



# ASTHME

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes, caractérisée par une obstruction bronchique très variable selon les patients et dans le temps. Sous-diagnostiqué et insuffisamment pris en charge dans la population générale, l'asthme est potentiellement mortel. Il peut représenter une lourde charge pour les individus et leurs familles et limite souvent l'activité du malade tout au long de sa vie. Destiné à améliorer la qualité de vie et le pronostic vital des patients, le traitement de fond de l'asthme persistant relève d'une prise en charge médicale au long cours, associée à un accompagnement socio-juridique pour les migrants/étrangers en situation précaire.

## ÉPIDÉMIOLOGIE

- **Dans le monde, environ 300 millions de personnes souffrent d'asthme** actuellement (taux de prévalence estimé variant de 1 à 18 % selon les pays) et on enregistrait, en 2005, 255 000 décès par an dus à cette affection, plus de 80 % des décès liés à l'asthme survenant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, selon l'OMS, en 2011.

- **En France, la dernière enquête nationale de l'Irdes en 2006 évaluait à 6,7 % la prévalence de l'asthme, soit 4,15 millions de personnes asthmatiques.** Les inégalités sociales restent marquées pour cette maladie, avec un net gradient social concernant à la fois la prévalence, la sévérité et le niveau de contrôle de la maladie par le traitement. La précarité est un facteur de risque établi d'asthme aigu grave et de mort par asthme. De 9 à 15 % des cas d'asthme seraient attribuables à une origine professionnelle.

- **Dans l'observation du Comede,** les prévalences les plus élevées de l'asthme persistant sont retrouvées pour les personnes originaires d'Afrique de l'Ouest (femmes 16 ‰,



hommes 31), notamment Mali et Mauritanie, d'Afrique du Nord (femmes 9, hommes 38) et des Caraïbes (femmes 31, hommes 13). Par classe d'âge, les taux de prévalence sont plus élevés après 35 ans, le taux étant de 37 ‰ pour les migrants âgés de plus de 65 ans.

## CLINIQUE

• **L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires.** L'inflammation est associée à une hyper réactivité anormale des muscles lisses respiratoires qui conduit à des épisodes récurrents de sifflements (sibilants), de difficultés à respirer (dyspnée) et de toux, particulièrement la nuit, au petit matin, lors de l'exposition à divers stimuli, tels que poussières, allergènes, fumée de tabac, pollution aérienne, froid, expositions professionnelles ou lors d'un effort intense. Les exacerbations aiguës, qui constituent les « crises d'asthme » décrites par les malades, sont souvent accompagnées d'une obstruction bronchique qui persiste en dehors des crises.

• **Les troubles respiratoires sont très variables** d'un patient à l'autre et selon les périodes de la vie : même non traité, l'asthme ne s'aggrave pas avec le temps de manière linéaire. Il en résulte des symptomatologies différentes, parfois limitées à une gêne passagère, mais parfois invalidantes par la fréquence et la gravité des crises qui peuvent s'avérer mortelles.

• **L'asthme aigu grave (AAG) définit une crise** ressentie comme inhabituelle et rapidement progressive. Signes de gravité immédiate : difficulté à parler, à tousser, agitation, sueurs, pâleur/cyanose, utilisation des muscles respiratoires accessoires; fréquence respiratoire > 30/min, fréquence cardiaque > 120/min; inefficacité des bêta 2 stimulants inhalés d'action brève. **Toute crise se prolongeant anormalement et résistante au traitement habituel chez un asthmatique connu doit alerter.**

## PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

• **Protection maladie indispensable, demande de complémentaire-CMU en admission immédiate (voir p. 233) ou AME en instruction prioritaire (voir p. 255).** Soutien socio juridique et aide à la vie quotidienne. Vaccination (voir p. 355) recommandée contre la grippe (1 dose 0,5 ml SC ou IM, 6 €, NR), éviction si possible des expositions professionnelles et traitement de la rhinite allergique.

### Facteurs de risque d'asthme aigu grave (AAG)

En raison de la précarité de leur situation socio économique, les migrants concernés font partie du groupe de patients à risque de développer un AAG. Autres facteurs de risque : antécédent de passage en réanimation pour asthme, adolescents ou patients âgés, visites fréquentes aux urgences ou hospitalisations itératives, mauvaise observance, tabagisme important, patients « mauvais percepteurs » de leur obstruction bronchique, utilisation de 3 médicaments ou plus pour l'asthme.



• **La prise en charge médicale de l'asthme doit associer un traitement médicamenteux et des séances d'éducation thérapeutique.** Les médicaments de l'asthme sont de deux types : des broncho dilatateurs (d'action rapide ou d'action prolongée) agissant directement sur les muscles qui entourent les bronches en les relaxant et des anti inflammatoires (corticostéroïdes en premier lieu) agissant sur la maladie de fond.

• **Le traitement des crises et exacerbations consiste en des inhalations, répétées si besoin, d'un bronchodilatateur  $\beta$ 2-mimétique d'action rapide,** agissant en quelques minutes : salbutamol, 1 à 2 bouffées à 100  $\mu$ g (sol/inh. flacon 200 doses, 5€, R 65%). À renouveler après quelques minutes en cas de persistance  $\pm$  corticoïde oral : prednisolone 0,5 à 1 mg/kg/j. pendant 3 à 10 jours (Gécp 20 mg x 20, 5€, R 65%).

• **L'introduction ou non d'un traitement de fond et sa posologie initiale sont décidées en fonction de critères de sévérité (voir tableau 1 infra).** La sévérité de la maladie, classée par paliers, est déterminée en fonction des symptômes et de critères fonctionnels : débit expiratoire de pointe (DEP) et/ou volume expiratoire maximal à la première seconde (VEMS). On considère que tout asthme persistant justifie un traitement de fond : en premier lieu des corticostéroïdes inhalés (CSI), à prendre de façon quotidienne et prolongée (effet optimal en 4 à 8 semaines).

**Traitement de l'AAG par  $\beta$ 2-stimulants nébulisés, oxygène et corticoïdes :**

répétition des inhalations de  $\beta$ 2 stimulant, si possible à l'aide d'une chambre d'inhalation ;

oxygénothérapie et administration de  $\beta$ 2 stimulants nébulisés (à défaut, injection SC) ;

corticoïde systémique, en sachant qu'il n'exerce ses effets qu'après 2 à 3 heures ;

hospitalisation dans tous les cas, en urgence si l'état ne s'améliore pas après 30 min ou en cas de signe de détresse : impossibilité de parler, pause respiratoire, troubles de conscience.

**Tableau 1 : Décision d'introduction d'un traitement en fonction du degré de sévérité de l'asthme**

Palier 1 : Intermittent	Palier 2 : Persistant léger	Palier 3 : Persistant modéré	Palier 4 : Persistant sévère
Symptômes < 2/semaine Sp nocturnes < 2/mois DEP > 80% meilleure valeur	Symptômes < 1/jour Sp nocturnes < 1/semaine DEP > 80%	Symptômes quotidiens Sp nocturnes > 1/semaine DEP 60-80%	Symptômes continus Limitation activité quotidienne DEP < 60%
Pas de traitement de fond	L'introduction d'un traitement de fond est recommandée		
$\beta$ 2-mimétique d'action rapide seul, à la demande.	Médicaments de référence : corticostéroïdes inhalés, à débiter par dose faible à moyenne (ex. 500 $\mu$ g de béclo mé tasone en deux prises par jour). (béclo mé tasone 250 $\mu$ g sol/inh., flacon 200 doses, 29€, R 65% ou budésonide PULMICORT® 200 $\mu$ g en turbuhaler, récipient 200 doses, 38€, R 65%) + $\beta$ 2-mimétique d'action rapide à la demande.		



**Le traitement doit ensuite être adapté en fonction du degré de contrôle de l'asthme** qui apprécie l'activité de la maladie sur quelques semaines (1 semaine à 3 mois), en fonction des événements respiratoires cliniques et fonctionnels et de leur retentissement. Un contrôle acceptable (*voir tableau 2 infra*) est le minimum à rechercher chez tous les patients.

- **En cas de contrôle inacceptable**, c'est à dire la non satisfaction d'un ou de plusieurs critères de contrôle, il est recommandé, sans hésiter, de référer le patient vers un spécialiste, d'augmenter la dose de CSI par paliers progressifs (après vérification de l'observance et de la compréhension de la technique par le patient, et de l'absence de facteurs aggravants ou de pathologies associées). Des traitements additionnels existent mais restent des traitements de deuxième, voire troisième intention (moins efficaces et à risque important d'effets secondaires), réservés à un contrôle insuffisant malgré une dose forte de CSI (> 1000 µg/j.) ou à des cas particuliers (*voir tableau 3*).

- **Une fois le contrôle acceptable ou optimal obtenu pendant au moins 3 mois**, une réduction thérapeutique par paliers recherche le traitement minimal efficace, voire l'arrêt du traitement de fond.

**Tableau 2 : Paramètres définissant le contrôle acceptable de l'asthme**

Paramètres	Moyenne sur la période d'évaluation du contrôle
Symptômes diurnes	Moins de 4 jours par semaine
Symptômes nocturnes	Moins d'une nuit par semaine
Activité physique	Normale
Absentéisme professionnel ou scolaire	Aucun
Exacerbations	Légères ou peu fréquentes
Utilisation de $\beta$ 2-mimétique d'action rapide	Moins de 4 doses par semaine
DEP ou VEMS	> 85 % de la meilleure valeur personnelle

**Tableau 3 : Indications des traitements additionnels**

Corticothérapie orale	En cas de symptômes sévères non contrôlés malgré une forte dose de CSI (Prednisolone 1 à 10 mg/j.)
$\beta$ 2-mimétique d'action lente	Surtout en cas de symptômes nocturnes dominants. Toujours en association avec un CSI du fait de risque d'exacerbation grave. Des formes d'associations existent si l'ajout d'un troisième traitement paraît trop complexe (Formétérol+Budésonide : SYMBICORT® turbuhaler, poudre/inh., 120 doses, 49€, RS 65 %)
Antileucotriènes	Peu d'effet notable, traitement de troisième intention (Montelukast : SINGULAIR® 10 mg, 28 cp, 34€, RS 65 %)



## CALENDRIER DU SUIVI CLINIQUE ET DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

### • Des consultations régulières de suivi sont indispensables.

Leur rythme doit être adapté à la sévérité et au degré de contrôle de la maladie. Seuls deux examens complémentaires ont leur place dans le suivi, en dehors de cas particuliers (diagnostic initial, AAG, difficultés à contrôler la maladie, complications) :

**la mesure en cabinet du débit expiratoire de pointe (DEP)** ou « peak flow » est utile pour l'évaluation clinique (débitmètre de pointe, RSS jusqu'à 23€). Les normes dépendent de la taille, du sexe et de l'âge (environ 400 l/min chez la femme et 700 chez l'homme). Elle est également intéressante pour l'éducation thérapeutique (*voir infra*);

**une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR)**, examen spécialisé, est nécessaire de 3 à 6 mois après le début du traitement comme examen de référence, parfois pour le diagnostic et avant toute tentative d'interruption du traitement de fond.

#### Fréquence Consultations avec DEP et EFR au cours du suivi des patients contrôlés

Dose CSI (en équivalent béclométasone)	Consultation de suivi avec DEP	Épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR)
Dose forte (> 1000 µg)	/3 mois	/3 à 6 mois
Dose moyenne (500-1000) ou faible (< 500)	/6 mois	/6 à 12 mois
Aucun corticostéroïde	/12 mois	/12 mois ou plus

#### Fréquence Consultations avec DEP et EFR en cas de contrôle inacceptable

Recours corticothérapie orale	à 1 semaine et 1 mois de l'arrêt de la CO
Pas de corticothérapie orale	1 à 3 mois après la modification thérapeutique

## ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES ASTHMATIQUES

• **L'éducation thérapeutique, centrée sur la personne, est un processus intégré dans la démarche de soins et destiné à faire acquérir et maintenir des compétences à la personne malade (voir p. 345).** Structurée, effectuée si besoin avec un interprète professionnel, elle est plus efficace que l'information



### Information et soutien des malades :

Association Asthme et Allergies, Numéro Vert 08 00 19 20 21, [www.asthme-allergies.org](http://www.asthme-allergies.org)

Comité national contre les maladies respiratoires, 66, bd Saint Michel, 75006 Paris, 01 46 34 58 80, [www.lesouffle.org](http://www.lesouffle.org)

seule. Les séances doivent être régulières, particulièrement en cas d'asthme sévère ou de risque de gravité. Les compétences acquises sont transversales et sont applicables à toutes les affections chroniques.

• **Pour les personnes asthmatiques, elle comporte, après un diagnostic éducatif** (recueil des informations sur le patient : personnalité, mode de vie, besoins, connaissance de la maladie et de sa thérapeutique, capacité à apprendre), **un apprentissage à l'autogestion du traitement :**

appréciation des symptômes avec un système à trois zones, verte/orange/rouge, en fonction du contrôle de l'asthme, aidé autant que possible par une bonne utilisation du DEP;

maîtrise des techniques d'utilisation des différentes thérapeutiques;

adoption d'un plan de crise, en cas d'apparition de symptômes aigus, pour aider le patient à utiliser les  $\beta_2$  mimétiques d'action rapide voire les corticoïdes oraux, recourir à temps aux consultations médicales et services d'urgence. Cela doit faire l'objet d'une prescription médicale écrite détaillée, en fonction de l'intensité de la crise et de la réponse aux médicaments.

## RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES (VOIR P. 312)

• **Un étranger en situation irrégulière atteint d'asthme persistant et ressortissant d'un pays dont le système de santé est particulièrement précaire (principalement Afrique subsaharienne) doit bénéficier d'un titre de séjour.** Dans le cas d'un asthme persistant, l'insuffisance du traitement de fond peut conduire à la survenue d'exacerbations potentiellement mortelles. Or, si les  $\beta_2$  mimétiques inhalés d'action rapide sont d'accès relativement aisé, il en va différemment du traitement de fond en raison de la faible disponibilité et du coût des corticoïdes inhalés et des  $\beta_2$  mimétiques inhalés d'action prolongée, de l'absence fréquente de recommandations cliniques et thérapeutiques, ainsi que de la carence en médecins (prescription et surveillance clinique).

• **Le « Global Asthma Report » de 2014 présente une étude sur la disponibilité des médicaments de l'asthme dans un grand nombre de pays à bas revenus et revenus moyens.** Il en ressort que les corticostéroïdes inhalés ne figurent qu'exceptionnellement dans la liste des médicaments essentiels



de ces pays. Et même alors, cela ne garantit pas leur accessibilité dans les dispositifs publics. Dans le Global Asthma Report de 2011, une étude y examine également les prix moyens des traitements. À titre d'exemple, en Guinée Conakry, une boîte de Salbutamol 100 µg représente 4 à 8 jours de salaire d'un fonctionnaire de base et une boîte de budésonide 107 jours de salaire.

• **Dans l'observation du Comede (voir Rapports annuels sur [www.comede.org](http://www.comede.org)), les taux de reconnaissance du droit au séjour pour ces malades sont en diminution depuis 2011,** les refus étant principalement fondés sur la contestation par l'administration du risque pour le malade d'être exclu des soins nécessaires au pays d'origine. Parmi 131 réponses documentées entre 2004 et 2013, le taux d'accord est de 71% avec de grandes variations selon les départements.

• **Pour la rédaction des rapports médicaux destinés au médecin de l'agence régionale de santé et, en cas de recours contentieux, des certificats destinés au tribunal administratif,** une attention particulière doit être portée sur les arguments concernant le risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale (degré de sévérité de la maladie et autres risques d'asthme aigu grave) ainsi que sur le risque pour le patient de ne pouvoir disposer des soins nécessaires dans son pays d'origine, en s'appuyant notamment sur les indicateurs de l'OMS relatifs au système de santé du pays d'origine (*voir Accès aux soins dans le pays d'origine, p. 20*) et sur les résultats des études présentés dans le Global Asthma Report de 2014.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede, Rapports d'activité et d'observation, [www.comede.org](http://www.comede.org)

Global Asthma Report 2014, [www.globalasthmareport.org](http://www.globalasthmareport.org)

Global Initiative For Asthma (GINA), *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*, 2011, [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org)

Haute Autorité de santé, (1986) *Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents*, 2004, [www.has.sante.fr](http://www.has.sante.fr)

Prescrire, *Traitement de l'asthme au long cours*, juin et juillet 2007, Tome 27 n° 284 et 285