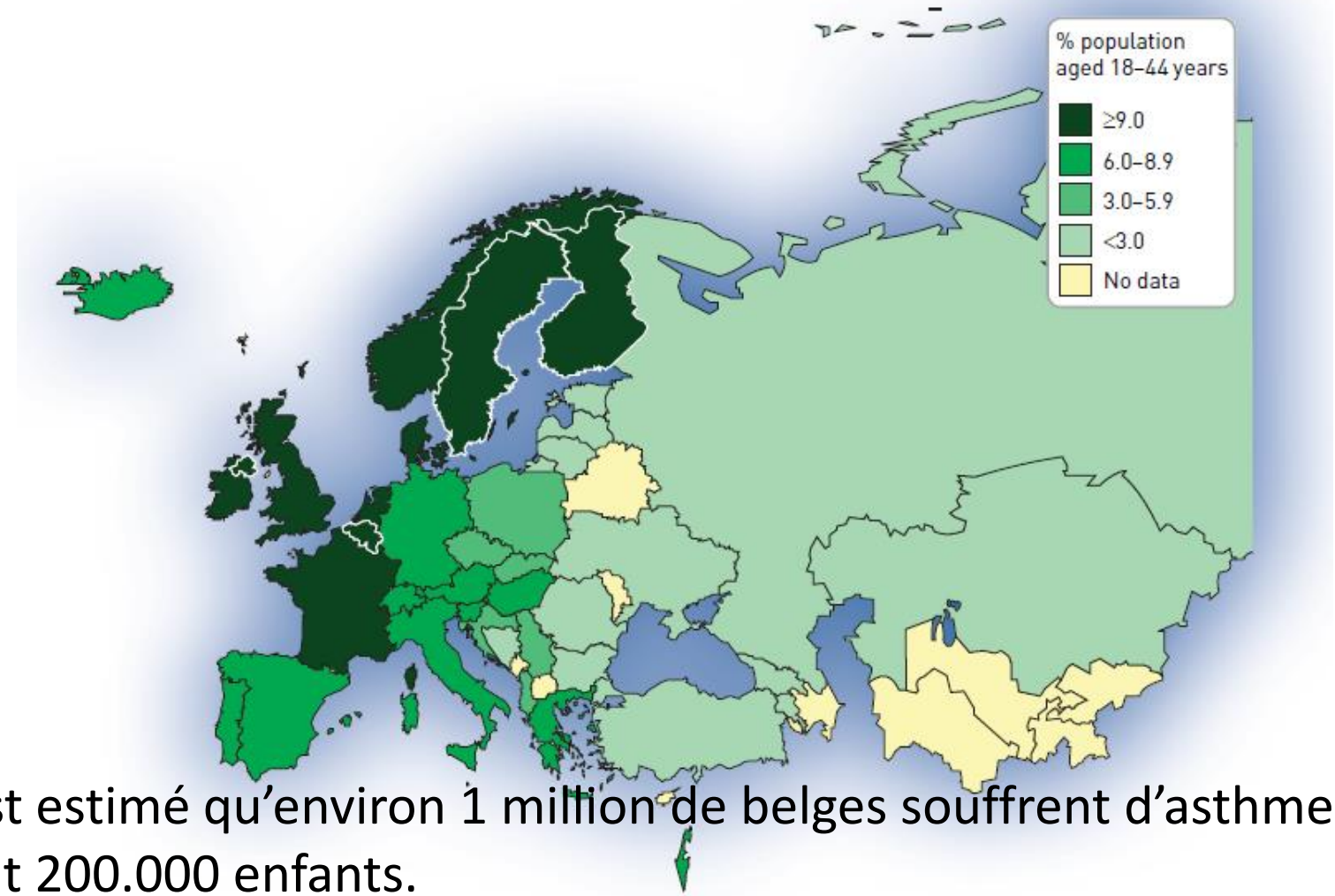
L'école de l'asthme en 2015

Dr Amaryllis Haccuria

SBIP, 5 décembre 2015

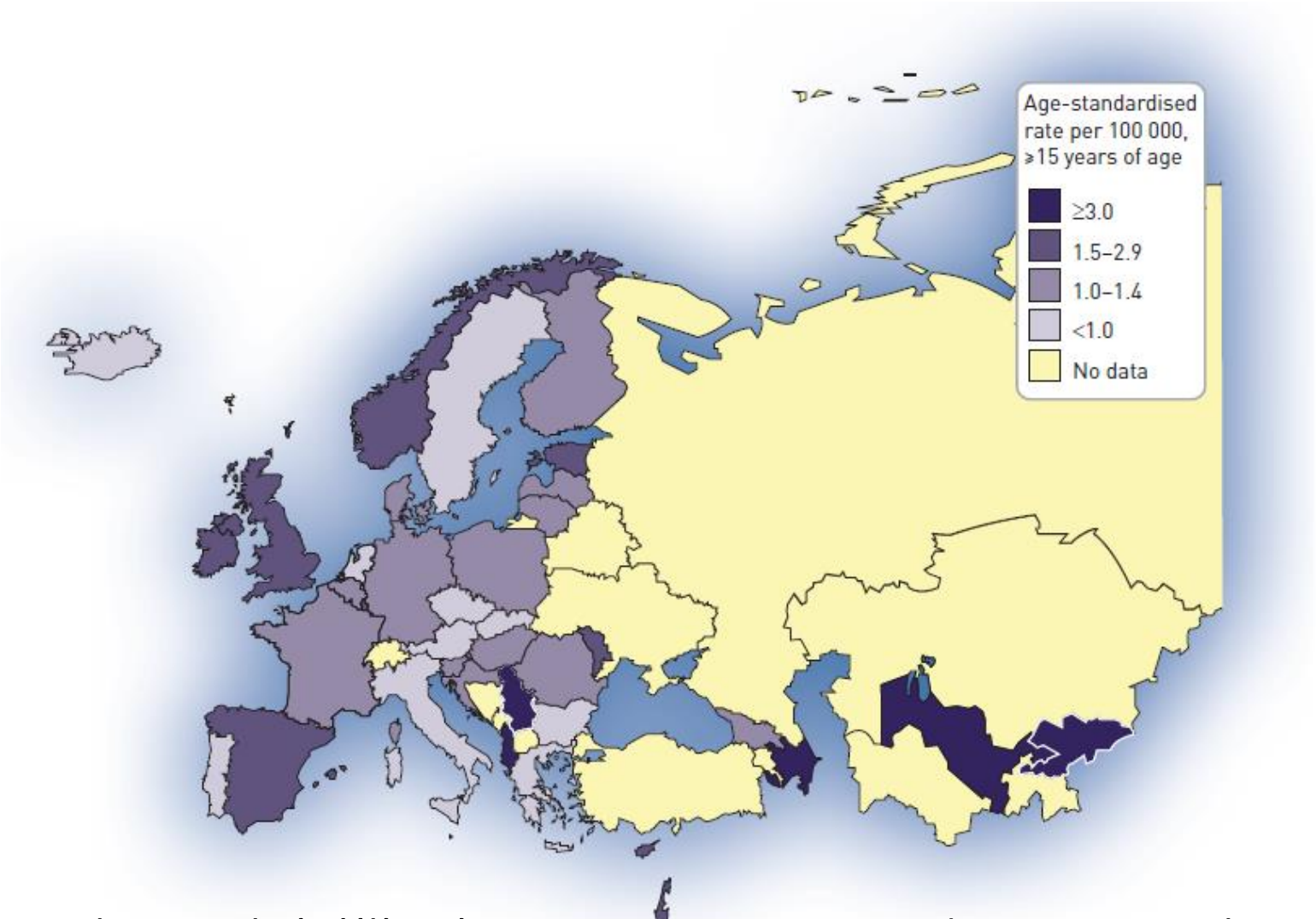
Prévalence de l'asthme adulte en Europe



Il est estimé qu'environ 1 million de belges souffrent d'asthme, dont 200.000 enfants.

Source: European Lung White Book 2013

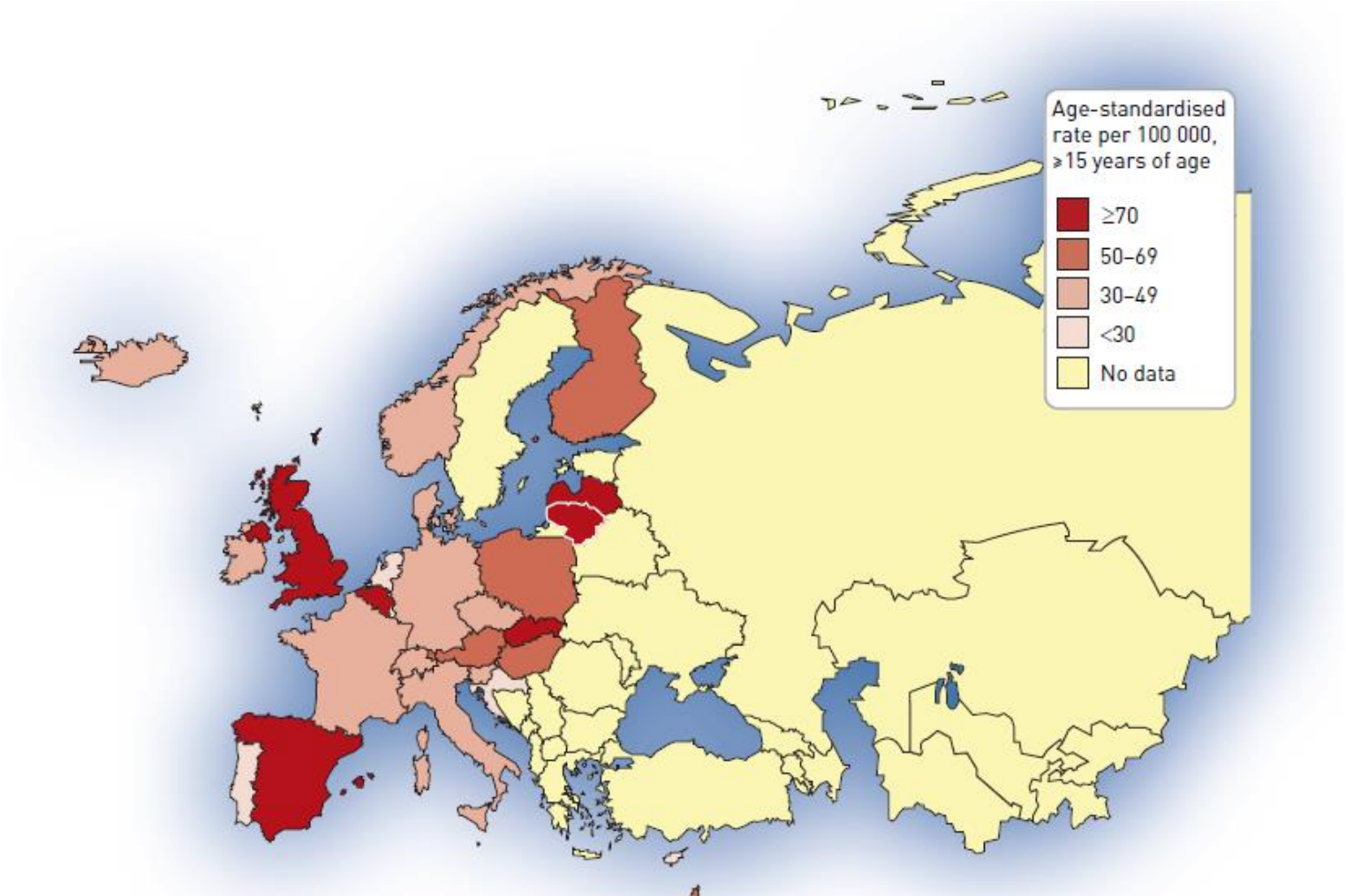
Taux de mortalité de l'asthme en Europe



En Belgique, la mortalité s'élève à 300 patients par an. 5% des patients asthmatiques ont un asthme sévère

Source: European Lung White Book 2013

Taux d'hospitalisation pour asthme en Europe



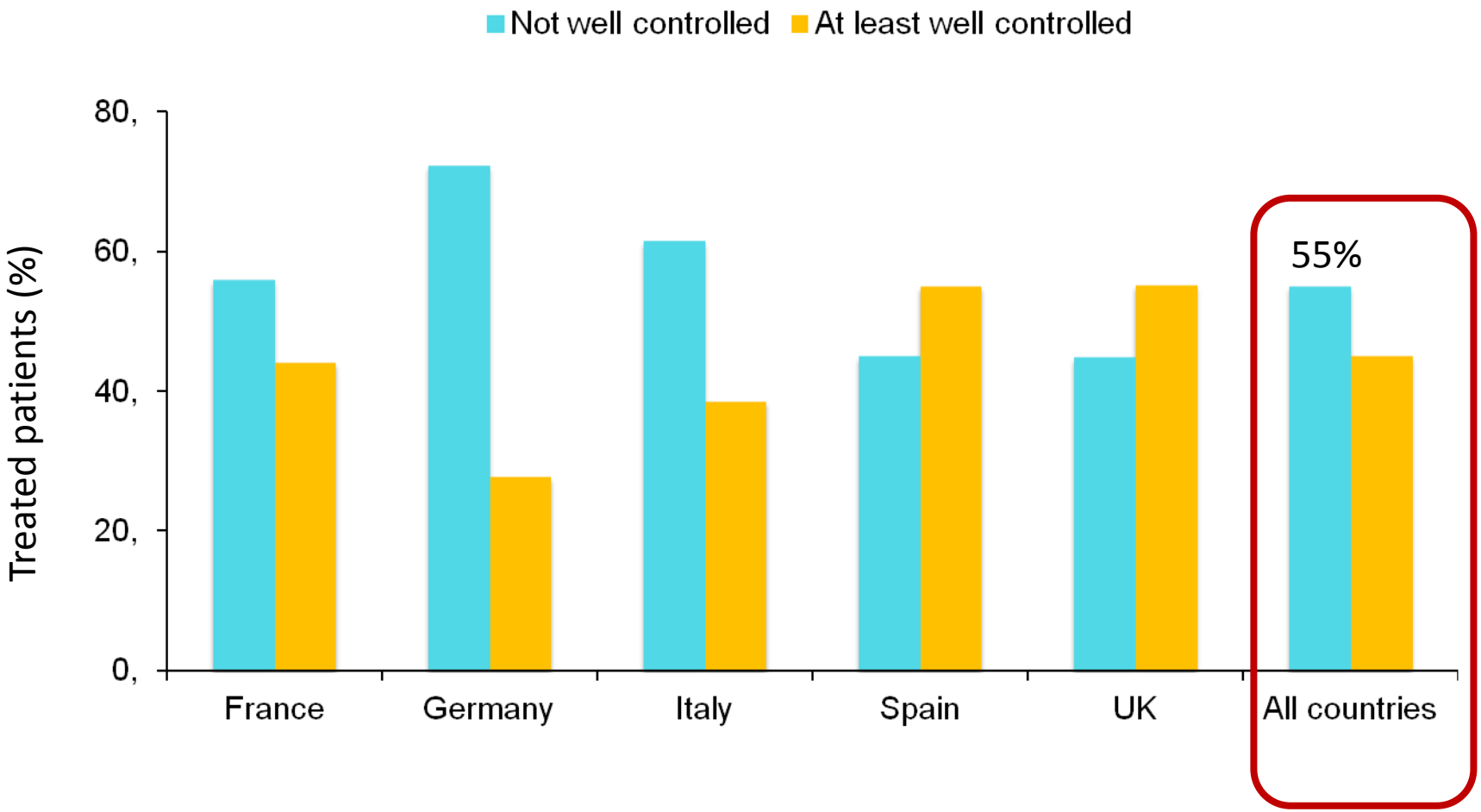
Source: European Lung White Book 2013

Facteurs de risque d'exacerbations

- Antécédents d'intubation pour crise d'asthme
- Symptômes d'asthme non contrôlés
- ≥1 exacerbation sur les 12 derniers mois
- VEMS abaissé
- Technique d'inhalation inadéquate/mauvaise compliance
- Tabagisme
- Obesité
- Grossesse
- Eosinophilie sanguine

A. 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 a week?	Yes❑ No❑	None of these	1-2 of these	3-4 of these
• Any night waking due to asthma?	Yes❑ No❑			
• Reliever needed for symptoms* more than twice a week?	Yes❑ No❑			
• Any activity limitation due to asthma?	Yes❑ No❑			

Contrôle de l'asthme



Ecole de l’asthme: définition

- Education thérapeutique du patient
- Souvent en groupe
- Administrée dans un cadre pluridisciplinaire

- infirmières, médecins, kinésithérapeutes, pharmaciens, diététiciens
- Psychologues
- Assistante sociale

Ecole de l’asthme: définition

- Compréhension de la pathologie

→ symptômes/exacerbations

→ physiopathologie et causes

→ traitements

- Aspect psychologique
- Prise en charge du volet social
- Techniques d’inhalation
- Allergies respiratoires

Ecole de l’asthme: définition

- Questions fréquemment posées:

- Asthme et survie
- Corticophobie
- Sport
- Procréation

- But des ateliers: autogestion du patient et réassurance

Exemples

- QCM avant et après
- Dessin d'une maison avec les facteurs allergisants
- Plan d'action pour l'asthme
- Calendrier pollinique
- Feuillets explicatifs

Ecole de l’asthme: patients

- Concerne 4/1000 patients en France
- Souvent plus sévères et chroniques
- Souvent via un recrutement interne
- Peu de spécialistes extérieurs, généralistes

En Belgique

- Une dizaine d'écoles de l'asthme en Belgique francophone (données FARES 2013) dont les structures et le personnel sont très différentes
- Quelques structures pédiatriques séparées
- Pas de coordination/consensus national hormis pour la manipulation des inhalateurs

Ecole de l'asthme: évidence
Adultes

Métanalyse de 36 études, 6090 patients adultes

- Information sans apprentissage d'autogestion → aucun impact sur les symptômes ou visites urgentes/hospitalisations
- Peak flow équivaut au suivi des symptômes en terme d'efficacité
- Bénéfice plus clair sur tous les paramètres

si asthme modéré à sévère +

si plan d'action écrit complété par un suivi régulier

Gibson/Powell Cochrane Database 2002

Ecole de l'asthme: évidence
Adultes

- Education post visite aux urgences

→ pas de bénéfices en terme de symptômes, d'hospitalisations et visites urgentes ultérieures

- Plan d'action écrit n'améliore pas la compliance au traitement
- Aucune intervention n'est rentable

Tapp S Cochrane Database 2007
Toelle B Cochrane Database 2004

Ecole de l'asthme: évidence
Enfants et adolescents

- Education et self-management plus efficace qu'information isolée pour: visites urgentes, absentéisme, pas pour hospitalisations
- Pas de données suffisantes par rapport à l'efficacité d'un plan d'action écrit
- Education post visite aux urgences → peu d'impact sur les hospitalisations et visites urgentes

Wolf F Cochrane Database 2002, Haby M Cochrane Database 2001,
Bhogal S Cochrane Database 2006

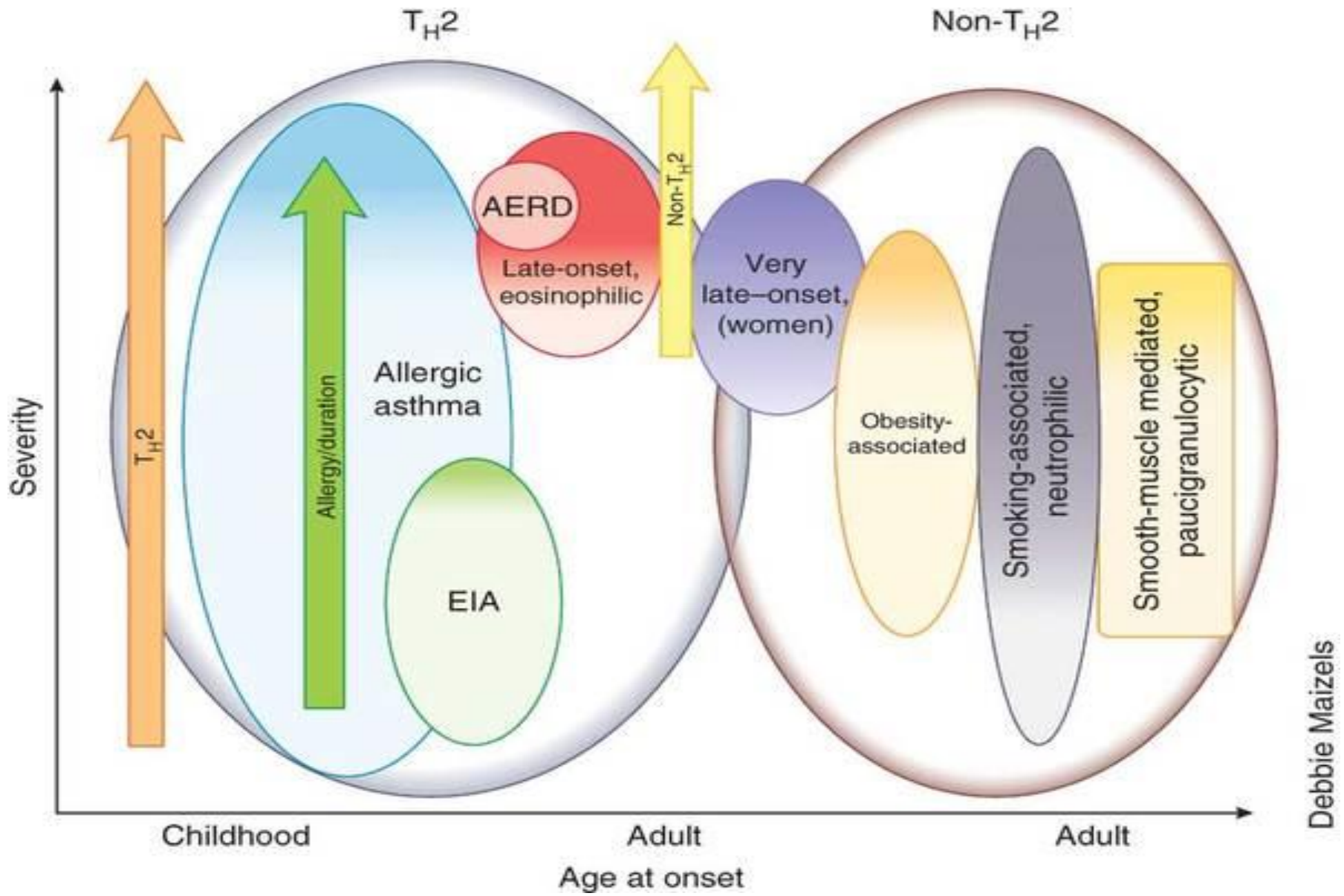
« Prise en charge chronique »

- Educational intervention → chronic disease management programme (> 3 mois)
- Interventions centrées sur les besoins du patient
- Coordination entre soignants
- Education et auto-gestion du patient
- Métaanalyse 2015 sur 20 études → pas d'évidence favorable sur aucun paramètre!

Peytremann-Bridevaux. Cochrane Database 2015.

Individualisation de l’asthme

- Canevas commun= symptômes, maladie inflammatoire, variabilité
- Pathologie sous jacente peut être différente: l’anamnèse /examens complémentaires → PHENOTYPE de l’asthme. Important pour le traitement
- Biomarqueurs: NO exhalé, sputum induit
- Tests allergiques

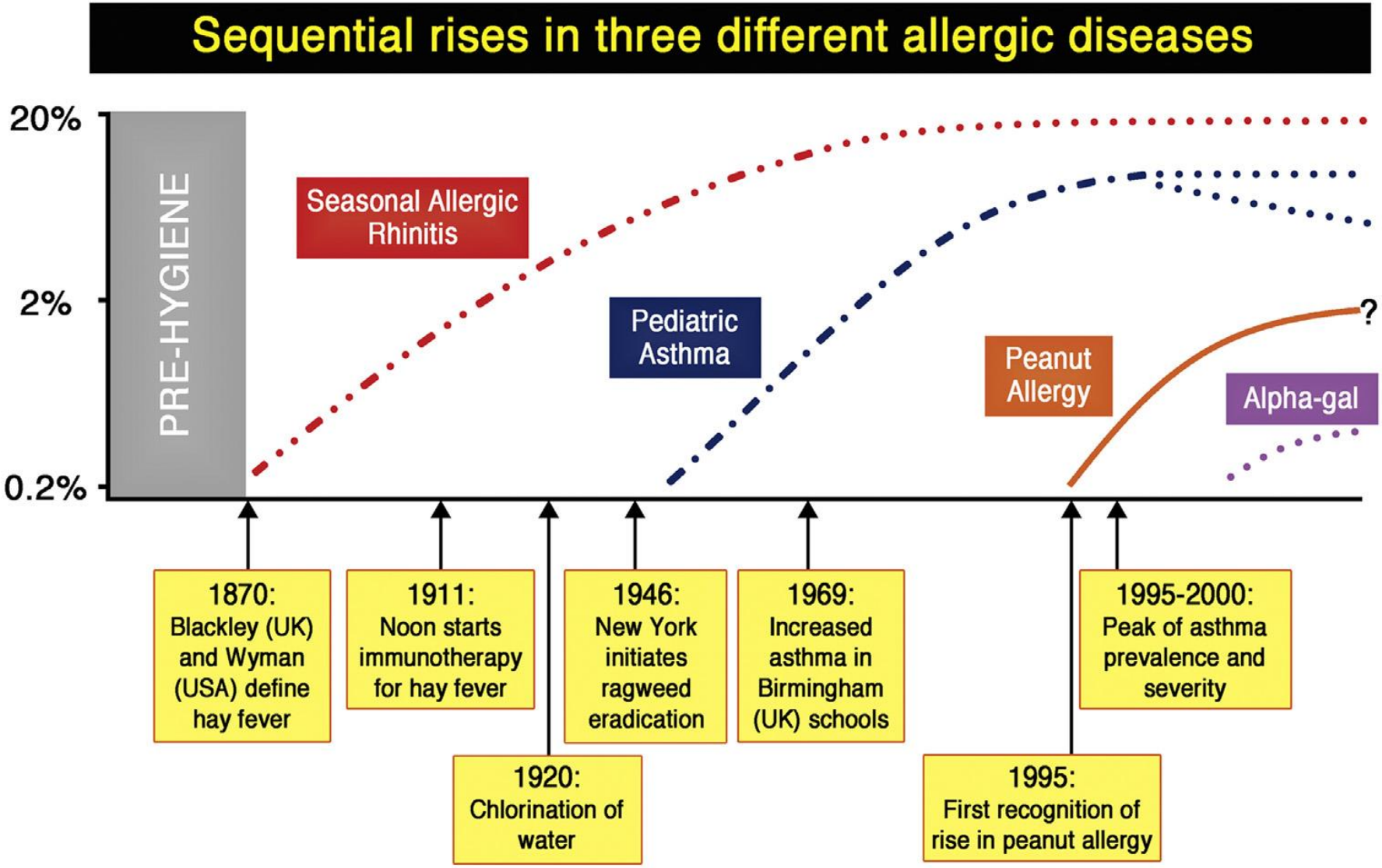

T_H2
Non-T_H2
Severity
T_H2
Allergy/duration
Allergic asthma
EIA
AERD
Late-onset, eosinophilic
Non-T_H2
Very late–onset, (women)
Obesity-associated
Smoking-associated, neutrophilic
Smooth-muscle mediated, paucigranulocytic
Childhood
Adult
Adult
Age at onset
Debbie Maizels

Individualisation de l’asthme

- Identification des causes/exacerbateurs
- allergies, effort, AINS, viroses
- Des comorbidités
- obésité, tabagisme, RGO, allergies alimentaires, f sociaux, f psychiatriques
- Situations particulières
- Grossesse
- Asthme professionnel

Ecoles de l’asthme en 2015

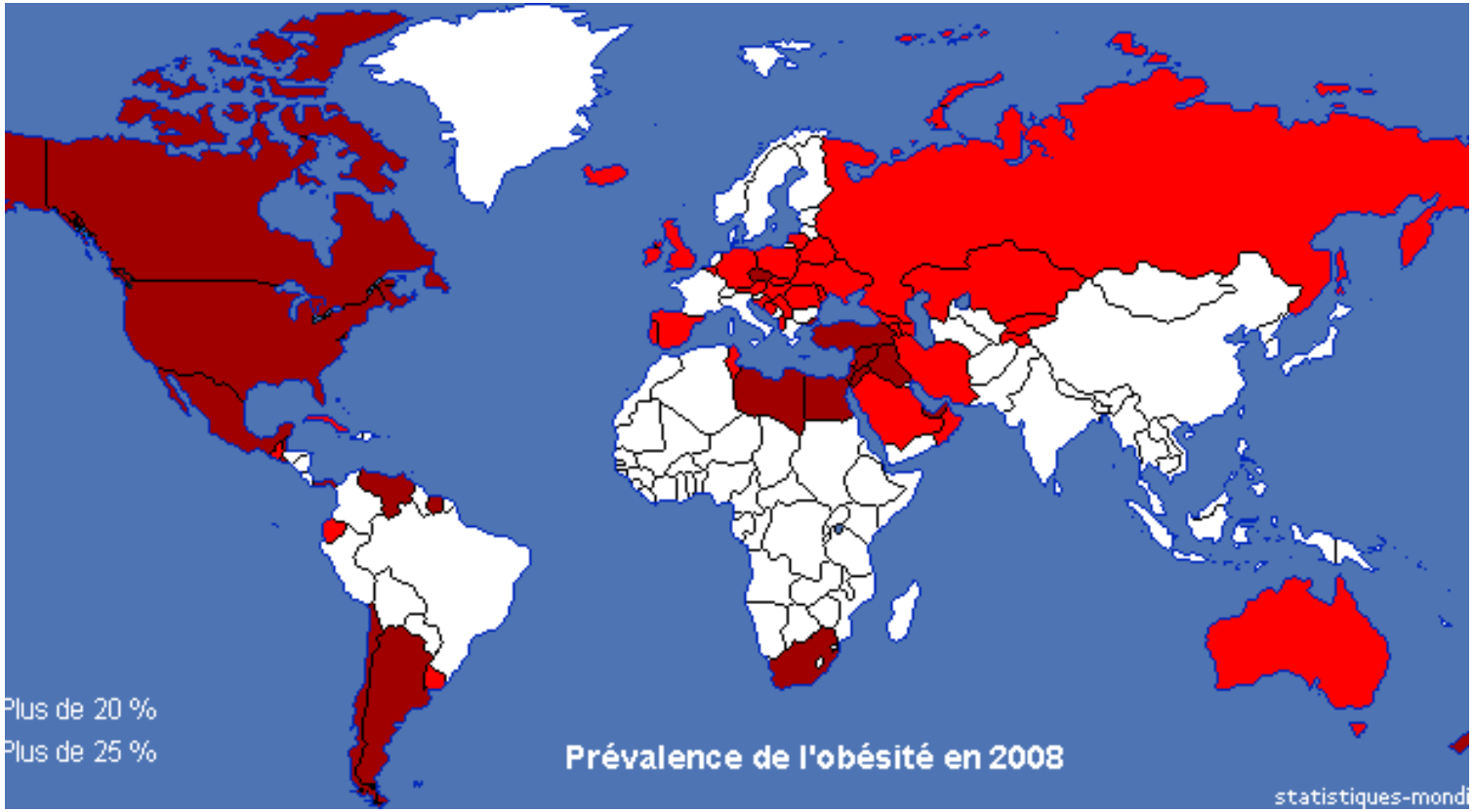
- Individualisation de la société et aussi de l’asthme
- Apparition de nouvelles technologies, sites web
- Prestations non justifiées: 580 euros/patient
- Multiplication des inhalateurs
- Nouveaux traitements
- Consommation de cannabis
- Allergies alimentaires associées
- Population multiculturelle
- Vieillissement de la population
- Obésité



Platts-Mills JACI 2015

Obésité et asthme

Obésité et asthme



22,1% des adultes en Belgique étaient obèses en 2008

Obésité et asthme

- Facteur de risque de développer de l'asthme
- Asthme de l'obèse: + sévère, moins de réponse au traitement conventionnel

- Soit asthmatique allergique préexistant aggravé par la prise de poids

- Soit asthme non allergique tardif de l'obèse: souvent femmes post ménopause

Sideleva et al. Journal of Celular Biochem 2014

Obésité et asthme

- Augmentation de la leptine: proinflammatoire et augmente l'HRB
- Diminution de l'adiponectine qui est antiinflammatoire (IL-10)
- Les adipocytes sécrètent des cytokines proinflammatoires: IL-6, IL-12,TNF-α et attirent des mastocytes au niveau du tissu adipeux

Sood A et al. J Appl Physiol 2010

Obésité et asthme

- Diminution de la CRF: respiration à petits volumes → augmentation de l'HRB
- Aggravation de cette respiration superficielle chronique par le « screen time »
- Inversément l'étirement des cellules musculaires lisses par l'exercice diminue l'HRB
- Carence en vit D
- RGO et SAS associés

Skloot G. J Clin Invest 1995

Obésité et asthme

- La perte de poids (ex: chir bariatrique): améliore le contrôle de l'asthme et réduit de traitement par CS systémiques et inhalés

Population de 257 asthmatiques sur un an

-131/257 ont pu arrêter leur traitement

-13/28 ont pu stopper les CS systémiques

-Utilisation de CSI de 49% à 26%

Reddy R et al. Obes Surg 2011

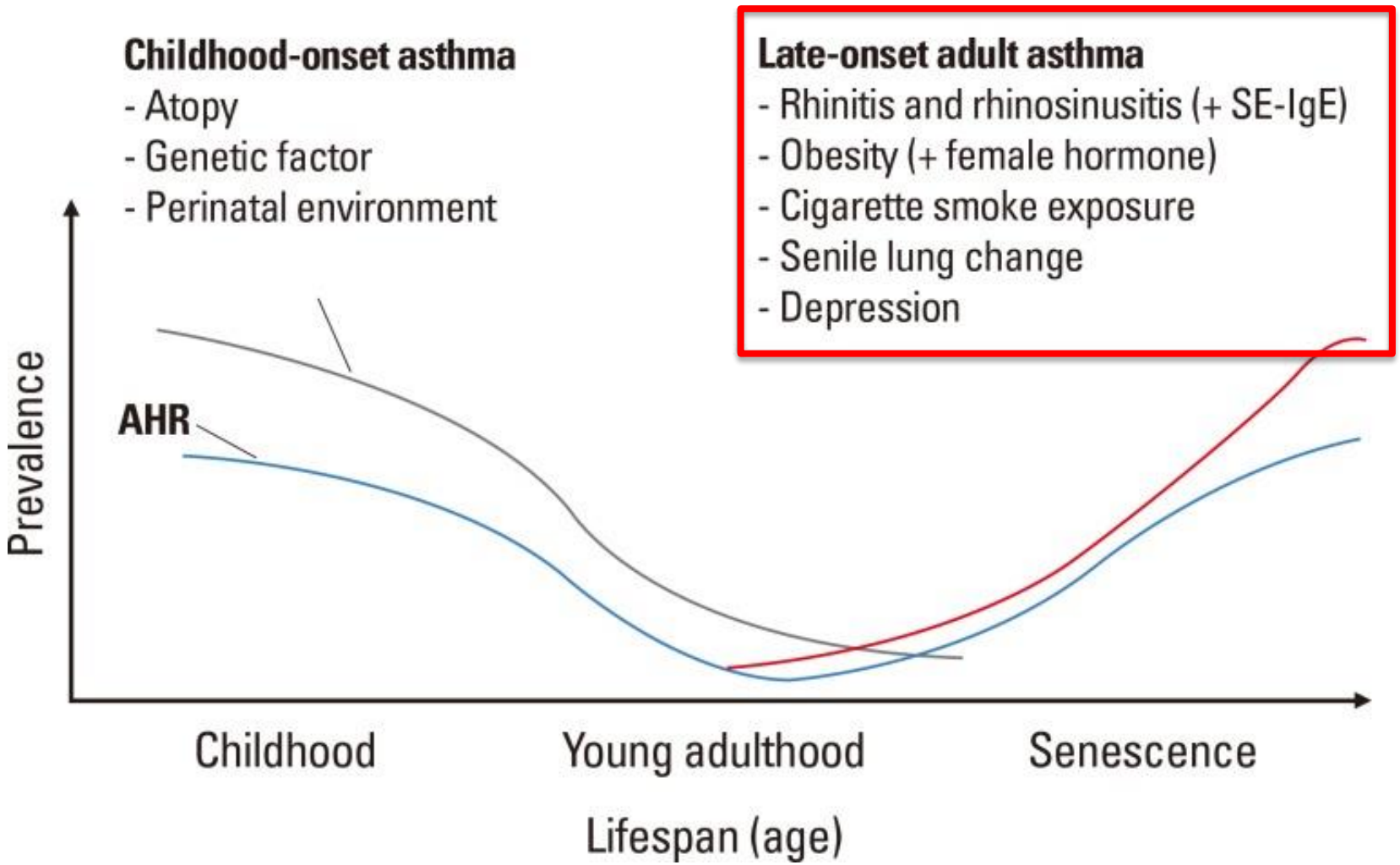
Asthme de la personne âgée

- Dyspnée plurifactorielle: diagnostic parfois différé par le médecin
- Sédentarité/surdité
- Spirométrie souvent difficile à réaliser
- Comorbidités: obésité abdominale, rhinite allergique
- Polymédication: β-bloquants, aspirine
- Institutionalisation: exacerbations infectieuses
- Troubles cognitifs et carences physiques: importance pour le traitement inhalé

Asthme de la personne âgée

- Prévalence 9-12%
- 50% sont des asthmatiques de novo
- Souvent non atopique
- Plus sévère, CSI souvent nécessaires
- 70% des décès par asthme surviennent chez les plus de 65 ans

Asthme de la personne âgée



Asthme de la personne âgée

- Contact avec la famille/les infirmières si traitement inhalé
- Si seul: compteur de dose et une prise, attention aux débit inspiratoire – coordination-préhension
- Ajout de montelukast
- Vaccinations grippe et pneumocoque

Asthme de la personne âgée

- Comorbidités: tabac, obésité, dépression, RGO
- F économiques pour le suivi et le traitement
- Suivi des effets secondaires iatrogènes

Asthme et grossesse

Risque accru:

- de 41% de prématurité: RR 1.41
- de 46% pour petit poids de naissance RR
- de 54% pour pré-eclampsie
- d'infections virales des voies aériennes sup (71% vs 46%)

Murphy V. Eur Resp J 2014

Asthme et grossesse

- Climat « Th-2 »: aggravation potentielle des symptômes allergiques et de l'asthme
- RGO
- Syndrome restrictif ajouté
- Obstruction nasale « hormonale »

Asthme et grossesse

- 1/3 des femmes enceintes iront moins bien: importance du conseil préconceptionnel
- La majorité ont tendance à arrêter tous les traitements à l'annonce de la grossesse
- Réadapation du traitement: www.crat.org
- Suivi rapproché
- Prise en charge médicale améliore les chiffres de prématurité

Asthme et tabac

Asthme et tabac

- Augmentation du risque de développer de l'asthme, surtout si terrain atopique
- Augmentation de la sévérité et de la mortalité: augmentation du nombre d'exacerbations et hospitalisations
- Accélération du déclin du VEMS
- Obstruction non réversible
- Insensibilité aux CSI et CSS

Polosa R et al. Eur Respir J 2013

Asthme et tabac

- 3 études en faveur d'un effet bénéfique de la cessation tabagique
- Amélioration des symptômes (4 mois)
- Diminution des CSI (4 mois)
- Amélioration du VEMS (6 semaines) et de l'HRB (1 an)

Polosa R et al. Eur Respir J 2013

Asthme et tabac

- Tabacologue, aide médicamenteuse au sevrage tabagique
- Doses plus élevées de CSI
- Ajout de montelukast et de tiotropium
- Petites doses de théophylline pour contrer la corticorésistance

Polosa R et al. Eur Respir J 2013

Cas clinique 1

- Femme de 41 ans, brésilienne, non fumeuse, mince
- Femme de ménage en situation irrégulière
- ATCD: rhinite allergique aux acariens
- Amenée par son compagnon pour prise en charge de malaise avec PC suite à l'ingestion de moules, à deux reprises

Cas clinique 1

- Bilan allergologique: réaction allergique acariens-mollusques-crustacés
- Mise en évidence d'un asthme méconnu par allergie aux acariens

→Prise en charge médicale: asthme/allergies alimentaires

→Infimières: inhalateur (prise unique)/Epipen/précautions environnementales anti-acariens

→Psychologique: réactions graves/ déni

→Sociale: CPAS pour frais médicaux

Cas clinique 2

- Bruxellois de 16 ans, non fumeur, mince
- Parents divorcés
- Rhinite et asthme depuis l'enfance, éviction des fruits à coque aléatoire
- <5 corticothérapies systémiques itératives depuis 1 ans, 3 admissions aux urgences depuis 2 mois. Absentéisme scolaire. Ne fait plus de basket

Cas clinique 2

- Bilan allergologique:

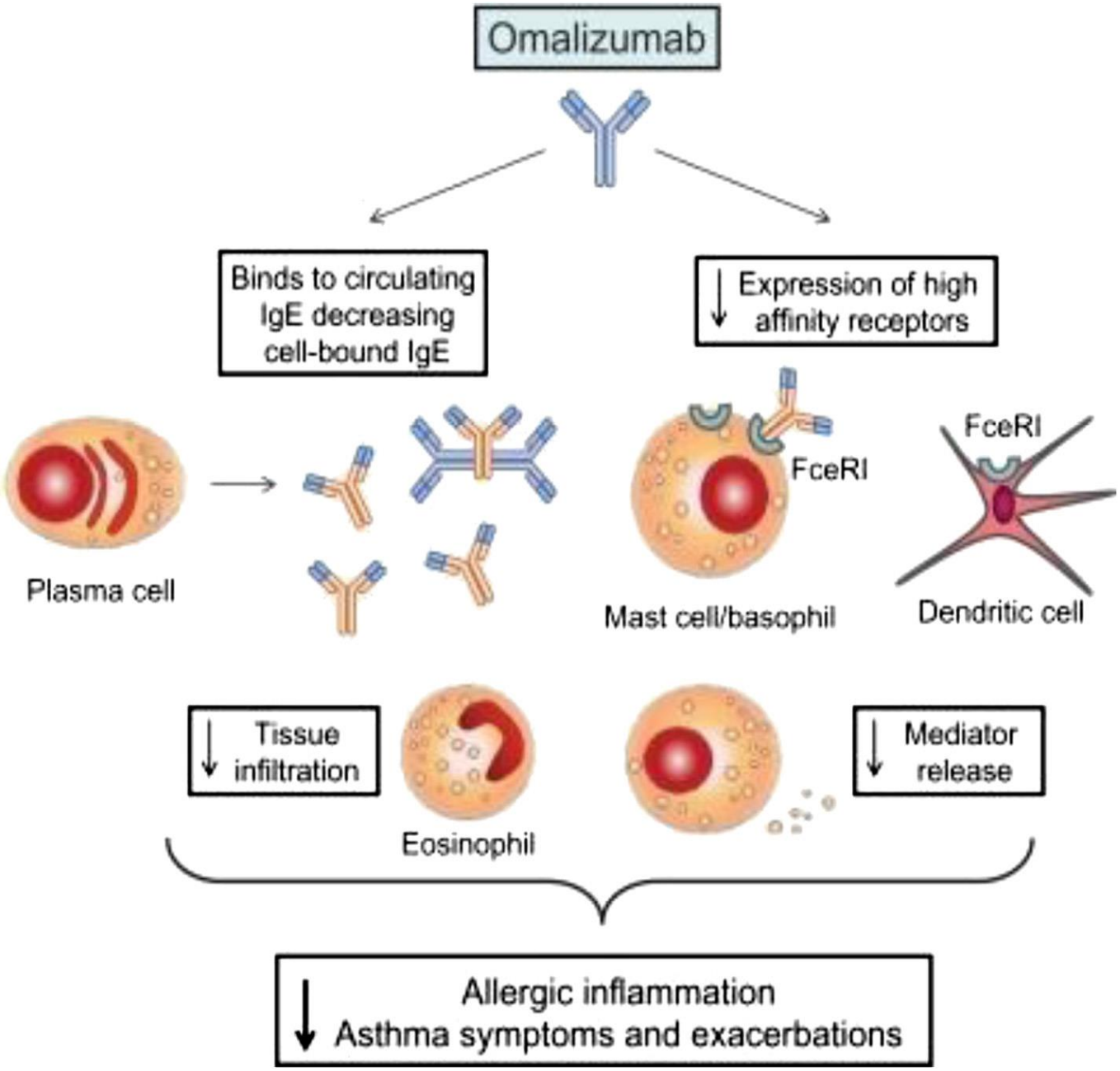
- polysensibilisation connue + aspergillus et alternaria

- aliments: pistache et noix de cajou

- VEMS 53% VP post cure de médrol

Cas clinique 2

- Prise en charge médicale
- Traitement antiasthmatique (dont Xolair) et anti-allergique
- Epipen, plan d’action pour l’école
- Explication des évictions alimentaires
- Sollicitation du CRIPI


Omalizumab
Binds to circulating IgE decreasing cell-bound IgE
↓ Expression of high affinity receptors
Plasma cell
FceRI
Mast cell/basophil
FceRI
Dendritic cell
↓ Tissue infiltration
Eosinophil
↓ Mediator release
↓ Allergic inflammation
Asthma symptoms and exacerbations

Cas clinique 2

- Prise en charge infirmière
- Compliance
- Inhalateurs (compteur de dose)
- Epipen
- Précautions environnementales

Cas clinique 3

- Femme de 53 ans, argentine, en invalidité
- Tabagisme ancien 25 UPA
- HTA, obésité
- Plaintes multiples dont dyspnée de moindre effort, exacerbations itératives de son asthme, eczéma rebelle, rhinite, allergies alimentaires, fatigue. Altération de la qualité de vie et dépression

Cas clinique 3

- Asthme par sensibilisation aux acariens, graminées et bouleau
- Syndrome oral rosacées-bouleau
- Eczéma de contact par polysensibilisation
- SAS/HTA/obésité

Cas clinique 3

- Revue des inhalateurs, montelukast, Xolair
- Arrêt des betabloquants
- CPAP
- Eviction des allergènes de contact dont certains étaient iatrogènes

→ Prise en charge pluridisciplinaire plutôt médicale: dermato, pneumo, cardio, allergo

→ diététicienne

Conclusions

- Bénéfice pour les structures actuelles en termes de qualité de vie et de diminution de visites urgentes si éducation+ auto-gestion
- Importance de la détermination du phénotype et des comorbidités pour la prise en charge
- Asthme plus difficile à traiter: tabac, obésité, personnes âgées

L’école de l’asthme idéale

- Adaptée aux besoins individuels du patient: physiques (phénotype, comorbidités et habitudes), émotionnels et professionnels
- Adaptée aux besoins de la société: ex:vieillissement de la population
- En relation avec le personnel soignant « de terrain »: infirmières MRS, infirmières à domicile, généralistes, maisons médicales…

J'AI TROUVÉ ! VOUS ALLEZ VOIR : IL EST ALLERGIQUE AU MOT EFFORT !
ATCHIIAAH
EFFORT
RATCHAA !
HIHIHI ! EFFORT !
ARATCHII
422