

Asthme du sujet âgé

Professeur AICHANE
2015

Introduction

- L'asthme du sujet âgé constitue une préoccupation grandissante.
- Sa prévalence s'accroît au delà de 65 ans.
- Il est souvent sous diagnostiqué ,sous traité
- particulièrement dans les formes à début tardif.
- Le diagnostic différentiel entre asthme vrai et BPCO n'est pas toujours facile chez le sujet âgé

Prévalence de l'asthme chez le sujet âgé

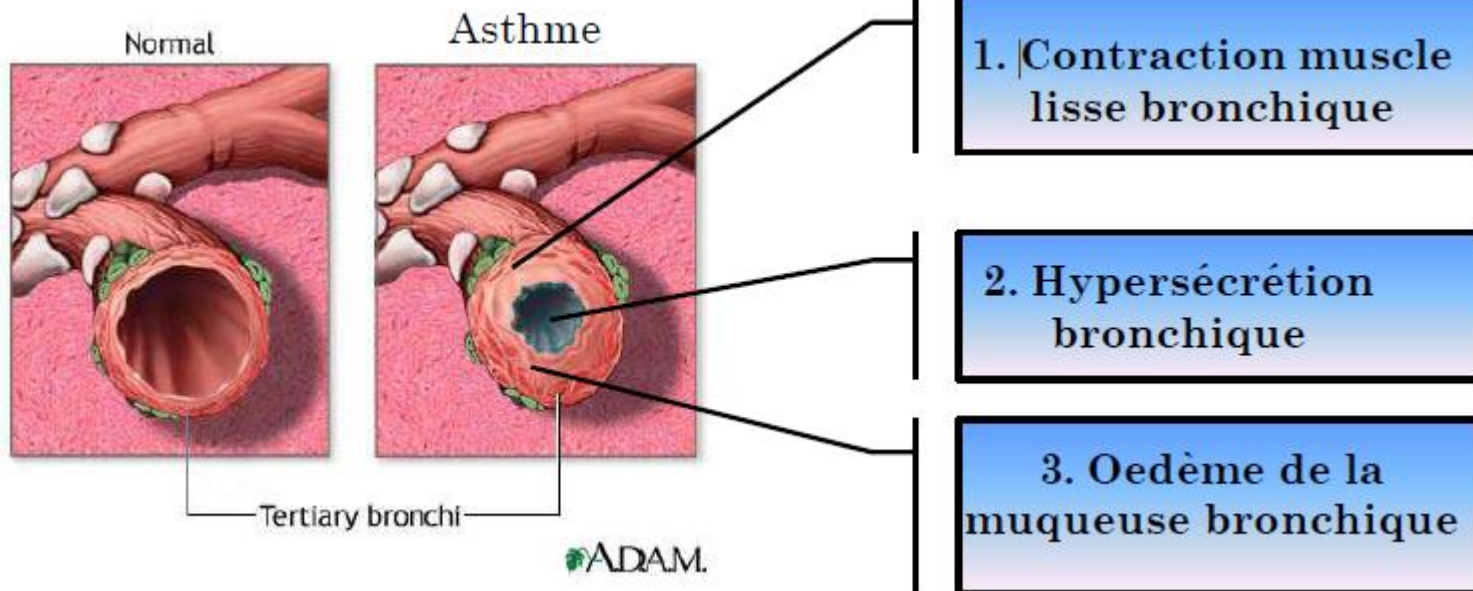
- Épidémiologie de L'asthme
- En monde
 - En 2000: 300 Millions
 - En 2025: 400 Millions
- Prévalence en net augmentation
- **10% de la population: Asthme tardif**

- Capacité de Gériatrie - Année 2011/2012 - Pr Vincent Jounieau
- Global Burden of Asthma 2004

- Raison de mortalité accru par asthme chez le sujet âgé
- Asthme moins contrôlé
- Retard de diagnostic
- Traitement non adapté moins agressif
- Diminution de la perception de la dyspnée chez le sujet âgé

Physiopathologie de l'asthme

- Contraction des muscles lisses bronchiques
- Hypersécrétion bronchique
- Œdème de la muqueuse bronchique



Physiopathologie: particularité du sujet âgé

- Inflammation : éosinophiles mais PNN
- HSB : quasi physiologique majorée chez le sujet âgé
- Place de l'allergie :
Plus réduite: 12%
- Infection bronchique? (Virus)

Définition: difficultés et limites

- La maladie asthmatique définie selon GINA par 3 composantes :

1. Trouble ventilatoire obstructif réversible

2. Hyperréactivité bronchique non spécifique

3. Inflammation chronique des VA

Cette définition s'applique aussi au sujet âgé mais le diagnostic à cet âge pose de fréquents problèmes avec le diagnostic de la BPCO

1-Trouble Ventilatoire Obstructif

- Phénomènes de vieillissement naturel de l'app respiratoire
- Survenue d'asthme tardif post infection bronchique mal traitée
- Perte du caractère réversible de l'obstruction bronchique BPCO ?

2- Hyperréactivité bronchique

- Paramètre quasi physiologique apparaissant avec l'âge et rattaché au processus de vieillissement des VA
- Préservation du reflexe bronchoconstricteur cholinergique
- Diminution des expressions des récepteurs β adrénergiques au niveau des VA

3- Inflammation chronique des VA

- Les caractères histopathologiques ou les données fournies par le lavage broncho-alvéolaire ne diffèrent pas de ceux qui ont été rapportés dans l'asthme du sujet jeune
- **Présence de PNE et de PNN**

Diagnostique de l'asthme chez le sujet âgé

- Parfois symptomatologie trompeuse « extra-thoracique » : ↓ activité physique, troubles du sommeil, dépression...
- Intrication avec les BPCO tabagiques responsables de toux + dyspnée
 - * Dyspnée paroxystique: Asthme
 - * Dyspnée d'effort : BPCO

- ↓ perception de la dyspnée par la personne âgée qui peut être à l'origine d'un retard à l'hospitalisation en cas de crise d'asthme.
- **Ne pas considérer la dyspnée comme normale chez le sujet âgé**

Facteurs de décompensation de l'asthme chez le sujet âgé

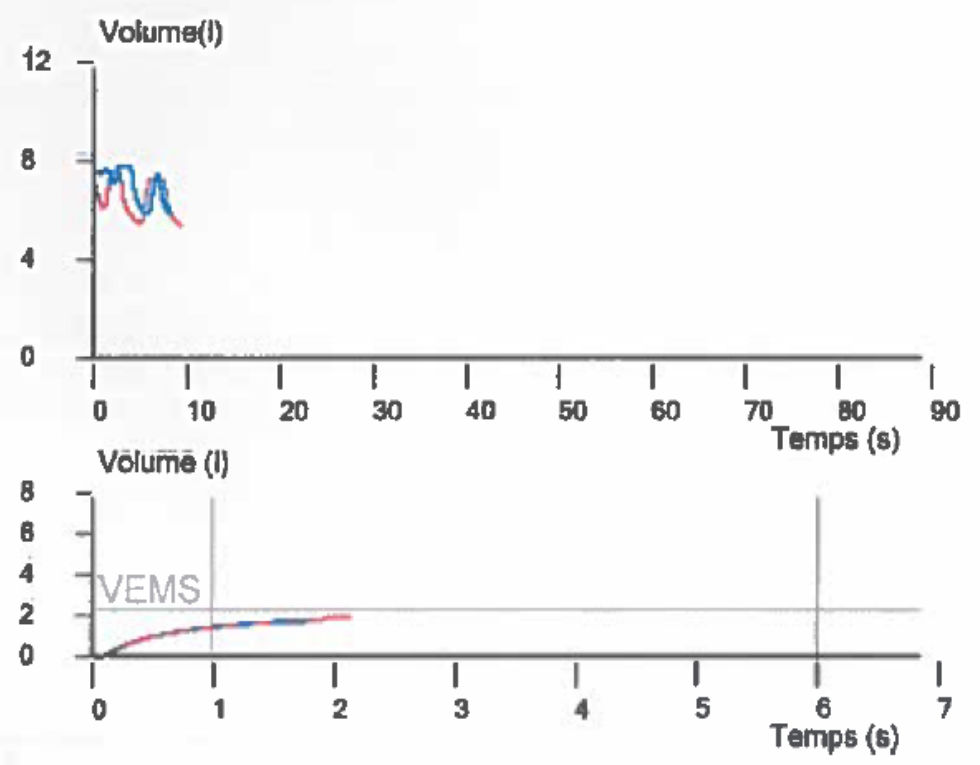
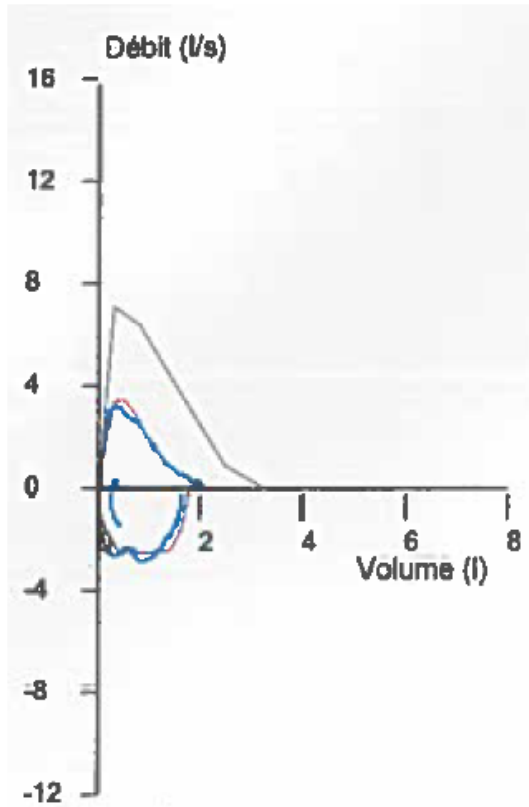
- 1. Infection des voies respiratoires
- 2. Allergènes domestiques
- 3. RGO
- 4. Sensibilité à l'Aspirine et AINS
- 5. Irritants
- 6. B bloquants
- 7. Comorbidités (I cardiaque congestive , BPCO)

Place de l'EFR dans le diagnostic de l'asthme chez le sujet âgé

Patient de 76 ans ex gros tabagique à 50 paquets-années qui consulte pour une dyspnée d'effort qui s'aggrave progressivement.

- L'auscultation trouve des râles sibilants
- Rx poumons: distension thoracique

Spirométrie:



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré
CV	l	3,47	2,00	58	2,10	60	5
CI	l	2,81	1,26	45	1,51	54	20
VRI	l		0,28		-0,24		-186
VC	l		0,32		1,75		447
VRE	l	0,88	1,41	160	0,59	66	-58
Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré
VEMS	l	2,53	1,68	66	1,73	68	3
CVFex	l	3,36	2,00	60	2,10	62	5
VEMS/CVF	%	74	84		82		-2
DEP	l/s	7,20	3,27	45	3,61	50	10
DÉM25	l/s	1,07	0,84	79	0,76	71	-10
DEM50	l/s	3,66	2,01	55	1,99	54	-1
DEM75	l/s	6,50	3,11	48	3,53	54	14
DEM 25-75	l/s	2,69	1,70	63	1,67	62	-2
tex	s		2,7		2,4		-11

VEMS: 66% BPCO stade 2

Traitement de fond: LABA + LAMA

Traitement de 3 mois

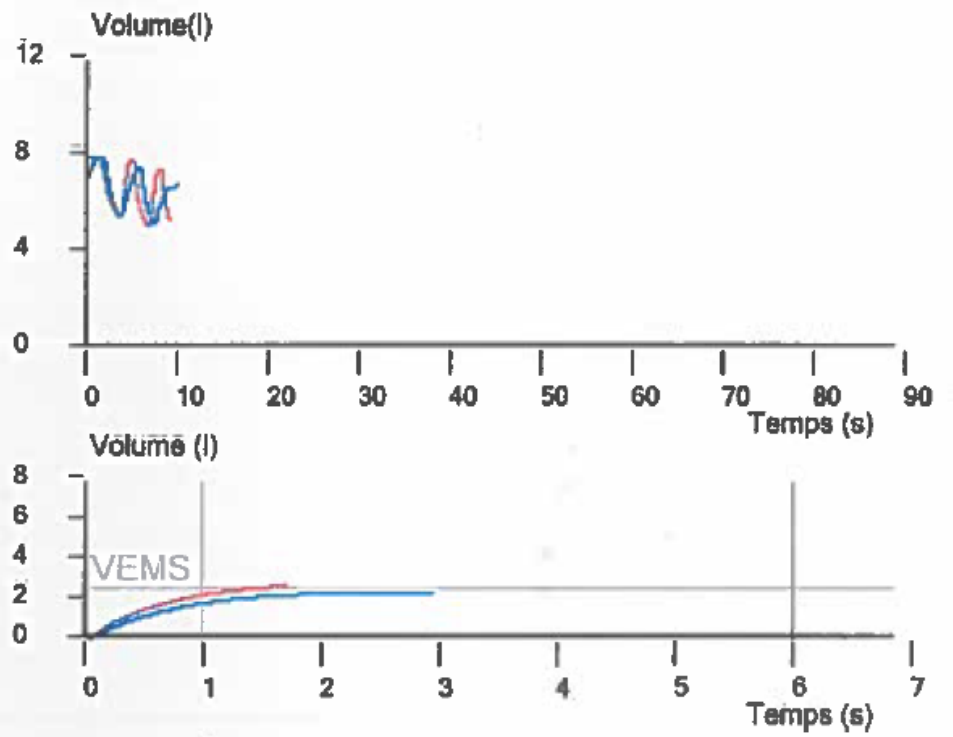
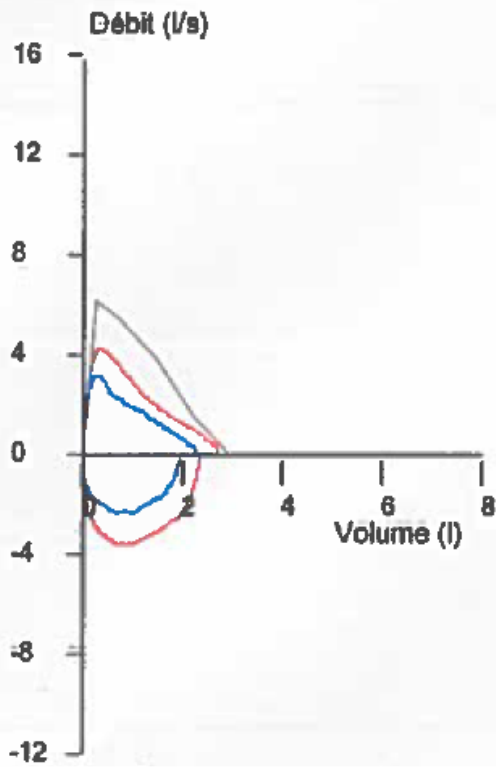
Refaire la spirométrie dans 6 mois

Patiente de 66 ans qui consulte pour la première fois pour une gêne respiratoire.

Elle rapporte une dyspnée depuis l'âge de 60 ans.

L'auscultation trouve des râles sibilants.

Spirométrie:



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré
CV	l	3,01	2,51	84	2,72	91	8
CI	l	2,17	2,23	103	2,39	110	7
VRI	l		0,22		0,03		-86
VC	l		2,29		2,35		3
VRE	l	1,01			0,33	33	
Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré
VEMS	l	2,60	1,88	72	2,30	89	22
CVFex	l	3,03	2,36	78	2,72	90	15
VEMS/CVF	%	81	80		85		6
DEP	l/s	6,34	3,31	52	4,39	69	33
DEM25	l/s	1,67	1,06	64	1,35	81	27
DEM50	l/s	3,96	1,87	47	2,28	58	22
DEM75	l/s	5,63	2,54	45	3,81	68	50
DEM 25-75	l/s	3,39	1,70	50	2,20	65	29
tex	s		2,6		1,9		-27

Trouble ventilatoire obstructif réversible

Asthme non contrôlé stade 2

Démarrer le traitement de fond et celui de l'exacerbation

Refaire la spirométrie dans 3 mois

Classification de l'asthme

- Même classification que l'asthme du sujet jeune

Classification fondée sur la clinique

Stade	Asthme intermittent	Asthme persistant léger à modéré	Asthme persistant sévère
Symptômes diurnes	< 1 jour/sem	1 à 2 jours/sem	> 2 jours/sem
Symptômes nocturnes	< 1 nuit/mois	1 à 2 nuits/mois	> 2 nuits/mois
Retentissement sur les activités quotidiennes	aucun	léger	important
Bêta-2 mimétiques de courte durée d'action	< 1 jour/sem	1 à 2 jours/sem	Usage presque journalier
Exacerbations	0 à 1 dans l'année	≥ 2 sur les 6 derniers mois	

Traitement

- Particularités chez le sujet âgé
- **Retour à une fonction respiratoire normale**
- Prévention des effets secondaires du traitement (ostéoporose + +).
- **Interactions médicamenteuses (comorbidités).**
- Programme éducatif (compliance).
- Tenir compte des possibilités d'accès aux soins (mobilité réduite, coûts...)

- 1. Voie inhalée : préférentielle
- 2. Formes orales : alternative
- 3. Voie nébulisée : dernier recours

- Même schéma thérapeutique que le sujet jeune.
- GINA 2016

Stratégie thérapeutique Palier 1

- Les patients à l'étape 1 présentent un asthme accompagné de **symptômes intermittents**.
- Pour ces patients, des **β_2 -agonistes inhalés à courte durée d'action**, occasionnels ou en fonction des besoins, suffisent à contrôler leurs symptômes.
- Des β_2 -agonistes à courte durée d'action comprennent le salbutamol (Ventoline) ou la terbutaline (Bricanyl). Ils sont généralement prescrits sous la forme d'inhalateur, pour usage "**en cas de besoin**".

Palier 1	
symptômes	≤ 2 jours/sem.
réveils	≤ 2 x/mois
Chez le petit enfant	0
usage β -agonistes	≤ 2 jours/sem.
interférence avec activité	aucune
fonction pulmonaire	normale entre crises

Les patients qui nécessitent un médicament de soulagement à courte durée d'action plus d'une fois par jour ne sont pas considérés contrôlés et doivent par conséquent passer à l'étape 2.

Stratégie thérapeutique de l'asthme Palier 2

- **Traitement anti-inflammatoire** régulier à faible dose afin de permettre le contrôle de l'inflammation et des symptômes sous-jacents.
- Le traitement est basé exclusivement sur les **corticoïdes inhalés (ICS)**. béclométasone ou le budésonide 100-200µg ou propionate de fluticasone (Flixotide) 50-100µg.
- Les β_2 –agonistes à courte durée d'action devraient toujours être prescrits pour le soulagement des symptômes.

Palier 2	
symptômes	> 2 jours/sem.
réveils	3-4 x/mois
Chez le petit enfant	≤ 2 x/mois
usage β -agonistes	> 2 jours/sem.; pas > 1x/jour
interférence avec activité	mineure
fonction pulmonaire	FEV > 80 %

Stratégie thérapeutique de l'asthme Palier 3

En plus des bronchodilatateurs à courte durée d'action

- Des CSI à forte dose béclo­mé­ta­so­ne ou budésonide 400–1000 µg deux fois par jour ou propionate de Fluticasone à 200–500 µg X2/J

OU

- Des CSI + LABA (Association fixe 125 ug matin et soir)

Palier 3	
symptômes	tous les jours
réveils	> 1x/sem.
Chez le petit enfant	3-4 x/mois
usage β-agonistes	tous les jours
interférence avec activité	modérée
fonction pulmonaire	FEV > 60 %

Stratégie thérapeutique de l'asthme Palier 4

Des CSI + LABA (Association fixe 250 ug matin et soir)

Discuter les antileucotriènes Montélukast 10mg une prise le soir après le diner.

	Palier 4
symptômes	+ieurs x/jour
réveils	+ souvent
Chez le petit enfant	> 1x/sem.
usage β -agonistes	+ieurs x/jour
interférence avec activité	majeure
fonction pulmonaire	FEV < 60 %

les meilleurs résultats possibles du traitement en palier 3 et 4 soient les suivants :

- le moins possible de symptômes
- le moins possible de recours aux bronchodilatateurs de soulagement
- le moins possible de limitation de l'activité
- les moindres effets secondaires des médicaments.

Stratégie thérapeutique de l'asthme Palier 5

La thérapie recommandée pour les patients à l'étape 5 comprend les mêmes traitements que pour l'étape 4, plus des **corticostéroïdes oraux** habituels.

Les corticostéroïdes oraux sont normalement administrés sous forme d'une seule dose par jour, généralement le matin.

Vérifier toujours les mesures environnementales !

- Dans tous les cas l'exposition au tabac est formellement déconseillée. Eviter l'exposition aux autres irritants.
- Réduire l'exposition aux allergènes identifiés et éviter l'exposition aux moisissures visibles.
- Les mesures d'hygiène sont recommandées en période d'infection virale saisonnière.
- La vaccination contre la grippe saisonnière.
- Le traitement du reflux gastro-oesophagien.

Contrôle de la maladie (GINA)

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	$\geq 80\%$	DEP $\geq 80\%$ valeurs théo.
Réveils nocturnes	Aucun	Aucun
Exacerbations	Aucune	Aucune
Visites en urgence	Aucune	Aucune
Effets indésirables (justifiant chgt tt)	Aucun	Aucun

Conclusion

- Difficultés diagnostiques et thérapeutiques sont fréquentes chez le sujet âgé asthmatique .
- 1ère difficulté : **identification de la maladie asthmatique**
- 2ème difficulté: EFR souvent délicate à réaliser
- 3ème difficulté : suivi longitudinal de l'asthmatique âgé
- **Il est essentiel de proposer à l'asthmatique âgé :**
 - * Un schéma thérapeutique simple
 - * Accorder une particulière attention au maintien d'une qualité de vie convenable.

Une maladie inflammatoire chronique...

L'élasticité de l'épithélium est la clé d'une bonne respiration

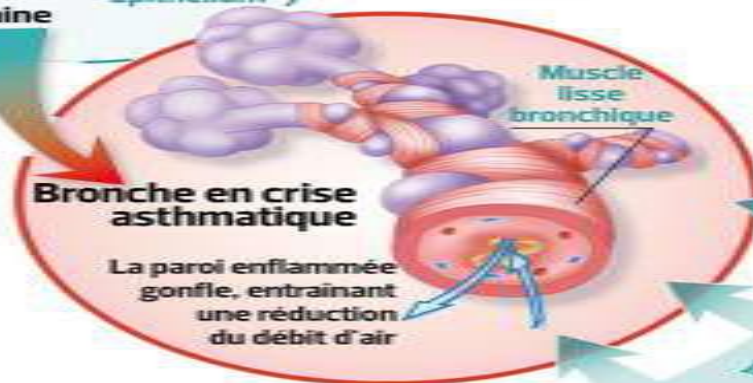


Illustration: Sophie Jacopin

- STRESS
- TABAC
- POLLUTION URBAINE
- POILS D'ANIMAUX
- ACARIENS
- PEINTURES
- PRODUITS MENAGERS...
- BOUGIES

... et multifactorielle

V- Les recommandations de prise en charge de l'asthme

ACT est recommandé dans les Reco du GINA

Test de contrôle de l'asthme*

Ce test a pour objectif d'évaluer le contrôle de votre asthme. Il repose sur un questionnaire simple de 5 questions qui reflète le retentissement de la maladie sur votre vie quotidienne. Il vous suffit de calculer votre score total pour savoir si votre asthme est contrôlé...

Étape 1 : Entourez votre score pour chaque question et reportez le chiffre dans la case à droite. Veuillez répondre aussi sincèrement que possible. Ceci vous aidera, votre médecin et vous-même, à mieux comprendre votre asthme.

Au cours des 4 dernières semaines , votre asthme vous a-t-il gêné(e) dans vos activités au travail, à l'école/université ou chez vous ?					
Tout le temps	La plupart du temps	Quelquefois	Rarement	Jamais	Points
1	2	3	4	5	
Au cours des 4 dernières semaines , avez-vous été essoufflé(e) ?					
Plus d'une fois par jour	Une fois par jour	3 à 4 fois par semaine	1 ou 2 fois par semaine	Jamais	Points
1	2	3	4	5	
Au cours des 4 dernières semaines , les symptômes de l' asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?					
4 nuits ou + par semaine	2 à 3 nuits par semaine	Une nuit par semaine	1 ou 2 fois en tout	Jamais	Points
1	2	3	4	5	
Au cours des 4 dernières semaines , avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple salbutamol, terbutaline) ?					
3 fois par jour ou plus	1 ou 2 fois par jour	2 ou 3 fois par semaine	1 fois par sem. ou moins	Jamais	Points
1	2	3	4	5	
Comment évalueriez-vous votre asthme au cours des 4 dernières semaines ?					
Pas contrôlé du tout	Très peu contrôlé	Un peu contrôlé	Bien contrôlé	Totalement contrôlé	Points
1	2	3	4	5	
					Score total

Étape 2 : Additionnez vos points pour obtenir votre score total.

*ACT™, © 2002, by QualityMetric Incorporated Asthma France / French. Control Test™ is a trademark of QualityMetric Incorporated. Test réservé aux patients asthmatiques de plus de 12 ans.

Résultats du test : découvrez si votre asthme est contrôlé ou non !



Bien vivre avec son asthme,
c'est avoir un asthme contrôlé.

Si votre score est inférieur à 20,
votre asthme n'est peut être
pas contrôlé.

Consultez votre médecin et apportez
lui les résultats de ce test pour
en discuter avec lui.

Diagnostic différentiel tous ce qui siffle n'est pas un asthme

- Pseudo-asthme cardiaque
- RGO
- Phénomène d'inhalation ou de micro inhalation de particules
- alimentaires sur troubles de la déglutition
- Toux chronique
- BPCO
- Tumeurs malignes

Le résultat idéal pour les patients aux étapes 1-2 est :

- Des **symptômes** minimes ou non chroniques, y compris pour l'asthme nocturne
- Des **exacerbations** minimes ou non fréquentes
- Un besoin minime de **bronchodilatateur** de soulagement (une fois par jour ou moins)
- Aucune **limitation des activités**, y compris en terme d'**exercice**
- Peu ou pas de **réactions secondaires** dues au médicament.

les meilleurs résultats possibles du traitement en palier 3 et 4 soient les suivants :

- le moins possible de symptômes
- le moins possible de recours aux bronchodilatateurs de soulagement
- le moins possible de limitation de l'activité
- les moindres effets secondaires des médicaments.

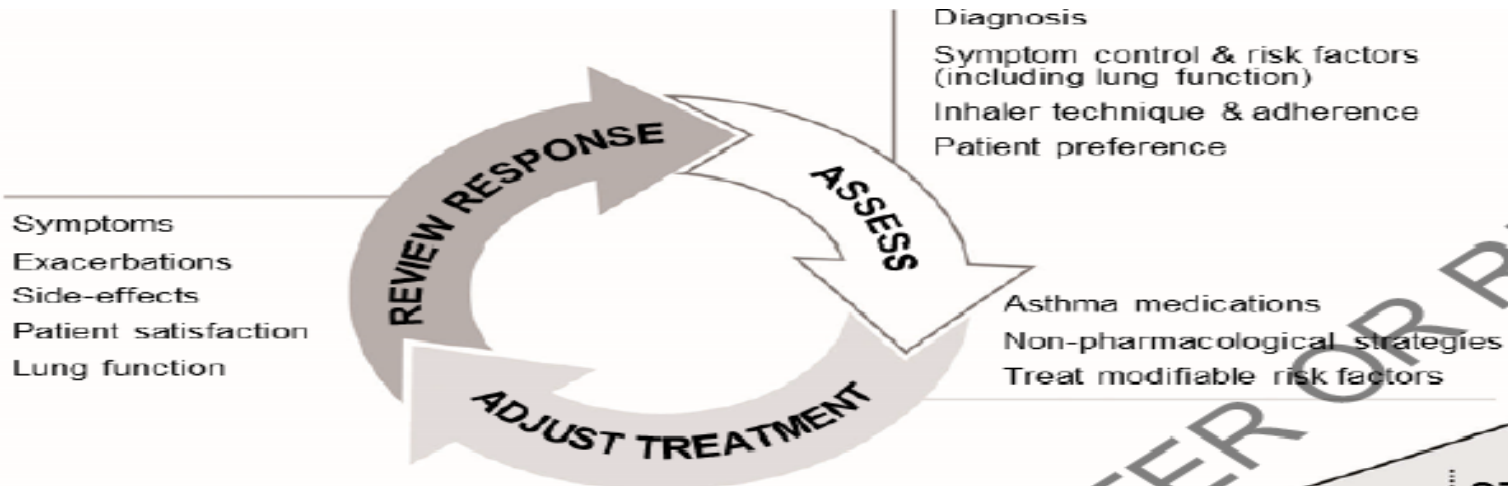
- Il convient de noter que les patients devraient commencer le traitement à l'étape la plus appropriée à la gravité de leur asthme.
- Les patients ne sont pas obligés de commencer à la première étape et peuvent avancer dans les différentes étapes jusqu'au contrôle de leur asthme; Par exemple, un patient souffrant d'asthme sévère peut commencer à l'étape 4 ou 5, puis revu postérieurement.
- Ce traitement vise à obtenir le contrôle de l'asthme aussi rapidement que possible puis à réduire le traitement.

Evaluation de la prise en charge de l'asthme chez le sujet âgé:

- Chaque patient doit être évalué afin d'établir son schéma thérapeutique, observer son schéma en cours et son niveau de contrôle.

GINA 2016

A. Asthma symptom control		Level of asthma symptom control		
In the past 4 weeks, has the patient had:		Well controlled	Partly controlled	Uncontrolled
• Daytime asthma symptoms more than twice/week?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	None of these	1-2 of these	3-4 of these
• Any night waking due to asthma?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
• Reliever needed for symptoms* more than twice/week?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
• Any activity limitation due to asthma?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			



STEP 1	STEP 2	STEP 3	STEP 4	STEP 5
	Low dose ICS	Low dose ICS/LABA**	Med/high ICS/LABA	Refer for add-on treatment e.g. tiotropium,** omalizumab, mepolizumab†
Consider low dose ICS	Leukotriene receptor antagonists (LTRA) Low dose theophylline	Med/high dose ICS Low dose ICS+LTRA (or + theoph*)	Add tiotropium*† High dose ICS + LTRA (or + theoph*)	Add low dose OCS
As-needed short-acting beta ₂ -agonist (SABA)		As-needed SABA or low dose ICS/formoterol#		

DO NOT ALTER OR REPRODUCE