

# Traitement de l'asthme

Dr Jean-christophe KONINCK

Centre de Pneumologie Avenue Ribère – PERPIGNAN

Clinique Médipôle

Septembre 2007 – Journées ADPHSO

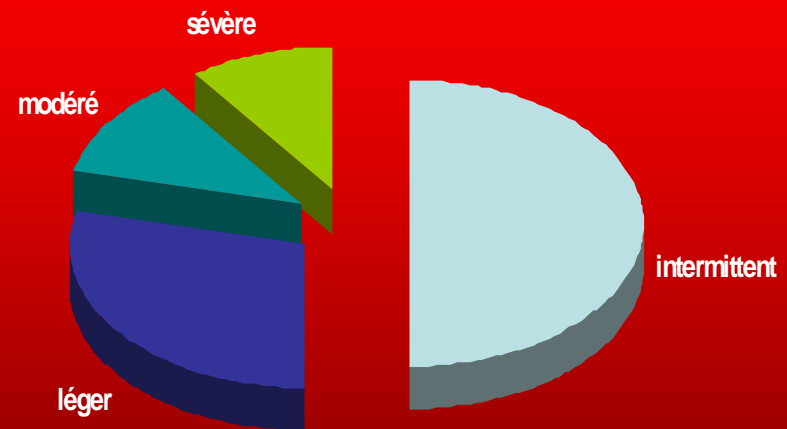
# Epidémiologie de l'asthme :

Monde : 300 millions de patients asthmatiques

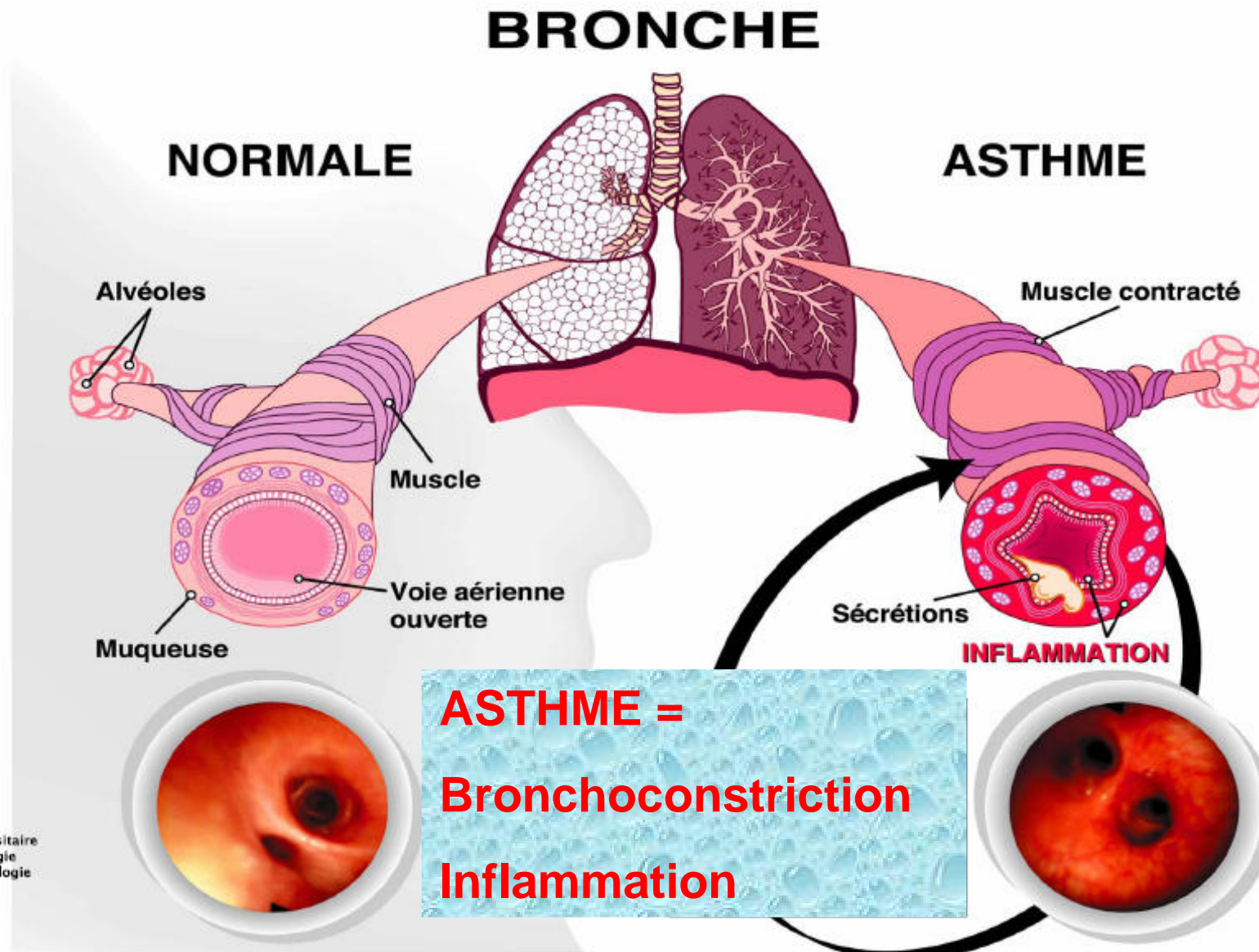
France : 3,5 millions dont 10% asthme persistant sévère



50000 hospitalisations ( dont la fréquence est directement liée à la sévérité de l'asthme )



# La physiopathologie de l'asthme



Source : « Comprendre et maîtriser l'asthme », Hôpital Laval, 2000



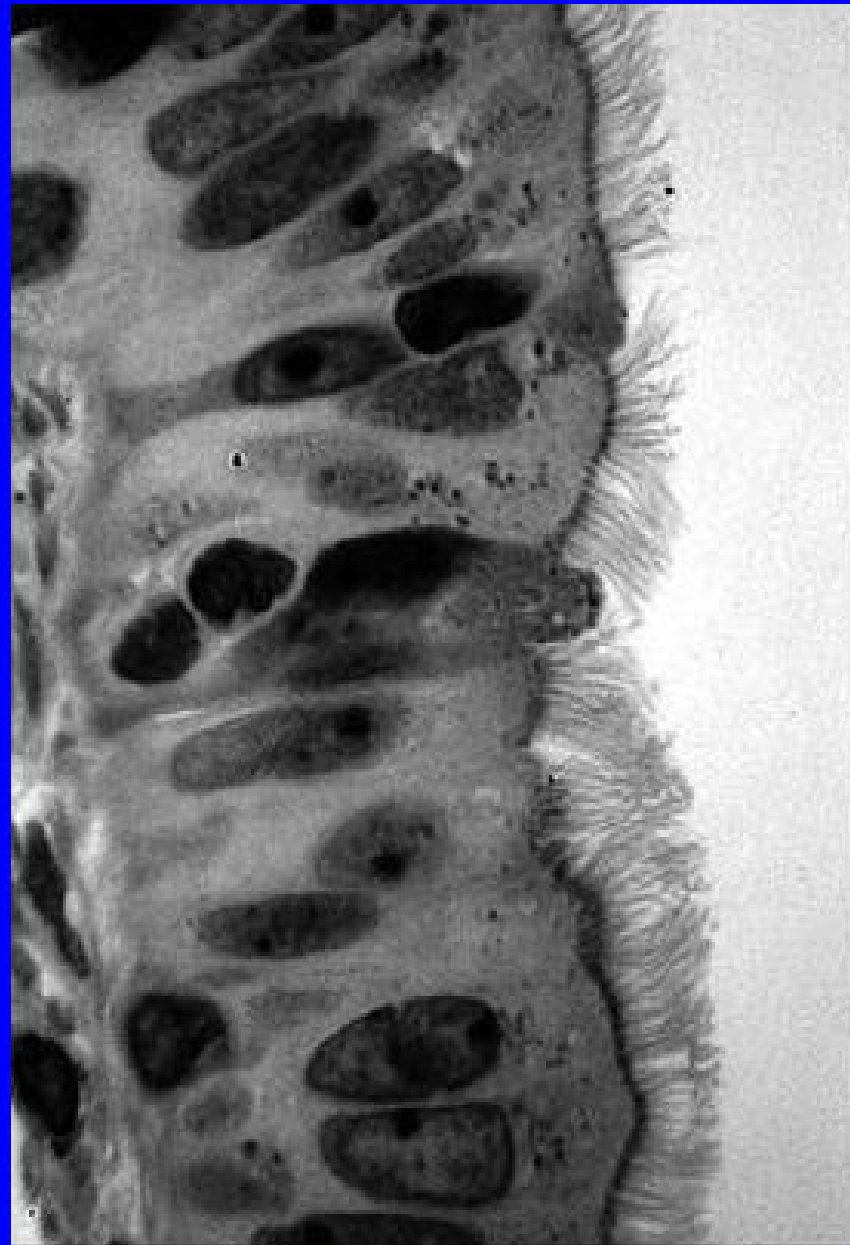












**Normale**

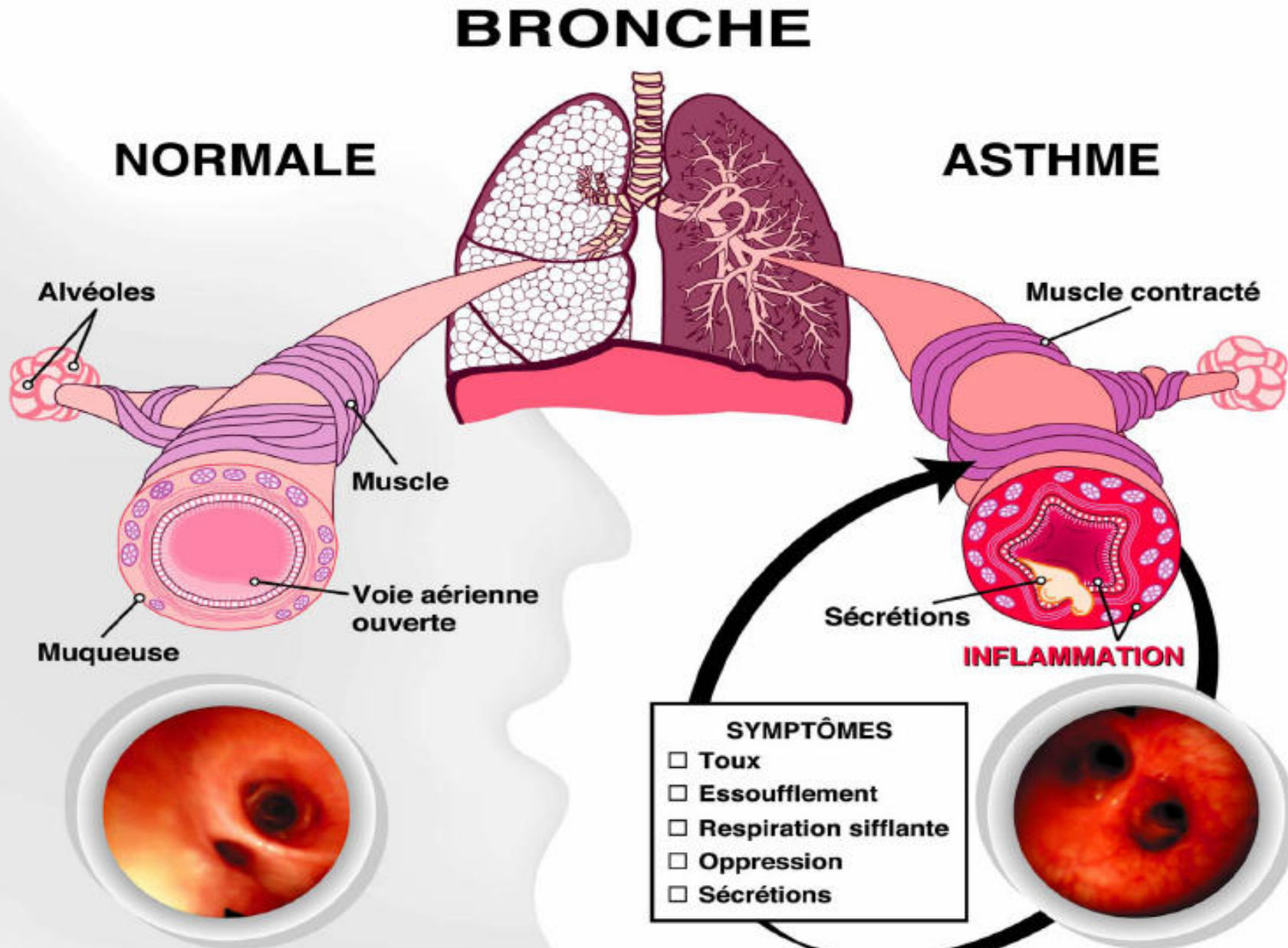


**Asthmatique**





# La Symptomatologie de l'asthme



# ASTHME : MALADIE DE TOUTE LA VIE ?

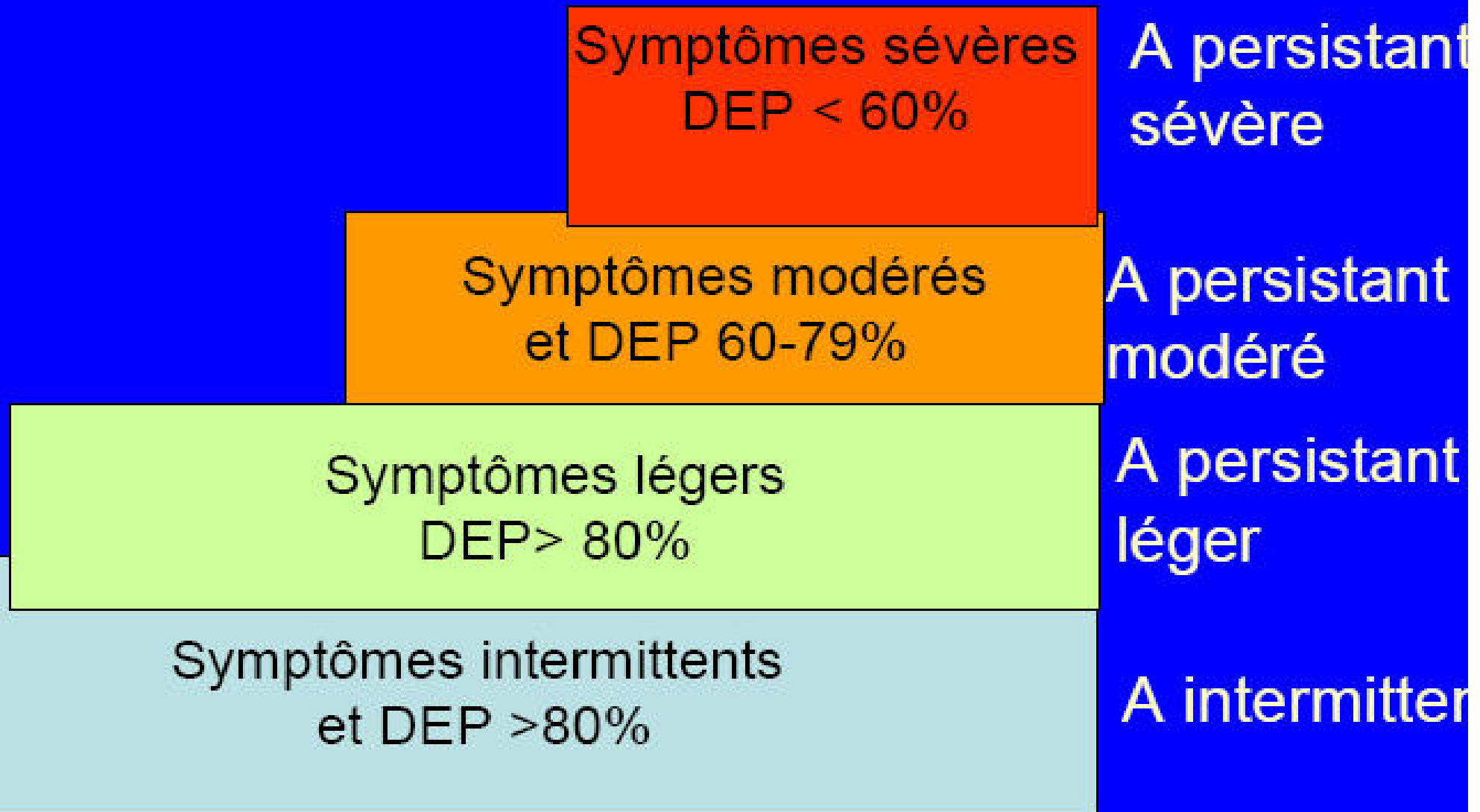
- $\frac{3}{4}$  des « enfants siffleurs » entre 0 et 7 ans « guérissent » en grandissant
- Importance du traitement de fond
- Facteurs prédictifs de persistance
  - Composante Allergique
  - Tabagisme

# **Stratégie thérapeutique dans l'asthme**

En fonction de la sévérité de l'asthme

# Sévérité de l'asthme

*D'après GINA : NHLBI /WHO Workshop report 95-3659*



\* Le grade de sévérité retenu est celui de l'évaluation la plus péjorative

- **Recommandations GINA 2006:**

Contrôle de l'asthme :

Atteindre le contrôle de l'asthme

et le maintenir

# GINA 2006 : Levels of asthma control

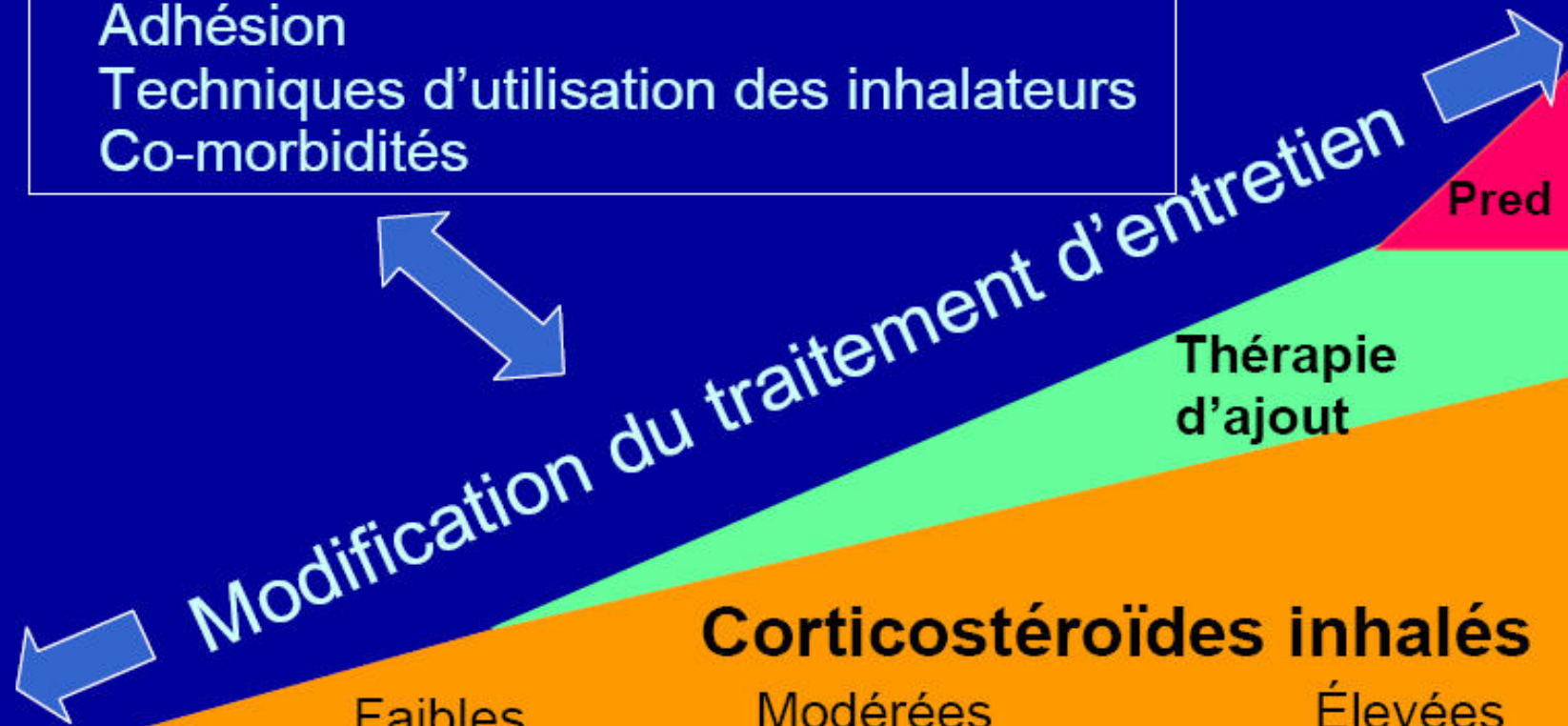
	<b>Contrôlé</b>	<b>Partiellement Contrôlé</b> ( au moins 1 critère présent / sem)	<b>Non contrôlé</b>
Symptômes diurnes	0 (ou $\leq 2$ / sem)	$\geq 2$ / sem	3 critères ou plus / sem de "partiellement contrôlé" sont présents (et/ou exacerbations : 1 / semaine)
Limitation des activités	Non	Oui	
Symptômes/réveils nocturnes	0	Oui	
Recours au traitement de secours	0 ( ou $\leq 2$ / sem)	$\geq 2$ / sem	
Fonction respiratoire (DEP ou VEMS)	Normale	< 80% val. normale prédite ou meilleure val. pat.	
Exacerbations	Aucune	$\geq 1$ / an	

# QUELS TRAITEMENTS ?

- 1968 : Beta2 mimétiques de courte action
- 1970 : Corticoïdes inhalés
- 1990 : beta2 mimétiques de longue action
- 1995 : Anti-leucotriènes
- 2000 : Associations fixes
- 2005 : anti-IgE
  - Et la désensibilisation
  - (théophylline, anticholinergiques)
  - Homéopathie, acupuncture, chiropraxie, hypnose, phytothérapie.....

**Suivi régulier:**

- Maîtrise
- Facteurs déclencheurs
- Adhésion
- Techniques d'utilisation des inhalateurs
- Co-morbidités



**Agoniste B2 inhalé à début d'action rapide au besoin**

**Assainissement de l'environnement  
Éducation, Plan d'action écrit et suivi**

**Très léger**

**Léger**

**Modéré**

**Modérément  
grave**

**Grave**

## Stratégies thérapeutiques en fonction du degré de sévérité :

Degré de sévérité	Traitement de fond journalier au long terme	Autres alternatives thérapeutiques
Stade 1 Intermittent	Pas nécessaire	
Stade 2 Persistant léger	Corticoïde inhalé (faible dose)	Antileucotriène (ou théophylline retard ou Cromone)
Stade 3 Persistant modéré	Corticoïde inhalé (dose faible à modéré) + $\beta$ 2 inhalé LDA	Corticoïde inhalé (dose modérée) + antileucotriène ou Théophylline ou $\beta$ 2 LDA per os.
Stade 4 Persistant sévère	Corticoïde inhalé forte dose + $\beta$ 2 inhalé LDA $\pm$ Antileucotriène ( hors AMM en france) ; Théophylline ; $\beta$ 2 LDA per os. corticoïde oral Anti-IgE	

- Contrôle des facteurs de risque :  
Tabac, Allergènes, rhinite, RGO
- Education du patient :  
**OBSERVANCE**  
**UTILISATION DES INHALATEURS**

# Molécules anti asthmatiques:

Béta2 mimétiques de courte durée d'action :

*Salbutamol, Terbutaline*

Béta2 mimétiques de longue durée d'action :

*Salmétérol, Formotérol*

Corticoïdes inhalés :

*Béclométasone , Fluticasone , Budésonide*

Les associations :

*Budésonide Formotérol , Fluticasone Salmétérol*

Les antileucotriènes :

*Montélukast*

## Dosages variables :

Corticoïdes inhalés : traitement continu de l'asthme persistant  
( GINA 2006 )

Doses préconisées chez l'adulte (  $\mu\text{g}/\text{jour}$  )

	Dose faible	dose moyenne	dose forte
Béclométasone	200 – 500	500 - 1000	1000 - 2000
Budésonide	200 – 400	400 - 800	800 – 1600
Fluticasone	100 – 250	250 - 500	500 - 1000

## **Systemes d' inhalation multiples :**

Spray

Autohaler

Turbuhaleur

Diskus

Easyhaler

## **Chambres d' inhalation :**

Babyhaler, Volumatic, Nespacer, Aerochamber

## **Nébulisations :**

Attention: pas de nébuliseur ultrasonique pour les corticoïdes inhalés

# IL NE FAUT PAS AVOIR PEUR DES BETA 2 MIMETIQUES

- Augmentation de consommation des bêta 2 de courte action inhalés : signe d'alarme
- Beta 2 L.A. en traitement de fond
  - TOUJOURS ASSOCIE A UN ANTI-INFL.
- Attention aux « fausses accoutumances »
  - Le flacon est vide !
  - mauvaise utilisation

# LES CORTICOÏDES INHALES SONT-ILS DANGEREUX ?

- CHEZ L'ENFANT
  - Pas d'effet sur la croissance ni sur les surrénales ou les os
    - même si utilisation prolongée
    - Aux doses recommandées
  - Recherche de la dose minimale efficace
- SUJET AGE
  - Inhalation parfois impossible
  - Effets cutanés. Déséquilibre d'un diabète.
- PREVENTION DES EFFETS SECONDAIRES LOCAUX
  - Se laver la bouche et « gargariser »
  - Chambre d'inhalation (entretien)

Les **Corticoïdes oraux** peuvent être requis pour contrôler un asthme persistant sévère mais l'utilisation doit être limitée à cause des effets secondaires .

**XOLAIR** : anti IgE

Un ajout à un corticoïde inhalé forte dose et  $\beta$ 2-LDA  
>12 ans ; asthme allergique persistant sévère

Test cutané positif aéroallergène perannuel

Malgré tt : VEMS < 80%, Symptômes, exacerbations

# POUR LES TRAITEMENTS INHALES, IL EST ESSENTIEL...

- De choisir le système le plus adapté
- D'expliquer, de mimer, de faire essayer
- De remettre un formulaire explicatif
- De contrôler la technique régulièrement





# CONCLUSIONS

Pour une bonne qualité de vie dans l'asthme...

- Ne pas sous-estimer ses symptômes
- Connaître les facteurs déclenchants
- Savoir surveiller son asthme
- Savoir réagir quand la crise n'a pu être évitée
- **PRENDRE CORRECTEMENT ET REGULIEREMENT SON TRAITEMENT de FOND ( et le distinguer du tt de la crise )**
- Dialoguer ( médecin, pharmacien)
- S'impliquer dans sa propre prise en charge