



# **ASTHME : EFR, Allergologie, Kinésithérapie, Autres...**

**Dr Isabelle Tillie-Leblond, CHRU Lille  
& Université de Lille 2**

# L'ALLERGIE



# Conférence d'experts Asthme-Allergie



# Quand et comment faire une enquête allergologique ?

- **Q2-1 : Faut-il faire une enquête allergologique chez tout asthmatique ?**
  - R3 - Il est recommandé de faire une enquête allergologique chez tous les enfants de moins de 3 ans qui présentent des symptômes respiratoires persistants et/ou récidivants et/ou sévères et/ou nécessitant un traitement continu et/ou associés à des symptômes extra-respiratoires compatibles avec une origine allergique. Cela inclut une histoire compatible avec une allergie alimentaire (NP3) (recommandation de grade B).

# Quelle est la place des examens biologiques sériques dans le diagnostic de l'allergie chez l'asthmatique ?

- R12 - Si la réalisation de prick-tests n'est pas possible en première intention, il est recommandé de réaliser un test multiallergénique. En cas de positivité, l'enquête allergologique doit être poursuivie (NP3) (Recommandation de grade C).
- R13 - Le dosage des IgE sériques totales n'est pas recommandé en pratique chez l'asthmatique, sauf dans deux situations cliniques : avant mise en place d'un traitement par anti-IgE, et lorsqu'une aspergillose bronchopulmonaire allergique est suspectée (NP 3) (Recommandation de grade A).

# Quelle est la place des examens biologiques sériques dans le diagnostic de l'allergie chez l'asthmatique ?

- R15 - Il est recommandé de ne pas pratiquer le dosage des IgE sériques spécifiques d'un pneumallergène en pratique courante en première intention (Recommandation de grade A). Il est recommandé de pratiquer ce dosage en cas de discordance entre les manifestations cliniques et les résultats des prick-tests ou lorsque les prick-tests ne peuvent être réalisés ou interprétés (Recommandation de grade B).
- R16 - Il est recommandé de ne pas rechercher une hyperéosinophilie sérique en première intention chez un asthmatique (Recommandation de grade B).

# L'asthme représente-t-il un facteur de risque d'anaphylaxie ?

- **L'asthme allergique est-il un facteur de risque de choc anaphylactique alimentaire ?**
  - R24 - Chez un asthmatique ayant une allergie alimentaire, il est recommandé de prendre toutes les mesures (évitement de l'allergène causal, trousse d'urgence et carte d'allergie) pour prévenir et traiter un choc anaphylactique (NP2) (Recommandation de grade A).



# BILAN ALLERGOLOGIQUE : INTERROGATOIRE

- **Où, quand, comment surviennent les gènes ?**
  - Environnement
  - Amélioration dans certaines conditions
  - Mono-ou multisensibilisations
- **Pneumallergènes**
  - Acariens, blatte
  - Pollens (arbres, graminées, herbacées)
  - Animaux domestiques
  - Moisissures
- **Trophallergènes**
  - Facteur de risque d'asthme mortel
  - Œuf, poisson, arachide, lait, crustacés, ...
- **Allergènes professionnels**
  - Boulangerie, coiffure, professionnel de santé...

# TESTS ALLERGOLOGIQUES

- **Tests cutanés**

- Recherche une sensibilisation à plusieurs allergènes
- Acariens, pollens de graminées, poils d'animaux, moisissures
- Contrôle positif : histamine
- Contrôle négatif : sérum salé

- ~~**IgE Totales**~~

- ~~– Peu d'intérêt dans le cadre des asthmes standards~~

- ~~**IgE spécifiques**~~

- ~~– Si tests cutanés impossible~~
- ~~– Si dissociation entre l'anamnèse et les tests cutanés~~
- ~~– Phadiatop si absence d'arguments pour une allergie~~

# BILAN ALLERGOLOGIQUE DÉBUTANT PAR LA RÉALISATION DE PRICK TESTS



- Dépiste une sensibilisation
- À interpréter / clinique
- Témoin positif et négatif
- Lecture 15 à 20 min
- Induration > la moitié du témoin positif
- (négatif anti-H, anti-dépresseurs...)

# LE NEZ



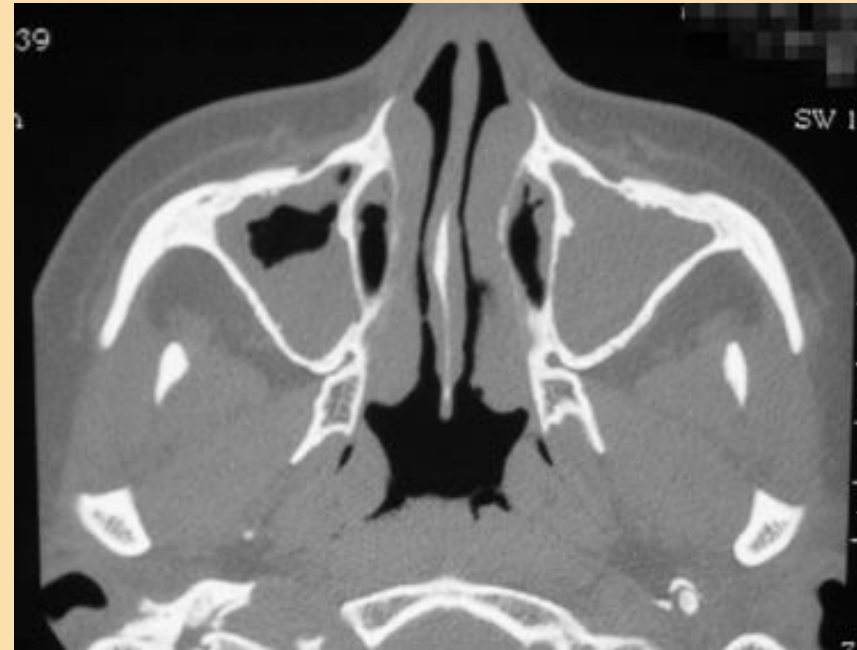
# FAUT-IL PRATIQUER UN EXAMEN ORL CHEZ TOUT ASTHMATIQUE ALLERGIQUE ?

- Il est recommandé de rechercher par l'interrogatoire une rhinite associée chez l'asthmatique allergique : un écoulement antérieur et/ou postérieur, une anosmie, une obstruction et un prurit nasal et des éternuements (Recommandation de grade B).
- Il est recommandé de traiter la rhinite pour améliorer le contrôle d'un asthme associé (NP3) (Recommandation de grade B).

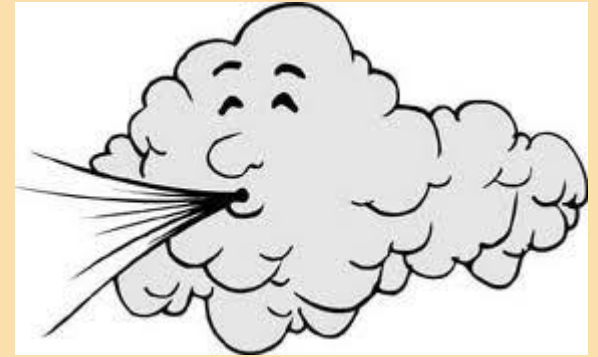


# FAUT-IL PRATIQUER UNE IMAGERIE ?

- Il est recommandé de ne pas pratiquer une imagerie des sinus (radiographie et tomodensitométrie) en première intention ou en dépistage de la rhinite chez l'asthmatique allergique (Recommandation de grade B).

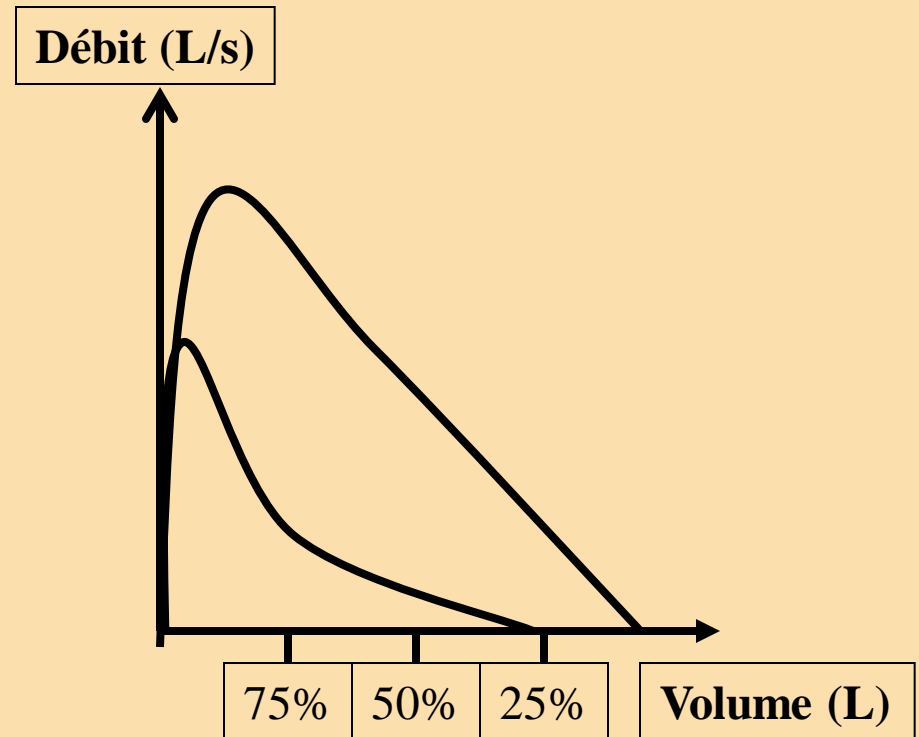


# MESURER LE SOUFFLE LES EFR



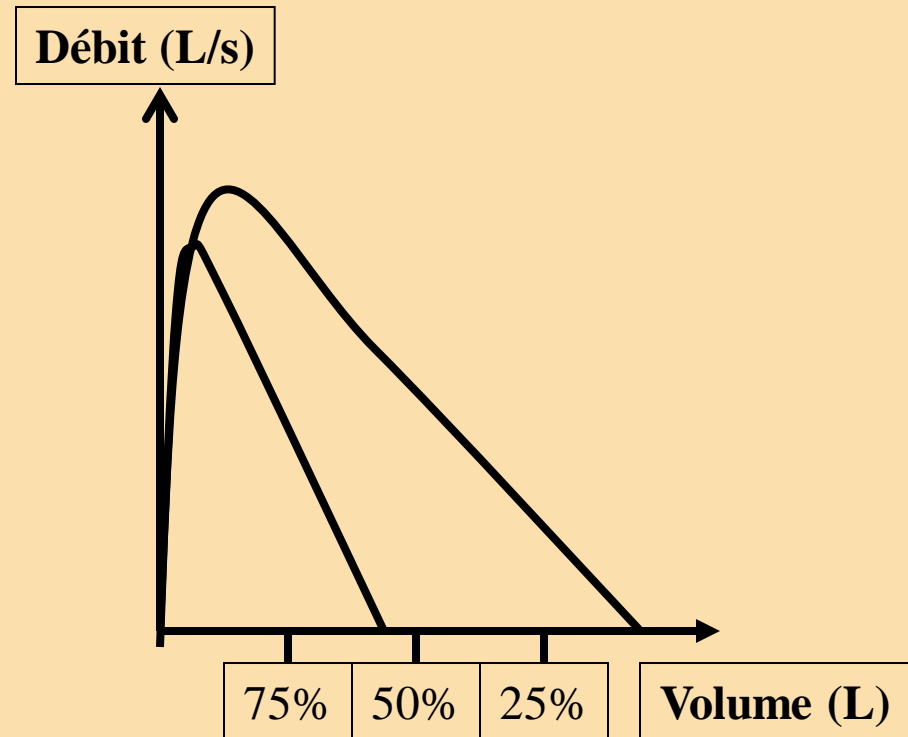
# TROUBLE VENTILATOIRE OBSTRUCTIF

♣	VEMS	↘
♣	CV	Nle
♣	VEMS / CV	↘



# TROUBLE VENTILATOIRE RESTRICTIF

♣ CV	↘
♣ VR	↘
♣ CPT	↘
♣ VEMS	↘
♣ VEMS/CV	NI



# EVALUER POUR TRAITER...!

- Traiterait-on un patient ayant une HTA sans jamais avoir pris sa tension ?
- Traiterait-on un diabète sans évaluer la glycémie ?
- Est-il licite de traiter, des mois, années durant un patient par corticoïdes inhalés et bronchodilatateurs sans jamais avoir évaluer la fonction respiratoire ?

# EFR CHEZ L'ASTHMATIQUE

- Les EFR confirme le diagnostic d'asthme et donne le niveau de sévérité
- Pas de corrélation entre la plainte (sensation de gêne, d'oppression, de difficulté à « gonfler » la poitrine...) et le niveau d'obstruction bronchique donné par le VEMS
- Certains patients ne perçoivent pas leur gêne

# FONCTION RESPIRATOIRE... UN PARAMÈTRE RARE

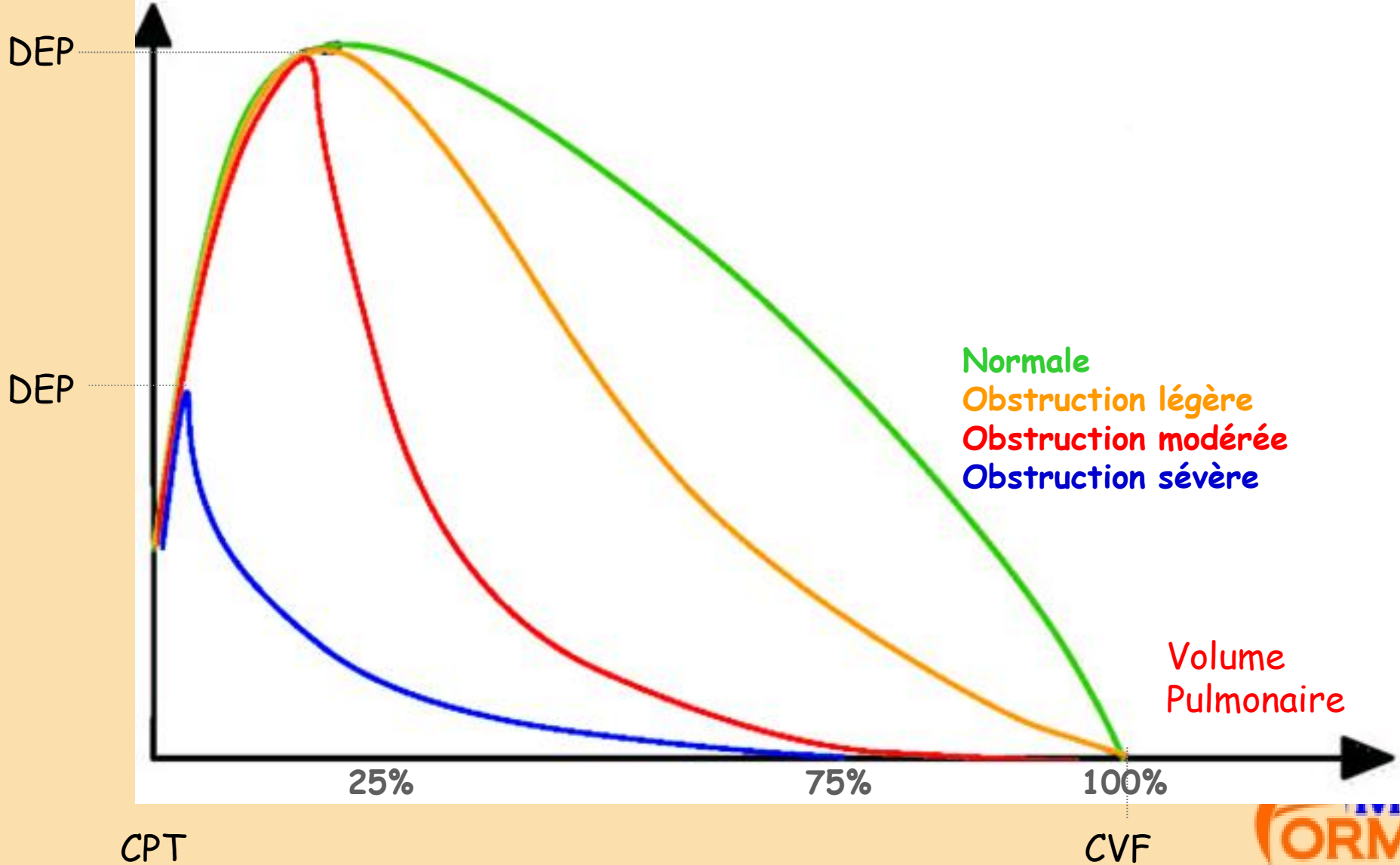
Etude AIR (Rabe JACI 2004)	(n=2509) USA	(n=2803) Europe Ouest	(n=3207) Asie	(n=803) Japon	(n=1617) Europe et Europe Centrale
<b>Fonction respiratoire</b>					
jamais faite	53 %	53 %	60 %	68 %	36 %
faite dans l'année	35 %	33 %	33 %	29 %	52 %
DEP possédé	28 %	28 %	7 %	9 %	5.6 %
DEP utilisé	8.4 %	8 %	3 %	4 %	3 %

# POUR LE DIAGNOSTIC D'ASTHME

- Un tableau clinique compatible avec un asthme, nécessite l'évaluation de la fonction respiratoire
- La spirométrie montre une obstruction bronchique : baisse du rapport  $V_{EMS}/CV$

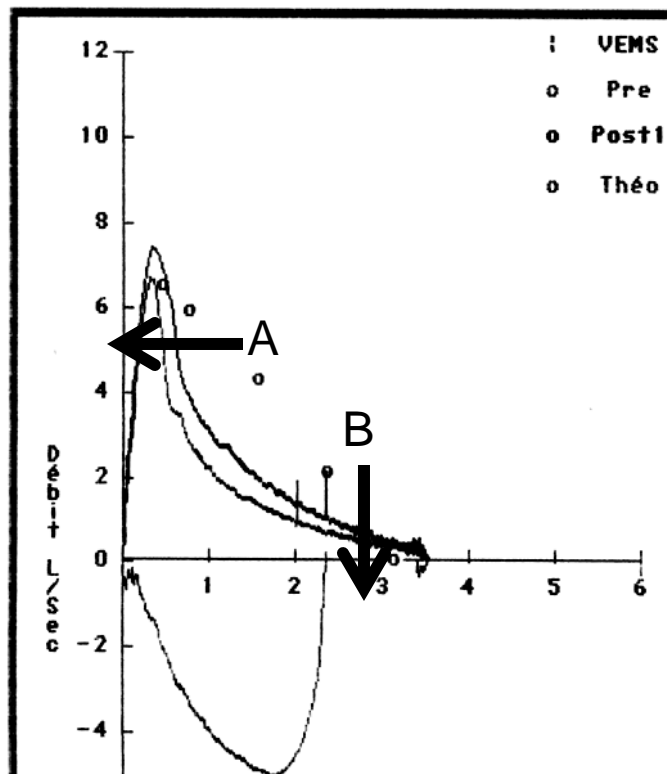
La diminution du rapport VEMS/CVF (< 0,7) traduit un Trouble Ventilatoire Obstructif

Débit L / sec



# L'EFR À INTERPRÉTER

		PRE-BRONCHODILATEUR			POST-BRONCHODILATEUR		
		Mesuré	Théo.	%Théo.	Mesuré	%Théo.	%Ecart
CVF	(L)	3.51	3.18	110	3.55	112	1
VEMS	(L)	2.01	2.76	73	2.35	85	17
VEMS/ CVF	(%)	57	87		66		16
DEM 75%	(L/sec)	2.46	5.86	42	3.37	57	37
DEM 50%	(L/sec)	1.14	4.26	27	1.63	38	43
DEM 25%	(L/sec)	0.57	2.10	27	0.74	35	30
DPE	(L/sec)	6.64	6.47	103	7.38	114	11
DEM 25-75%	(L/sec)	1.05	3.99	26	1.51	38	44



# EFR & ASTHME

- Si le VEMS est normal, un test à la métacholine pour rechercher une hyperréactivité bronchique non spécifique est nécessaire au diagnostic.

# DEP et ASTHME

## (peak-flow ou débitmètre de pointe)

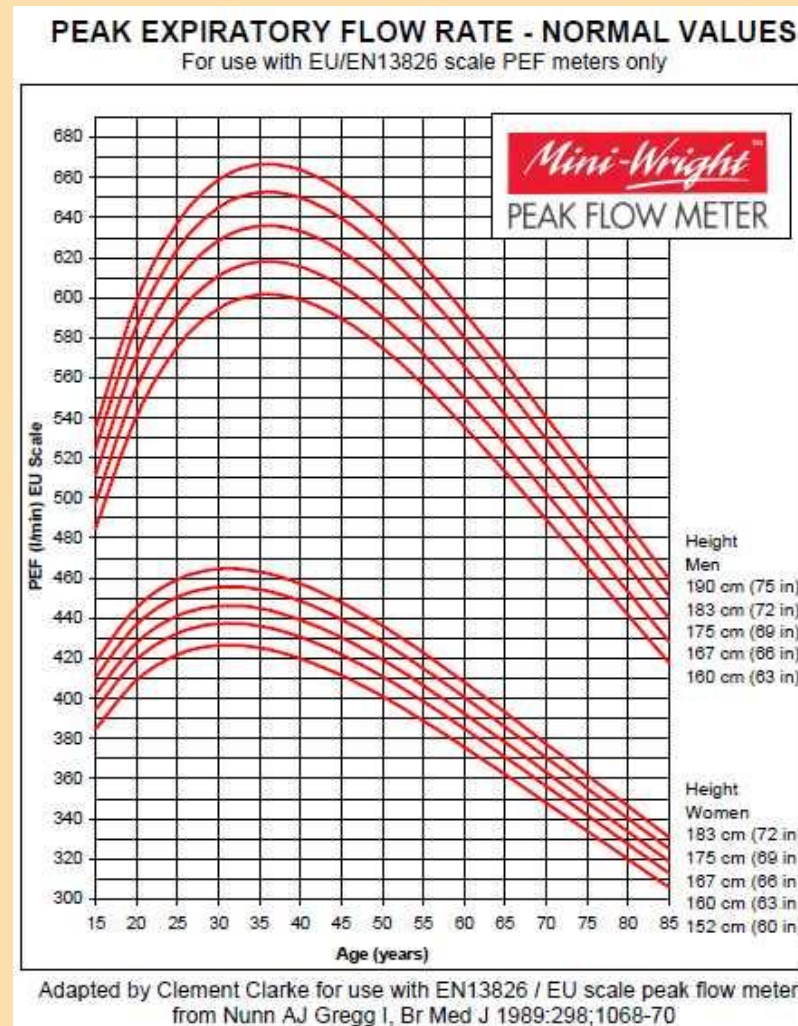
- Il ne faut pas se contenter du résultat de la seule mesure du DEP pour affirmer un Trouble Ventilatoire Obstructif, en raison des discordances entre les valeurs mesurées du DEP et du VEMS observées chez certains patients.

# LE DEP OU « PEAK-FLOW »

- N'a d'intérêt que pour un suivi individuel
- Pas de corrélation avec le VEMS !
- Son intégration à un plan d'action individuel n'apporte pas de bénéfice prouvé
- Utile +++ chez l'asthmatique sévère, notamment celui qui ne ressent pas son obstruction bronchique « je me sens bien... » alors que le VEMS est à 50 % (faible percepteur)

# DEP et ASTHME

(peak-flow ou débitmètre de pointe)



# DES ZONES DE PEAK FLOW...

- Plus de 80 % VERT
- Entre 60 et 80 % JAUNE
- Entre 40 et 60 % ORANGE
- Moins de 40 % ROUGE

# SÉVÉRITÉ : appréciable après au moins 6 mois de suivi

- Sous traitement associant corticoïdes inhalés et beta-2LDA, Asthme persistant modéré
- On propose de garder le traitement de fond

Stades	Symptômes	EFR
<b>1 - Intermittent</b>	- Symptômes < 1/semaine - Symptômes nocturnes < 2/mois	- VEMS ou DEP $\geq$ 80% théor. - Variabilité du DEP <20%
<b>2 - Persistant léger</b>	Symptômes > 1/semaine mais < 1/jour - Symptômes nocturnes > 2/mois	- VEMS ou DEP $\geq$ 80% théor. - Variabilité du DEP de 20-30%
<b>3 - Persistant modéré</b>	- Symptômes quotidiens - Symptômes nocturnes > 1/semaine Utilisation quotidienne de B2 de courte durée d'action	- VEMS ou DEP 60-80% théor. - Variabilité du DEP >30%
<b>4 - Persistant sévère</b>	- Symptômes quotidiens - Exacerbations fréquentes - Symptômes nocturnes fréquents - Activités physiques limitées	- VEMS ou DEP $\leq$ 60% théor. - Variabilité du DEP >30%

# LA KINÉSITHÉRAPIE DANS L'ASTHME

- Réhabilitation pour les stades évolués :  
dyspnée, déconditionnement
- Sinon : pratique d'activité physique régulière...
- La kinésithérapie respiratoire permet également d'apprendre à mieux maîtriser son souffle, placer sa respiration, à se détendre lors de l'apparition d'une gêne, la crise provoquant une angoisse qui aggrave l'asthme.

# POINTS CLÉS

- Le diagnostic d'asthme est posé sur la mise en évidence d'un Trouble Ventilatoire Obstructif, réversible dans un contexte clinique évocateur
- Lorsque la clinique est évocatrice d'un asthme et que le VEMS est normal, il faut rechercher une hyperréactivité bronchique pour confirmer le diagnostic
- Le bilan allergologique est basé sur l'interrogatoire et les tests cutanés
- Attention aux allergies alimentaires !!!  
Facteur de risque de mortalité par asthme