GINA
Document de synthèse sur la prise en charge de l'asthme

Mise à jour 2011

Veuillez vous référer à la
Stratégie globale pour la prise en charge et la prévention de l'asthme
(mise à jour 2011) – www.ginasthma.org

© Global Initiative for Asthma

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT ALTER OR REPRODUCE

DIAGNOSTIC DE L'ASTHME

Le diagnostic de l'asthme peut souvent être basé sur les **symptômes** et les **antécédents médicaux** du patient (par exemple, voir ci-dessous).

Questions à poser pour le diagnostic de l'asthme
• Le patient a-t-il présenté des crises ou des crises récurrentes de respiration sifflante ? • Le patient présente-t-il une toux nocturne gênante ? • Le patient présente-t-il une respiration sifflante ou une toux après un effort ? • Le patient présente-t-il une respiration sifflante, une oppression thoracique ou une toux après une exposition à des pneumallergènes ou des polluants aériens ? • Chez le patient, le rhume « finit-il par tomber sur les bronches » ou prend-t-il plus de 10 jours pour guérir ? • Les symptômes s'améliorent-ils en utilisant un traitement antiasthmatique approprié ?

Les mesures de la **fonction pulmonaire** permettent d'évaluer la sévérité, la réversibilité et la variabilité de la limitation du débit de l'air dans les voies aériennes et contribuent à confirmer le diagnostic d'asthme.

La **spirométrie** constitue la méthode de référence pour mesurer les limitations du débit de l'air et sa réversibilité pour établir un diagnostic d'asthme.

- Une augmentation du VEMS ≥ 12 % et de 200 ml après l'administration d'un bronchodilatateur indique une limitation réversible du débit de l'air évoquant un diagnostic d'asthme. (Cependant, la plupart des patients asthmatiques ne présenteront pas de réversibilité lors de chaque évaluation et il est recommandé de renouveler les tests).

Les mesures du **débit expiratoire de pointe (DEP)** peuvent également constituer un outil important pour le diagnostic et la surveillance de l'asthme.

- Les mesures du DEP doivent dans l'idéal être comparées avec les meilleurs résultats antérieurs du patient en utilisant son propre débitmètre de pointe.
- Une amélioration de 60 l/mn (ou ≥ 20 % du DEP mesuré avant l'administration du bronchodilatateur) après l'inhalation d'un bronchodilatateur ou une variation diurne du DEP de plus de 20 % (plus de 10 % si deux lectures quotidiennes sont effectuées) suggère un diagnostic d'asthme.

Tests diagnostiques supplémentaires :

- Pour les patients présentant des symptômes évoquant un asthme, mais dont la fonction pulmonaire est normale, des mesures de la **réactivité des voies aériennes** à la méthacoline, à l'histamine, à des épreuves de provocation des voies aériennes, avec notamment du mannitol inhalé, ou à un test d'effort, peuvent contribuer à établir un diagnostic d'asthme.
- Tests cutanés avec des allergène**s ou mesures des IgE spécifiques dans le sérum** : La présence d'allergies augmente la probabilité d'un diagnostic d'asthme, et peut contribuer à identifier les facteurs de risques déclenchant les symptômes d'asthme chez les patients individuels.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT ALTER OR REPRODUCE

ÉVALUATION DU CONTRÔLE DE L'ASTHME

Chaque patient doit être évalué afin d'établir son schéma thérapeutique, l'observance du schéma en cours et le niveau de contrôle de l'asthme. Un schéma simplifié permettant de reconnaître un asthme contrôlé, partiellement contrôlé et non contrôlé lors d'une semaine donnée est présenté sur la figure suivante :

Niveaux de contrôle de l'asthme

A. Évaluation du contrôle clinique actuel (de préférence sur une période de quatre semaines)			
Caractéristiques	**Contrôlé (tous les éléments suivants)**	**Partiellement contrôlé (l'une quelconque des mesures présentées)**	**Non contrôlé**
Symptômes diurnes	Aucun (deux ou moins par semaine)	Plus de deux fois par semaine	Au moins trois caractéristiques de l'asthme partiellement contrôlé *†
Limitation des activités	Aucune	Au moins une	
Symptômes / réveil nocturnes	Aucun	Au moins un	
Nécessité d'un traitement de soulagement / d'un inhalateur de secours	Jamais (deux ou moins par semaine)	Plus de deux fois par semaine	
Fonction pulmonaire (DEP ou VEMS) ‡	Normale	< 80 % des valeurs théoriques ou de la meilleure mesure personnelle (si elle est connue)	
B. **Évaluation du risque futur** (risques d'exacerbation, instabilité, diminution rapide de la fonction pulmonaire, effets indésirables)			
Les caractéristiques associées à une future aggravation des risques d'effets indésirables comprennent : Mauvais contrôle clinique, fréquentes exacerbations au cours de l'année précédente*, au moins une hospitalisation pour soins intensifs due à l'asthme, VEMS faible, exposition à la fumée de cigarette, dose élevée de médicaments			

* Toute exacerbation doit déclencher un examen rapide du traitement d'entretien afin d'assurer qu'il est adapté.
† Par définition, une exacerbation survenant lors d'une semaine quelconque fait de celle-ci une semaine d'asthme non contrôlé.
‡ Sans l'administration d'un bronchodilatateur, la fonction pulmonaire ne constitue pas un test fiable chez les enfants âgés de cinq ans et moins.

TRAITEMENT DESTINÉ AU CONTRÔLE DE L'ASTHME

Le niveau de contrôle de l'asthme et le traitement actuel suivi par le patient déterminent la sélection du traitement pharmacologique. Par exemple, si l'asthme n'est pas contrôlé avec un schéma thérapeutique en cours, le traitement doit être intensifié jusqu'à l'obtention du contrôle. Si le contrôle a été maintenu pendant au moins trois mois, le traitement peut être réduit afin d'établir la modalité et la posologie minimales permettant de maintenir le contrôle.

Le contrôle de l'asthme doit être suivi par le professionnel de santé et de préférence également par le patient à intervalles réguliers. La fréquence des consultations et des évaluations dépend de la sévérité clinique initiale de la maladie ainsi que de la formation et de la confiance du patient dans la prise en charge personnelle de son asthme. Généralement, les patients doivent consulter entre un et trois mois après la visite initiale, et tous les trois mois par la suite. Après une exacerbation, un suivi doit être proposé dans un délai d'un à deux mois. L'approche présentée sur la figure de la page suivante est basée sur ces principes.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT ALTER OR REPRODUCE

APPROCHE POUR LA PRISE EN CHARGE BASÉE SUR LE CONTRÔLE

Approche pour la prise en charge basée sur le contrôle – Enfants âgés de plus de cinq ans, adolescents et adultes

Niveau de contrôle	Action thérapeutique
Contrôlé	Maintien et recherche de l'étape de contrôle minimale
Partiellement contrôlé	Envisager une intensification pour obtenir le contrôle
Non contrôlé	Intensification jusqu'au contrôle
Exacerbation	Traitement de l'exacerbation

Réduire

Augmenter

Réduire — **Étapes du traitement** — **Augmenter**

Étape 1	Étape 2	Étape 3	Étape 4	Étape 5
Formation sur l'asthme. Contrôle environnemental. (Si une intensification du traitement est envisagée à cause d'un contrôle insuffisant des symptômes, vérifier d'abord la technique d'utilisation de l'inhalateur, contrôler l'observance du traitement et confirmer que les symptômes sont dus à l'asthme).				
Agoniste β_2 d'action rapide selon les besoins	Agoniste β_2 d'action rapide selon les besoins			
Options de contrôle***	Sélectionner une option	Sélectionner une option	Ajouter une option ou plus au traitement de l'étape 3	Ajouter l'une des options au traitement de l'étape 4
	GCI* inhalés à faible dose	GCI à faible dose plus agoniste β_2 d'action prolongée	GCI à dose moyenne ou élevée plus agoniste β_2 d'action prolongée	Glucocorticoïdes par voie orale (dose la plus faible)
	Antileucotriènes**	GCI à dose moyenne ou élevée GCI à faible dose plus antileucotriènes	Antileucotriènes Théophylline à libération prolongée	Traitement anti-IgE
		GCI à faible dose plus théophylline à libération prolongée		

* GCI = glucocorticoïdes inhalés
** = Antagoniste des récepteurs ou inhibiteurs de la synthèse
*** = Traitement recommandé (cases ombrées) sur la base des données moyennes d'un groupe. Il est nécessaire de prendre compte les besoins individuels, les préférences et les circonstances (y compris les coûts) individuels de chaque patient.

Les autres traitements destinés à soulager les symptômes comprennent les anticholinergiques inhalés, les agonistes β_2 oraux d'action rapide, certains agonistes β_2 d'action prolongée et la théophylline d'action rapide. L'administration régulière des agonistes β_2 d'action rapide et prolongée n'est pas recommandée, sauf si elle est accompagnée de l'utilisation régulière d'un glucocorticoïde inhalé.

Pour la prise en charge de l'asthme chez les enfants âgés de cinq ans et moins, veuillez vous référer à la Stratégie globale pour le diagnostic et la prise en charge de l'asthme chez les enfants âgés de cinq ans et moins *(Global Strategy for the Diagnosis and Management of Asthma in Children 5 Years and Younger)* disponible à l'adresse suivante : http://www.ginasthma.org.

L'initiative globale pour l'asthme (Global Initiative for Asthma) est parrainée par des subventions éducatives non limitées fournies par les laboratoires suivants :
Almirall, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi Group, CIPLA, GlaxoSmithKline, Merck Sharp & Dohme, Novartis et Nycomed.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT ALTER OR REPRODUCE