

Asthme

Traitement et aspects de la prise en charge à long terme

M. Solèr, A. Amacher

Introduction

Le traitement de l'asthme a pour objectif d'en atténuer et d'en prévenir les symptômes, de permettre au patient une activité la plus normale possible, de prévenir les exacerbations et d'obtenir un résultat optimal sur la fonction pulmonaire (voir tabl. 1 [1]). Il s'appuie sur les connaissances physiopathologiques, selon lesquelles l'asthme est une inflammation chronique de la muqueuse bronchique, provoquant des épisodes récidivants de bronchospasme. Les médicaments bronchospasmolytiques dominent le traitement des symptômes. Pour prévenir les crises, stabiliser la clinique et optimiser la fonction pulmonaire, de même que pour prévenir la progression de l'asthme, avec l'éventuelle fixation de l'obstruction bronchique avec le temps, il faut faire appel aux traitements anti-inflammatoires, essentiellement sous forme de corticostéroïdes en inhalation. Un traitement efficace doit tenir compte des problèmes de compliance, qui dépend quant à elle d'une information détaillée et fondée du patient, et rechercher avant tout un schéma de traitement et posologique le plus simple possible. Les patients doivent notamment comprendre pourquoi leur médecin a comme but thérapeutique non seulement un contrôle des symptômes, mais aussi une fonction pulmonaire optimale.

L'importance du traitement indispensable pour atteindre ces objectifs thérapeutiques dépend

dans une grande mesure de la gravité de l'asthme, mais aussi de son étiologie. Les principes thérapeutiques seront brièvement discutés ci-dessous. Chez l'enfant, en plus des points particuliers du diagnostic différentiel discutés à l'article «Asthme bronchique dans l'enfance – aspects particuliers» (Forum Médical Suisse N° 20), il faut également tenir compte des particularités dans le dosage des médicaments et de la technique d'inhalation sur le plan thérapeutique.

Contrôle de l'environnement

Un contrôle de l'environnement, au cas où les allergènes déclenchants sont connus, peut avoir une influence bénéfique sur la gravité de l'asthme et limiter le traitement médicamenteux. Mais l'asthme n'est que rarement monocausal, ce qui restreint l'efficacité de ces mesures.

En cas d'allergie confirmée aux poussières de maison, il faut recouvrir le matelas d'une housse imperméable aux larves d'acariens (encasing). La couverture et les coussins se lavent 2–3× par an à 60 °C ou sont également emballés dans une housse imperméable. Des études scientifiques ont surtout été réalisées sur l'efficacité des housses de matelas, qui seules sont remboursées par les caisses-maladie (voir [2]). Les autres mesures sont le contrôle de la température de la chambre (max. 18 °C dans la chambre à coucher, max. 19–21 °C dans les pièces habitées), et la prévention de la fumée passive. Les rideaux et tapis jouent un rôle moins important comme réservoirs de larves et d'antigènes. La séparation des animaux domestiques déclenchant l'asthme peut elle aussi avoir une influence favorable sur l'évolution de la maladie. Mais il faut savoir que les allergènes animaux peuvent rester détectables à l'intérieur du domicile plusieurs mois après la disparition de l'animal, ce qui fait qu'il ne faut pas s'attendre à avoir une amélioration spectaculaire des symptômes. Ce n'est qu'exceptionnellement que ces mesures environnementales permettent de renoncer à tout traitement médicamenteux.

Il est également possible d'essayer d'influencer le mécanisme allergique déclenchant l'asthme

Tableau 1. Objectifs du traitement (recommandations GINA 1998) [1].

Le traitement antiasthmatique optimal

Prévient les symptômes jour et nuit, même pendant le sport

Prévient les crises graves

Ne fait appel qu'à peu de médicaments de crise et rarement

Permet une vie normale, même active physiquement

Permet d'obtenir et stabilise une fonction pulmonaire la plus normale possible

par une désensibilisation spécifique. Cette option thérapeutique ne reste cependant réservée qu'à des patients n'ayant qu'un seul ou peu d'allergènes. L'efficacité de l'immunothérapie spécifique est bien confirmée pour les allergies aux pollens surtout, ce qui est moins le cas pour les allergènes perannuels.

Traitement symptomatique si nécessaire

Le traitement médicamenteux de l'asthme (fig. 1) comporte toujours une mesure pour le traitement des symptômes au besoin. Le standard est toujours l'agoniste bêta-2 à effet rapide, sous forme de poudre ou d'aérosol-doseur.

Ce traitement s'utilise comme seul traitement de l'asthme chez des patients présentant de très rares symptômes (<2× par semaine), ou à titre de prophylaxie de rares symptômes à l'effort.

Traitement de base anti-inflammatoire

Si les symptômes sont plus fréquents (>2× par semaine), il faut un traitement dirigé contre l'inflammation, stabilisant et contrôlant la maladie, par stéroïdes en inhalation. La dose de stéroïdes doit être adaptée à l'activité de la maladie (d'abord atteindre les buts thérapeutiques, puis diminuer la dose). Les doses journalières maximales habituelles en traitement

chronique sont de l'ordre de 1000 mcg de dipropionate de béclo méthasone, 800 mcg de budésonide ou 500 mcg de fluticasone (dose réduite de moitié chez les nourrissons, enfants et adolescents (détails voir [2]).

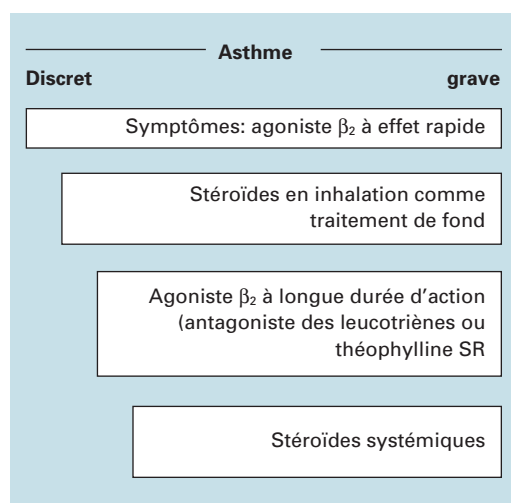
Traitements combinés

Avec 50% déjà des doses de stéroïdes en inhalation ci-dessus, une association à un agoniste bêta-2 à longue durée d'action est recommandée, soit 2× 6–12 µg de formotérol ou 2× 50 µg de salmétérol en inhalation. Il ne sert à rien d'augmenter la dose de l'agoniste bêta-2, cela ne fait qu'en augmenter les effets indésirables. Ce traitement combiné aux stéroïdes permet d'obtenir un contrôle de l'asthme inatteignable avec la double dose de stéroïdes, sur les symptômes, la fonction pulmonaire et la prophylaxie des exacerbations [3–5]. Les nouvelles spécialités de stéroïdes et d'agonistes bêta-2 à longue durée d'action dans le même système d'inhalation simplifient le traitement chronique des asthmatiques, ce qui se répercute favorablement sur leur compliance. Mais elles ne doivent pas faire entorse au principe de base des doses de médicaments les plus faibles possibles, surtout pour les stéroïdes en inhalation.

Les antagonistes des récepteurs des leucotriènes et théophyllines Slow-Release à faibles doses peuvent améliorer le contrôle de l'asthme, toujours en association aux stéroïdes en inhalation. L'efficacité de ces traitements combinés est imprévisible. Il faut les essayer au besoin et les arrêter si leur résultat subjectif et objectif est insuffisant.

Figure 1.

Chaque patient a sur lui un agoniste bêta-2 à effet rapide pour traiter les symptômes. Si symptômes asthmatiques plus de 2× par semaine: traitement de fond régulier par stéroïdes en inhalation. Si doses journalières supérieures à 500 mcg de dipropionate de béclo méthasone, 400 mcg de budésonide ou 250 mcg de fluticasone nécessaires: association à un agoniste bêta-2 à longue durée d'action (formotérol 2× 6–12 mcg ou salmétérol 2× 50 mcg). Si ce traitement uniquement en inhalation ne suffit pas, essayer d'y adjoindre un antagoniste des leucotriènes ou une théophylline Slow Release (SR). Stéroïdes systémiques uniquement si exacerbations: 40–50 mg le matin pendant 4–8 jours, puis interruption sans palier. Les recommandations sont légèrement différentes pour nourrissons, petits enfants et adolescents (voir [2]).



Stéroïdes systémiques

En phase d'exacerbation, l'administration momentanée de stéroïdes systémiques peut être utile chez de nombreux asthmatiques. Selon notre expérience, 4–8 jours de prednisone 40–50 mg/j suffisent la plupart du temps. Après une telle dose d'attaque, le traitement par inhalation à pleine dose est de nouveau suffisant et il est possible d'arrêter le stéroïde oral sans paliers. Dans les rares situations où ce traitement bref par stéroïdes ne suffit pas, il faut évoquer d'autres diagnostics et complications, et faire appel au spécialiste.

Technique d'inhalation

Les médicaments ci-dessus sont pratiquement toujours administrés en inhalation. Ce qui en élargit idéalement les marges thérapeutiques en évitant les effets indésirables systémiques inutiles. Ce mode d'administration présente

Tableau 2. Technique d'inhalation optimale en fonction de l'âge.

<4 ans	dès 2-4 ans	dès 5-7 ans
Nébuliseur à compresseur avec masque (PARI, Novair, Heyer)	AD + expandeur spécifique du médicament avec embout buccal (masque)	Inhalateur à poudre
AD et expandeur adapté avec masque (Babyhaler®, Nebunette®)	Nébuliseur à compresseur avec embout buccal/interrupteur	

toutefois des risques, pas tellement les effets indésirables oro-pharyngés mais surtout la perte d'effet résultant d'une technique d'inhalation incorrecte. Les médicaments antiasthmatiques peuvent en principe s'administrer en aérosol-doseur (de préférence avec un expandeur) ou en poudre par plusieurs inhalateurs. Il est toujours très important de donner une bonne instruction sur l'appareil utilisé. Il faut en principe ne traiter un même patient que par un seul type d'inhalateur. La technique d'inhalation et l'hygiène des appareils doivent toujours être contrôlées (démonstration par le patient à la consultation) et corrigées le cas échéant. Ce qui permet d'améliorer l'efficacité du traitement et d'éviter des coûts de médicaments inutiles.

Problèmes particuliers chez l'enfant et l'adolescent

Du fait que les enfants et adolescents sont encore en croissance, il faut prêter une certaine attention aux doses des médicaments et au choix de la forme d'inhalation (tabl. 2). Ces problèmes sont expliqués en détail dans l'article «Asthma bronchiale bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen» [2] sous <http://www.kinderlunge.ch>. (en allemand seulement).

Les enfants et adolescents chez lesquels il est impossible d'atteindre les buts thérapeutiques doivent être adressés à un/e pédocpneumologue. Si une corticothérapie en inhalation est nécessaire plus qu'un certain temps (6 semaines chez un nourrisson et un enfant de moins de 3 ans ou 3 mois chez un enfant ou un adolescent), son indication doit être parfaitement posée et confirmée par un examen spécialisé.

Les enfants et adolescents souffrant d'asthme grave, non contrôlable par un traitement ambulatoire doivent parfois être adressés à un service hospitalier spécialisé pour mise en route du traitement et apprentissage. L'Alpine Kinderklinik de Davos (voir encadré) est une excellente solution pour de tels patients à problèmes.

Perspectives

Pour les patients souffrant d'asthme allergique modéré à grave, et d'exacerbations sous traitement conventionnel, il y a maintenant un principe de traitement fondamentalement nouveau par injection d'anti-IgE, en phase d'essai. La réaction de type I est inhibée par blocage des molécules d'IgE, ce qui atténue l'inflammation allergique indépendamment des allergènes déclenchants. Ce traitement systémique promet d'agir en même temps sur l'asthme et la rhinite, et dans les études cliniques il a déjà permis de diminuer très nettement la fréquence des exacerbations de l'asthme et les doses de stéroïdes inhalés. La demande d'admission de ce médicament, l'omalizumab, est en cours auprès des instances d'enregistrement.

Suivi des patients

Les principes de traitement ci-dessus sont préconisés depuis plusieurs années dans leurs grandes lignes. Mais la réalité en Europe semble être bien loin de ces recommandations [6]. Cela ne tient certainement pas qu'à la méconnaissance des médicaments, mais bien plutôt à l'information, la motivation et la compliance des patients. Comme pour toute maladie chronique, le patient se traite lui-même et doit donc comprendre les mécanismes de sa maladie, son traitement et ses raisons. Il est capital de discuter les objectifs du traitement et de planifier les rendez-vous au cabinet médical. Mais le renforcement de l'autonomie du patient par autocontrôle du peak-flow, et les adaptations de son traitement selon une prescription écrite peuvent en améliorer le résultat [7].

Il faut prêter une attention particulière aux contrôles et aux moyens permettant d'améliorer la compliance de l'enfant. Une discussion approfondie avec ses parents, portant notamment sur l'angoisse d'un handicap et la peur de la cortisone, une bonne instruction parents/enfant (école de l'asthme) et la tenue d'un agenda des symptômes aident à améliorer la compliance. Les brochures pour patients de l'Association suisse des parents d'enfants asthma-

tiques et allergiques» (ASPEA) (p.ex. sur l'allergie aux poussières de maison) et les livres pour parents, enfants et adolescents jouent à cet égard un rôle important.

Remerciements

Nous remercions le Dr P. Tschudi, Médecine générale FMH, d'avoir bien voulu relire cet article.

Quintessence

- Le traitement de l'asthme se base sur un traitement anti-inflammatoire de fond, régulier et sur la bronchodilatation par agonistes bêta-2 à la demande ou régulièrement.
- Les posologies des médicaments antiasthmiques visent à atteindre les objectifs du traitement (voir recommandations GINA). En plus de l'absence de symptômes, il faut viser une fonction pulmonaire optimale.
- Contrôler régulièrement la technique d'inhalation! 1 seul système d'inhalation par patient!
- Le suivi du patient est capital dans le traitement de l'asthme: le patient est un partenaire informé et activement impliqué dans son traitement.

Adresses importantes

Aha! Schweizerisches Zentrum für Allergie, Haut und Asthma
Gryphenhübelweg 40
Case postale 378
CH-3000 Berne 6
Tél. 031 359 90 00
Fax 031 359 90 90
<http://www.ahaswiss.ch>

Alpine Kinderklinik
CH-7270 Davos 2
Tél. 081 415 70 70
Fax 081 413 40 14
<http://www.kinderklinik-davos.ch>

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Pneumologie
Sekretariat
Alte Bremgartenstr. 2
Case postale
CH-8964 Rudolfstetten
<http://www.kinderlunge.ch>

Association suisse des parents d'enfants asthmatiques et allergiques (ASPEA)
Südbahnhofstrasse 14c
Case postale
CH-3000 Berne 17
Tél. 031 378 20 10
Fax 031 378 20 11
<http://www.seaak.ch>

Ligue pulmonaire Suisse
Südbahnhofstrasse 14c
Postfach 49
CH-3000 Bern 17
Tél. 031 378 20 50
Fax 031 378 20 51
E-Mail: lung.ch@spectraweb.ch
<http://www.lung.ch>

Références

- 1 Global Initiative For Asthma (GINA) Treatment – Guidelines. NHLBI and WHO, 1998 (<http://www.ginasthma.com>).
- 2 Asthma bronchiale bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen: Consensus Statement, Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Pneumologie. Schweiz Ärztezeitung 2000;81:406–11 (<http://www.kinderlunge.ch>).
- 3 Pauwels RA, Löfdahl CG, Postma DS, Tattersfield AE, O'Byrne P, Barnes PJ, et al. Effect of inhaled formoterol and budesonide on exacerbations of asthma. N Eng J Med 1997;337:1405–11.
- 4 Woolcock AJ, Lundback B, Ringdal N, Jacques LA. Comparison of addition of salmeterol to inhaled steroids with doubling of the dose of inhaled steroids. Am J Respir Crit Care Med 1996;153:1481–8.
- 5 Greening AP, Ind PW, Northfield M, Shaw G. Added Salmeterol versus higher-dose corticosteroid in asthma patients with symptoms on existing inhaled corticosteroid. Lancet 1994; 344:219–24.
- 6 Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the asthma insights and reality in Europe (AIRE) study. Eur Respir J 2000;16:802–7.
- 7 Gonon M, Solèr M, Langewitz W, Peruchoud AP. Sind Selbstkontrolle und Selbstbehandlung beim Asthma bronchiale sinnvoll? Schweiz Med Wochenschr 1999;129:519–25.