



Exposé du Dr Habib KARAKI

**Consensus ANAES et
recommandations sur l' Asthme**



Introduction

L'asthme est une maladie chronique.

Le but est d'améliorer la qualité de vie et le pronostic des patients. Le suivi éducatif est complémentaire du suivi médical.

- ♦ Les objectifs sont :
 - ♦ - définir les critères de suivi des patients asthmatiques
 - évaluer la place des examens complémentaires
 - définir les patients à risque d'asthme aigu grave
 - proposer des modalités de suivi
 - proposer un schéma d'adaptation du traitement de fond
 - proposer un calendrier de suivi médical
 - préciser les spécificités des asthmes professionnels.



Gradation des recommandations et niveau de preuve de la littérature

les recommandations sont classées en grade A, B, ou C selon les modalités suivantes :

- ♦ - la recommandation de grade A : fort niveau de preuve, niveau de preuve 1
- ♦ - la recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique, niveau 2
- ♦ - la recommandation de grade C : moindre niveau de preuve : niveau de preuve 3 ou 4.



Contrôle de l'asthme : définition et critères

- Définition :

Le contrôle de l'asthme apprécie l'activité de la maladie sur quelques semaines (1 semaine à 3 mois).

- Critères de contrôle :

Le contrôle peut être classé en 3 niveaux : inacceptable, acceptable et optimal.

- Le contrôle inacceptable est défini par la non-satisfaction d'un ou de plusieurs critères de contrôle
- Le contrôle acceptable est le minimum à rechercher chez tous les patients
- Le contrôle optima est le meilleur correspond :
 - a) Soit à l'absence ou à la stricte normalité de tous les critères de contrôle,
 - b) Soit à l'obtention du meilleur compromis.

Les paramètres du contrôle acceptable sont les suivants

- 1 Symptômes diurnes < 4 jours/semaine
- 2 Symptômes nocturnes <1 nuit /semaine
- 3 activité physique : normale
- 4 Exacerbations : légères, peu fréquentes
- 5 Absentéisme professionnel ou scolaire : aucun
- 6 Utilisation de bêta 2 mimétiques d'action rapide < 4 doses/semaine
- 7 VEMS ou DEP : >85% de la meilleure valeur personnelle
- 8 Variation nycthémérale de DEP (optionnel) <15%.





Autres critères d'appréciation de la maladie

- ◆ Le terme de gravité renvoie à la notion de crise ou exacerbation
- ◆ Le terme de sévérité correspond à une période longue (6 à 12 mois).



Place des examens complémentaires dans le suivi des patients asthmatiques

Place du débit expiratoire de pointe mesuré par des appareils ambulatoires

La mesure du DEP peut être proposée :

- ♦ - aux patients à risque
- ♦ - aux patients « mauvais percepteurs »
- ♦ - en prévision d'une période à risque
- ♦ - pendant les périodes où le contrôle de l'asthme n'est pas acceptable
 - au moment des modifications thérapeutiques.

Place des examens complémentaires dans le suivi des patients asthmatiques

Place des explorations fonctionnelles respiratoires (EFR)

- ♦ Il est recommandé de pratiquer des EFR dans le suivi des asthmatiques sans interrompre le traitement de fond. Le VEMS, de la capacité vitale lente (CVL) et de la capacité vitale forcée (CVF) sont mesurés avant et après la prise des broncho-dilatateurs d'action rapide et de courte durée.
- ♦ La mesure du volume résiduel, et celle de l'obstruction des petites voies aériennes sont laissées à l'appréciation du spécialiste, surtout chez les fumeurs, et dans les asthmes difficiles.
- ♦ Il n'est pas recommandé d'utiliser systématiquement la mesure de l'hyperréactivité bronchique.
- ♦ Les gaz du sang sont indiqués dans l'asthme aigu grave. Ils n'ont pas d'indication dans le suivi en dehors d'une insuffisance respiratoire chronique.



Place des examens complémentaires dans le suivi des patients asthmatiques

Place de la radiographie thoracique

Elle est indiquée lors des exacerbations graves ou en cas de suspicion de complications (pneumothorax, pneumonie).

Place des examens biologiques

Il n'est recommandé de surveiller l'éosinophilie.





Suivi du traitement de l'asthme

Suivi de la tolérance des traitements

- Patients recevant un *Bêta-2 agoniste* en traitement de fond : aucun surveillance
- Patients recevant un *anticholinergique* en traitement de fond : aucune surveillance
- Patients traités par *théophylline* :
 - Une surveillance avant tout clinique est recommandée.
 - En cas d'effets secondaires ou d'efficacité jugée insuffisante d'un point de vue clinique, une mesure de théophyllinémie est recommandée chez :
 - le jeune enfant
 - le sujet âgé



Suivi du traitement de l'asthme

Patients recevant une corticothérapie inhalée en traitement de fond.

Il est recommandé de :

Rechercher les effets secondaires locaux

Surveiller la croissance de l'adolescent

Conseiller une consultation ophtalmologique si antécédents de cataracte ou glaucome

Aucune surveillance spécifique des effets osseux pour des traitements de moins de 5 ans.

Rechercher en cas d'asthénie inexpliquée, une insuffisance surrénalienne ou un syndrome de Cushing.

Patients recevant un traitement corticoïde per os au long cours

Surveillance est définie par l'AMM des spécialités concernées

- Patients traités par antagoniste des récepteurs aux leucotriènes :

Aucune surveillance spécifique n'est recommandée.



Suivi du traitement de l'asthme

♦ Suivi de l'observance des traitements

- Un interrogatoire régulier
- Des carnets de suivi tenu durant quelques semaines

Les consultations de suivi qui peuvent être plus fréquentes si l'inobservance s'est avérée ou suspectée.



Adaptation de la stratégie thérapeutique au cours du suivi

Il est proposé d'adapter le traitement en fonction de deux éléments principaux :

- le degré de contrôle de l'asthme
- le traitement de fond en cours.

Situation N°1 : contrôle inacceptable de l'asthme.

Les recommandations sont présentées en 3 étapes :

Première étape : s'assurer :

- Qu'il s'agit bien d'un asthme
- Que l'observance du traitement est satisfaisante
- Que la technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation est correcte.

Situation N°1 : contrôle inacceptable de l'asthme (suite)

Deuxième étape : rechercher et traiter

Des facteurs aggravants

Des pathologies associées

Des formes cliniques particulières.

Troisième étape : adapter le traitement de fond en fonction du traitement reçu jusqu'alors, et en particulier de la dose de corticostéroïde inhalé (CSI selon les modalités ci-dessous:





Tableau II

Doses journalières faibles, moyennes et fortes de corticostéroïde inhalé chez l'adulte en $\mu\text{g/j}$

	Doses « faibles »	Doses « moyennes »	Doses « fortes »
Béclométasone*	<500	500-1000	>1000
Budésonide	<400	400-800	>800
Fluticasone	<250	250-500	>500

*Doses à diviser par 2 pour les spécialités QVAR et Nexxair.

- chez des malades n'ayant pas de traitement de fond, il est conseillé de débiter un CSI à dose moyenne et éventuellement de l'associer à un traitement additionnel
- chez des malades sous CSI à dose faible ou moyenne, un traitement additionnel est recommandé
- chez les malades sous CSI à forte dose, il est recommandé d'associer un traitement additionnel

Tableau III



expo2liban 1 - Microsoft Word

Fichier Edition Affichage Insertion Format Outils Tableau Fenêtre ?

150% Arial 11

Tableau III

Traitement de fond de cours	Nouveau Traitement	
	Option 1	Option 2
Aucun CSI	CSI à dose moyenne	CSI à dose moyenne +TA
Dose faible ou moyenne de CSI	Ajouter un TA	Augmenter la dose de CSI avec ou sans TA
Dose forte en CSI	Ajouter un TA	

- chez les malades sous CSI à dose forte et prenant deux traitements additionnels, il est recommandé une corticothérapie orale qui sera probablement un traitement de longue durée. Alternativement un troisième traitement additionnel pourra être ajouté. Ces recommandations se trouvent dans le

Page 9 Sec 1 9/13 À Li Col ENR REV EXT RFP Français (Fr)

Démarrer Boîte de r... Microsoft ... Support ... expo2lib... 99%

16:52

Tableau IV

Tableau IV

Malades ayant une corticothérapie inhalée et au moins un traitement additionnel.

Traitement de fond en cours		Nouveau traitement	
CSI	Nombre de TA	Option 1	Option 2
Dose faible de CSI	1	Augmenter la dose de CSI	
Dose moyenne de CSI	1	Augmenter la dose de CSI	Ajouter un 2 ^e TA avec ou sans augmentation de la dose de CSI
Dose forte de CSI	1	Ajouter un 2 ^e TA	CO
Dose forte de CSI	2	CO	Ajouter un 3 ^e TA

La durée des paliers thérapeutiques recommandée est de 1 à 3 mois.



Situation N°2 : contrôle acceptable ou optimal de l'asthme

La durée des paliers thérapeutiques recommandée au cours de la décroissance du traitement de fond est de 3 mois d'une façon générale.

La diminution des doses de corticothérapie inhalée peut se faire par paliers de 25-50%.

Mais pour les patients asthmatiques traités par corticothérapie orale au long cours, les paliers peuvent être de l'ordre de 3 mois, et la durée totale du sevrage peut aller jusqu'à plusieurs années.

Calendrier de suivi pratique

expo2liban 1 - Microsoft Word

Fichier Edition Affichage Insertion Format Outils Tableau Fenêtre ?

100% Arial 11 G I S

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 17 18

Calendrier de suivi pratique

En période de contrôle acceptable ou optimal

- Patients recevant une corticothérapie inhalée à forte dose :
 - o minimum : consultation tous les 3 mois et EFR tous les 6 mois

Tableau V

CSI	Consultations de suivi mois	EFR mois
Forte dose	3	3-6
Dose moyenne ou faible	6	6-12
Aucune	12	12 ou +

- o Au mieux consultation et EFR tous les 3 mois.
- Patients recevant une corticothérapie inhalée à dose moyenne ou faible
 - o minimum : consultation avec examen clinique et mesure du DEP tous les 6 mois et EFR tous les ans
 - o au mieux : consultation et EFR tous les 6 mois
- Patients ne recevant pas de traitement de fond
Examen clinique incluant DEP tous les ans et si possible EFR

Dessin Formes automatiques

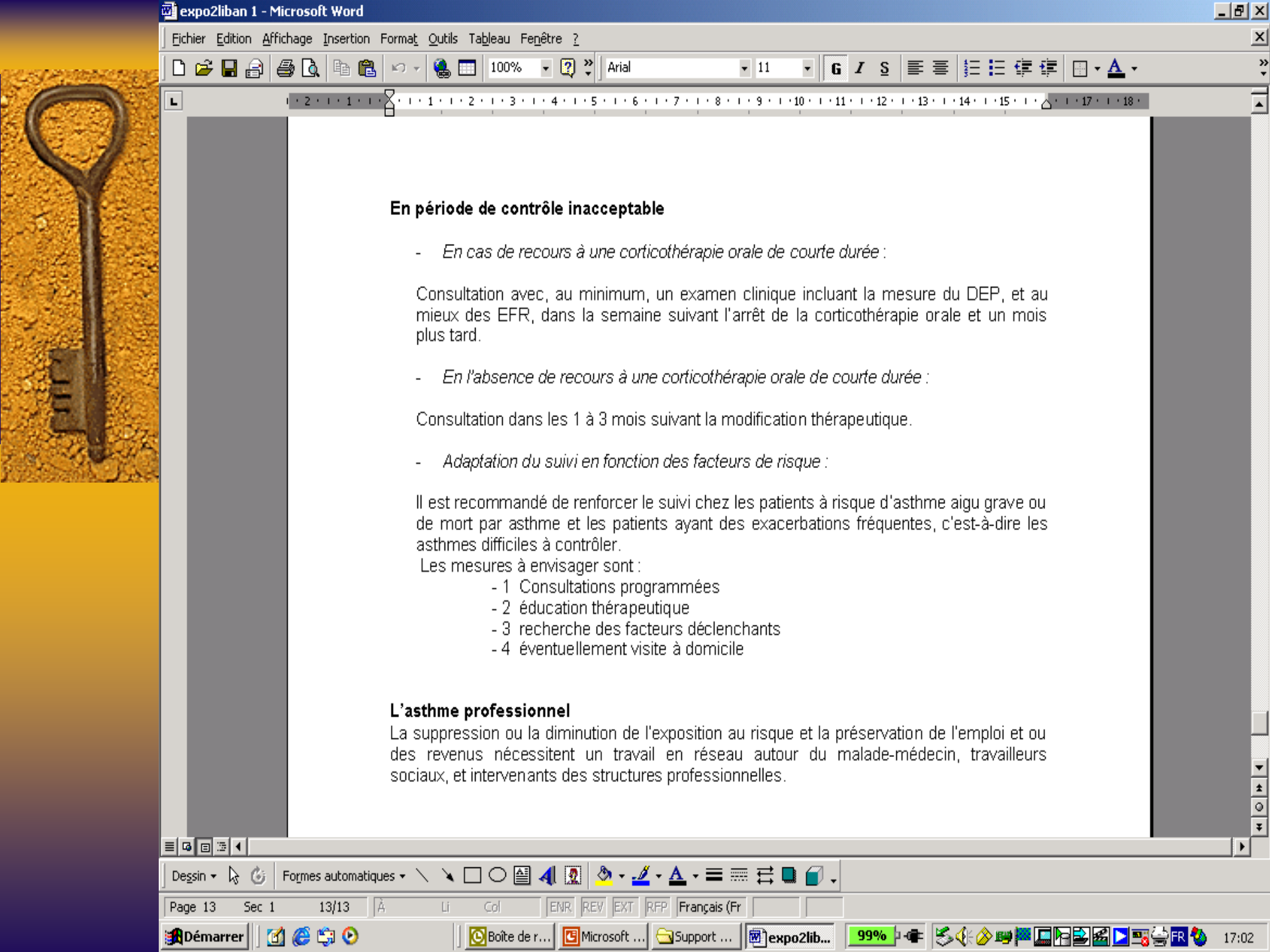
Page 12 Sec 1 12/13 À 6,1 cm Li 9 Col 10 ENR REV EXT RFP Français (Fr)

Démarrer

Boîte de r... Microsoft ... Support ... expo2lib...

99%

17:00



En période de contrôle inacceptable

- *En cas de recours à une corticothérapie orale de courte durée :*

Consultation avec, au minimum, un examen clinique incluant la mesure du DEP, et au mieux des EFR, dans la semaine suivant l'arrêt de la corticothérapie orale et un mois plus tard.

- *En l'absence de recours à une corticothérapie orale de courte durée :*

Consultation dans les 1 à 3 mois suivant la modification thérapeutique.

- *Adaptation du suivi en fonction des facteurs de risque :*

Il est recommandé de renforcer le suivi chez les patients à risque d'asthme aigu grave ou de mort par asthme et les patients ayant des exacerbations fréquentes, c'est-à-dire les asthmes difficiles à contrôler.

Les mesures à envisager sont :

- 1 Consultations programmées
- 2 éducation thérapeutique
- 3 recherche des facteurs déclenchants
- 4 éventuellement visite à domicile

L'asthme professionnel

La suppression ou la diminution de l'exposition au risque et la préservation de l'emploi et ou des revenus nécessitent un travail en réseau autour du malade-médecin, travailleurs sociaux, et intervenants des structures professionnelles.