

# **3 - PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE (CRISE ET FOND) ET ORIENTATION DU PATIENT**



**DIFFÉRENTES CLASSES  
THÉRAPEUTIQUES ET LEURS  
RÔLES RESPECTIFS**



## **Component 4 : Asthma Management and Prevention Program**

# **Reliever Medications**

---

- **Rapid-acting inhaled  $\beta$ 2-agonists**
- **Systemic glucocorticosteroids**
- **Anticholinergics**
- **Theophylline**
- **Short-acting oral  $\beta$ 2-agonists**



Component 4 : Asthma Management and Prevention Program

# Controller Medications

---

- **Inhaled glucocorticosteroids**
- **Leukotriene modifiers**
- **Long-acting inhaled  $\beta_2$ -agonists**
- **Systemic glucocorticosteroids**
- **Theophylline**
- **Cromones**
- **Long-acting oral  $\beta_2$ -agonists**
- **Anti-IgE**

# DÉFINITION DES DOSES DE CORTICOÏDES INHALÉS (1)

	Doses « Faibles »	Doses « Moyennes »	Doses « Fortes »
Béclométasone*	< 500	500 – 1 000	> 1 000
Budésonide	< 400	400 - 800	> 800
Fluticasone	< 250	250 - 500	> 500

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

**Doses journalières de corticoïdes inhalés chez l'adulte exprimées en  $\mu\text{g}/\text{j}$**


(1) ANAES. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. 2004

# SPÉCIALITÉS TRAITEMENT DE FOND

- Foradil 12 µg poudre = formotérol
- Serevent 50 µg diskus = salmétérol  
25 susp inhal
- Pulmicort 100 – 200 – 400 µg turbuhaler = budésonide  
100 – 200 susp inhal
- Flixotide 100 – 250 – 500 µg diskus = flucitasone  
50 – 125 – 250 susp inhal
- Symbicort 100/6 – 200/6 – 400/12 turbu = budesonide + formotérol
- Seretide 100/50 – 250/50 – 500/50 diskus = flucitasone + salmétérol  
50/25 - 125/25 – 250/25 susp inhal

# **LES BUTS THÉRAPEUTIQUES**

# Faire la différence entre les termes...

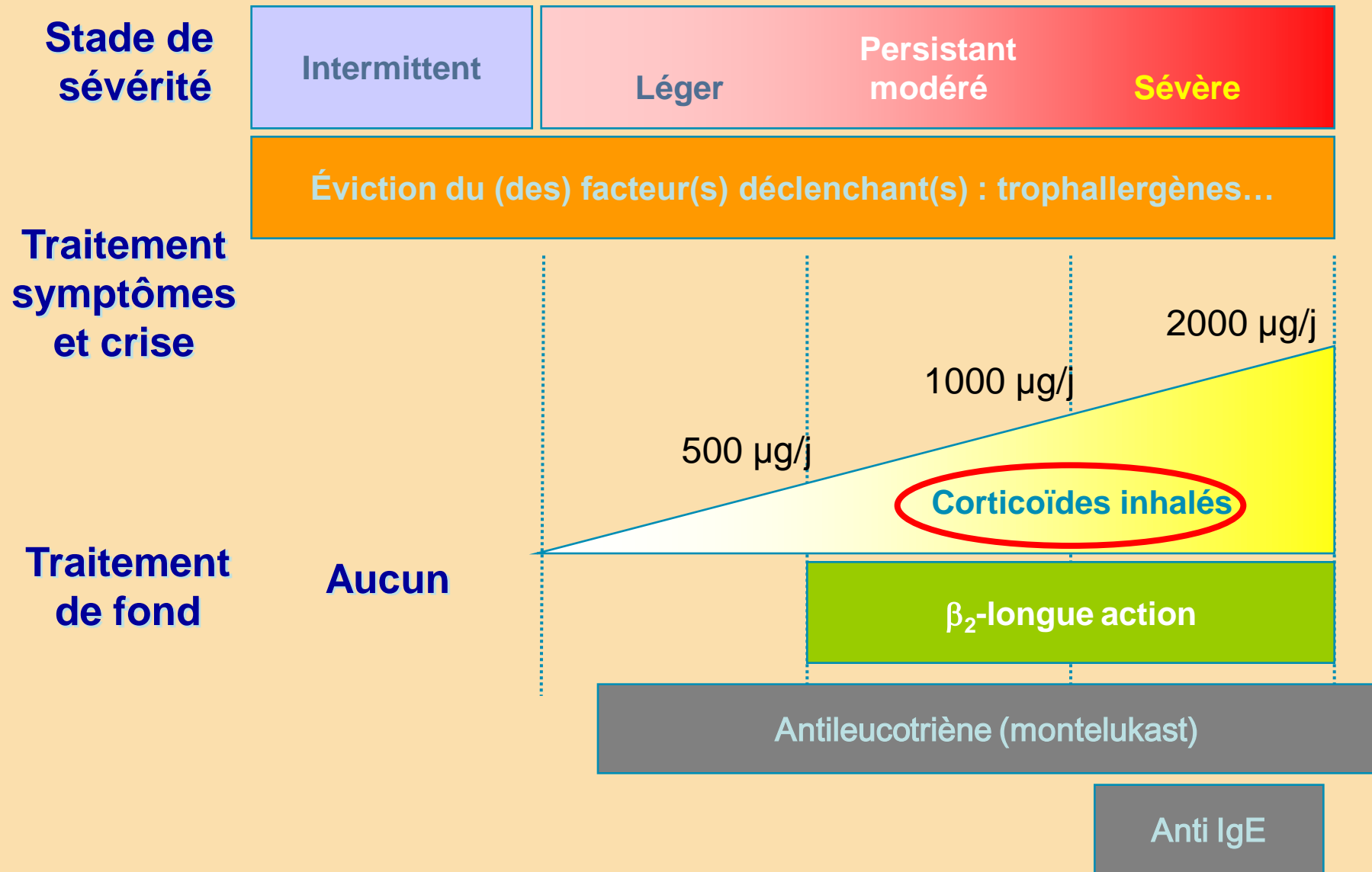
- **Sévérité :**
  - Evaluation à long terme (6-12 mois)
  - S'évalue classiquement avant mise en place d'un traitement de fond
  - Ou se définit par la niveau de pression thérapeutique minimal nécessaire à l'obtention d'un contrôle durable de la maladie
- **Contrôle :** 
  - Evaluation sur une courte période de temps (1 semaine à 3 mois) après prise en charge
- **Gravité :**
  - État clinique à un instant T
  - Apprécie souvent l'intensité d'un événement aigu
- **La sévérité (avant traitement) et le contrôle de l'asthme permettent d'adapter le traitement de fond par paliers**

# Classification de l'asthme selon les niveaux de sévérité

GINA 2006

	Intermittent	Persistant léger	Persistant modéré	Persistant sévère
<b>Symptômes diurnes</b>	< 1/sem	> 1/sem, < 1/j	Quotidiens	Quotidiens
<b>Exacerbations</b>	Brèves	Affectent l'activité physique et le sommeil	Affectent l'activité physique et le sommeil	Fréquentes
<b>Symptômes nocturnes</b>	≤ 2/mois	> 2/mois	> 1/sem	Fréquents
<b>Activités physiques</b>	Normales	Normales	Normales	Limitées
<b>VEMS ou DEP (% de la valeur théorique)</b>	≥ 80 %	≥ 80 %	60 – 80 %	≤ 60 %
<b>VEMS ou DEP (variabilité)</b>	< 20 %	< 20 – 30 %	> 30 %	> 30 %

# STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE DANS L'ASTHME



# LES LIMITES DE LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE BASÉE SUR LA SÉVÉRITÉ

- Les asthmes sévères, le restent-ils sous traitement ?
- La sévérité est variable dans le temps ...

# Optimiser la prise en charge de l'asthme

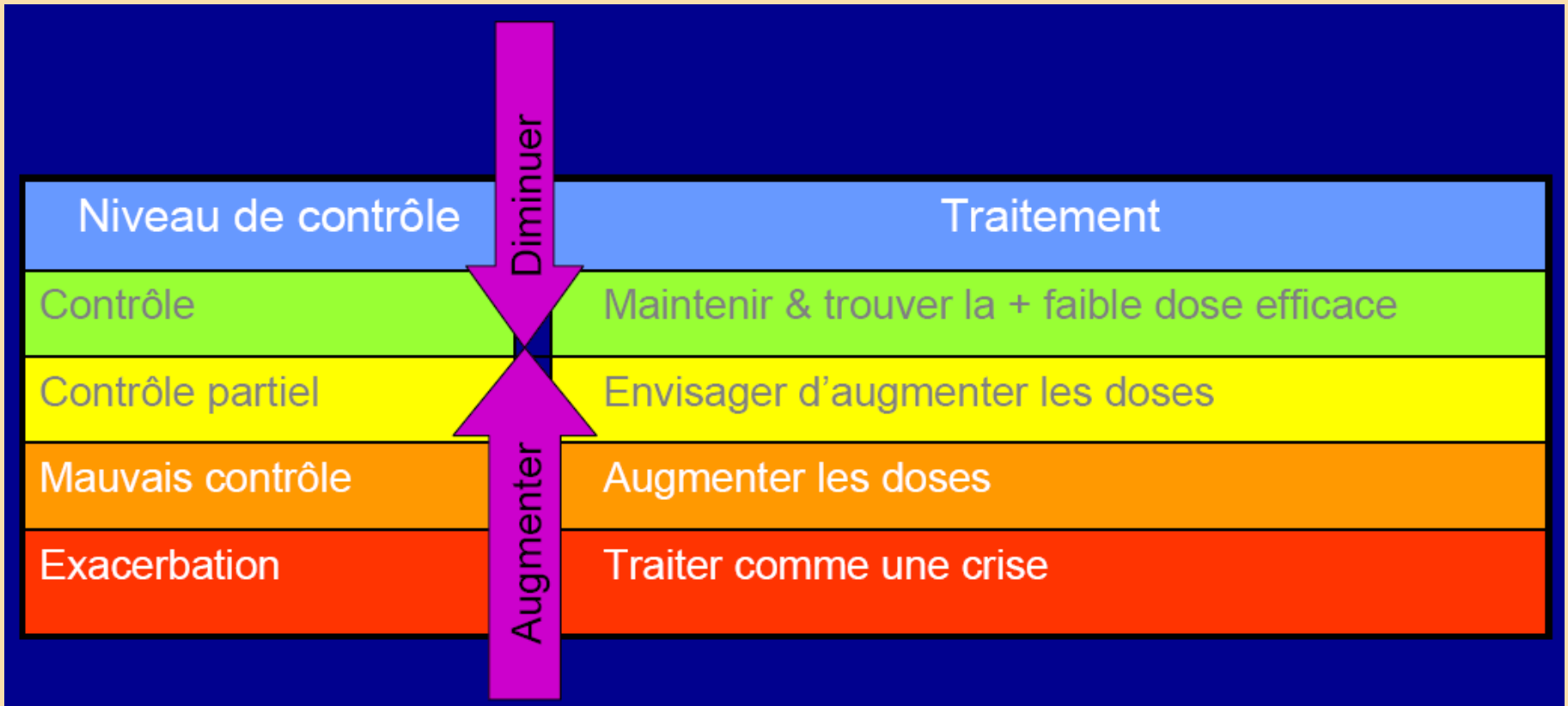
**Objectif : contrôle**

**Tableau I.**

Niveaux de contrôle – GINA 2006 [2].

	Asthme contrôlé	Asthme partiellement contrôlé	Asthme non contrôlé
	Tous les items sont valides	Au moins un item présent n'importe quelle semaine	
Symptômes diurnes	Aucun ( $\leq 2$ /semaine)	$> 2$ /semaine	$\geq 3$ items du contrôle partiel présents n'importe quelle semaine
Limitation des activités	Aucune	Oui	
Symptômes nocturnes	Aucun	Oui	
Bêta-2 de secours	Aucun ( $\leq 2$ /semaine)	$> 2$ /semaine	
VEMS/DEP	Normal	$< 80\%$ (prédit ou meilleur)	
Exacerbations	Aucune	$\geq 1$ dans l'année	1 crise n'importe quelle semaine

# Stratégie thérapeutique pour un « bon » contrôle



# Si contrôle inacceptable (1)



- S'assurer
  - Qu'il s'agit bien d'un asthme
  - De l'observance du patient
  - De la bonne technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation
- Rechercher et traiter
  - Les facteurs aggravants : exposition allergénique...
  - Les pathologies associées
  - Les formes cliniques rares
- Adapter
  - Le traitement de fond en cours et en particulier, les doses de corticoïdes inhalés (CI)

# Résumé des étapes de progression thérapeutique

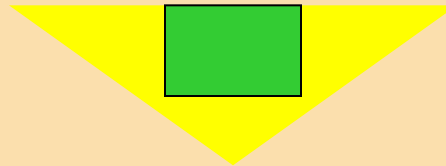
Tableau V : étapes de progression thérapeutique<sup>7</sup>

Étape 1	Étape 2	Étape 3	Étape 4	Étape 5
Education et contrôle de l'environnement				
Agonistes $\beta_2$ d'action rapide si besoin pour tous				
	choisir ↓	choisir ↓	ajouter un ou plus ↓	ajouter un ou plus ↓
Traitements de fond : (en traitement préférentiel selon le GINA 2007)	petite dose GCI	petite dose de GCI + $\beta_2$ agoniste d'action lente	moyenne ou forte dose de GCI + agonistes $\beta_2$ d'action lente	glucocorticoïdes oraux
		dose moyenne ou forte dose de GCI	inhibiteur des leucotriene	anti IgE
		petite dose GCI + inhibiteur des leucotriene ( <i>Singular</i> )	garder théophylline	
		petite dose GCI + garder théophylline		

Pour la plupart des patients récemment diagnostiqués et/ou non-encore sous traitement, celui-ci devra être entamé à l'étape 2, voire 3 si le patient est très symptomatique...

Si contrôle optimal (1) ● ou acceptable (1) ●

Recherche du traitement minimal efficace tout en maintenant le contrôle optimal ou acceptable de l'asthme



### **Diminution des doses de traitement de fond par paliers**

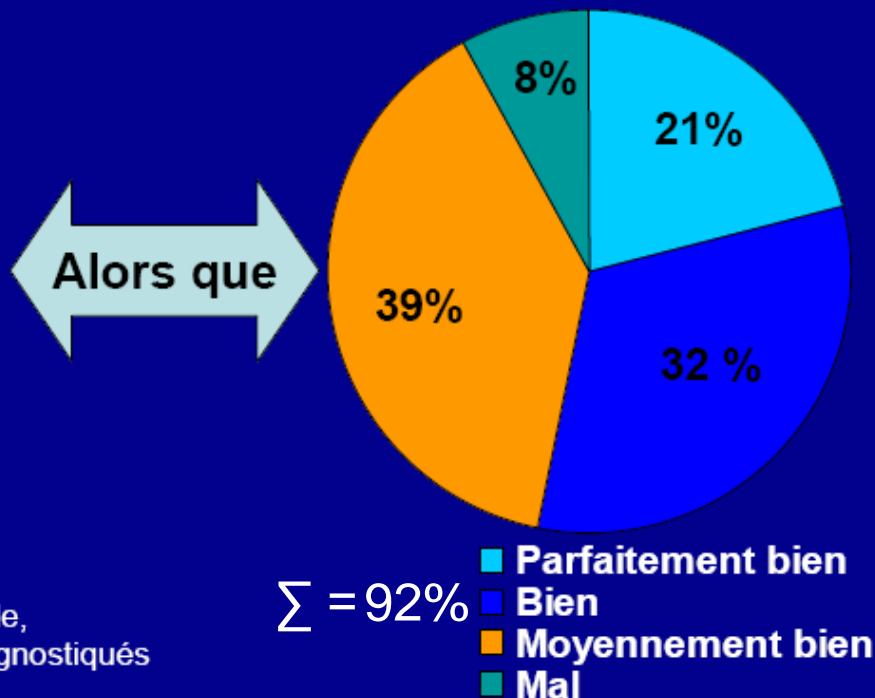
- D'une durée de trois mois en général\* mais peut être adaptée à chaque cas particulier
- De 25 à 50 % des doses de corticothérapie inhalée

\* Une réévaluation plus fréquente du rapport efficacité/tolérance peut être recommandée si des effets secondaires du traitement de fond sont notés ou si le malade est à risque de tels effets secondaires.

# CONTRÔLE DE L'ASTHME EN FRANCE CHEZ DES PATIENTS CONSULTANT EN MG

72 % des patients consultant leur MG ont un asthme non contrôlé selon les recommandations canadiennes et reprises par l'ANAES

Réponse des patients à la question « comment va votre asthme ? »



Etude épidémiologique descriptive transversale, menée chez des asthmatiques déjà traités  $\geq 6$  ans diagnostiqués depuis au moins 1 an et consultant en MG

*Analyse de concordance entre l'évaluation du contrôle de l'asthme par le patient et par le MG*

*(coefficient Kappa) = 34,5% (Médiocre)*

*Godard et al Er'Asthme, contrôle de l'asthme chez 16580 patients suivis en médecine générale . Presse Méd 2005; 34:1351-7*



# CONCLUSION

- Convergence des grandes recommandations internationales
- Objectif = le contrôle
- Les moyens = l'éducation
- Toute exacerbation sévère est une remise en question de la prise en charge
- Cette stratégie a un coût...

**COMMENT APPRÉCIER LA  
GRAVITÉ D'UN ASTHME ?  
PRISE EN CHARGE DES  
EXACERBATIONS**

# DÉFINIR LA GRAVITÉ DES ÉPISODES D'ASTHME (1)

## **Crise**

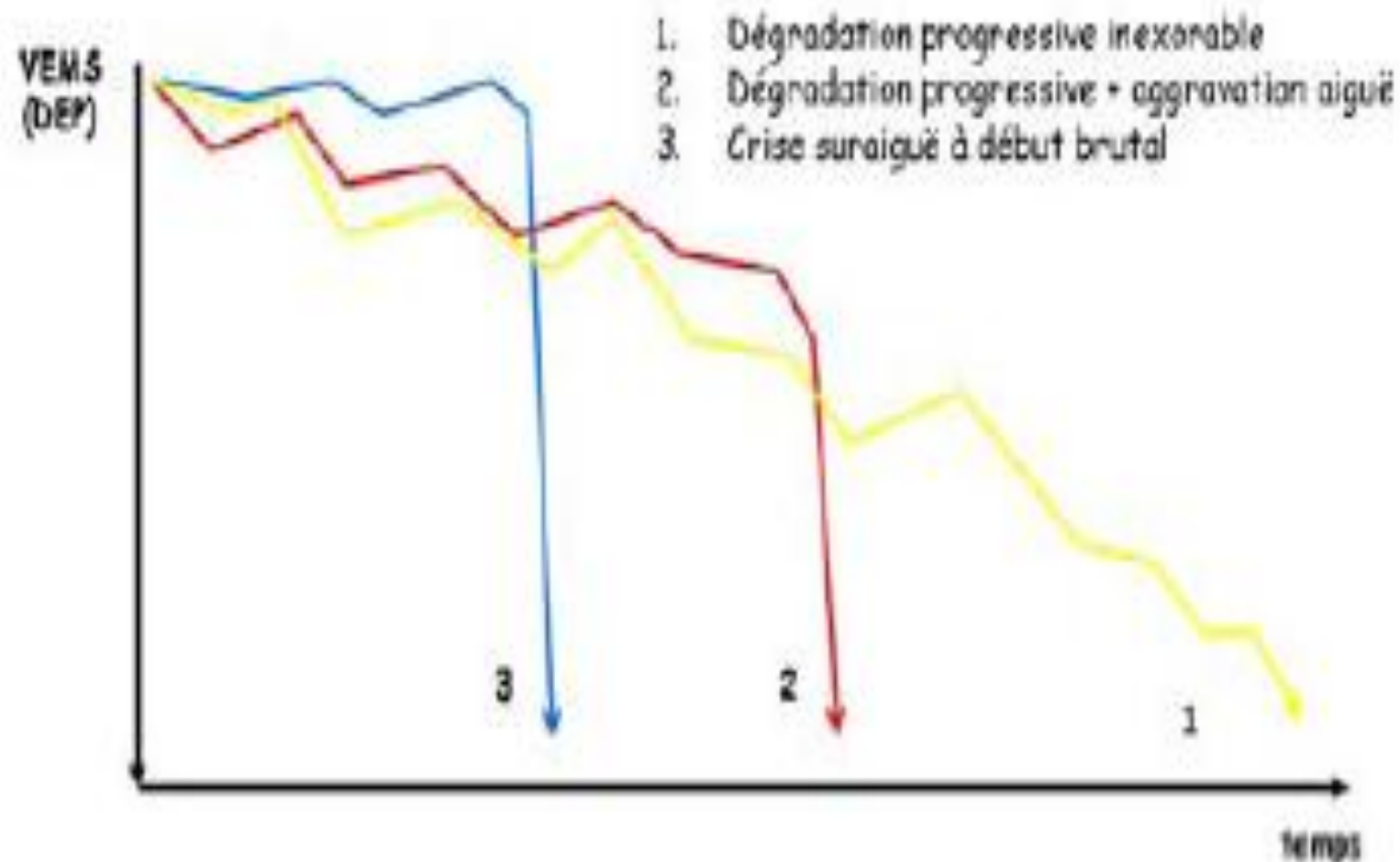
- Accès paroxystique de symptômes de durée brève (< 1 jour)

## **Exacerbation**

- Episode de dégradation progressive sur quelques jours, d'un ou plusieurs signes cliniques, ainsi que des paramètres fonctionnels d'obstruction bronchique. Diminution efficacité  $\beta$ 2-mimétiques. Abaissement et variabilité valeurs du DEP

## **Asthme aigu grave**

- Pouls >110, FR  $\geq$  25, impossibilité de terminer ses phrases en un seul cycle respiratoire, DEP  $\leq$  30-50% de la valeur théorique ou de la meilleure valeur connue, bradycardie, hypotension, silence auscultatoire, cyanose, confusion ou coma, épuisement, normo-hypercapnie



Trois modalités évolutives des dégradations de la fonction respiratoire conduisant à une CAAG

**TABLEAU I-LES CRITÈRES DE GRAVITÉ DE LA CRISE D'ASTHME (1)**

Paramètres	Crise légère	Crise modérée	Crise sévère	Arrêt respiratoire imminent
Activité (2)	Normale Peut s'allonger	Peut parler Préfère s'asseoir Difficultés pour s'alimenter	Doit se reposer Assis penché Refuse de s'alimenter	
Élocution	Phrases	Groupes de mots	Mots	
Comportement	Normal (peut être agité)	Anxieux	Agitation Cyanose Sueurs	Confusion Somnolence Coma
Rythme respiratoire	Peu augmenté	Peu augmenté	Augmenté (3) (> 30/ min)	
Utilisation muscles accessoires	Non	Modérée	Importante (sterno-cléido-mastoiïdiens)	Asynchronisme thoraco-abdominal
Sibilances	Modérées (expiratoires)	Bruyantes (aux 2 temps)	Diminuées (spasme +)	Silence respiratoire (spasme +++)
Fréquence cardiaque	< 100	100-120	> 120	Bradycardie
DEP (après bronchodilatateur)	> 80 % de la normale	60-80 %	< 60 %	
SaO <sub>2</sub>	> 95 %	91-95 %	< 90 %	
Réponse aux bronchodilatateurs	Rapide et stable	Brève	Médiocre ou nulle	

# CAS PARTICULIER DE L'ASTHME SÉVÈRE

- 50 % patients non-adhérents au traitement
- 50 % décès correspondent à des « sudden-onset asthma »
- Absence de relation entre importance du trigger / réponse bronchomotrice ?
- Mauvaise perception de la dyspnée
- Faible réponse aux corticoïdes
- Education +++

# Patients à risque d'AAG et de décès

- ATCD d'asthme quasi fatal ayant nécessité une intubation et une ventilation mécanique
- ATCD d'hospitalisation ou de consultation en urgence pour asthme dans l'année passée
- Traitement oral par glucocorticostéroïdes en cours ou récemment arrêté
- Pas de CSI
- Recours quotidien fréquent aux  $\beta_2$  agonistes d'action rapide inhalés
- Maladie psychiatrique ou problèmes psychosociaux, dont la prise de sédatifs
- Non compliance aux traitements de fond de l'asthme (CSI)
- + tabagisme, VEMS <40%, "mauvais percepteurs" de l'obstruction bronchique...

# Diagnostics différentiels d'une dyspnée aiguë avec thorax sifflant

- Asthme
- Bronchite chronique en poussée
  - Tabagisme important, expectorations...
- Insuffisance cardiaque gauche en poussée
  - Cardiomégalie, râles crépitants
- Obstruction des voies aériennes supérieures
  - Sifflement inspiratoire (stridor), max au cou et partie sup du thorax
- Plus rarement
  - Embolie pulmonaire
  - Intoxication par les organophosphorés
  - Manifestation allergique non asthmatique (œdème bronchique anaphylactique lors de piqûre d'insecte...)

**PRISE EN CHARGE :  
DÉBUTE AU DOMICILE  
TOUJOURS ÉVALUER  
L'ÉVOLUTION SOUS TRAITEMENT**

# PRISE EN CHARGE LE L'ASTHME GRAVE AU DOMICILE

- $\beta$ 2-CA en sprays + chambre  
→ 2-4 b 100  $\mu$ g répétés toutes les 5 à 10 min
- Ou en nébulisation 1 ampoule 5 mg  
→ 3 fois/h
- Ou en SC, IV...
- CS oraux ~ 1 mg/Kg (délai d'action  $\geq$  3h quelque soit la voie d'administration)
- O<sub>2</sub> si disponible 6 L/min

# Hospitalisation des exacerbations sévères ( exacerbations modérées)

## Asthme aigu grave

Paramètres	Légère	Modérée	Sévère	Arrêt respiratoire imminent
<b>Dyspnée</b>	à la marche, peut s'allonger	en parlant, assis.	au repos, penché en avant	
<b>Parle avec</b>	phrases	morceaux de phrases	mots	
<b>Neurologique</b>	peut être agité	souvent agité	souvent agité	confus
<b>Fréq Respiratoire</b>	augmentée	augmentée	> 30	
<b>Mise en jeu muscles respi accessoires</b>	Non	Oui	Oui	Mouvements paradoxaux thoraco-abdo
<b>Sibilants</b>	modérés, expiratoires	bryant	bryants	absence
<b>Fréq Cardiaque</b>	<100	100-120	>120	bradycardie
<b>DEP après bronchodilatateur initial (%prédit ou du record perso)</b>	> 80%	60-80%	<60% (<100L/min adultes) ou réponse dure moins de 2h.	
<b>PaO<sub>2</sub> et/ou PaCO<sub>2</sub></b>	normal (test non nécessaire)	> 60 mmHg	< 60 mmHg cyanose possible	
<b>SaO<sub>2</sub> %</b>	< 45mmHg	< 45 mmHg	> 45 mmHg	
	>95	91-95	<90	

# Prise en charge le l'asthme grave à l'hôpital

- Oxygénothérapie 6 l/min  
→ SaO<sub>2</sub> > 90% (> 95% si cardiopathie ou femme enceinte)
- $\beta$ 2-CA en nébulisation (terbutaline ou salbutamol, flacons unidoses à 5 mg), administrés sur 15 min avec O<sub>2</sub> 6-8 l/min  
→ 2.5 à 5 mg toutes les 20 min, 3 fois de suite, puis toutes les 1-4 h  
(IV ? 0.25 à 0.50 mg/h au début jusqu'à 5 mg/h)
- Ipatropium? 3 néb en 1h (→ gain de 10% = bénéfique)
- Dès la mise en route du traitement, surveillance clinique, DEP, SpO<sub>2</sub> (scope)

# EVALUATION SOUS TRAITEMENT

- **En cas de crise d'asthme (sévère), toujours évaluer l'évolution sous traitement :**
  - Clinique: ↓ dyspnée, ↓ FR, ↓ FC, tolérance neuro-psychique, ↑ DEP ( $\Delta$  DEP > 50 l au cours de la 1<sup>o</sup> heure et/ou > 50%)  
= réponse en # 1 heure
  - Prudence vis-à-vis du retour à domicile (DEP > 60%-80%, >300 l/min)
  - Suivi médical étroit
  - Revoir l'éducation du patient et les plans d'action
- **USI si patient à haut risque, sévérité clinique, DEP < 30%, PCO<sub>2</sub> > 45, PO<sub>2</sub> < 60 mmHg :**  
intubation et ventilation mécanique parfois nécessaires ...

# AINSI :

- Les exacerbations sévères nécessitent toujours des soins hospitaliers immédiats
- Les exacerbations modérées peuvent nécessiter des soins en hôpital ou en clinique
- La surveillance de la réponse au traitement est surtout clinique + DEP et SpO<sub>2</sub>
- Après la résolution de l'exacerbation, il faudra identifier les facteurs responsables et établir des stratégies pour éviter la récurrence
- Il faudra revoir le plan de traitement du patient (éducation thérapeutique et adaptation du traitement de fond)
- Il convient d'être particulièrement vigilant chez les malades à risque d'AAG