

Asthme

P. Chanez¹, P. Godard¹
N. Roche² (Rapporteur)

Définition

Les éléments de la définition de l'asthme proviennent de la description physiopathologique et clinique de la maladie : premiers cités, inflammation des voies aériennes, hyperréactivité bronchique, caractère bref et transitoire des signes fonctionnels, variabilité et réversibilité du syndrome ventilatoire obstructif, en particulier sous l'influence des bronchodilatateurs et glucocorticoïdes.

Diagnostic

Les signes fonctionnels de l'asthme ont été peu étudiés quant à leur sensibilité, à leur spécificité et à leurs valeurs prédictives, qui paraissent insuffisantes. La définition de la réversibilité ou de son caractère significatif ne provient que d'opinions d'experts. Il en est donc de même de l'utilité des cures courtes de corticostéroïdes pour identifier les patients asthmatiques, ce d'autant que dans la littérature ces cures sont variables dans la dose et la durée. En revanche, elles permettent d'identifier les malades présentant une corticorésistance.

Rhinite et asthme

Plusieurs arguments plaident en faveur du lien entre rhinosinusite persistante et asthme : caractéristiques communes de l'inflammation et des remaniements structurels (3), recouvrement épidémiologique (2), chronicité similaire (3), risque accru d'asthme en cas de rhinite (2), risque accru d'hyperréactivité bronchique chez les sujets atteints de rhinite (2), survenue d'une inflammation bronchique après provocation allergénique nasale (1), communauté des facteurs favorisant (3).

Définitions

Sur le plan de la terminologie, trois notions s'opposent et se complètent : *la gravité* qui fait référence à un état ponc-

¹ Hôpital Arnaud de Villeneuve, Clinique des Maladies Respiratoires, Montpellier, France.

² Service de Pneumologie, Hôtel Dieu, Paris, France.

Tirés à part : P. Chanez
Clinique des Maladies Respiratoires, Hôpital Arnaud de Villeneuve, 371, avenue du Doyen Gaston Giraud, 34295 Montpellier Cedex 05.
chanez@montp.inserm.fr

tuel, le *contrôle* qui fait référence aux événements récents, et la *sévérité* qui se juge sur l'année écoulée.

La définition de l'exacerbation est variable selon les études et repose sur le recours aux soins, l'existence d'une symptomatologie fonctionnelle persistante, la nécessité d'une corticothérapie orale (3-4).

L'exacerbation peut être opposée au mauvais contrôle : celui-ci est défini par une variabilité de la symptomatologie et de la fonction respiratoire avec retour à l'état de base entre des aggravations de courte durée, alors que l'exacerbation est caractérisée par une aggravation persistante sans retour à l'état de base.

Plusieurs questionnaires d'évaluation du contrôle de l'asthme ont été développés et portent sur les événements survenus dans les 1 à 4 semaines précédant la consultation. Certains vont même jusqu'à une durée de trois mois, voire toute la durée écoulée depuis la précédente consultation. Il n'y a pas d'argument dans la littérature pour préférer l'un ou l'autre de ces délais.

L'adaptation de la prise en charge au long cours repose sur l'appréciation de la sévérité, mais les critères de classification ne peuvent assortir que d'un niveau de preuve scientifique 3 et 4. La notion de sévérité reposait initialement sur les mêmes items que le contrôle appréciés sur un plus long terme, la consommation de traitement en urgence et la dyspnée intercritique. Actuellement, le jugement de la sévérité doit se faire de manière plus objective, selon le contrôle et la quantité de médicaments nécessaires pour le maintenir (3-4).

La définition de l'asthme sévère ou difficile suppose d'avoir établi qu'il s'agit bien d'un asthme, que l'observance thérapeutique est correcte et qu'il n'y a pas de co-morbidités (3-4). L'asthme sévère ou difficile est alors défini par des exacerbations fréquentes avec séjours en Unité de Soins Intensifs, impossibilité de normaliser la fonction respiratoire, nécessité de fortes doses de corticostéroïdes inhalés, voire corticodépendance orale, et éventuellement anomalies de la corticosensibilité.

Face aux différents termes utilisés pour définir le contrôle, les exacerbations, la sévérité, il apparaît important d'harmoniser le langage entre les différents intervenants, dans un objectif de meilleure communication entre eux et avec les malades.

Facteurs aggravants

Les facteurs de risques de perte de contrôle de l'asthme sont :

- l'interruption d'un traitement anti-inflammatoire (2) ;
- les infections virales (1-2) ;
- l'aspirine et les bêta-bloquants (2) ;
- les facteurs hormonaux (recrudescence pré-menstruelle : (2-3) ;
- les allergènes (2-3) ;
- la pollution atmosphérique (2-3) ;
- la pollution domestique (3-4) ;
- les facteurs météorologiques (3).

- Le rôle des infections est impliqué à plusieurs niveaux :
- survenue des exacerbations (1-2) ;
 - prévention de la survenue d'un asthme (2-3) ;
 - induction d'un asthme (2-3) ;
 - persistance de l'asthme (3-4) en ce qui concerne *Chlamydiae*, *Mycoplasme*, *adénovirus*.

Asthme aigu grave

Les données actuelles de la science concernant la prise en charge de l'asthme aigu grave peuvent être résumées comme suit :

- intérêt de protocoles d'évaluation (3) ;
- nécessité de mesurer la fonction respiratoire (3) et les gaz du sang (4) ;
- efficacité du traitement par bêta-2 agonistes de courte durée d'action (1), glucocorticoïdes (1), anticholinergiques (1-2), oxygénothérapie (4) ;
- intérêt en seconde ligne des bêta-2 agonistes intra-veineux, de l'héliox, du magnésium intra-veineux (2-3) ;
- nécessité d'une réévaluation régulière (3).

Les critères d'hospitalisation sont assortis d'un niveau de preuve 4 (DEP < 60 % de la valeur prédite ou 100 l/mn, absence d'amélioration clinique, asthme sévère sous-jacent, problèmes psycho-sociaux).

Il en est de même des critères de retour à domicile (DEP > 60 % ou 300 l/mn).

À l'issue d'un asthme aigu grave, une corticothérapie orale de 7 à 14 jours doit être prescrite (1) associée à une corticothérapie inhalée (1) et à un suivi assorti d'une éducation thérapeutique (3-4).

Traitement de fond

L'efficacité du traitement corticostéroïde inhalé est établie (1-2). Elle porte sur la diminution des signes fonctionnels, des exacerbations, des décès et des coûts et l'amélioration du contrôle, de la fonction respiratoire, de la réactivité bronchique. Tous ces effets ont été démontrés par rapport au placebo.

Néanmoins, des questions subsistent sur la corticothérapie inhalée :

- Modifie-t-elle de la sévérité, c'est-à-dire, interagit-elle avec l'histoire naturelle de la maladie ?

- Quels sont ses effets secondaires systémiques à long terme ?

En ce qui concerne les bêta-2 agonistes à courte durée d'action :

- leur utilisation importante est associée à une perte de contrôle (3) ;
- il est préférable de les administrer à la demande qu'en systématique (3-4) ;
- ils ne sont pas associés à un risque de surmortalité (1-2).

L'intérêt des bêta-2 agonistes de longue durée d'action est assorti d'un niveau de preuve 1. Ces agents améliorent le contrôle de l'asthme quand la corticothérapie inhalée seule est

insuffisante (1). Leur adjonction à la corticothérapie inhalée est supérieure au doublement de la dose de cette dernière (1). Enfin, ils doivent toujours être utilisés en association à une corticothérapie inhalée (2).

Le bénéfice des associations fixes par rapport à l'association séparée des bêta-2 agonistes de longue durée d'action et des corticostéroïdes inhalés n'est pas établi, de même que l'intérêt d'une association fixe administrée ou modulée à la demande.

En ce qui concerne les antagonistes des récepteurs aux cystéinyls-leucotriènes :

- leur intérêt chez les malades porteurs d'un asthme d'exercice est établi, de même que leur intérêt en monothérapie dans l'asthme léger (niveau 1) ;
- leur équivalence des anti-leucotriènes par rapport à une corticothérapie inhalée à faible dose (400 µg/jour de béclométa-sonne) n'est pas claire ;
- l'équivalence d'un anti-leucotriène par rapport à un bêta-2 agoniste à longue durée d'action chez les malades traités par corticothérapie inhalée n'est pas clairement établie.

Les questions qui restent posées à leur sujet concernent leur rôle dans l'asthme sévère, leur effet sur la rhinosinusite, leur rôle dans l'asthme induit par l'aspirine (démonstré dans une seule étude).

Enfin, le contrôle environnemental est utile (2-3) : il comporte la réduction de l'exposition allergénique et l'évic-

tion du tabagisme actif et passif, des irritants non spécifiques, des facteurs aggravants professionnels.

L'éducation thérapeutique est aussi un élément essentiel du traitement (1) ; elle se base en particulier sur l'action de plusieurs intervenants (3) et l'utilisation de plans d'autogestion (1-2), éventuellement fondés sur la mesure du débit de pointe (2).

Questions non résolues

De nombreuses questions restent posées :

- intérêt de la notion de contrôle ;
- impact de l'observance ;
- rôle des comorbidités (obésité) dans l'histoire naturelle de l'asthme ;
- causes de l'augmentation du nombre d'asthmatiques ;
- intérêt pratique de la définition des niveaux de sévérité de l'asthme ;
- mécanismes en cause dans la variabilité de l'histoire naturelle de la maladie ;
- conséquences à très long terme des traitements sur le plan de l'histoire naturelle ;
- intérêt de nouveaux paramètres pour le suivi, évaluant en particulier l'inflammation.