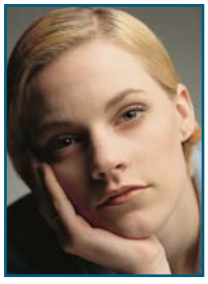
La dyspnée :

est-ce de l'asthme?

Par Paolo Renzi, MD, FRCPC

Présenté par l'Université de Montréal dans le cadre des *12e Journées annuelles du Département de médecine*, le 14 novembre 2003

Le cas de Madeleine



Madeleine, une secrétaire âgée de 38 ans, se présente pour de la toux et une dyspnée saisonnière dont elle souffre depuis quelques années. Son état est pire l'hiver. Elle fume depuis l'âge de onze ans un paquet de cigarettes par jour. Elle n'a pas d'antécédents familiaux de maladies respiratoires ni d'asthme. Madeleine ne fait pas d'allergies. Elle n'a pas d'animaux chez elle et il n'y a pas d'agent sensibilisant à son travail. Elle se plaint de rhinite postérieure, surtout lors d'infections des voies respiratoires, et de reflux occasionnel.

Est-ce de l'asthme?

On soupçonne de l'asthme lorsqu'un patient se présente pour un ou pour plusieurs des symptômes suivants : dyspnée, toux ou sifflements. La dyspnée est présente lorsque le patient se plaint de souffle court, de manque d'air, d'oppression dans la poitrine, de sensation d'étouffement ou lorsqu'il se dit incapable d'inspirer assez d'air. On peut classifier la dyspnée entre 1 et 5 (1, étant présente seulement à l'effort important et 5, étant présente même au repos).

Comment poser le diagnostic et procéder à l'évaluation?

L'on peut classifier les causes de la dyspnée en maladies de l'appareil respiratoire, du système cardiovasculaire, neuromusculaires, psychologiques et métaboliques (tableau 1). Un interrogatoire détaillé permet d'orienter le diagnostic, mais, souvent, l'omnipraticien doit avoir recours à des tests pour éliminer ou confirmer une impression clinique (tableau 2), les causes psychologiques étant émises par exclusion des autres maladies.

On peut confirmer la maladie asthmatique en démontrant une obstruction bronchique à la spirométrie qui est significativement réversible avec un bronchodilatateur (≥ 12 % d'amélioration et ≥ 180 mL). Il faut cependant noter qu'une obstruction partiellement réversible est souvent présente chez les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Chez les patients atteints de MPOC, l'obstruction n'est pas complètement réversible, les patients ont un tabagisme de plus de 20 paquets/année et ils sont âgés de plus de 40 ans. La présence d'un test de diffusion au monoxyde de carbone abaissé dans un tel cas suggère de l'emphysème sous-jacent.

La majorité des patients atteints d'asthme léger ont une spirométrie normale. Un test de provocation à la métacholine peut confirmer l'hyperréactivité bronchique et est ainsi compatible avec un diagnostic d'asthme. Si l'on n'a pas accès à un test à la métacholine ou si celui-ci est négatif, la mesure quotidienne des débits de pointe démontre une variabilité de plus de 20 % chez un patient atteint d'asthme.

L'analyse de la courbe débit-volume permet d'exclure une obstruction des voies aériennes supérieures ou inférieures. Il demeure cependant possible qu'un patient avec une rhinite et congestion nasale grave se plaigne de

Questions et réponses

1. Comment évaluer un patient atteint d'asthme?

Il est recommandé de suivre les recommandations du consensus canadien. Le diagnostic peut être prouvé par spirométrie ou par provocation bronchique à la métacholine. Les tests d'allergie doivent être effectués chez tous. Vérifiez l'environnement, le tabagisme, la technique d'inhalation et les renseignements reçus sur l'asthme.

2. Comment traiter :

- **L'asthme au froid et l'asthme à l'effort?**

Administrer des β-2 agoniste à courte action au besoin. Pour ces deux types d'asthme, assurez-vous que l'asthme est maîtrisé. S'il ne l'est pas, traitez selon le consensus. Les antileucotriènes et les β–2 agonistes à longue action sont tous deux efficaces.

- **L'asthme allergique en pré-exposition?**

Il faut éviter l'exposition. Les antileucotriènes sont intéressants si l'on doit absolument être exposé.

3. Comment traiter un patient atteint d'asthme recevant une thérapie combinée lors d'une exacerbation?

Le plan d'action du budésonide et fumarate de formotérol (Symbicort®) est de doubler ou de quadrupler la dose (maximum de 4 bouffées, 2 fois par jour, du 200 µg) et d'utiliser la même pompe lorsque cela ne va pas bien. Celui du xinafoate de salmétérol et propionate de fluticasone (Advair®) est d'employer une pompe de corticostéroïdes en plus lors d'exacerbation ou de changer sa posologie.

4. Que faire lorsqu'un patient ne répond pas à une augmentation de ses pompes de corticostéroïdes?

D'abord, s'assurer qu'il s'agit vraiment d'asthme. Si tel est le cas, on traite avec les corticostéroïdes systémiques. Chez l'adulte, on peut employer un traitement minimal de 7 jours, soit 40 mg à dose décroissante aux 3 jours, pendant 12 jours; 40 mg pendant 7 jours ou 50 mg par jour, pendant 3 jours et 25 mg par jour, pendant 4 jours.

Tableau 1

Les causes de la dyspnée

- Obstruction des voies aériennes supérieures
- Obstruction des voies aériennes inférieures
- Maladies pulmonaires interstitielles
- Maladies pleurales
- Maladies cardiovasculaires
- Maladies neuromusculaires/cage thoracique
- Syndrome d'hyperventilation
- Causes psychogénique
- Autres causes (anémie, thyrotoxicose, obésité, etc.)

Tableau 2

Les tests possibles pour évaluer la dyspnée

- Spirométrie pré- ou postbronchodilatateur
- Test de provocation à la métacholine
- Mesure sériée des débits de pointe
- Tests fonctionnels respiratoires (TFR) complets (volumes, diffusion, forces, élasticité)
- Radiographie pulmonaire
- Électrocardiogramme, bilan cardiaque, Doppler
- Test à l'effort Jones 1
- Sang (formule sanguine complète, tests thyroïdiens, etc.)

Le **Dr Renzi** est professeur titulaire de recherche, Université de Montréal, et pneumologue, Hôpital Notre-Dame, CHUM. Il s'intéresse particulièrement aux voies respiratoires.

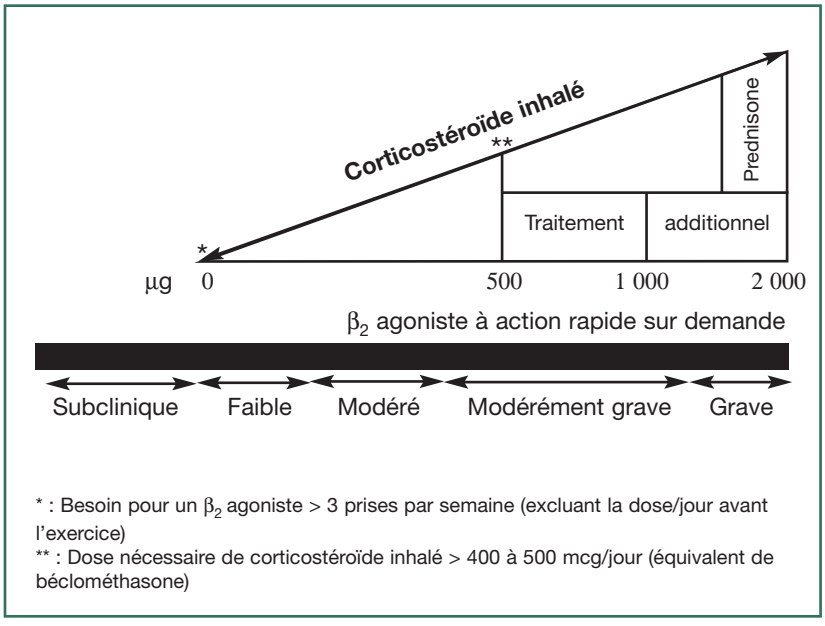


Figure 1. Consensus sur les directives de traitement de l'asthme.

dyspnée. Un interrogatoire détaillé et un traitement de la rhinite permettent d'éliminer cette cause. D'autres maladies pulmonaires ou cardiaques peuvent causer de la dyspnée. Celles-ci peuvent être dépistées par une radiographie pulmonaire ou par des tests fonctionnels respiratoires complets. Certaines affections causeront une maladie restrictive pulmonaire avec une capacité pulmonaire totale abaissée avec ou sans abaissement de la diffusion pulmonaire au monoxyde de carbone :

- La fibrose pulmonaire
- La néoplasie pulmonaire
- Les maladies neuromusculaires, de la cage thoracique ou pleurales
- L'obésité morbide
- L'insuffisance cardiaque

La radiographie pulmonaire permettra souvent d'orienter le diagnostic dans de tels cas et un bilan cardiaque complet avec test à l'effort peut être nécessaire si l'on ne peut différencier une dyspnée d'origine pulmonaire d'une dyspnée d'origine cardiaque. En cas de doute, un essai thérapeutique ou une consultation en pneumologie, cardiologie, oto-rhino-laryngologie, neurologie ou allergologie peut s'avérer nécessaire.

Quel est le traitement de l'asthme?

Une fois la maladie asthmatique confirmée, l'enseignement sur la maladie asthmatique, l'évaluation de l'environnement à la maison et au travail, la vérification des techniques d'inhalation et l'observance thérapeutique doivent être régulièrement faits chez tout patient asthmatique. Un traitement approprié est recommandé (figure 1). Une analyse détaillée des caractéristiques cliniques, biologiques et histologiques de l'asthme a mené à la conclusion que l'asthme est une maladie inflammatoire des voies aériennes. De plus, l'inflammation présente dans les voies aériennes des patients asthmatiques peut entraîner des modifications chroniques et probablement irréversibles qui affecteront la réponse physiologique à divers stimuli. Les corticostéroïdes inhalés sont recommandés comme traitement de premier recours chez les patients dont l'asthme n'est pas adéquatement maîtrisé avec un β-2 agoniste à courte action employé au besoin. Une intervention précoce assure une amélioration plus importante des paramètres fonctionnels.

Nous pouvons aussi envisager l'utilisation des antagonistes de récepteur des leucotriènes (zafirkulast [Accolate®] ou montélukast [Singulair®]) comme médicament de premier recours pour les patients atteints d'asthme léger ou modéré lorsque les corticostéroïdes en inhalation ne sont pas indiqués (effets indésirables, problèmes d'observance thérapeutique ou de technique, refus du patient).

Tableau 3

Exemple de plan d'action simplifié écrit pour l'asthme

Nom du médecin, numéro de pratique

Date :

Nom :

Médicament de secours :

XX bouffées, quatre fois par jour, au besoin

Renouvelable X fois par année

Médicament pour traiter :

XX bouffées, X fois par jour

Lors d'une perte de contrôle, augmenter cette pompe à X bouffées, X fois par jour (voir l'endos)

Renouvelable 12 fois par année

Autres médicaments pour traiter :

Signature

ENDOS :

Le médicament de secours est votre pompe bleue. Si vous en avez besoin quatre fois de plus par semaine que ce que votre médecin vous a prescrit (habituellement, maximum une fois par jour pour l'effort), votre asthme n'est pas contrôlé. Augmentez alors votre médicament pour traiter, tel qu'indiqué à l'endos.

Autres signes que votre asthme n'est pas contrôlé et qu'il faut augmenter le médicament pour traiter : symptômes d'asthme plus de quatre jours par semaine, réveils nocturnes à cause de l'asthme plus d'une nuit pas semaine, limitation des activités physiques, aggravations fréquentes ou graves et absentéisme au travail ou à l'école.

Si vous ne vous sentez toujours pas mieux après 48 heures ou si votre état s'aggrave après avoir augmenté votre médicament pour traiter, appelez ou consultez la clinique d'urgence que votre médecin vous a indiquée.

La thérapie additionnelle (antileucotriènes, β-2 agoniste à longue action ou théophylline) est recommandée pour tout patient asthmatique non maîtrisé recevant au moins l'équivalent de 500 microgrammes de béclométhasone par jour. Ceci représente les posologies suivantes : budésonide (Pulmicort®, 200 µg) ou propionate de fluticasone (Flovent®, 125 µg) ou dipropionate de béclométhasone (Qvar^MC, 100 µg), 1 bouffée, 2 fois par jour. Cette recommandation est basée sur la relation dose-réponse théorique des corticostéroïdes en inhalation. Les patients recevant les β-2 agonistes à longue action doivent toujours être sous thérapie anti-inflammatoire. Une étude récente menée aux États-Unis (SMART [*Salmeterol Multi-Center Research Trial*]) a démontré que le groupe de patients recevant le xinafoate de salmétérol (Serevent®) régulier avait plus de décès que celui recevant le placebo, les décès étant probablement causés par l'emploi moindre de corticostéroïdes inhalés. Il demeure donc important d'expliquer à chaque patient la nécessité de continuer les corticostéroïdes inhalés lorsqu'un β-2 agoniste à longue inhalation est aussi prescrit. La thérapie d'association (xinafoate de salmétérol et propionate de fluticasone [Advair^MC] ou budésonide et fumarate de formotérol [Symbicort®]) est indiquée dès que la combinaison des deux médications est indiquée (obstruction bronchique réversible non maîtrisé avec un corticostéroïde inhalé seul). Enfin, un plan d'action écrit (tableau 3) est recommandé pour ajuster les médicaments ou savoir qui consulter lorsque l'asthme n'est pas maîtrisé en dehors des visites médicales. *Clin*

www.stacommunications.com

Cet article est disponible en ligne.
Visitez *Le Clinicien*.

À retenir...

- On soupçonne de l'asthme lorsqu'un patient se présente pour un ou pour plusieurs des symptômes suivants : dyspnée, toux ou sifflements.
- La dyspnée est présente lorsque le patient se plaint de souffle court, de manque d'air, d'oppression dans la poitrine, de sensation d'étouffement ou lorsqu'il se dit incapable d'inspirer assez d'air.
- On peut confirmer la maladie asthmatique en démontrant une obstruction bronchique à la spirométrie.
- La majorité des patients atteints d'asthme léger ont une spirométrie normale.
- Les patients recevant les β-2 agonistes à longue durée d'action doivent toujours être sous thérapie anti-inflammatoire.
- Il demeure donc important d'expliquer à chaque patient la nécessité de continuer les corticostéroïdes inhalés lorsqu'un β-2 agoniste à longue inhalation est aussi prescrit.

Lipidil SUPRA^MC est indiqué comme traitement d'appoint à un régime alimentaire ou à d'autres mesures thérapeutiques chez les patients atteints d'une hypercholestérolémie de type IIa et d'une hyperlipidémie mixte de type IIb selon la classification de Fredrickson, pour réduire le taux de triglycérides sériques (TG) et de LDL et augmenter le taux de HDL, ainsi que chez les patients adultes atteints d'une hypertriglycéridémie très élevée et d'une hyperlipidémie de type IV ou V, selon la classification de Fredrickson, qui présentent un risque élevé de séquelles et de complications liées à l'hyperlipidémie.

Monographie du produit disponible sur demande à Fournier Pharma Inc., Montréal (Québec) H3A 2R7.

® Marque déposée. Produit développé et manufacturé par Laboratoires Fournier SA, Dijon, France.

MC Lipidil SUPRA^MC est une marque de commerce de Fournier Pharma inc. 2003 Fournier Pharma inc., Montréal (Québec) H3A 2R7

LIPIDIL® supra
fénofibrate formule microenrobée

FOURNIER PHARMA INC.

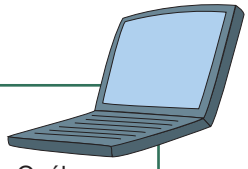
www.fournierpharma.ca

CCPP Membre R&D

LS 18-0303F

Lectures suggérées

1. Boulet, LP, et coll. : Résumé des recommandations de la Conférence Canadienne de consensus sur l'asthme 1999. CMAJ 161(1):SF1, 1999.
2. O'Donnell, D, et coll. : Recommandations de la Société canadienne de thoracologie relativement au traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique. Can Respir J 10(Suppl A)(6):37A, 2003.
3. Renzi, PM : Antileukotriene agents in asthma: The dart that kills the elephant? CMAJ 160(2):217, 1999.
4. Joyce, DP, McIvor, RA : Use of inhaled medications and urgent care services. Study of canadian asthma patients. Can Fam Physician 45(Jul.):1707, 1999.



À visiter :

1. Association pulmonaire du Québec : *www.pq.poumon.ca*
2. Association pulmonaire du Canada : *www.lung.ca*