



## Définition : (2002)



**L'asthme est une maladie chronique inflammatoire des voies aériennes.**

➔ *Hyperréactivité bronchique*

### Episodes récidivants

- ☞ *toux*
- ☞ *sifflements*
- ☞ *blocage thoracique*
- ☞ *difficultés respiratoires.*

**Voies aériennes  
sensibles**

- ☞ **Se contracter**
- ☞ **S'œdématiser**
- ☞ **Se remplir de mucus**
- ☞ **Devenir Hyper réactives**

**L'obstruction bronchique est réversible , spontanément ou avec un traitement**

# Chiffres alarmants

**236.000 morts / an dans le Monde** ( Source O.M.S. 2006 )

- ☞ *0,4 % de l'ensemble des décès attribués à une maladie*
- ☞ *Fréquence ↗ régulière durant ces 20 dernières années*
- ☞ *3 /4 des sujets ont eu leur 1 ère crise avant 20 ans*
- ☞ *Maladie des + coûteuses dans les pays développés*
  - ▶ *1 % des dépenses médicales totales aux U.S.A.*
  - ▶ *6,2 milliards de \$ en 1990 ( 1 md en 1975 )*
  - ▶ *25 % s'absentent au moins 1 à 4 jr / semestre*



## Le Constat

### En Europe :

- Une limitation du sport chez l'adulte : 47% des cas
- Absentéisme scolaire : 43%
- Dans le choix des métiers : 23%
- Activités sociales de l'adulte: (26 % de l'enfant) 14%
- ☞ 46% des patients ont des symptômes quotidiens.
- ☞ 30% des nuits perturbées.
- ☞ 25% ont dû recevoir des traitements urgents l'année précédente.


*Globalement, la même chose est constatée aux USA, en Asie.*

Malgré des traitements efficaces et la  
multiplication des recommandations  
internationales



Le Contrôle de l'Asthme reste non satisfaisant

Ces discordances entre les possibilités offertes par les traitements et la vraie vie s'expliquent par

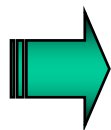
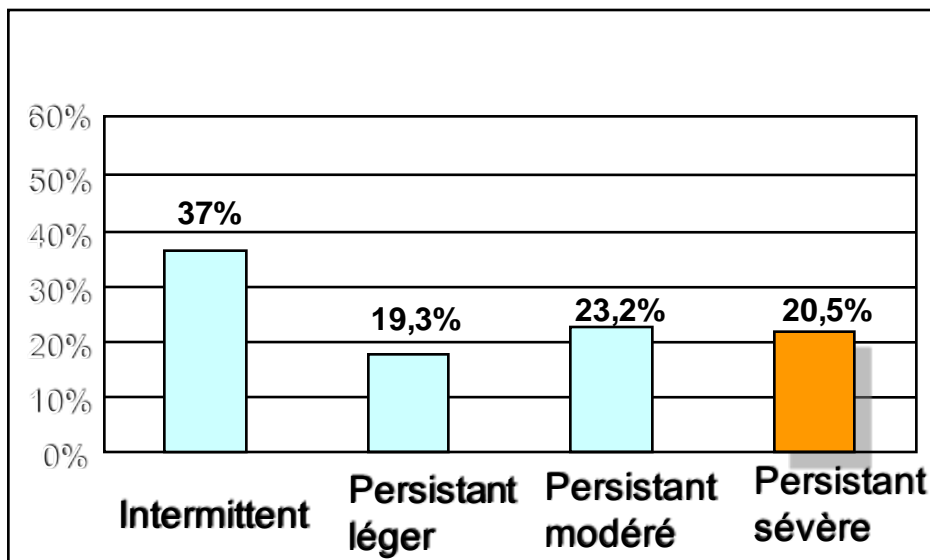
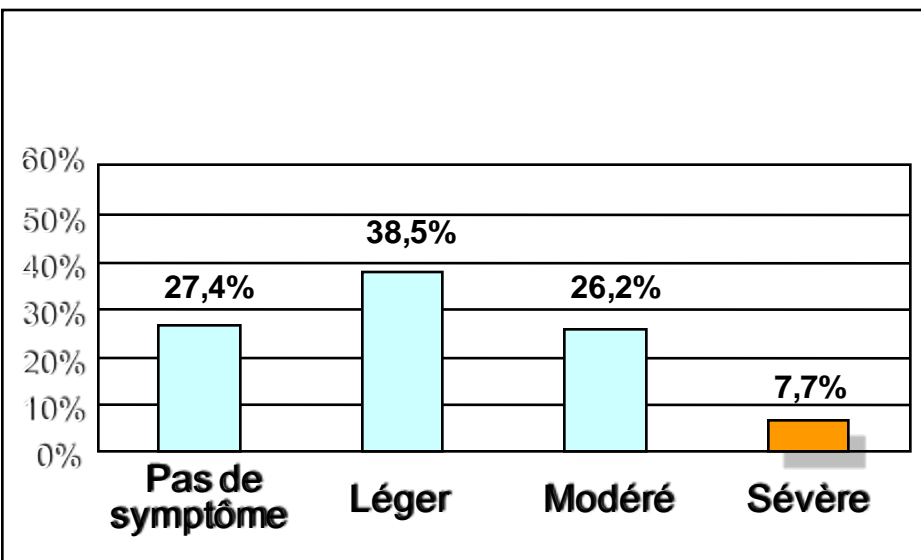


- Mauvaise observance des prescriptions .
  - Recours insuffisant aux E.F.R. & à la Corticothérapie inhalée
  - Mauvaise évaluation clinique

# Niveau de sévérité de l'asthme au cours du dernier mois : Perception du patient comparée à la réalité des symptômes <sup>(1)</sup>

## Auto-évaluation du patient

## Évaluation du médecin



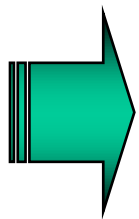
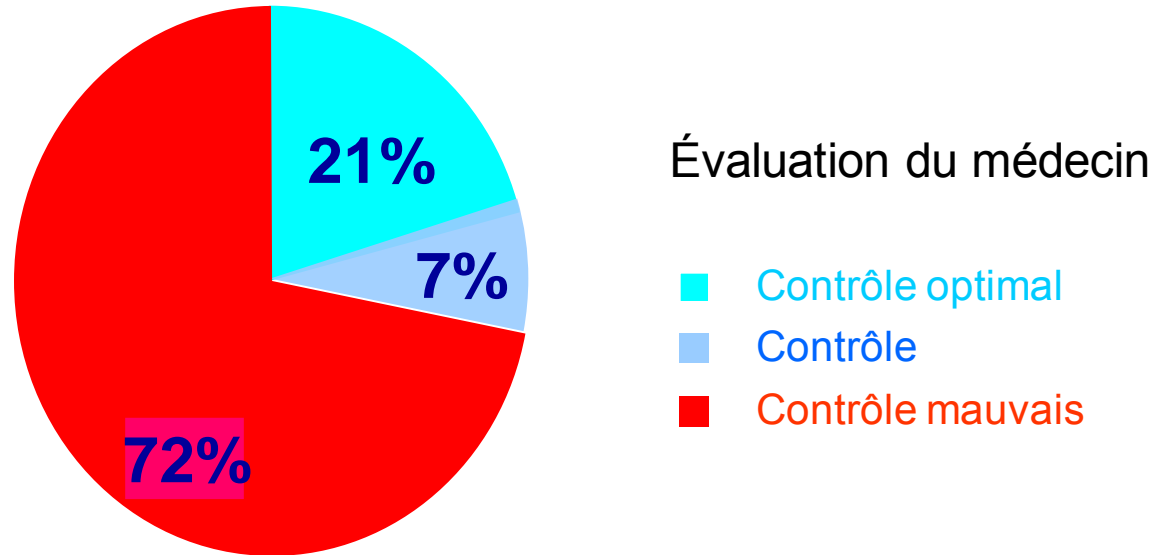
Sous évaluation de la sévérité de la maladie par le patient

Enquête téléphonique réalisée sur des échantillons nationaux représentatifs d'asthmatiques dans 7 pays: Royaume-Uni, France, Allemagne, Pays-Bas, Suède, Espagne et Italie, en mars-avril 1999. Sur les 73880 foyers contactés, 3488 comportaient au moins un membre ayant un asthme diagnostiqué, traité et/ou symptomatique. Des interrogatoires complets ont été réalisés chez 2803(80,4%) personnes: 2050 adultes et 753 enfants représentés par un proche (la mère pour 70%)

(1) Rabe KF *et al.* Clinical management of asthma in 1999 : the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. Eur Respir-J 2000; 16(5):802-807

# Un contrôle de l'asthme en France en 2004 encore insuffisant <sup>(1)</sup> ...

n = 16 580 patients



**72 % des patients ont un  
asthme mal contrôlé  
(tous traitements confondus)**

Étude épidémiologique, transversale, descriptive, réalisée avec 3691 médecins généralistes, portant sur 16580 patients de plus de 6 ans asthmatiques depuis au moins 1 an, consultant spontanément pour leur asthme. L'observatoire ER'Asthme a été mis en place pour mesurer le contrôle de l'asthme de patients suivis en MG et en étudier les déterminants cliniques, thérapeutiques et géographiques.

Les données recueillies comprenaient notamment l'appréciation spontanée par le patient de son état de santé, les critères de contrôle de l'asthme (évalué par le MG en fonction du consensus canadien en 3 niveaux: optimal, perfectible et mauvais) et l'observance (questionnaire d'observance PMAQ 3w)

(1) Godard P *et al*, ER'ASTHME : niveau de contrôle de l'asthme chez 16 580 patients consultant en médecine générale, Rev Fr Allergol immunol 2004; 44:344-

# Enquête ASUR : patients admis<sup>(1)</sup> aux urgences pour asthme aigu

- Des patients « sévères » à l'arrivée (n = 3772) :
  - Asthme aigu grave : 26 %
  - Exacerbation sévère : 49 %
  - Crise légère à modérée : 26 %
- Un asthme mal contrôlé au cours des 3 mois précédents (n = 4087) :
  - Symptômes  $\geq 1$  fois/jour : 20 %
  - Symptômes  $\geq 1$  fois/semaine : 22 %

Enquête multicentrique observationnelle conduite en France pendant 1 an sur 3 772 patients adultes consultant pour asthme aigu dans un des 37 services d'urgence. La classification des exacerbations s'est faite selon le degré de sévérité (mortel, sévère, ou faible à modéré), sur la base des symptômes cliniques et la valeur du DEP, conformément aux critères des consensus actuels.

(1) Salmeron S *et al.* Asthma severity and adequacy of management in accident and emergency departments in France : a prospective study. LANCET 2001; 357: 222-227



# Enquête auprès de médecins algériens

## définition du contrôle

- Pas de crise
- Absence de symptômes
- Pas de retentissement fonctionnel
- rémission des symptômes , des crises
- Absence de crises , très éloignées
- Disparition totale des symptômes chroniques après un traitement parfois au long cours

# Contrôle insuffisant = pourquoi?

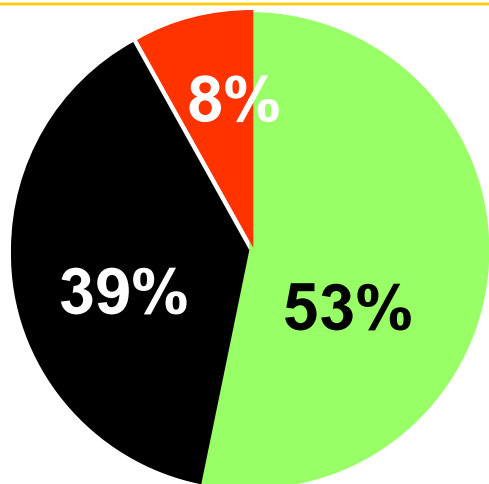
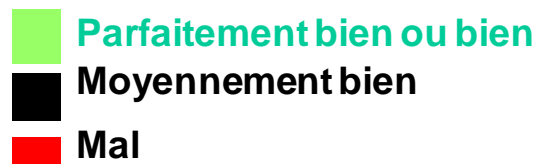
Motivation insuffisante ?

## ■ Les explications possibles :

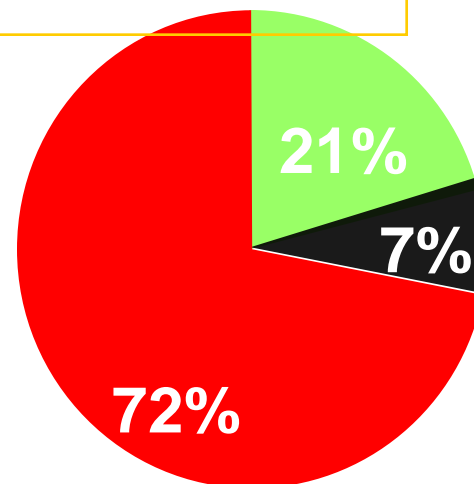
1. Sous évaluation des symptômes par les patients
2. Les médecins évaluent-ils suffisamment leurs malades?
3. L'observance est sous-optimale
4. Les outils de diagnostic , de suivi et/ou les traitements sont sous-utilisés
5. Les facteurs aggravants sont-ils pris en compte?

### 3. Les médecins évaluent-ils suffisamment leurs malades ? « Comment va votre asthme ? » ne suffit pas !

#### Appréciation spontanée du patient



#### Évaluation du médecin



n = 16 580

#### Résultats tous traitements confondus

Etude épidémiologique, transversale, descriptive, réalisée avec 3691 médecins généralistes, portant sur 16580 patients de plus de 6 ans asthmatiques depuis au moins 1 an, consultant spontanément pour leur asthme. L'observatoire ER'Asthme a été mis en place pour mesurer le contrôle de l'asthme de patients suivis en MG et en étudiant les déterminants cliniques, thérapeutiques et géographiques.

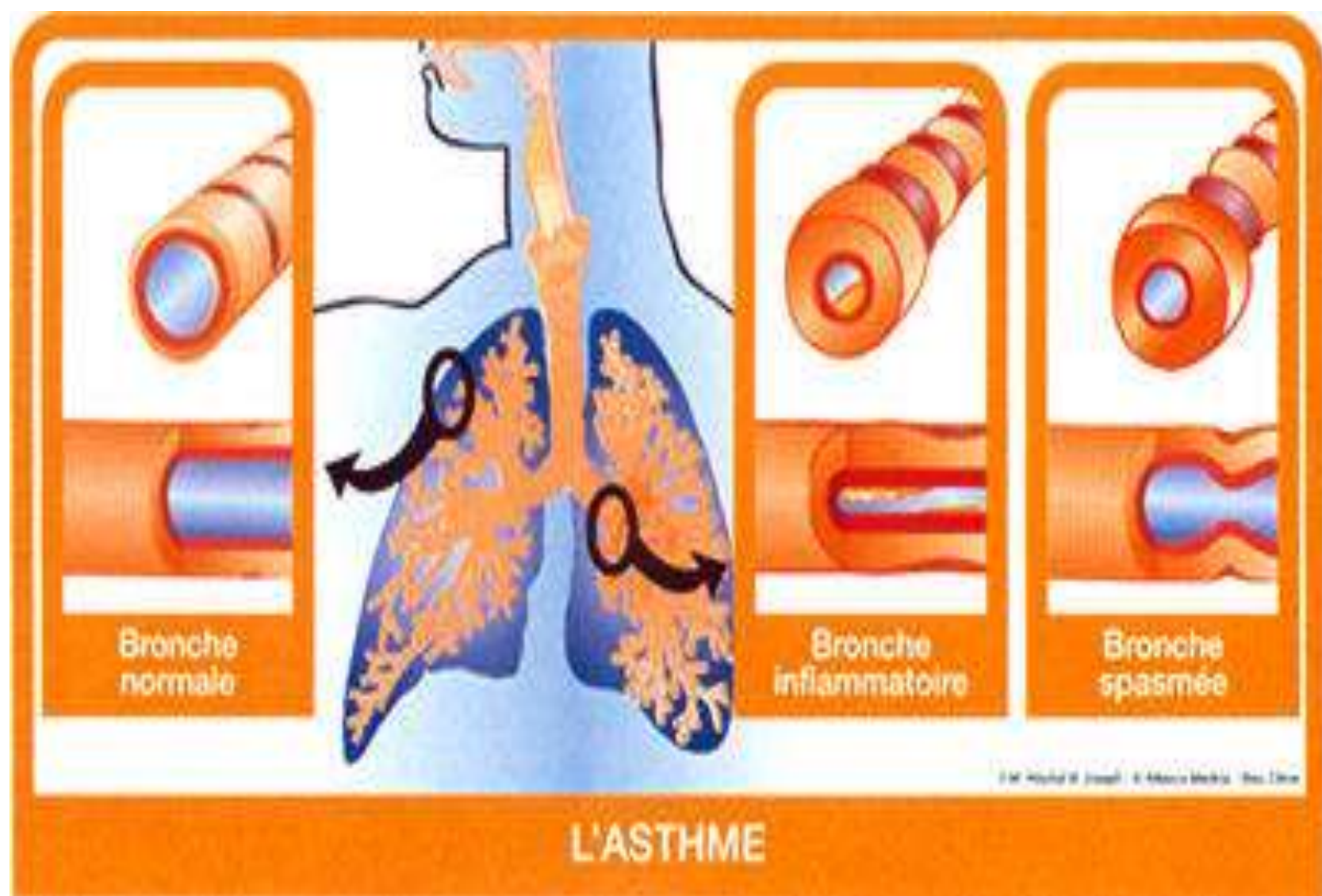
Les données recueillies comprenaient notamment l'appréciation spontanée par le patient de son état de santé, les critères de contrôle de l'asthme (évalué par le MG en fonction du consensus canadien en 3 niveaux: optimal, perfectible et mauvais) et l'observance (questionnaire d'observance PMAQ 3w)

(1) Godard P *et al*, ER'ASTHME : niveau de contrôle de l'asthme chez 16580 patients consultant en médecine générale, Rev Fr Allergol Immunol 2004; 44:344-(E

⇒ **repose** principalement sur une **action anti-inflammatoire** permettant de réduire l'hyper-réactivité et l'inflammation bronchique.

⇒ **Les produits employés**

- ▶ Les corticoïdes inhalés
- ▶ Les  $\beta 2$  mimétiques C.A.
- ▶ Les Bronchodilatateurs L.A.
- ▶ La Théophylline
- ▶ Les cromones inhalées
- ▶ Les antileucotriènes
- ▶ .....





## Recommandations 2004

la prise en charge de l'asthme était basée sur la gravité de l'asthme, faisant une distinction entre 4 stades :

- ☞ Asthme intermittent .
- ☞ Asthme léger persistant .
- ☞ Asthme modéré persistant .
- ☞ Asthme grave persistant .

**Un changement important dans les recommandations**

## Gina 2006

La prise en charge se base à présent sur le niveau de contrôle de l'asthme: en fonction d'un certain nombre de paramètres (symptômes diurnes et nocturnes, limitation des activités journalières, fonction pulmonaire et utilisation de bronchodilatateurs),

L'état du patient est classifié comme

- ☞ contrôlé
- ☞ partiellement contrôlé
- ☞ non contrôlé

La notion de Sévérité en tant que critère d'adaptation de la prise en charge a été mis de côté

# Critères de contrôle de l'asthme selon GINA 2006

	<b>Contrôlé</b> ( toutes les caractéristiques sont présentes )	<b>Partiellement contrôlé</b> ( 1 ou 2 caractéristiques présentes sur une semaine ) ou <b>non contrôlé</b> ( $\geq 3$ caractéristiques présentes sur une semaine )
Symptômes diurnes	Max. 2 x par semaine	Plus de 2 x par semaine
Limitation des activités	Pas	Toute limitation
Symptômes nocturnes	Pas	Tout symptôme nocturne
Besoin en bronchodilatateurs	Max. 2 x par semaine	Plus de 2 x par semaine
Fonction pulmonaire (DEP ou VEMS)	NORMALE	< 80% de la valeur prédictive ou de la meilleure valeur personnelle
Exacerbations	Pas	<b>Partiellement contrôlé</b> : une ou plusieurs par an. <b>non contrôlé</b> : une par semaine.



## Paramètres définissant le contrôle acceptable d'un asthme

Paramètres (ANAES 2004)	Critères moyens satisfaisants sur la période d'évaluation (1 semaine à 3 mois)
1 - Symptômes diurnes	< 4 jours par semaine
2 - Symptômes nocturnes	< 1 nuit par semaine
3 - Activités physiques	Normale
4 - Exacerbations	Légères càd gérées par le patient
5 - Absentéisme professionnel ou scolaire	Aucun
6 - Utilisation des Bêta-2 mimétiques d'action rapide	< 4 doses par semaine
7 - VEMS ou DEP	> 85 % de la meilleure valeur personnelle
8 - Variation nyctémérale du DEP (optionnel)	< 15 %

**Etapes du traitement en fonction du contrôle de l'asthme chez les adolescents et les enfants de plus de 5 ans selon GINA 2006 \***

Etape 1	Etape 2	Etape 3	Etape 4	Etape 5
<p><b>Pas de traitement d'entretien</b></p>	<p><b>1er choix :</b> corticostéroïde à inhaler à faibles doses</p> <p><b>2ème choix :</b> antagoniste des récepteurs des leucotriènes</p>	<p><b>1 er choix:</b> corticostéroïde à inhaler à faibles doses + Beta2-mimétique à longue durée d' action</p> <p><b>2 ème choix:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>soit</b> corticostéroïde à inhaler à posologie moyennement élevée ou élevée</li> <li>• <b>soit</b> corticostéroïde à inhaler à faibles doses + antagoniste des récepteurs des leucotriènes</li> <li>• <b>soit</b> corticostéroïde à inhaler à faibles doses + théophylline à libération prolongée</li> </ul>	<p>Corticostéroïde à inhaler à posologie moyennement élevée ou élevée + Beta2-mimétique à longue durée d' action</p> <p>Ajouter éventuellement:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antagoniste des récepteurs des leucotriènes</li> <li>• et/ou théophylline à libération prolongée</li> </ul>	<p>Médicaments de l' étape 4 +</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• corticostéroïdes oraux (posologie la plus faible possible)</li> <li>• et/ou omalizumab</li> </ul>

## Doses équivalentes des corticostéroïdes à inhaler selon GINA 2006

	Posologie journalière		
	faible ( $\mu\text{g}$ )	moyennement élevée ( $\mu\text{g}$ )	élevée ( $\mu\text{g}$ )
<b>Dipropionate de bécloéthasone</b>			
- Adultes	200-500	> 500-1000	> 1000-2000
- Enfants	100-200	> 200-400	> 400
<b>Budésonide</b>			
- Adultes	200 - 400	> 400-800	> 800-1600
- Enfants	100 - 200	> 200-400	> 400
<b>Fluticasone</b>			
- Adultes	100 -250	250-500	> 500-1000
- Enfants	100- 200	> 200 - 500	> 500