

## Pourquoi le contrôle de l'asthme ?

Omar.CHABATI<sup>1</sup>, Ourida.GACEM<sup>2</sup>

1. Service de pneumo-physiologie A, CHU Béni Messous Alger

2. Service de pédiatrie, EPH Djillali Belkhenchir Birtraria, Alger

### Introduction

L'asthme est une maladie chronique caractérisée par une inflammation de la muqueuse bronchique, c'est une maladie complexe qui doit être prise en charge sur le long terme, les modifications des symptômes et de l'obstruction bronchique interviennent sur des périodes plus ou moins longues.

Il est important de préciser que les symptômes ainsi que l'obstruction bronchique, peuvent être réversibles sous l'effet du traitement.

L'objectif principal de la prise en charge de l'asthme est donc le contrôle des symptômes, qui ne pourra être atteint que si l'inflammation bronchique est maîtrisée.

### Au début c'était la sévérité plutôt que le contrôle :

Pendant longtemps, l'évaluation de la prise en charge de l'asthme était basée sur le concept du score de sévérité, permettant de catégoriser l'asthme en formes intermittentes et en formes persistantes. Cette évaluation semblait être très pratique et séduisante aussi bien sur le plan pédagogique (1) que sur le plan clinique ; le score de sévérité était ainsi un outil intéressant dans la décision thérapeutique du clinicien concernant l'asthme.

Après plusieurs années d'utilisation du modèle d'évaluation de l'asthme basé sur le score de sévérité, les experts ont constaté que Les règles permettant d'établir un niveau de sévérité ne permettaient pas d'évaluer de manière suffisamment fiable ("phénotyper") l'ensemble des asthmatiques, notamment lors du suivi. Le concept de contrôle de la maladie s'est alors imposé clairement (2).

### Définition du contrôle de l'asthme :

Contrôler l'asthme signifie déterminer l'intensité perceptible des effets de l'asthme chez le patient ou dans quelle mesure ils ont été atténués ou éliminés par le traitement. Le contrôle de l'asthme comporte deux champs d'action : le contrôle des symptômes et les facteurs de risque d'évolution péjorative ultérieure.

Plus un asthme est sévère, plus il sera difficile à contrôler. Ces deux aspects sont liés, mais ils constituent la traduction de deux notions différentes. Le contrôle de l'asthme doit être apprécié à chaque consultation. (03)

Un mauvais contrôle des symptômes est une charge pour le patient et un facteur de risque d'exacerbation. Les facteurs de risque sont des facteurs qui augmentent le risque ultérieur de présenter des exacerbations (crises), d'altération de la fonction respiratoire ou d'effets indésirables des médicaments (03).

Le degré de contrôle des symptômes de l'asthme, est basé selon les recommandations GINA, sur leur l'évaluation au cours des quatre semaines précédant la consultation (tableau 1), cette évaluation concerne les symptômes diurnes (plus de 2 fois par semaines), le réveil nocturne par asthme, besoin de recourir au traitement de secours (plus de deux fois par semaine) et une limitation de l'activité due à l'asthme ; le contrôle des symptômes est bon si aucun de ces items n'est retrouvé, partiel si le patient présente un à deux des item, mauvais si le patient présente plus de deux items (tableau 1).

Par ailleurs, pour l'évaluation des facteurs de risque d'évolution péjorative de l'asthme les experts de la GINA recommandent de mesurer les

VEMS en début de traitement, après 3-6 mois de traitement de contrôle pour noter la meilleure valeur personnelle de la fonction respiratoire, puis procédez à une évaluation régulière des risques identifiés. Les facteurs de risque d'évolution négative de l'asthme sont résumés dans le (tableau 2)

### Contrôle ou sévérité?

La sévérité de l'asthme peut être définie par le degré de pression thérapeutique nécessaire à l'obtention d'un bon contrôle, optimal ou

suboptimal, elle est donc évaluée rétrospectivement à partir du niveau de traitement nécessaire pour contrôler les symptômes et les exacerbations. L'asthme léger est un asthme qui peut être contrôlé avec un traitement associant au besoin un corticostéroïde inhalé (CSI) au formoterol, ou avec un CSI à doses faibles, Un asthme sévère est un asthme non contrôlé malgré des doses optimales de CSI-LABA (bronchodilatateurs à action prolongée), ou qui requiert un traitement CSI-LABA à doses élevées pour éviter qu'il ne devienne incontrôlé (03).

Tableau 1 : contrôle des symptômes asthmatiques

Degré de contrôle des symptômes asthmatiques	bon	partiel	mauvais
Présenté des symptômes diurnes plus de 2 fois/semaine ? oui non	Aucun item	1-2 items	3-4 items
Été réveillé la nuit par son asthme ? oui non			
Eu besoin d'un traitement aigu plus de deux fois/semaine ? oui non			
Présenté une limitation de son activité due à l'asthme ? oui non			

Tableau 2 : facteurs de risque d'évolution péjorative de l'asthme selon GINA

<p>Les facteurs indépendants et potentiellement modifiables de risque d'exacerbation sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les symptômes asthmatiques insuffisamment contrôlés (comme ci-dessus)</li> <li>• CSI non prescrits ; défaut d'observance des CSI ; mauvaise technique d'inhalation</li> <li>• Consommation excessive de BAAC (avec une augmentation de la mortalité si &gt; 1 flacon de 200 doses/mois)</li> <li>• VEMS faible, surtout si &lt; 60% de la valeur théorique</li> <li>• Problèmes psychologiques ou socio-économiques importants</li> <li>• Expositions : tabac ; exposition à des allergènes en cas de sensibilisation</li> <li>• Comorbidités : obésité ; rhino-sinusite ; allergie alimentaire avérée</li> <li>• Présence d'éosinophiles dans les crachats ou le sang</li> <li>• Grossesse</li> </ul> <p>Les autres facteurs indépendants majeurs de risque de crise (exacerbations) sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir déjà été intubé ou soigné en réanimation pour l'asthme</li> <li>• Avoir fait 1 crise sévère ou plus au cours des 12 derniers mois.</li> </ul>	<p>La présence d'un ou plusieurs de ces facteurs de risque augmente le risque d'exacerbation, même si les symptômes sont bien contrôlés</p>
<p>Les facteurs de risque d'apparition d'une limitation fixe du flux expiratoire sont l'absence de traitement CSI, l'exposition à la fumée du tabac, les expositions professionnelles ou à des substances chimiques nocives ; un VEMS faible ; l'hypersécrétion chronique de mucus et la présence d'éosinophiles dans les crachats ou le sang.</p>	
<p>Les facteurs de risque d'effets indésirables des médicaments sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systémiques : CSO fréquents ; CSI prolongés, à forte dose et/ou puissants ; prise concomitante d'inhibiteurs du P450</li> <li>• Locaux : CSI puissants ou à forte dose ; mauvaise technique d'inhalation</li> </ul>	

### Conclusion

Aujourd'hui, il n'existe pas de traitement curatif de l'asthme. La maladie va donc persister tout au long de la vie malgré des phases plus ou moins longue de rémission, donnant un sentiment de guérison et faisant parfois oublier la maladie

Les notions de sévérité et de contrôle de l'asthme sont à la fois liées et indépendantes, ces deux concepts permettent de caractériser les patients asthmatique et d'orienter leur traitement.(4)

L'évaluation du contrôle de l'asthme se base sur des mesures objectives : cliniques, spirométriques

et pharmacologiques. Par ailleurs la composante subjective qu'à le patient à de sa maladie permettrait de mieux évaluer le fonctionnement de l'appareil respiratoire indépendamment des mesures objectives habituelles.

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.

## Références

1. Bousquet J, Chanez P, Lacoste JY et al. Eosinophilic inflammation in asthma. *N Engl J Med* 1990 ; 323 : 1033-9.
2. Godard P, Clark TJ, Busse WW et al. Clinical assessment of patients. *Eur Respir J* 1998 ; 26 (Suppl) : 2S-5S.
3. Global initiative for Asthma GINA 2023
4. P. Godard, P. Chanez, H. Proudhon, M. Aubier, *La Lettre du Pneumologue* - Volume IV - n o 2 - mars-avril 2001