

LE CONTRÔLE DE L'ASTHME

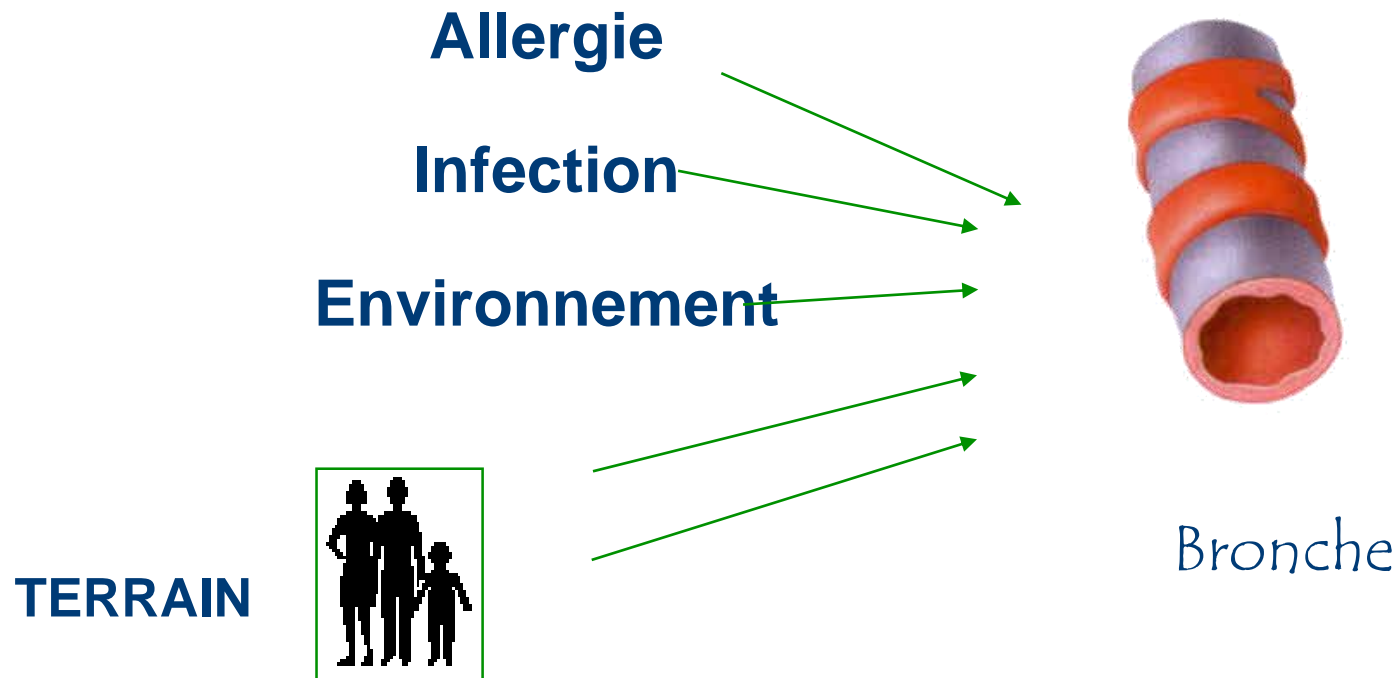
Pr AICHANE

2018

ASTHME

Asthme bronchique !
Allergie !

SYNDROME MULTIFACTORIEL



ASTHME

Définition OMS

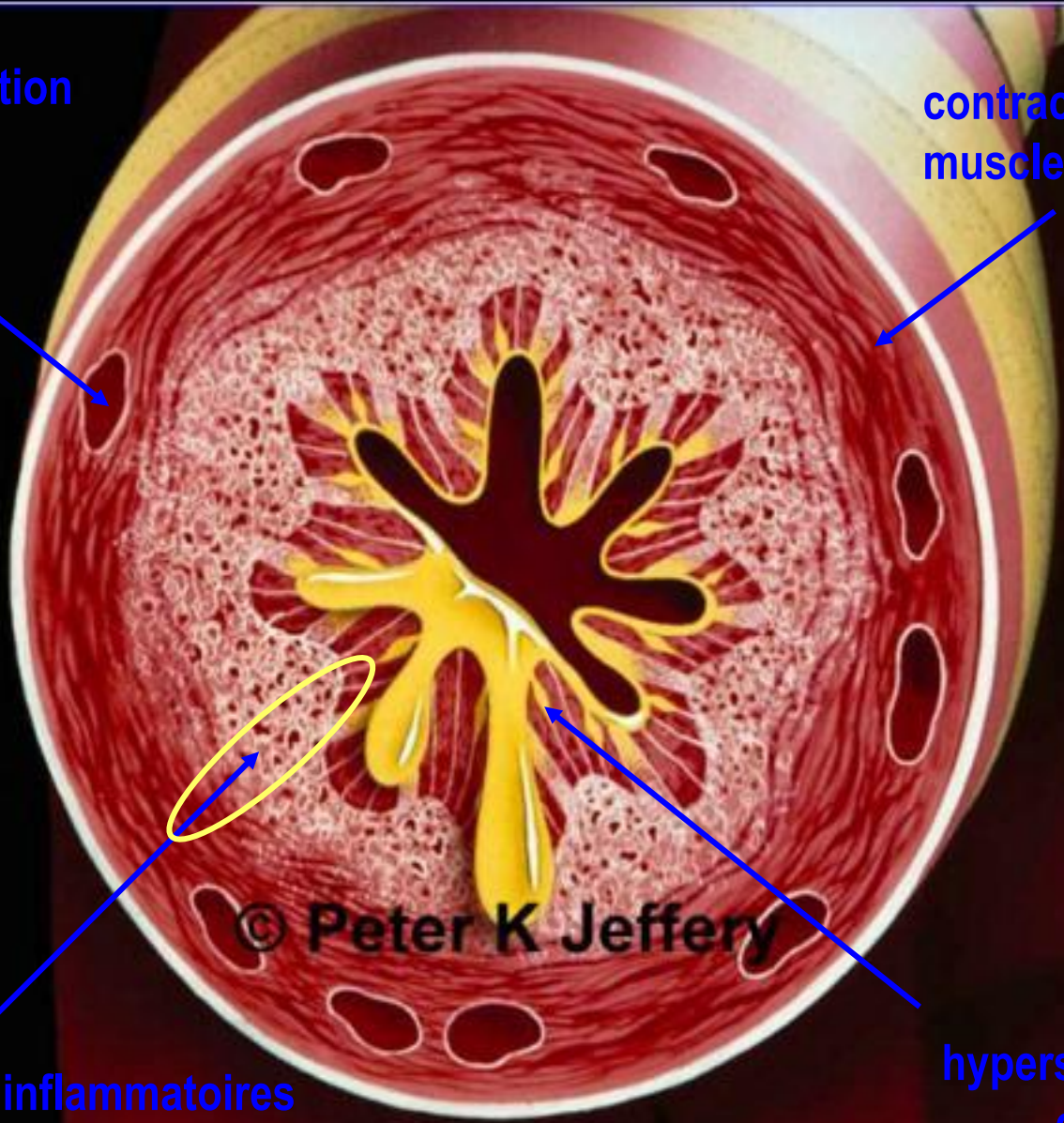
GINA / OMS 98 :

« L 'asthme est un désordre inflammatoire chronique des voies respiratoires entraînant des symptômes en rapport avec une obstruction bronchique diffuse , variable , réversible spontanément ou sous Traitement. Par ailleurs cette inflammation est la cause d 'une hyperréactivité bronchique à de nombreux stimuli. »



vasodilatation
oedème

contraction des
muscles lisses



infiltration
de cellules inflammatoires
& remodelage

hypersécrétion
de mucus

© Peter K Jeffery

ASTHME

Facteurs déterminants

GENETIQUES

Facteurs Non environnementaux

RGO
Bas poids à la naissance
Non Allaitement au sein
Régime pauvre en acides oméga ou en Vitamines antioxydantes (A,C)

Facteurs environnementaux

Allergènes :
Moment
Intensité
Mode } Exposition

Cofacteurs :
Fumée de cigarette
Polluants atmosphériques
infections respiratoires (Virales + +)

Inflammation bronchique

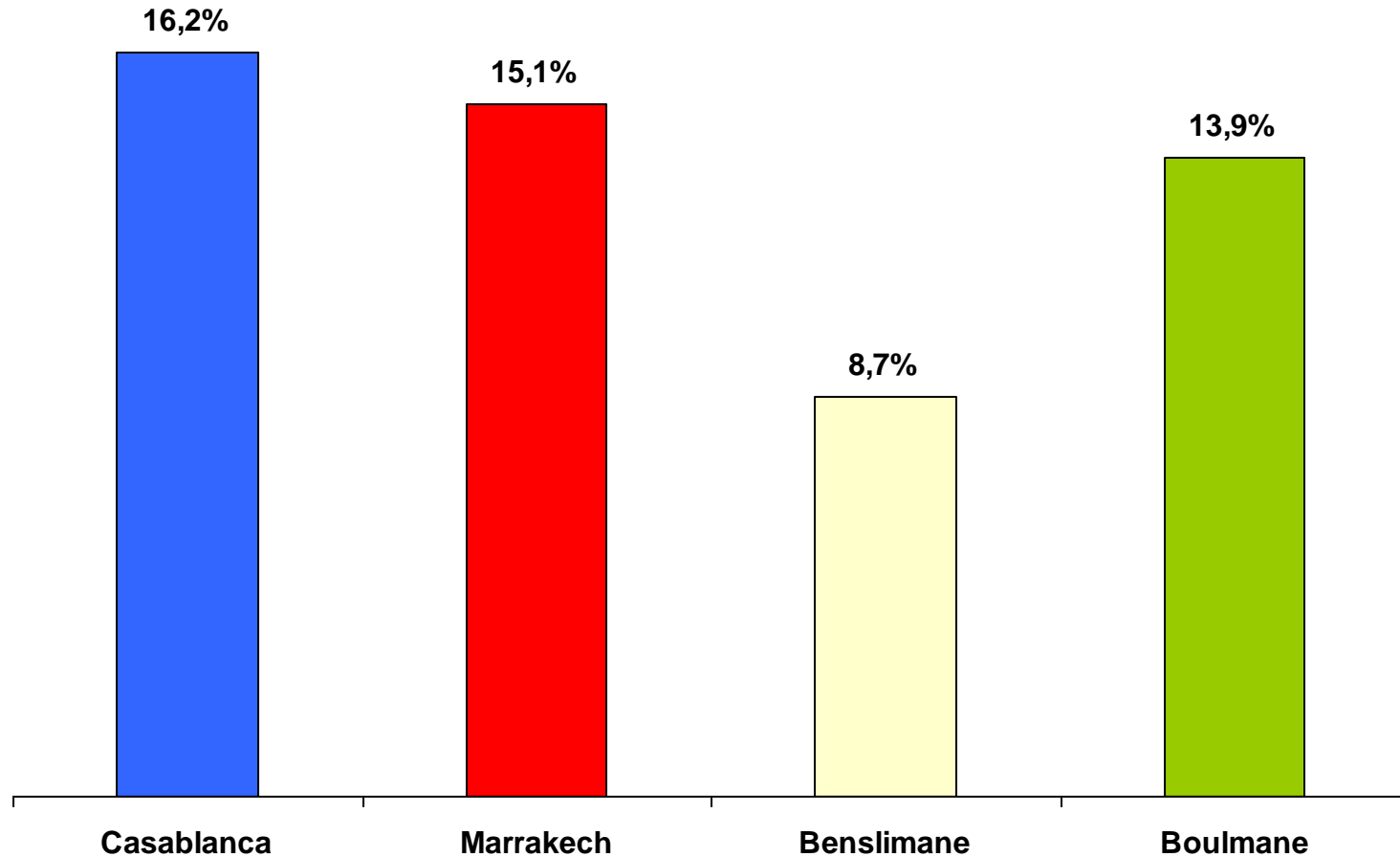
Perturbations structurales

Perturbations fonctionnelles

Hyper-réactivité Bronchique

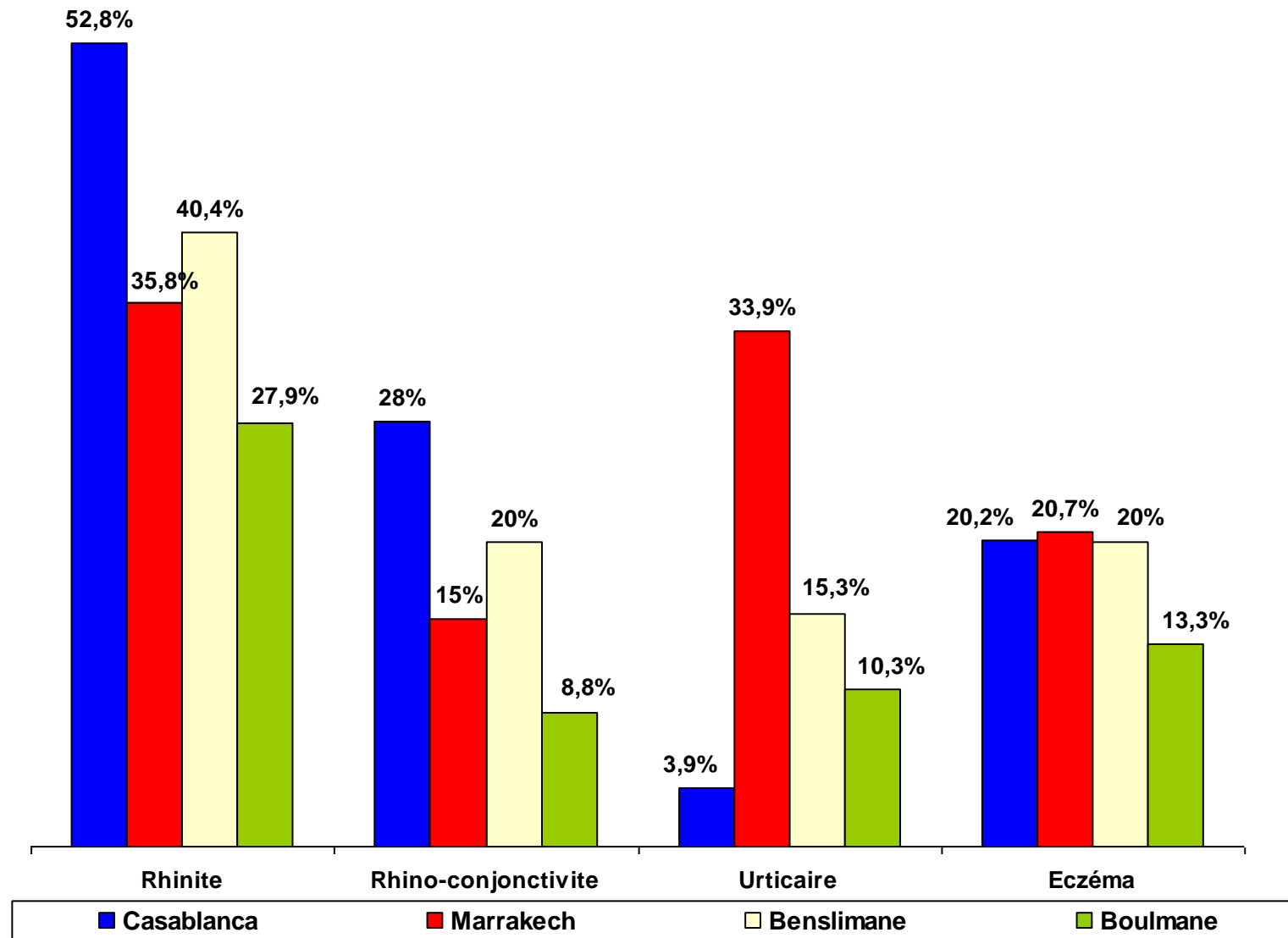
Symptômes

Prévalence de l'asthme au Maroc (ISAAC 2001)

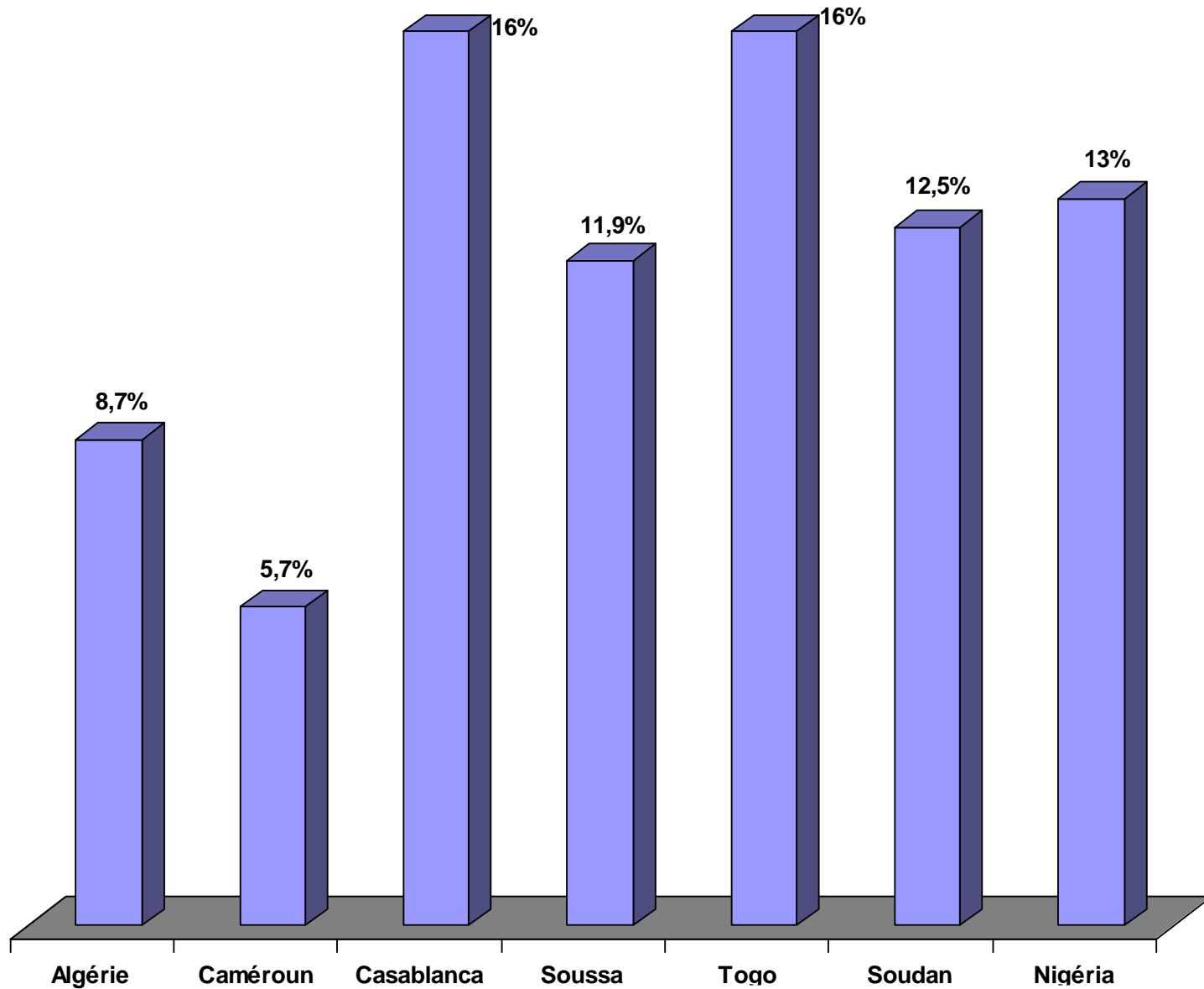


Z. Bouayad, A.Aichane, H. Afif
Int.J.Tuberc.2006

Prévalence des maladies allergiques



Prévalence de l'asthme en Afrique (ISAAC 2001)



Ait Khaled. N, Bouayad. Z,
Allergy Mars 2007

DESCRIPTION : "FORMES CLINIQUES"

SIFFLEMENTS THORACIQUES

TOUX CHRONIQUE

ASTHME NOCTURNE

ASTHME D'EFFORT

ASTHME INSTABLE

ASTHME AIGUE GRAVE

ASTHME HYPERSECRETANT

ASTHME ASYMPTOMATIQUE

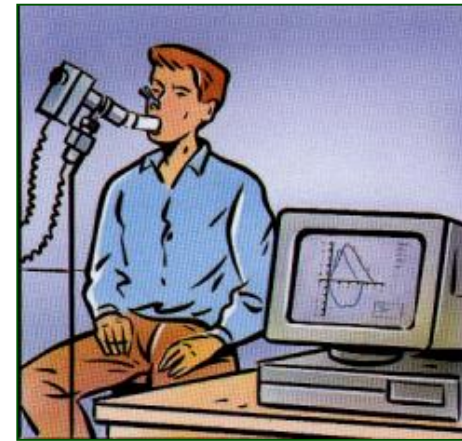
ASTHME

Examens complémentaires

Fonction respiratoire



Débit-mètre de pointe
DEP

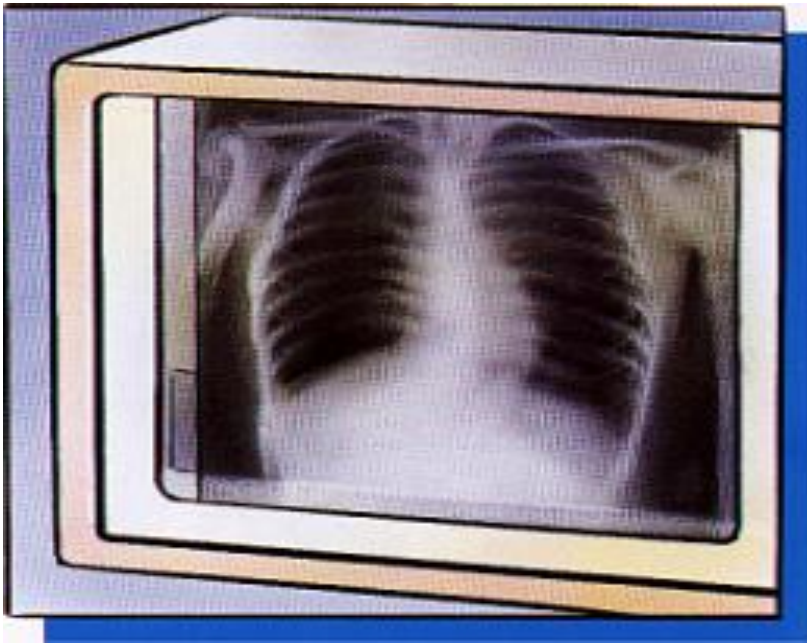


Explorations Fonctionnelles
respiratoire (EFR) Spirométrie

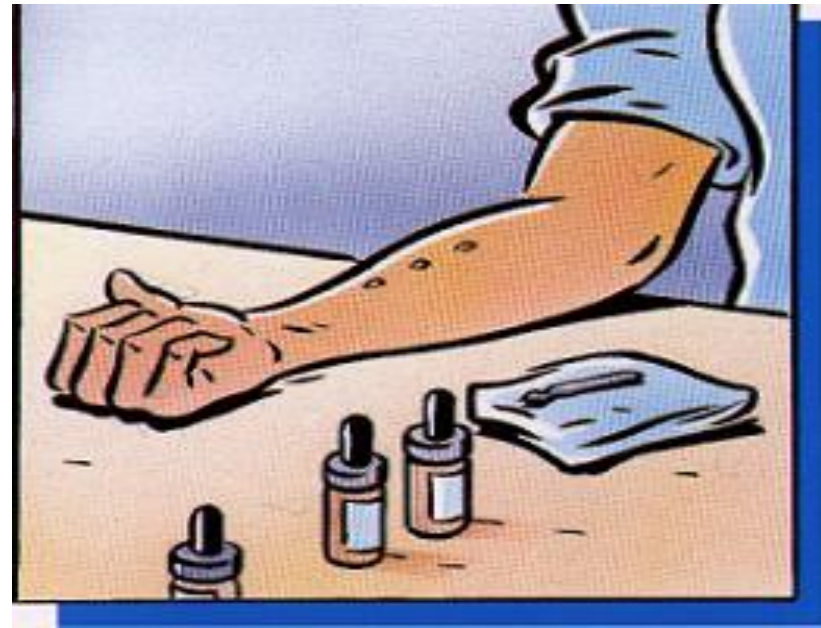
ASTHME

Examens complémentaires

Radio thoracique



Prick test



ASTHME

Diagnostic

Anamnèse

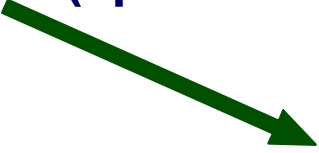
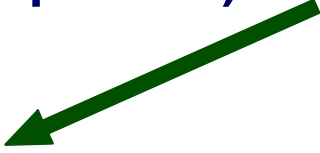


Examen clinique



DEP
(répétition)

Au mieux, EFR
(spirométrie)



Normale

Obstruction



Test de provocation
si doute (HRB ?)

Test de
réversibilité



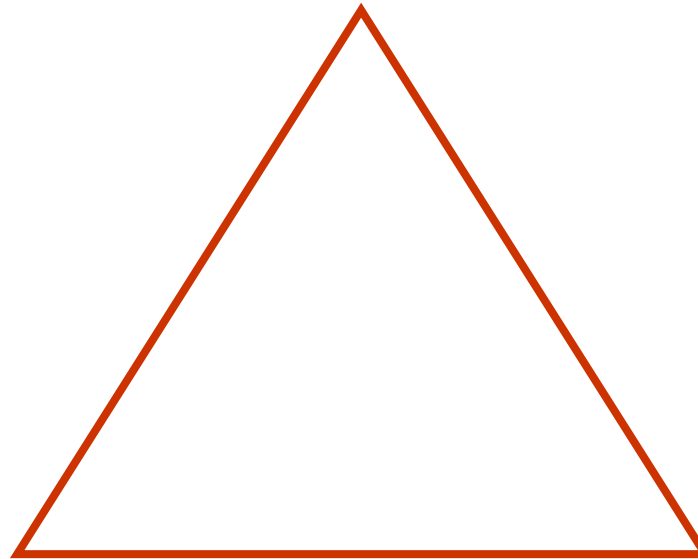
Asthme

Classification de Sévérité

	Symptômes	Symptômes nocturne	DEP
Intermittent	. < 1f/sem . Normal entre crises	≤ 2f/mois	. ≥ 80% . Vari < 20%
Persistant léger	. ≥ 1f/sem . < 1f/jr	> 2f/mois	. ≥ 80% . Vari 20-30%
Persistant modéré	β2 mim. Chaque jour	> 1f/sem.	. > 60%, < 80% . Vari. > 30%
Persistent sévère	Activ. Physique = 0	Fréquent	. ≤ 60% . Vari : > 30%

Prise en charge thérapeutique une approche complémentaire

**Traitement
pharmacologique**



**Prise en compte
de l'environnement**

**Éducation
thérapeutique**

ANAES 2001

Le constat

Le contrôle de l'asthme est insuffisant

- **Une sous-estimation de la pathologie**
- **Une sur-estimation du contrôle**
- **Un défaut d'observance aux corticoïdes**
- **Une connaissance insuffisante de la pathologie sous-jacente (inflammation)**

Comment atteindre ces objectifs ?

- **Efficacité de la molécule**
- **Dispositif d 'inhalation**
- **Schéma thérapeutique**

But du traitement

“Le contrôle de la maladie devrait être le but du traitement de l’asthme”

- **Minimum (idéalement pas) de symptômes chroniques , incluant les symptômes nocturnes**
- **Minimum (idéalement pas) d ’exacerbations**
- **Pas de visites aux urgences**
- **Besoin minimal de β_2 -agonistes à la demande**
- **Pas de limitations des activités, incluant l ’exercice**
- **Variation du débit expiratoire de pointe < 20%**
- **Débit expiratoire de pointe normal (ou presque)**
- **Minimum (ou pas) d ’effets indésirables des médicaments**

TRAITEMENT DE LA MALADIE ASTHMATIQUE

1 - Contrôle de l'environnement

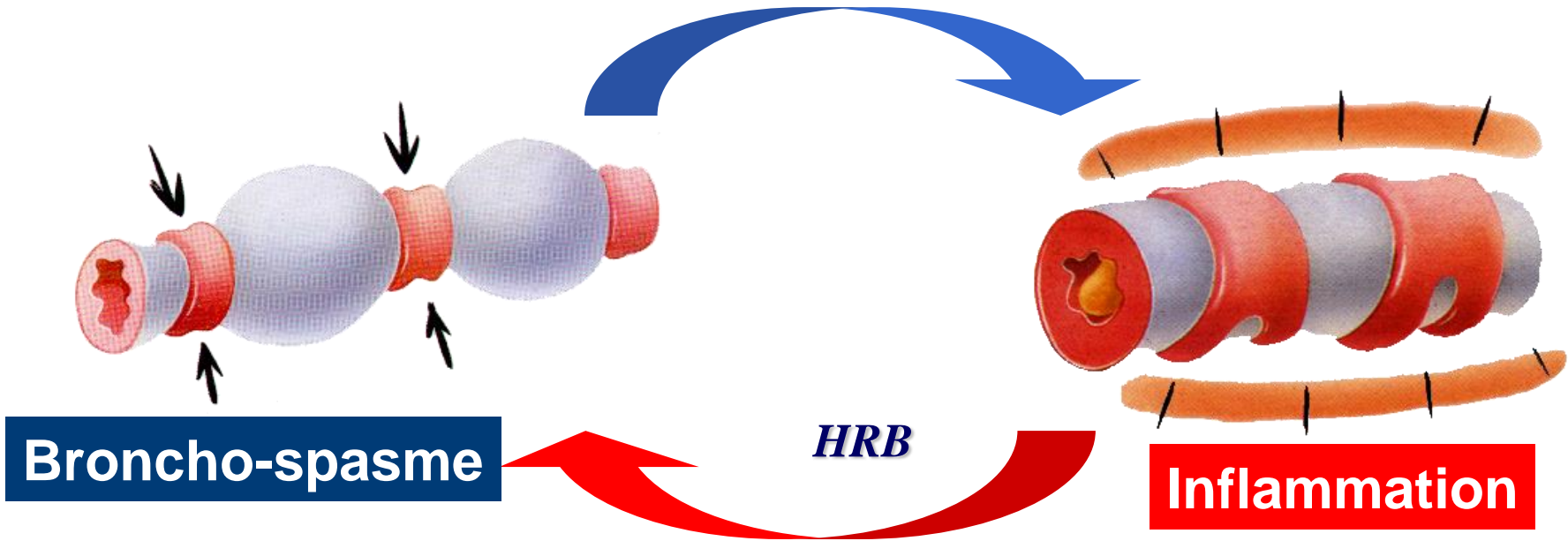
2 - Corticoides inhalés dose adaptée +
B2 à action prolongée si nécessaire

3 - Education du patient

- Compliance au traitement
- Suivi et contrôle médical régulier

ASTHME

Cercle Vicieux



GOAL : descriptif de l'étude

- Étude multicentrique, internationale, randomisée, en double aveugle, en groupes parallèles, sur 1 an
- 3 416 patients asthmatiques (≥ 12 ans) non contrôlés avec leur traitement antérieur
- Objectif : contrôle de l'asthme (contrôle total et bon contrôle) avec une défintion validée +++ et sur une période prédéterminée
- 3 strates de patients :
 - *Strate 1 (n = 1 098) : résultats non présentés car strate non conforme à l'AMM*
 - **Strate 2 (n = 1 163) : Faibles doses CSI ($\leq 500 \mu\text{g BDP/j}^*$)**
 - **Strate 3 (n = 1 155) : Doses modérées CSI ($> 500 - 1000 \mu\text{g BDP/j}^*$)**

* ou corticothérapie inhalée équivalente

GINA / NIH : définition du contrôle

Par semaine

Symptômes diurnes

β_2 -agoniste à la demande

DEP matinal

Réveils nocturnes

Exacerbations

Visites en urgence

Effets indésirables

GINA / NIH : définition du contrôle

Par semaine

Contrôle Total

Symptômes diurnes

Aucun

β_2 -agoniste à la demande

Aucun

DEP matinal

≥ 80 %

Réveils nocturnes

Aucun

Exacerbations

Aucune

Visites en urgence

Aucune

Effets indésirables

Aucun

(justifiant chgt tt)

GINA / NIH : définition du contrôle

Par semaine	Contrôle Total	Bon contrôle 2 ou 3 des critères
Symptômes diurnes	Aucun	Pas plus de 2 j/sem.
β_2 -agoniste à la demande	Aucun	Pas plus de 4 prises / sem. & 2 jours / sem.
DEP matinal	≥ 80 %	DEP ≥ 80 % valeurs théo.
Réveils nocturnes	Aucun	Aucun
Exacerbations	Aucune	Aucune
Visites en urgence	Aucune	Aucune
Effets indésirables	Aucun	Aucun
<hr/> (justifiant chgt tt)		

Durée pour évaluer le contrôle GINA 2002

*" ... il est raisonnable d'attendre
pour la plupart des patients asthmatiques,
que le contrôle de la maladie puisse être
obtenu et **maintenu**"*

**"Maintenu" implique
une période longue**

**GOAL : 8 semaines
consécutives**

Les deux critères de GOAL

Facile?

Points communs :

- ✓ Pas de réveil nocturne
- ✓ Pas d'exacerbation
- ✓ Pas de consultation en urgence
- ✓ Pas d'effet secondaire justifiant une modification du TT

Difficile?

BON CONTRÔLE



CONTRÔLE TOTAL



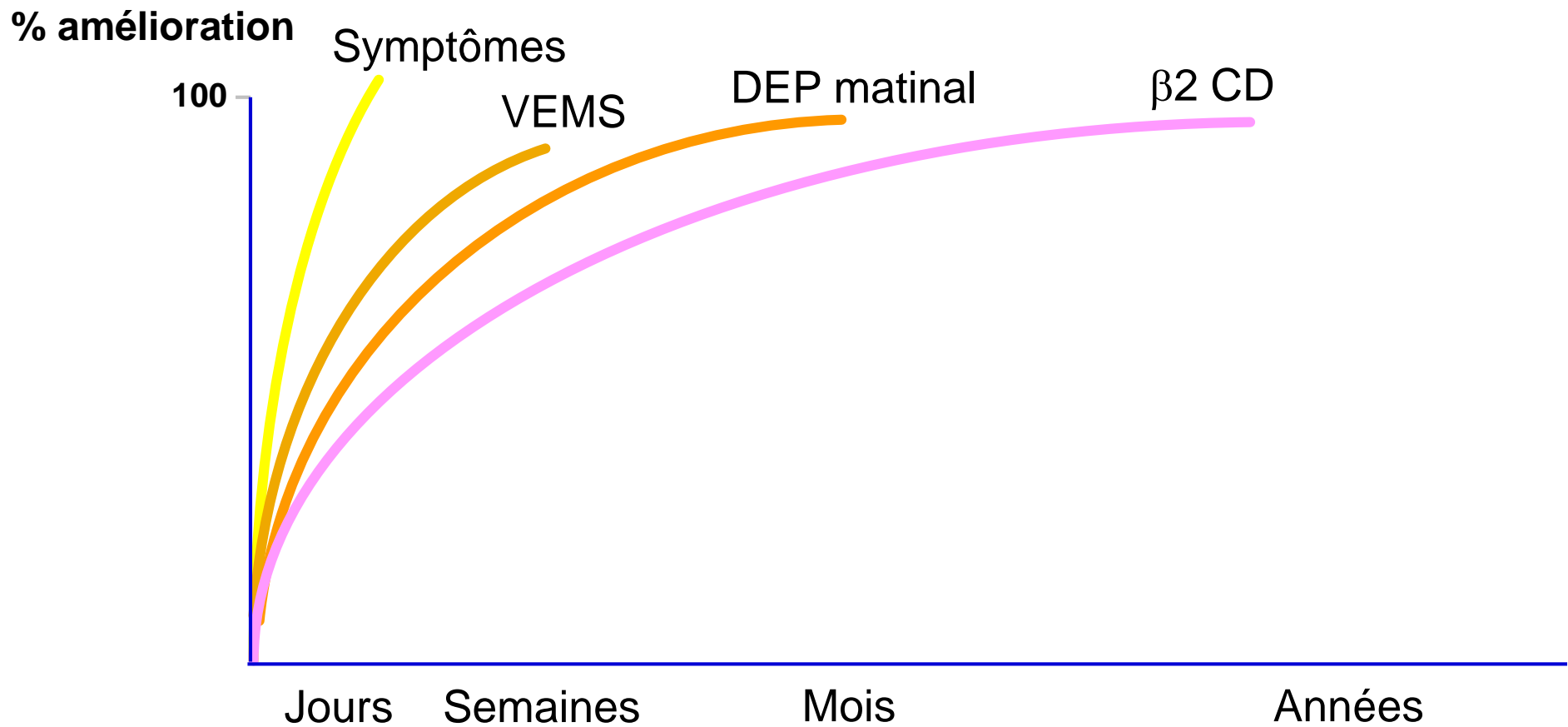
Au moins 2 des critères suivants :

- ✓ Pas plus de 2 j/sem. avec un score de symptôme > 1
- ✓ Utilisation de β_2 -CA : pas plus de 4 fois / sem. & 2 jours / sem.
- ✓ DEP \geq 80 % valeurs théo.

7 jours sur 7 :

- ✓ Pas de symptôme diurne
- ✓ Pas d'utilisation de β_2 -CA
- ✓ DEP \geq 80 % valeurs théo.

Obtention du contrôle de l'asthme



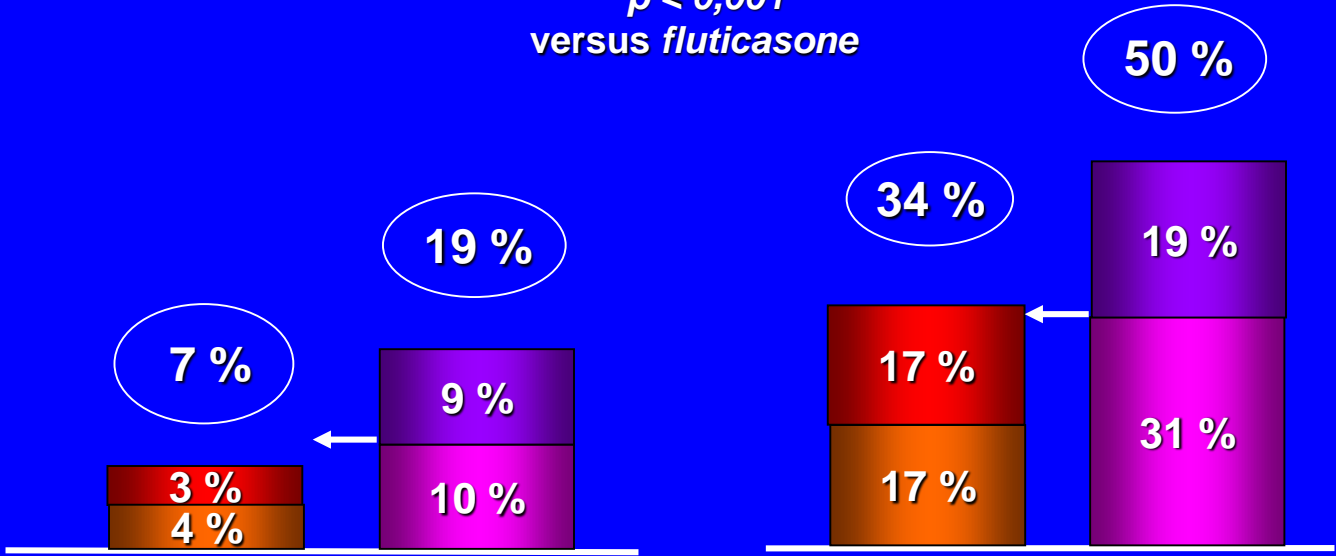
Patients (n = 1155) non contrôlés sous CSI > 500 - 1000 µg/j BDP

Résultats lors de la phase initiale de recherche de dose

Contrôle Total 7 / 8 semaines

Bon Contrôle 7 / 8 semaines

* p < 0,001
versus fluticasone

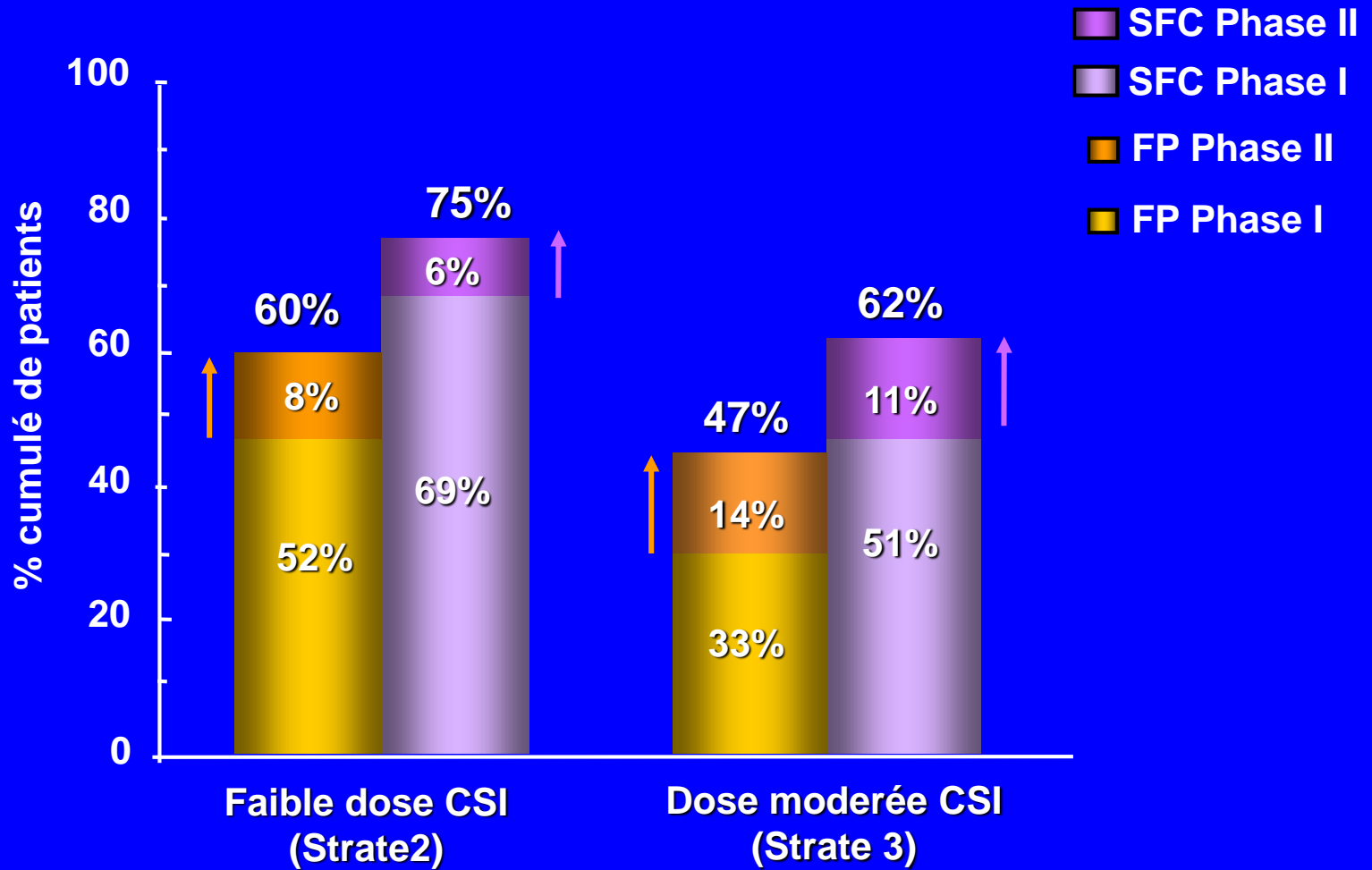


Les patients traités par Flu/Sal ont 3 fois plus de chance d'être totalement contrôlés

Les patients traités par Flu/Sal ont 2 fois plus de chance d'être bien contrôlés

BON CONTRÔLE

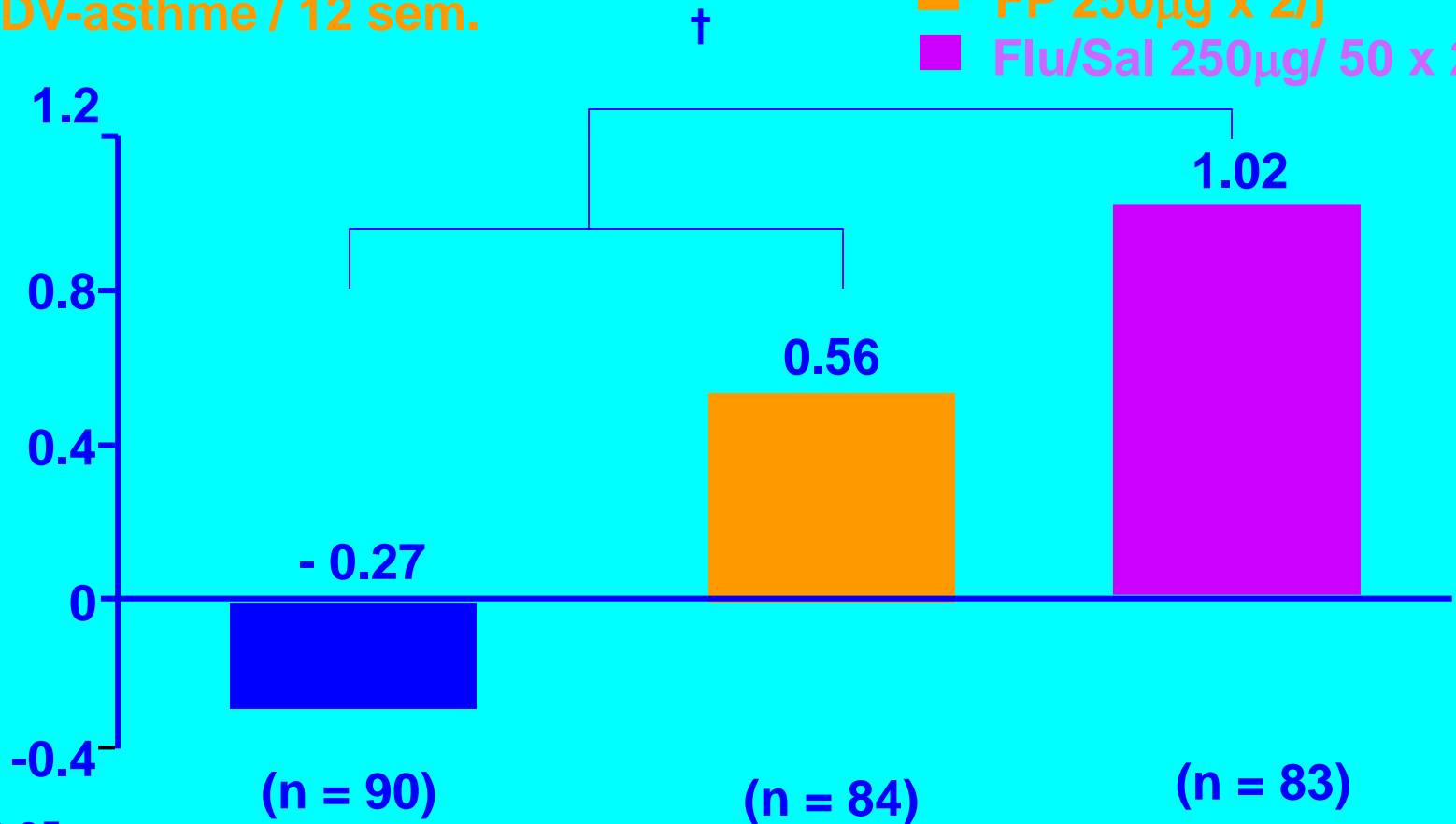
Phases 1 + 2



Objectifs patient/médecin : « Mener une vie normale »

Modification du score
de QDV-asthme / 12 sem.

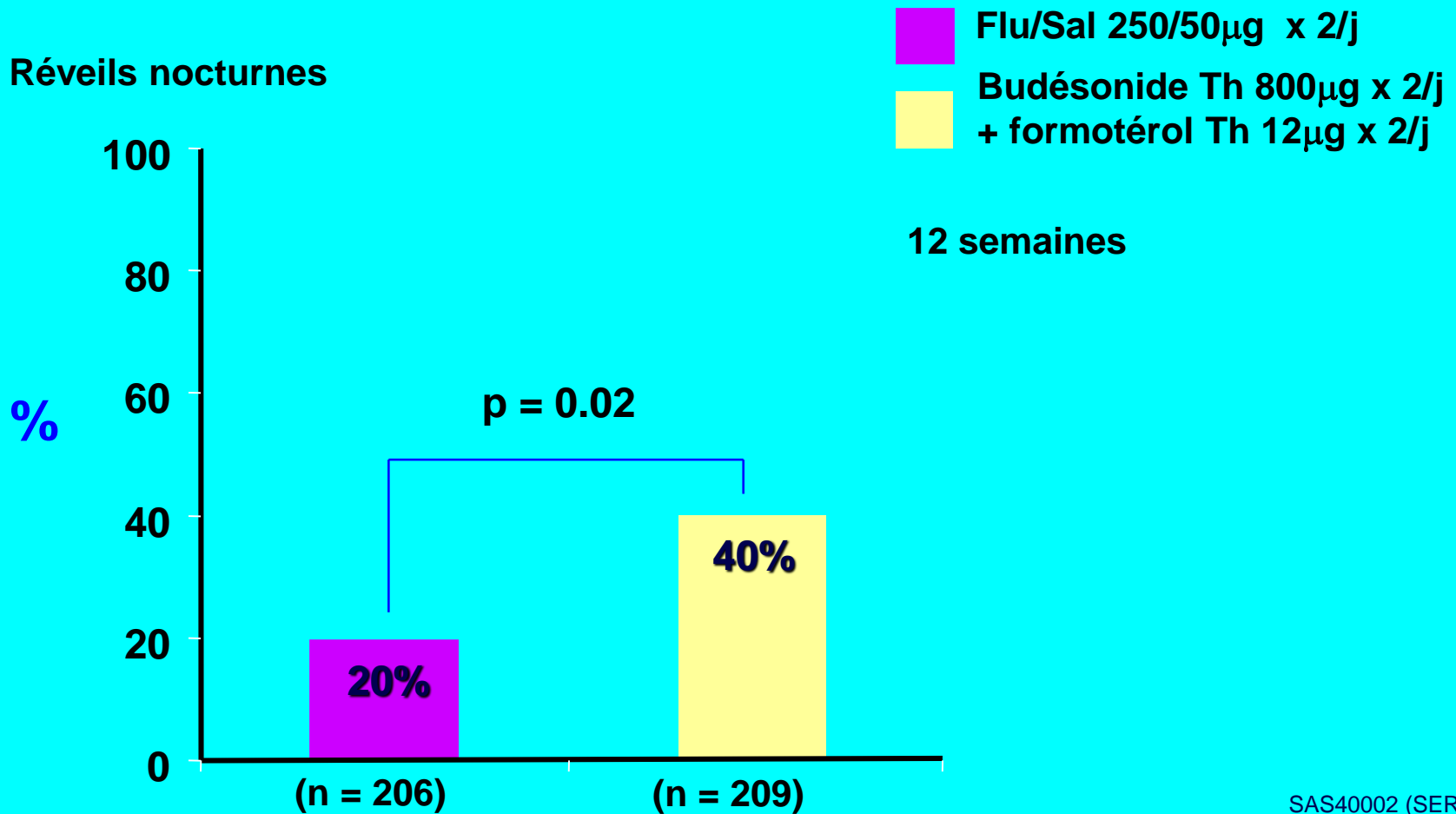
■ Placebo †
■ FP 250µg x 2/j
■ Flu/Sal 250µg/ 50 x 2/j



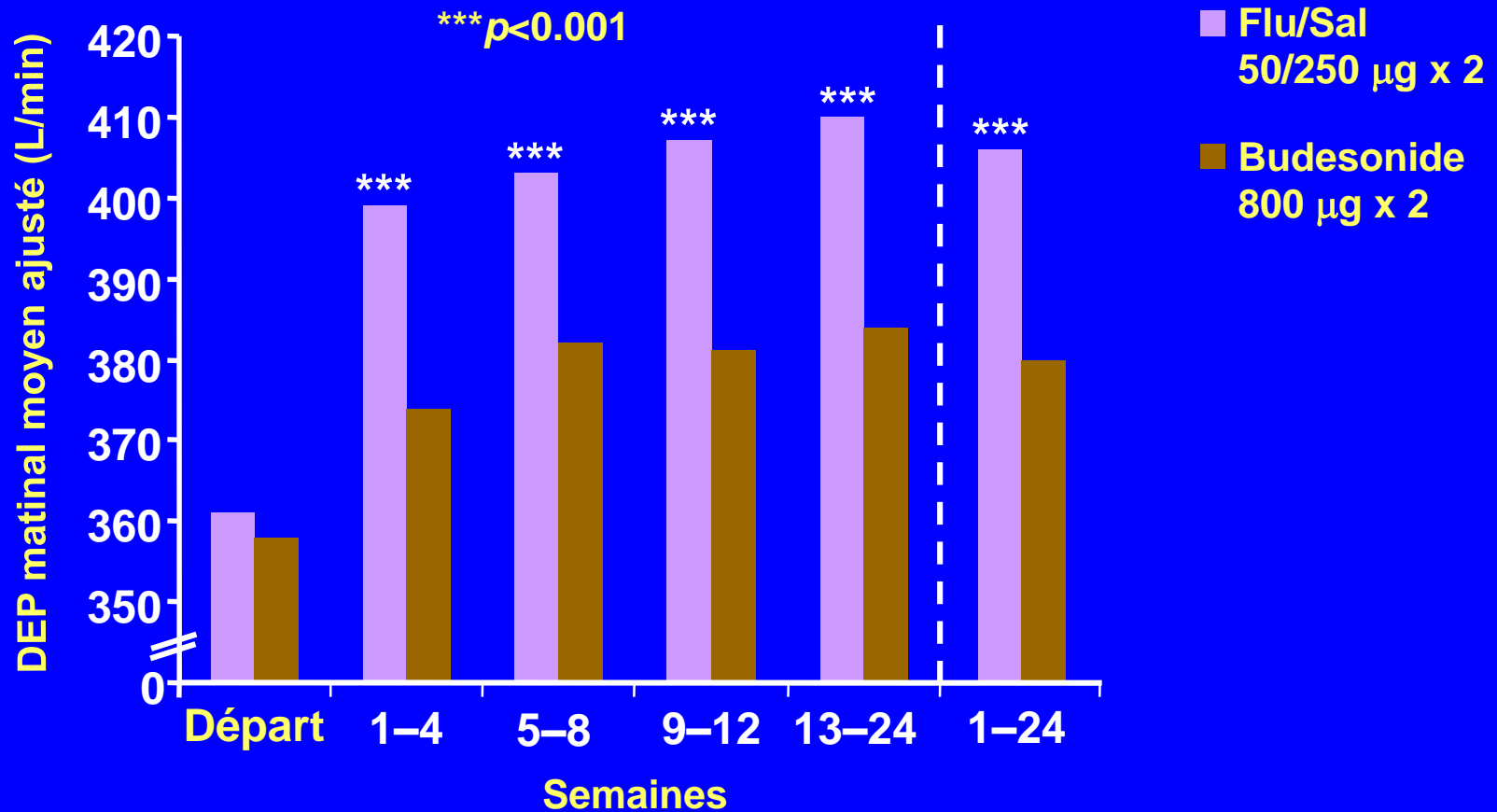
† : p < 0.05

Les réveils nocturnes

FP + Salmétérol-Budésouide + Formoterol



DEP MATINAL FLU/SAL - BUDESONIDE





Conclusion de la phase 1 de GOAL



Avec **Flu/Sal**, une **majorité** de patients a un asthme **bien contrôlé** quelle que soit la strate

La recherche du **contrôle total** de l'asthme est un **objectif atteignable**

Le contrôle est obtenu à **des doses moindres de fluticasone** avec **Flu/Sal**



Conclusions de GOAL



Quelle que soit la strate considérée

- Contrôle de l'asthme obtenu avec **Flu/Sal**
 - Par plus de patients
 - *Plus rapidement*
 - A des doses moindres de CSI
- Absence de plateau => intérêt de maintenir le traitement de fond sur une longue période
- Le bénéfice additif de la corticothérapie orale est faible : démonstration de l'efficacité de **Flu/Sal**

GOAL répond-il aux attentes des patients ?

OUI

- Diminution et même disparition des symptômes quotidiens (y compris réveils nocturnes) et de la prise de β_2 CA
- Réduction significative des exacerbations
- Nette amélioration de la qualité de vie



RETOUR À LA VIE NORMALE...

***Asthme non contrôlé :
GINA 2018***

Contrôle de l'asthme

- Malgré des recommandations nationales et internationales, le contrôle de l'asthme n'est toujours pas optimal
- L'asthme non contrôlé est cause de morbidité, de mortalité et à un coût économique élevé
- Le nombre d'exacerbations et d'hospitalisations reste élevé pour certains malades

**L'asthme contrôlé est défini par le
GINA 2018
sur 4 critères cliniques:**

L'asthme contrôlé est défini par le GINA sur 4 critères cliniques:

- symptômes diurnes,
- symptômes nocturnes,
- consommation de médicaments de secours,
- limitation des activités.

Évaluation contrôle de l'asthme GINA 2018

		Asthme contrôlé	Asthme partiellement contrôlé	Asthme non contrôlé
Symptômes quotidiens (plus de 2 fois par semaine)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Aucun critère <input type="checkbox"/>	1 à 2 critères <input type="checkbox"/>	3 ou 4 critères <input type="checkbox"/>
Réveils nocturnes	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Consommation de médicaments de secours (plus de 2 fois par semaine)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Limitation des activités	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

**Un bon contrôle n'est obtenu que chez 1/3 des malades.
En cas de non contrôle ou de contrôle partiel sous
traitement standard adéquat (asthme difficile), il faut:**

- vérifier si le traitement est correct ?
- vérifier la compliance au traitement
- vérifier la bonne utilisation des sprays
- éliminer les diagnostics différentiels
- rechercher les comorbidités
- rechercher les facteurs aggravants

**Un bon contrôle n'est obtenu que chez 1/3 des malades.
En cas de non contrôle ou de contrôle partiel sous
traitement standard adéquat (asthme difficile), il faut:**

- vérifier si le traitement est correct ?
 - vérifier la compliance au traitement
 - vérifier la bonne utilisation des sprays
 - éliminer les diagnostics différentiels
 - rechercher les comorbidités
 - rechercher les facteurs aggravants
- } 80 %

**Un bon contrôle n'est obtenu que chez 1/3 des malades.
En cas de non contrôle ou de contrôle partiel sous
traitement standard adéquat (asthme difficile), il faut:**

- vérifier si le traitement est correct ?
 - vérifier la compliance au traitement
 - vérifier la bonne utilisation des sprays
 - éliminer les diagnostics différentiels
 - rechercher les comorbidités
 - rechercher les facteurs aggravants
- } 80 %

ASTHME SEVERE



**5 à 10% des malades ont un
asthme sévère qui ne répond
pas le plus souvent aux
thérapeutiques
conventionnelles**

Définition asthme sévère

Asthme qui reste non contrôlé malgré:

- un traitement par des doses fortes de CSI et LABA (ou théophylline ou AL) durant l'année écoulée
- Corticothérapie orale continue ou presque continue au moins la moitié de l'année écoulée

Asthme non ou partiellement contrôlé

Exacerbations sévères fréquentes (+ de 2 CO / an)

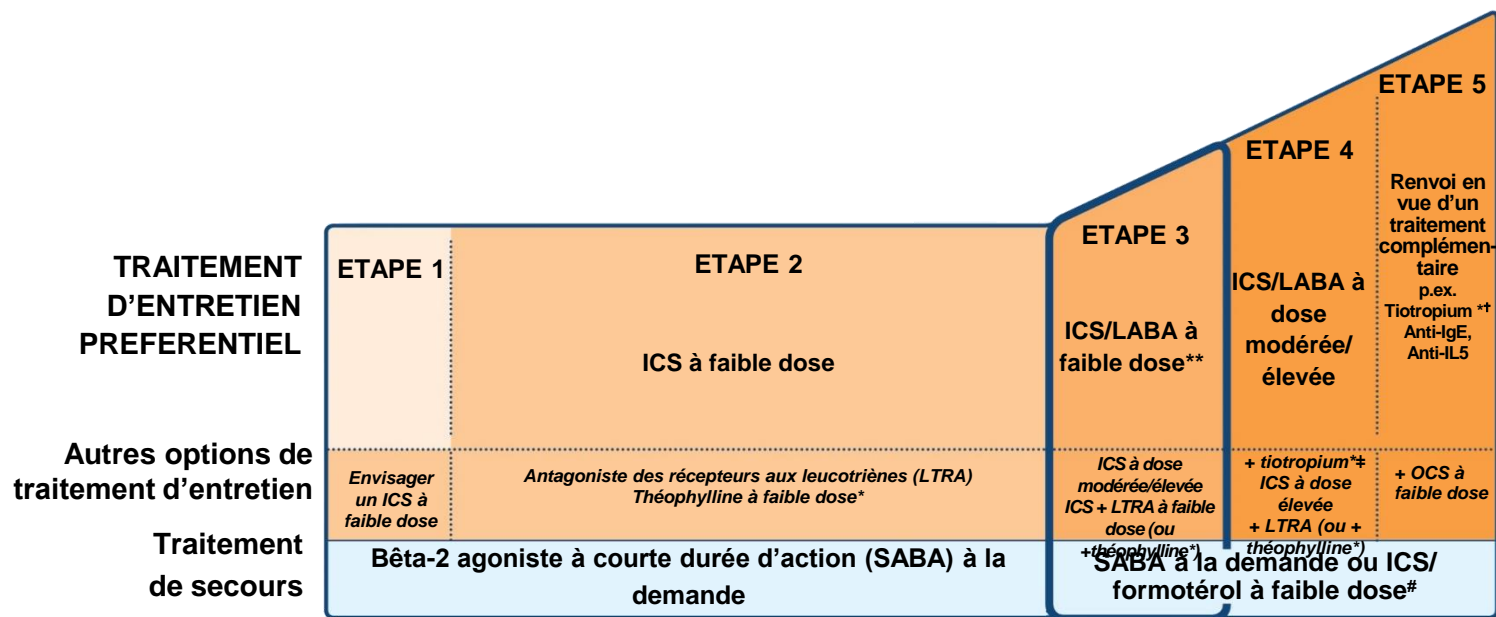
Hospitalisation, USI, intubation: 1 fois année précédente

TVO après prise de BD

Asthme contrôlé qui s'aggrave si diminution traitement

Approche thérapeutique

Traitement médicamenteux (>5 ans) : approche par paliers



* Non indiqué chez les enfants < 12 ans

** Chez les enfants de 6-11 ans, le traitement préférentiel de l'étape 3 est un ICS à dose modérée

Chez les patients chez qui un traitement par BDP/formotérol ou BUD/formotérol a été prescrit à la fois en tant que traitement d'entretien et de secours

‡ Le tiotropium en brumisateur (soft mist inhaler) est recommandé en tant que traitement adjuvant chez les patients ≥ 12 ans avec des antécédents d'exacerbation.

ICS : corticostéroïde inhalé ; LABA : bêta-2 agoniste à longue durée d'action ; SABA : bêta-2 agoniste à courte durée d'action ; LTRA : antagoniste des récepteurs aux leucotriènes