



Revue générale

Contrôle de l'asthme en 2010

Control of asthma in 2010

A.B. Tonnel^a, J. Schlatter^a

^a Faculté de Médecine de Lille, France

INFO ARTICLE

Mots-clés

Asthme
Contrôle
Questionnaire d'évaluation
Education
Schéma de traitement

Key-words

Asthma
Control
Evaluation questionnaire
Education
Treatment scheme

Auteur correspondant

Pr André-Bernard TONNEL
Faculté de Médecine de Lille
59037 - France
Adresse e-mail :
andretonnel@aol.com

Conflits d'intérêts : aucun

RESUME

Le contrôle de l'asthme est un élément-clé de la prise en charge du malade asthmatique en 2010. Le contrôle évalue l'activité de la maladie sur une période brève (1 semaine pour le Questionnaire ACQ, 4 semaines pour l'ACT). Ce contrôle repose essentiellement sur la quantification des symptômes et l'adaptation à la vie quotidienne, éventuellement aussi sur la mesure du débit expiratoire de pointe (DEP). Il est jugé inacceptable, acceptable ou total, le contrôle total étant plutôt requis dans l'asthme léger ou modéré et chez l'enfant.

Plusieurs facteurs influencent le contrôle de l'asthme : les facteurs liés au patient lui-même (surestimation du niveau de contrôle par le malade lui-même, mauvaise perception de la dyspnée, tabagisme persistant et mauvaise observance), les facteurs liés au médecin (nécessité d'un schéma de traitement simple et éducation du patient) et la prise en compte de co-morbidités (reflux gastro-oesophagien, obésité, polluants ...).

Enfin, dès que le contrôle est obtenu, il est indispensable d'adapter le traitement à l'état précis du malade : diminution des doses ou ré-augmentation si nécessaire. Dans tous les cas, le médecin se doit de rechercher la dose minimale efficace.

J Func Vent Pulm 2010;01(01):15-18.

© 2010 Association Franco-Vietnamienne de Pneumologie (AFVP). Tous droits réservés.

ABSTRACT

The control of asthma is a key-element in the treatment of asthma patient in 2010. This control evaluates the activities of the patients in a short period of time (one week for ACQ questionnaire, forth weeks for ACT questionnaire). The control is based essentially on the quantification of symptoms and the adaptation of daily life, eventually also on the measurement of peak expiratory flow (PEF). It is considered unacceptable, acceptable or total. The total control is preferably required for mild or moderate asthma and in the children.

There are many factors it might influence the control of asthma : the factors which are related to the patients them-selves (surestimation of the control level by the patient himself, poor perception of dyspnea, persistent smoking, and bad observance), the factors related to the physicians (necessity of simply treatment schema and patient education), and the consideration of co-morbidity (gastro esophageal reflux, obesity, pollutants ...).

Finally, as soon as the control is obtained, it is indispensable to adapt the treatment to the precise status of the patient : decrease or reincrease of dose if necessary). In all cases, the physicians should find out a minimal efficacy dose.

J Func Vent Pulm 2010;01(01):15-18.

© 2010 Association Franco-Vietnamienne de Pneumologie (AFVP). All right reserved.

INTRODUCTION

La prévalence de l'asthme continue à augmenter partout dans le monde depuis plus d'une génération. Même si cette croissance apparaît aujourd'hui moins impressionnante, elle se maintient à un niveau élevé. Dans un travail récent, JAMES [1] a montré que la prévalence est passée de 8% en 1981 à 19% en 2005 - 2007 alors même que le tabagisme régressait. Cette prévalence accrue concerne surtout la tranche d'âge des 18 - 54 ans. En 2010 l'asthme demeure donc une préoccupation majeure des Autorités de Santé et justifie l'intérêt d'une prise en charge optimale associée à une adaptation régulière des traitements. Longtemps, sous l'impulsion de GINA 2002, les recommandations internationales ont privilégié le suivi de la *sévérité de l'asthme*, mais ce critère ne tenait pas compte de la *variabilité* de la maladie, ni des traitements mis en œuvre. Depuis lors, plusieurs organisations (la Haute Autorité de Santé en France en 2004, GINA en 2006 et 2008) ont mis en exergue l'importance du *contrôle de l'asthme* pour guider l'action du thérapeute [2, 3].

LE CONTRÔLE DE L'ASTHME

Définition

Le contrôle de l'asthme évalue l'activité de la maladie sur une période brève (1 semaine à 3 mois). Le contrôle diffère de la sévérité qui se mesure sur une période plus longue (6 à 12 mois). Elle apparaît plus liée à l'histoire de la maladie, à l'hyperréactivité bronchique (HRB), et au remodelage bronchique. Le terme de gravité répond à la situation à un instant donné (lors d'une exacerbation sévère par exemple).

Le contrôle repose principalement sur la quantification des symptômes et fait appel aux questionnaires validés et traduits comme l'ACQ5 [4] et l'ACT, lequel évalue sur une période de 7 jours, 5 items cliniques (calculés de 1 à 5, soit un score maximal de 25 points : quand le score est égal ou > à 19, le patient est considéré comme bien contrôlé [5].

Accessoirement, on recourt pour juger du bon contrôle aux explorations fonctionnelles respiratoires (EFR), notamment le débit expiratoire de point (DEP) ou le volume expiratoire maximal en une seconde (VEMS). L'ACQ6 inclut la mesure du VEMS, mais cette donnée supplémentaire, utile chez certains malades, est difficile à obtenir en pratique quotidienne. Des critères biologiques ont aussi été proposés pour valider et/ou renforcer les données cliniques : ce sont le % d'éosinophiles dans l'expectoration spontanée ou plus souvent induite (technique fiable mais difficile à obtenir en clinique quotidienne) et le NO exhalé très discuté à l'heure actuelle.

Les critères de contrôle

Dans le rapport de l'ANAES et de l'AFSSAPS de 2004 qui combine les recommandations françaises et canadiennes, le contrôle est classé en 3 niveaux :

Le contrôle *inacceptable*, défini par la non-satisfaction de plusieurs critères.

Le contrôle *acceptable* qui est le minimum à rechercher chez tout asthmatique.

Le contrôle *optimal* ou *total* qui correspond soit à l'absence de toute anomalie : c'est l'équivalent du « Total Control » de GINA, soit à l'obtention du meilleur compromis entre le niveau

contrôle et la survenue d'effets secondaires mais aussi l'acceptation du malade. Ce compromis est à vrai dire une notion ambiguë mais correspond assez bien aux conditions habituelles de la pratique médicale.

L'*exacerbation* qui caractérise l'échec du contrôle repose sur l'aggravation significative des symptômes, en général 2 jours de suite, justifiant une majoration du traitement de fond à l'occasion d'une visite non-programmée chez le médecin, une admission au sas d'urgence, voire d'une hospitalisation. Les exacerbations, leur nombre, leur gravité représentent souvent un élément crucial d'évaluation de l'efficacité des nouvelles thérapeutiques : elles constituent, dans nombre d'essais cliniques, le critère principal. L'analyse des conditions de survenue d'une exacerbation a été précisée : Tattersfield [6] a démontré qu'avant l'acmé de l'exacerbation, les patients se plaignaient d'une montée progressive de la gêne respiratoire les jours précédents, ce qui a justifié la mise en œuvre ultérieure de la technique de traitement SMART (Single Maintenance And Rescue Therapy) qui fait appel à l'association fixe formotérol - budésonide 200µg à la fois en traitement de fond et comme médication de secours.

Facteurs influençant le contrôle de l'asthme

Ils se répartissent en 3 groupes différents : facteurs de non-contrôle liés au patient lui-même, liés au médecin qui a pris en charge le patient, ou liés à des co-morbidités.

Facteurs de non-contrôle liés au patient lui-même

Il y a souvent une *surestimation du niveau de contrôle par le malade*. Dans une enquête conduite en France par Godard au nom de la Société de Pneumologie de Langue Française [7], à la question : « comment va votre asthme ? » posée par leur médecin généraliste, 53% répondent *très bien* ou *bien*, 39% *assez bien* et 8% *mal*. En réalité, 79 % de ces patients avaient un contrôle inacceptable selon les critères habituels. Une enquête similaire a été menée en Grande Bretagne [8] et a conduit à cette même dissociation entre « impression subjective des patients » et les données du questionnaire ACQ6.

L'autre facteur difficile à détecter est la *mauvaise perception de la dyspnée* dont on connaît la fréquence chez l'asthmatique (20 - 25 %) et les risques qui en découlent en termes d'hospitalisation ; de « near fatal asthma » et de décès [9]. Une approche physiopathologique faisant appel à l'activation sélective de certaines zones du cerveau humain (insula, substance grise au pourtour de l'Aqueduc de Sylvius) sous l'effet de la douleur ou de la dyspnée révèle une susceptibilité particulière de ces territoires chez les patients atteints d'asthme [10] ...

Un autre écueil est la *mauvaise observance* du traitement (oubli, mauvaise compréhension du schéma de traitement ou technique d'inhalation défectueuse).

Dernier point essentiel lié au malade : la persistance du tabagisme (30% des asthmatiques fument) et l'exposition aux drogues illicites (héroïne, cocaïne ...) qui aggravent les symptômes et le profil des exacerbations [11].

Facteurs de non-contrôle liés au médecin

Plusieurs erreurs sont possiblement en cause

1) Une mauvaise orientation diagnostique, c'est-à-dire les « Faux asthmes » que la consultation auprès du pneumologue

permet souvent de rectifier.

2) La surestimation du contrôle de l'asthme par le MG et/ou le spécialiste : ceci justifie la pratique des *EFR chez tous les asthmatiques* et leur répétition en cas de nécessité : la Haute Autorité de Santé en France propose d'ailleurs un schéma de la fréquence des consultations et des EFR au cours du suivi des patients contrôlés en fonction de la dose des CSI nécessaire.

3) Plus délicate à percevoir par le praticien est sa capacité à proposer un traitement adapté à son malade ce qui signifie un traitement « accepté ». Pour atteindre ce but deux conditions sont requises : la simplification du schéma thérapeutique et une meilleure éducation de l'asthmatique passant par un plan d'action écrit et personnalisé.

Facteurs de non-contrôle en relation avec les comorbidités

Elles sont très nombreuses, bien connues de tous. Quatre d'entre-elles méritent une mention particulière : le reflux gastro-oesophagien, l'obésité, la pollution urbaine et la présence méconnue d'une composante allergique qui, toutes, ont fait l'objet de publications récentes et innovantes.

Le reflux gastro-oesophagien (RGO)

L'association RGO et asthme est fréquente mais la relation de causalité est difficile à établir. Une étude récente mise en place sous l'égide de l'American Lung Association a rassemblé 412 asthmatiques mal contrôlés : la moitié de l'effectif recevait à titre systématique un inhibiteur de la pompe à protons (IPP), en l'occurrence l'esomeprazole pendant 24 semaines ; les autres recevaient un placebo. Le traitement par IPP n'a pas permis d'améliorer le contrôle de l'asthme dans le groupe IPP (+) [12]. On peut donc en conclure que le RGO asymptomatique n'est pas une cause habituelle de perte de contrôle. Dans ce même domaine du RGO, l'accord est désormais unanime pour récuser la réparation chirurgicale du reflux dans l'espoir d'améliorer l'asthme. La chirurgie du RGO relève donc exclusivement d'indications digestives.

L'obésité

L'obésité majore le risque d'asthme et favorise l'asthme sévère, notamment chez l'enfant. La période à laquelle se manifeste ce surpoids est importante. Des auteurs néerlandais [13] ont suivi une cohorte de 3 700 enfants avec un IMC (index de masse corporelle) élevé : ils observent une nette augmentation des symptômes d'asthme et de l'HRB si le IMC reste élevé à l'âge de 6 - 7 ans. Par contre, si ce facteur de risque est élevé pendant les premières années de la vie mais se normalise avant 6 - 7 ans, l'évolution vers l'asthme sévère ne se fait pas !!.

La pollution urbaine

De multiples travaux ont été consacrés à cette thématique : on sait désormais que la pollution est un facteur de déséquilibre des asthmatiques : à Londres, le simple fait de marcher en zone polluée (Oxford Street) entraîne une majoration des symptômes et de la fonction respiratoire (chute de 5 - 8 % de la CVF, capacité vitale forcée, et du VEMS) alors que le même exercice physique dans Hyde Park situé quelques centaines de mètres plus loin est sans conséquence respiratoire sur les scores de symptômes et les critères fonctionnels [14].

La méconnaissance du terrain allergique sous-jacent

Il a été démontré que les allergènes fongiques et certains allergènes professionnels sont susceptibles de déséquilibrer un asthme

Comment assumer au mieux le contrôle des patients ?

La gestion du concept de contrôle reste un problème délicat à résoudre pour le clinicien.

1) Faut – il viser au contrôle TOTAL ou au contrôle OPTIMAL (acceptable) ?

Ce choix est fonction de l'objectif recherché : amélioration des symptômes, de la qualité de vie, des critères fonctionnels respiratoires ou de l'hyperréactivité bronchique non spécifique (HRB). Il est certain que le praticien recherche, avant tout, un gain sur les 2 premiers items.

Le choix est fonction de l'âge du patient, avec un niveau d'exigence accru chez les enfants.

Actuellement, exception faite des essais cliniques, il n'est nécessaire d'utiliser les critères biologiques ni la mesure de l'HRB.

2) Quand le contrôle est obtenu, comment organiser le suivi ?

Il y a, dans tous les cas, nécessité de rechercher la « dose minimale efficace ».

Cette mesure est indispensable pour limiter les effets secondaires des médicaments, en particulier des corticostéroïdes.

Pour les corticostéroïdes inhalés (CSI), on propose, si le suivi l'autorise, une diminution tous les 3 mois, avec des paliers de 25 à 50% par rapport à la posologie antérieure.

La question suivante est celle de l'alternative : STEP-UP ou STEP-DOWN ? [15, 16]. La préférence du clinicien va généralement au step-down : le recours à une dose initiale FORTE permet d'équilibrer d'emblée le patient. Mais il ne faut pas oublier de réduire les doses dans un 2^{ème} temps. Utiliser le step-up exige plus de temps et un confort moindre pour le patient dans la mesure où on respecte les paliers de 3 mois !!! Il faut enfin rappeler le rôle-clé de l'éducation du patient et de son entourage [17, 18].

CONCLUSIONS

Il y a nécessité chez chaque malade d'adapter le traitement en fonction de son profil évolutif : c'est la notion même de *contrôle* de l'asthme. Le dilemme entre *contrôle total* ou *optimal (acceptable)* dépend de la sévérité de l'asthme : le contrôle total est plus facile à obtenir dans l'asthme léger. Face à un asthme sévère les exigences sont plus modestes et tendent à proposer un contrôle acceptable. Par contre la recherche de la dose minimale efficace demeure une règle intangible.

REFERENCES

1. James AL et al Changes in the prevalence of asthma in adults since 1966. *Eur Respir J* 2010 ; 35 : 273 - 8.
2. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. *Presse Med* 2005;

4. Juniper EF et al. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. *Eur Respir J* 1999 ; 14 : 902 - 7.
5. Nathan RA et al. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. *J Allergy Clin Immunol* 2004 ; 113 : 59 - 65.
6. Tattersfield AE et al. Exacerbations of asthma. A descriptive study of 425 severe exacerbations. *Am J Respir Crit Care Med* 1999 ; 160 : 594 - 9.
7. Godard Ph et al. ER'Asthme, contrôle de l'asthme chez 16580 patients suivis en médecine générale. *Presse Med* 2005 ; 34 : 1351 - 7.
8. Partridge MR. Attitudes and actions of asthmatic patients on regular maintenance therapy : the INSPIRE study. *BMC Pulmonary Medicine* 2006 ; 6 : 13 - 22.
9. Magadle R et al. The risk of hospitalization and near fatal asthma in relation to the perception of dyspnea. *Chest* 2002 ; 121 : 329 - 33.
10. von Leupoldt et al. Down-regulation of insular cortex responses to dyspnea and pain in asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2009 ; 180 : 232 - 8.
11. Levine M et al. The effects of cocaine and heroin use on intubation rates and hospital utilization in patients with acute asthma exacerbations. *Chest* 2005 ; 128 : 1951 - 7.
12. The American Lung Association Asthma (ALAA) clinical Research Centers. Efficacy of esomeprazole for treatment of poorly controlled asthma. *N Engl J Med* 2009 ; 360 : 1487 - 99.
13. Scholtens S et al. Overweight and changes in weight status during childhood in relation to asthma symptoms at 8 years of age. *J Allergy Clin Immunol* 2009 ; 123 : 1312 - 8.
14. McCreanor J et al. Respiratory effects of exposure to diesel traffic in persons with asthma. *N Engl J Med* 2007 ; 357 : 2348 - 58.
15. Lemanske RF et al. Step-up therapy for children with uncontrolled asthma receiving inhaled corticosteroids. *N Engl J Med* 2010 ; 362 : 975 - 85.
16. Powell H, Gibson PG. High dose versus low dose ICS as initial starting dose for asthma in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 ; 2 : CD04109.
17. Bateman ED et al. Overall asthma control : the relationship between current control and future risk. *J Allergy Clin Immunol* 2010 ; 125 : 600 - 8.
18. Boyd M et al. Interventions for educating children who are at risk of asthma-related emergency department attendance. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 ; 15 : 001290.