



# DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME

(d'après les recommandations du GINA<sup>1</sup>, du NIH<sup>2</sup> et de la SPLF<sup>3</sup>)



## CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Rechercher la présence d'antécédents de troubles respiratoires variables

**Symptômes : sifflement, dyspnée, oppression thoracique, toux**

- Variable dans le temps et d'intensité variable
- Apparition ou aggravation la nuit ou à la marche
- Déclenchement par l'effort, le rire, les allergènes ou l'air froid
- Survenue ou aggravation lors d'infections virales

Évaluer la limitation du flux expiratoire

**Variabilité excessive de la fonction pulmonaire et limitation du débit d'air**

- Test de réversibilité aux bronchodilatateurs positif
- Variabilité excessive du DEP 2 fois par jour pendant 2 semaines
- Augmentation de la fonction pulmonaire après 4 semaines de traitement anti-inflammatoire
- Variabilité excessive de la fonction pulmonaire entre les visites de suivi



## FACTEURS FAVORISANTS ET COMORBIDITÉS

**Facteurs favorisants**

- Tabagisme
- Exposition à des irritants ou des allergènes
- Traitements concomitants (aspirine, AINS)
- Allergie alimentaire
- État psychique
- Infections virales
- Événements climatiques
- Facteurs hormonaux

**Comorbidités**

- Rhinite
- Rhino-sinusite
- Reflux gastro-œsophagien
- Obésité
- Apnée obstructive du sommeil



## DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

- Toux chronique
- Dysfonction des cordes vocales
- Hyperventilation
- Bronchectasie
- Mucoviscidose
- Déficit en  $\alpha$ 1-antitrypsine
- Maladie congénitale cardiaque
- Inhalation de corps étranger
- BPCO
- Embolie pulmonaire
- Maladie pulmonaire parenchymateuse
- Obstruction des voies respiratoires centrales



## ÉVALUATION DE LA SÉVÉRITÉ (> 12 ANS)

Composants de la sévérité	Intermittent	Persistant		
		Léger	Modéré	Sévère
Symptômes	≤ 2 jours/semaine	> 2 jours/semaine, mais pas tous les jours	Tous les jours	Tous les jours, plusieurs fois/jour
Réveils nocturnes	≤ 2 fois/mois	3 à 4 fois/mois	> 1 fois/semaine, mais pas toutes les nuits	Toutes les nuits
Impact sur l'activité physique	Aucun	Impact mineur	Impact modéré	Impact sévère
Fonction pulmonaire	VEMS > 80 % des valeurs prédites	VEMS ≥ 80 % des valeurs prédites	60 % < VEMS > 80 % des valeurs prédites	VEMS < 60 % des valeurs prédites

La sévérité de l'asthme peut être évaluée rétrospectivement à partir du niveau de traitement nécessaire pour contrôler les symptômes :

- Asthme léger : traitement de niveau 1 ou 2
- Asthme modéré : traitement de niveau 3
- Asthme sévère : traitement de niveau 4 ou 5

**AINS** : anti-inflammatoire non-stéroïdien ; **BPCO** : bronchopneumopathie chronique obstructive ; **DEP** : débit expiratoire de pointe ; **GINA** : Global Initiative for Asthma ; **NIH** : National Institutes of Health ; **SPLF** : Société de Pneumologie en Langue Française ; **VEMS** : volume expiratoire maximal par seconde.



# DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME

(d'après les recommandations du GINA<sup>1</sup>, du NIH<sup>2</sup> et de la SPLF<sup>3</sup>)



## ► PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME

**Objectifs : contrôler les symptômes et réduire les risques d'exacerbations**

- Traitement des facteurs de risque modifiables (tabagisme...)
- Stratégies et interventions non-pharmacologiques (activité physique...)
- Médicaments (traitement de fond et traitement de secours)

	Intermittent	Persistant			Sévère
		Léger	Modéré		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Traitements nécessaires au contrôle de l'asthme		Faible dose de CSI	Faible dose de CSI/LABA	Moyenne/Forte dose de CSI/LABA	Traitement additionnel (tiotropium, anti-IgE, anti-IL5)
Autre option de contrôle	Faible dose de CSI	LTRA <b>OU</b> Faible dose de théophylline	Moyenne/Forte dose de CSI <b>OU</b> Faible dose de CSI + LTRA ou + théophylline	Tiotropium <b>OU</b> Moyenne/Forte dose de CSI + LTRA + théophylline	Faible dose de CSO
Traitement de secours	Si besoin, SABA		Si besoin, SABA ou faible dose de CSI/formatérol		



## ÉVALUATION DE LA RÉPONSE ET AJUSTEMENT DU TRAITEMENT

### Fréquence des consultations de suivi

- 1 à 3 mois après initiation du traitement
- Puis tous les 3 à 12 mois
- *En cas de grossesse : toutes les 4 à 6 semaines*
- *Après une exacerbation : dans la semaine qui suit*

### Facteurs influençant la fréquence du suivi

- Niveau de contrôle initial du patient
- Réponse au précédent traitement
- Capacité et volonté du patient de s'engager dans une auto prise en charge avec un plan d'action

# 1

### Évaluer le contrôle de l'asthme et du risque d'évolution défavorable à long terme

- Contrôle des symptômes au cours des 4 dernières semaines
- Identification des facteurs de risque d'évolution négative
- Mesure de la fonction respiratoire au diagnostic, 3 à 6 mois après le début du traitement, puis suivi régulier

# 2

### Évaluer les problématiques liées au traitement

- Appréciation de la technique d'inhalation
- Vérification de l'observance
- Interrogation du patient sur son comportement et ses objectifs concernant l'asthme et le traitement

# 3

### Évaluer les comorbidités

- Analyse de l'impact sur la qualité de vie et le contrôle des symptômes

## ASTHME CONTRÔLÉ

### Diminution du traitement

En cas de contrôle maintenu pendant 3 mois

- Choisir une période adaptée (absence d'infection respiratoire, pas de voyage ou de grossesse)
  - Documenter le statut initial (fonction respiratoire)
  - Impliquer le patient (plan d'action écrit)
  - Diminuer la dose de CSI de 25 à 50 % tous les 2-3 mois
- L'arrêt total de CSI est déconseillé

## ASTHME NON-CONTRÔLÉ

### Augmentation progressive du traitement

En cas de non-contrôle malgré un traitement adapté

- Augmenter de façon continue pendant 2 à 3 mois  
**OU**
- Augmenter progressivement pendant 1 à 2 semaines (au cours d'une infection virale...)  
**OU**
- Ajuster au jour le jour (en fonction des traitements de fond et de secours)

CSI : corticostéroïde inhalé ; CSO : corticostéroïde oral ; LABA : bronchodilatateur de longue durée d'action ; LTRA : antagoniste des récepteurs aux leucotriènes ; SABA : bronchodilatateur de courte durée d'action

1. GINA. Global strategy for asthma management and prevention. 2018. 2. NIH. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. 2007. 3. SPLF. Rev Mal Respir 2016; 33: 279-325.

