthme
- ≥1 exacerbation sévère dans les 12 derniers mois.

• Facteurs de risque de déclin rapide la fonction respiratoire

- Absence de corticothérapie inhalée,
- Tabagisme ou exposition professionnelle,
- VEMS initial bas,
- Hypersécrétion chronique de mucus,
- Éosinophilie

• Facteurs de risque d'effets indésirables médicamenteux :

- Systémiques :

Corticothérapie orale fréquente.

- Locaux : Doses élevée de corticoïdes inhalés, mauvaise technique d'inhalation

Le médecin doit être capable de prendre en charge au long cours le malade asthmatique :

Buts :

- Obtenir et maintenir le meilleur contrôle possible des symptômes
- Réduire le risque futur (exacerbations +++)
- Garantir la pratique normale des activités physiques
- Maintenir une fonction pulmonaire proche de la normale
- Éviter les effets secondaires du traitement
- Prévenir la mortalité liée à l'asthme
- Participer au traitement de fond de la maladie asthmatique :

L'objectif du traitement de fond est d'obtenir un contrôle au minimum acceptable, au mieux optimal (le meilleur) pour arriver à une amélioration de la qualité de vie du patient.

Les médicaments essentiels de l'asthme :

Les bronchodilatateurs : Les B2 sympathomimétiques :

Ils sont les bronchodilatateurs les plus efficaces : ils ont une action sur les récepteurs β des voies aériennes.

1. Les B2 sympathomimétiques de courte durée d'action (BDCA) : (salbutamol, terbutaline)

Ce sont les médicaments de première intention dans le traitement des symptômes de l'asthme. Ils agissent au niveau des récepteurs B2 mimétiques entraînant :

- La relaxation du muscle lisse bronchique.
- Une diminution de la perméabilité vasculaire
- Une augmentation de la clairance muco-ciliaire.

Les B2 sympathomimétiques de courte durée d'action agissent rapidement en quelques minutes mais leur durée d'action n'est en moyenne que de 4 à 6h.

2. Les B2 mimétiques de longue durée d'action (BDLA) :

(Salmeterol, Formoterol) prescrits en traitement de fond en association avec un anti-inflammatoire bronchique. Leurs début et durée d'action sont retardés d'où l'intérêt de leur prescription au cours de l'asthme d'effort et l'asthme nocturne.

3. Les anticholinergiques : (Ipratropium et Oxitropium) :

Ils entraînent une bronchodilatation en diminuant le tonus bronchoconstricteur cholinergique.

Ils sont utilisés dans le traitement des exacerbations et des crises d'asthme. Leur mode d'action est donc complémentaire de celui du B2 mimétiques

4. Bases xanthiques :

La théophylline entraîne une broncho-dilatation moins rapide et moins puissante que les β2-agonistes.

Elle possède un index thérapeutique étroit, une fréquence élevée des effets secondaires ainsi que de nombreuses interférences médicamenteuses, ce qui limite son utilisation.

b- Anti-inflammatoires :

- Corticoïdes,
- Corticoïdes inhalés (CSI).

C'est la thérapeutique la plus active sur la composante inflammatoire de l'asthme. Ils représentent le traitement préventif le plus efficace à long terme, c'est la pierre angulaire du traitement de fond de l'asthme.

Doses équivalentes des corticostéroïdes à inhaler selon GINA 2006

	Posologie journalière faible (µg)	Posologie journalière moyennement élevée (µg)	Posologie journalière élevée (µg)
Dipropionate de bécloéthasone -Adultes -Enfants	200 - 500 100 - 200	> 500 - 1000 > 200 - 400	> 1000 - 2000 > 400
Budésonide -Adultes -Enfants	200 - 400 100 - 200	> 400 - 800 > 200 400	> 800 - 1600 > 400
Fluticasone -Adultes -Enfants	100 - 250 100 - 200	> 250 - 500 > 200 - 500	> 500 - 1000 > 500

Les Corticoïdes per os :

La corticothérapie peut être prescrite en cure courte au cours d'une exacerbation ainsi qu'aux patients non stabilisés par la corticothérapie inhalée à forte dose.

Formes combinées :

(Fluticasone/salmeterol), (budésonide/formoterol)

Elles apportent un double avantage :

- Une meilleure observance thérapeutique.
- Un effet synergique ou additif.

Indications (recommandations du GINA 2014)

STADE 1 : BCDA à la demande sans traitement de fond ce traitement est indiqué si :

- Les symptômes sont rares,
- L'asthme ne provoque pas de réveils

nocturnes,

- Il ne s'est pas produit de crise au cours de l'année précédente
- Le VEMS est normal.

Autres possibilités : prise régulière de CSI à faible dose en cas de risque(s) d'exacerbation.

STADE 2 : Prise régulière de CSI à faible dose plus BCDA à la demande

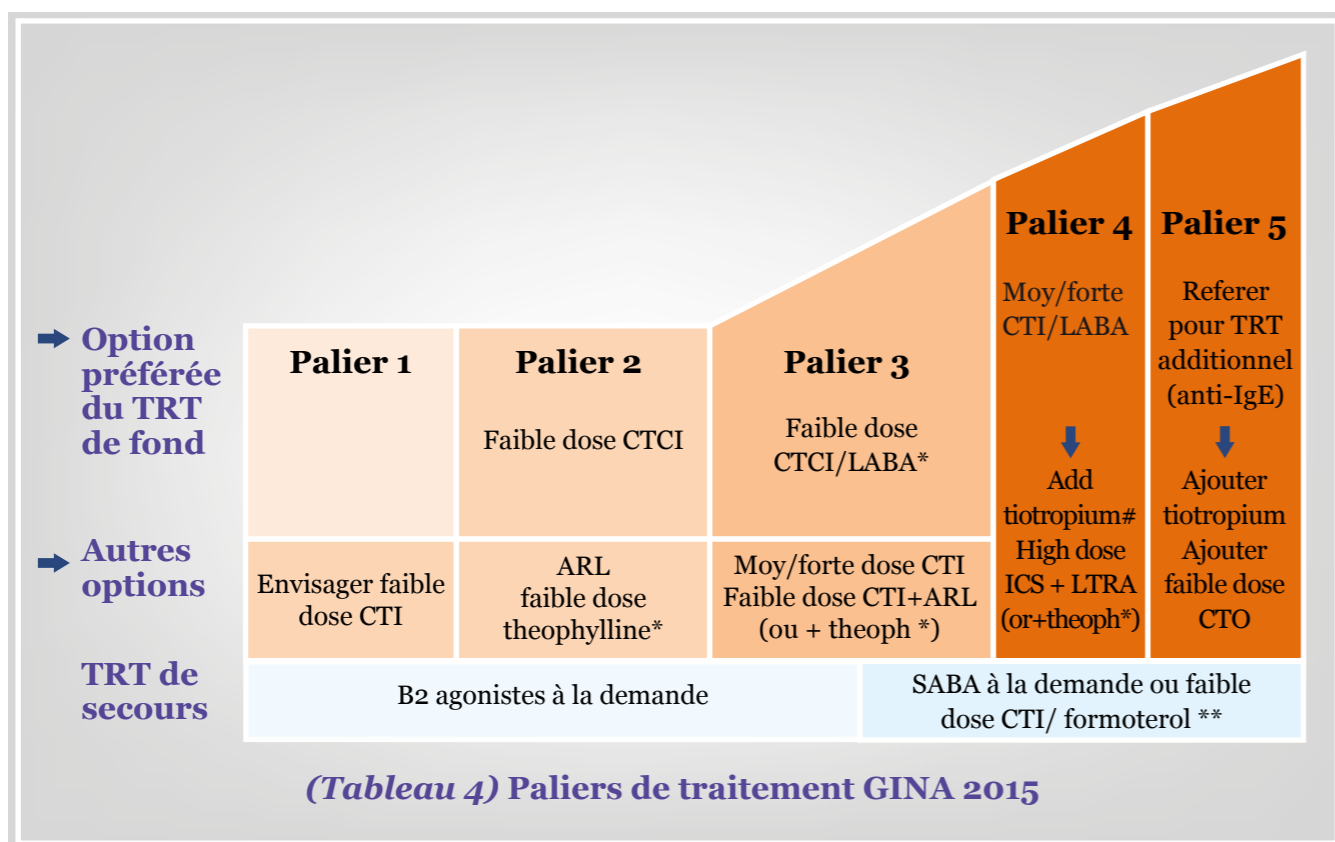
L'association CSI/BLDA entraîne une amélioration plus rapide des symptômes et du VEMS que les CSI seuls. En cas d'asthme allergique purement saisonnier, commencez immédiatement un CSI et arrêtez 4 semaines après la fin de l'exposition

STADE 3 : CSI/BLDA à faible dose en traitement d'entretien plus BCDA à la demande ou association CSI/formotérol en traitement d'entretien et

traitement aigu.

STADE 4 : Traitement d'entretien et traitement aigu par CSI/formotérol à faible dose ou traitement d'entretien par association CSI/BLDA plus BCDA à la demande.

STADE 5 : Adressez le patient à un spécialiste pour bilan et traitement supplémentaire.



Éviction de facteurs aggravants :

- Éviction allergénique : Éviction de pneumallergènes en cas d'allergie identifiée à un ou plusieurs allergènes
- Lutte antitabac : tant pour le tabagisme actif que passif.
- Proscrire les médicaments susceptibles de donner un bronchospasme :
 - β- bloquants quelle que soit la présentation.
 - L'aspirine et les AINS chez les sujets ayant des antécédents d'intolérance.
- Traitement des foyers infectieux (dentaires, ORL, bronchiques)
- Traitement d'un éventuel RGO.

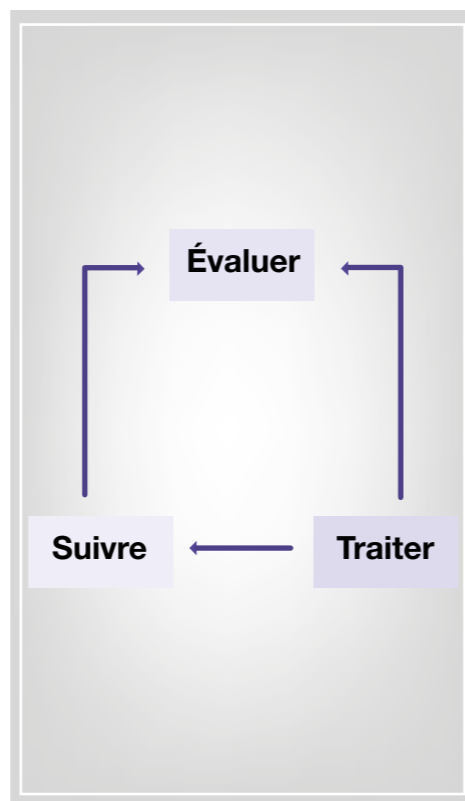
Éducation thérapeutique: L'objectif de l'éducation thérapeutique est de développer une relation de partenariat malade-médecin afin de permettre une meilleure observance et une autogestion optimale de la maladie, c'est le challenge à atteindre. Elle doit être permanente,

intégrée, répétée et surtout adaptée au niveau socio culturel du patient. Elle est basée sur trois actions principales:

- **L'information :** le malade doit avoir des informations sur :
 - Sur sa maladie
 - Sur son traitement
 - Sur son hygiène de vie
 - Sur les lieux et dates de consultation
- **La formation :** c'est l'apprentissage au malade des techniques d'inhalation
- **Le savoir faire :** apprendre au malade à s'autogérer lui-même.

- Traitement des comorbidités :**
- Obésité
 - Reflux gastro-œsophagien (RGO)
 - Anxiété et dépression
 - Rhinite/sinusite avec ou sans polypes
 - Allergie alimentaire

Le suivi de l'asthme: Le traitement de l'asthme doit être adapté en fonction d'un cycle continu basé sur le contrôle :



Niveau de contrôle	Action thérapeutique
Contrôle	Maintenir le contrôle et rechercher la dose minimale efficace
Partiellement contrôlé	Evaluer la stratégie d'augmentation des doses pour gagner en contrôle
Non contrôlé	Augmenter les doses jusqu'à obtenir le contrôle
Exacerbation	Traiter comme exacerbation

(Tableau 4) Décision pour le niveau de contrôle

Conclusion :

Le contrôle de la maladie asthmatique repose sur le contrôle de l'inflammation bronchique. Les corticoïdes inhalés, base du traitement de fond constituent les médicaments de première intention pour le maintien d'un contrôle adéquat. En cas de contrôle insuffisant l'action la plus efficace semble être la prescription au long cours d'un traitement utilisant l'action combinée par voie inhalatrice d'un corticoïde et d'un β-agoniste à longue durée d'action.

Bibliographie :

1. P. Demoly, P. Godard. Une synthèse sur l'épidémiologie de l'asthme Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique (2005).
2. Philippe Godard. Contrôle de l'asthme. Monographie. REV, Prat 2005

3. Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé : Mieux vivre avec son asthme. L'Éducation thérapeutique pour bien gérer votre asthme au quotidien, ANAES, Paris 2004.
4. François Jounieaux, Isabelle Tilie-Leblond. Diagnostic de l'asthme chez l'adulte. Monographie REV, Prat 2005
5. The reality of Asthma Control Study. Chapman KR. Boulet LP. FitzGerald MJ. McIvor RA. Zimmerman S. Présentée lors du congrès de l'ATS (American Thoracic Society). San Diego (californie). Mai 2005. American journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2005; 171 (Suppl A) ; A 687-679.
6. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. ANAES : rev mal respir 2004,21 :S1-10 www.anaes.fr.
7. Alain Didier, Laurent Tétu. Strategie thérapeutique dans la prise en charge de l'asthme. Monographie REV Prat 2005.
8. ANAES Education thérapeutique de l'enfant asthmatique. REV Pneumol clin 2004,60 :182-7.
9. GINA Guidelines for the diagnosis and management of asthma 2006
10. Management of Astma: A Guide to the Essentials of Good Clinical Practice, Third Edition UICT 2008
11. GINA Guidelines for the diagnosis and management of asthma 2014
12. GINA Guidelines for the diagnosis and management of asthma 2015

Contrôlez vos connaissances !

Mme BF, 22 ans, est suivie pour asthme depuis 2 ans, traitée par salbutamol en aérosol à la demande et du béclométasone 1 bouffée matin et soir. Depuis quelques mois elle présente 2 à 3 épisodes de gêne nocturne par mois et a recours au salbutamol 2 à 3 fois par semaine. Elle a du mal à faire son ménage.

1. Comment qualifieriez-vous la sévérité de l'asthme de votre patiente ?
2. Comment qualifieriez-vous le contrôle de l'asthme de votre patiente ?
3. Quel traitement lui proposez-vous ?
4. Quelle autre action envisagez-vous ?

Les réponses au quiz sont sur el-hakim.net