



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ASTHME SÉVÈRE

Évaluation de l'asthme sévère

Management of severe asthma

Article rédigé par C. Begne*,
d'après la communication de A. Magnan¹

¹ Université de Nantes, Service de Pneumologie, Plate-forme Transversale d'Allergologie, INSERM UMR 1087 équipe Pathologies bronchiques et allergies, Département Hospitalo-Universitaire DHU2020

MOTS CLÉS

Asthme sévère ;
GINA ;
Approche par pallier

KEYWORDS

Severe asthma;
GINA;
Palliative approach

Résumé

Les recommandations ERS / ATS définissent un asthme sévère chez une personne de plus de 6 ans comme un asthme ayant nécessité un traitement de palier 4 ou 5 selon le GINA. Le diagnostic d'asthme sévère nécessite une démarche appropriée en plusieurs étapes. La première étape est d'évaluer l'asthme afin de poser de façon certaine ce diagnostic, en éliminant les diagnostics différentiels principaux.

Ensuite, il faut évaluer le contrôle de l'asthme *via* les différents outils que le praticien a à sa disposition tels que les questionnaires ACT/ACQ. L'étape suivante est de décrypter le phénotype du patient, en faisant notamment de façon systématique un bilan allergologique. Selon le phénotype, il est alors possible de proposer au patient un traitement de façon ciblée. Enfin, selon le traitement administré, il ne faut pas oublier d'évaluer le bénéfice et les effets secondaires liés au traitement.

© 2015 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The ERS/ATS recommendations define severe asthma in a person of over 6 years as asthma requiring treatment according to GINA 4 or 5.

However, it is necessary to have an approach that passes through several stages before labelling a patient as a severe asthmatic. The first stage is to evaluate the asthma with the aim of establishing a definite diagnosis and eliminating the principal differentials.

Subsequently control of the asthma should be evaluated by the tools that the clinician has at his disposal such as the ACT/ACQ questionnaires. The next step is to determine the patient's phenotype, particularly a systematic assessment of the allergic status. According to the phenotype it is possible to propose a targeted treatment. Finally, depending on the treatment administered, it is important not to forget to evaluate the benefits and side effects.

© 2015 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : camille.begne@hotmail.fr (C. Begne).

Introduction

Les recommandations ERS/ATS définissent un asthme sévère chez un patient de plus de 6 ans comme un asthme ayant nécessité la prise d'un traitement de palier 4 ou 5 (corticoïdes inhalés à forte dose (selon l'âge) associés à des β_2 mimétiques de longue durée d'action, antileucotriènes, théophylline) du *Global Initiative for Asthma* (GINA) pendant l'année précédente ou la nécessité de prendre des corticoïdes par voie systémique plus de la moitié de l'année pour contrôler l'asthme ou qui demeure non contrôlé malgré ce traitement.

Évaluation de l'asthme

Il faut s'assurer en premier lieu que le patient présente de façon certaine un asthme. Pour cela, il est indispensable d'éliminer différents diagnostics différentiels dont la BPCO ou un emphysème. Il faut également rechercher les différentes comorbidités parfois associées. Cette évaluation passe par un interrogatoire complet mais également par l'exécution de certains examens complémentaires.

La spirométrie permet d'évaluer l'importance de l'obstruction et la réversibilité du VEMS en réponse aux beta-2 mimétiques permettant de confirmer le diagnostic de l'asthme.

Les explorations fonctionnelles respiratoires associant spirométrie, pléthysmographie et mesure du transfert de l'oxyde de carbone permettent également d'éliminer une BPCO.

Une radio de thorax ou un scanner thoracique permet de rechercher des atteintes parenchymateuses orientant vers une BPCO, ou des dilatations des bronches.

Enfin, un examen cardiologique avec un ECG ou une échocardiographie permet de rechercher une insuffisance cardiaque gauche.

De façon plus accessoire et plus rare, la recherche d'une hyperéosinophilie dans les expectorations induites peuvent aider à différencier un asthme d'une BPCO chez un patient présentant un trouble ventilatoire obstructif non réversible

Évaluation du contrôle de l'asthme

Si le diagnostic différentiel est éliminé, la deuxième étape est de savoir si l'asthme est contrôlé. Il existe pour cela plusieurs paramètres que le clinicien peut évaluer. Le meilleur de ces paramètres concerne les scores cliniques, faciles et reproductibles.

Il existe différents scores cliniques et notamment l'*Asthma Control Questionnaire* (ACQ), ou l'*Asthma Control Test* (ACT) (Tableau. 1).

Un mauvais contrôle de l'asthme est défini par la présence d'au moins l'un des 3 critères suivants :

- Mauvais contrôle symptomatique : *Asthma Control Questionnaire* (ACQ) >1,5 ou *Asthma Control Test* (ACT) < 20
- Exacerbations sévères fréquentes : ≥ 2 prises de corticoïdes systémiques (>3 jours chacun) dans l'année précédente

- Antécédent d'asthme aigu grave : au moins une hospitalisation en réanimation ou nécessité de ventilation mécanique dans l'année précédente
- Trouble ventilatoire obstructif : VEMS post-bronchodilatateur < 80 % de la valeur prédite (VEMS/CVF < à la limite inférieure de la normale).

Il est important de faire le diagnostic de perte de contrôle de l'asthme car c'est le facteur principal d'exacerbation sévère pouvant conduire à une hospitalisation en soins intensifs ou en réanimation [1] Hasegawa et al. ont étudié les caractéristiques de 1890 patients asthmatiques se présentant aux urgences pour une exacerbation. 85 % des patients n'avaient jamais vu de spécialiste, et 43 % n'avaient pas de corticoïdes inhalés dans leur traitement de fond.

D'autres facteurs de risques ont été identifiés notamment grâce à l'étude des facteurs de mauvais contrôle et d'exacerbation dans deux larges essais ayant évalué l'association budésonide/formotérol : Dans l'étude de Ten Brinke [2]. Les patients ayant plus de trois exacerbations sévères ($n = 39$) dans l'année précédente ont été comparés à ceux avec une seule exacerbation par an ($n = 24$). Un protocole de diagnostic systématique a été utilisé pour évaluer 13 facteurs de risque potentiels. Les facteurs de risques significativement associés à des exacerbations fréquentes étaient : une atteinte nasosinusienne sévère (OR 3,7) ; un reflux gastro-œsophagien (OR 4,9) ; des infections respiratoires récurrentes (OR 6,9) ; un dysfonctionnement psychologique (OR 10,8) ; et un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (OR 3,4). La sinusite et les dysfonctionnements psychologiques étaient les seuls facteurs associés indépendamment (OR ajusté 5,5 et 11,7, respectivement) avec le risque d'exacerbation. Tous les patients avec des exacerbations fréquentes présentaient au moins un de ces cinq facteurs, tandis que 52 % présentaient au moins trois facteurs.

L'étude de Bateman et al. [3] a analysé une base de données de 7446 patients asthmatiques à risque d'exacerbations. Les cinq facteurs les plus prédictifs d'une exacerbation étaient l'utilisation d'un traitement correspondant au palier 4 du GINA, la fréquence d'utilisation de bronchodilatateurs de courte durée d'action, Le VEMS post-bronchodilatateur, le questionnaire du contrôle de l'asthme, et l'indice de masse corporelle.

Enfin, une étude de Zeiger et al a évalué l'éosinophilie sanguine chez 2392 patients asthmatiques. Une hyperéosinophilie sanguine supérieure à $400/\text{mm}^3$ était associée à un risque plus important d'exacerbation [4].

Évaluation du phénotype d'asthme

Il est important de savoir que tous les phénotypes d'asthme existent parmi les asthmatiques sévères.

Wenzel et al montrait déjà l'importance de connaître le phénotype de son patient dans l'asthme sévère car il permettait alors un traitement adapté à la pathologie asthmatique [5].

Certaines thérapeutiques de l'asthme sévère sont accessibles uniquement lorsque le patient présente le « bon profil ». Par exemple, un traitement par anticorps anti IgE ou Omalizumab est accessible sous certaines conditions :

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215514>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215514>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)