En collaboration avec
HMR
Par Carl Fournier, M.D.

Un cas à couper le souffle

En 2000, j'ai accueilli un nouveau patient au sein de ma clientèle. Monsieur Girard, âgé de 44 ans, est suivi pour de l'asthme modéré à grave depuis son enfance. Il m'a raconté avoir été hospitalisé pendant une courte période à l'hôpital Sainte-Justine où il a ensuite été suivi régulièrement. Une fois adulte, il a poursuivi ses traitements et a réussi à bien contrôler son asthme. Il affirme n'avoir souffert d'aucun symptôme durant 5 ans, à partir de l'âge de 22 ans jusqu'à l'âge de 27 ans, période durant laquelle il a pu cesser complètement sa médication. Malheureusement, des symptômes sont ensuite réapparus et il a dû recommencer la prise de salbutamol, puis celle de budésonide.

L'examen de Monsieur Girard

Voici les résultats de l'évaluation initiale :

- **Tabagisme :** fume un paquet de cigarettes par jour depuis 25 ans
- **Emploi :** peintre pour des maisons neuves
- **Animaux :** aucun
- **Hypertension :** non
- **Maladie cardiovasculaire :** aucune
- **Bilans biochimique et hématologique récents :** normaux
- **Radiographie pulmonaire :** normale
- **Spirométrie effectuée au bureau (capacité vitale forcée [CVF]) :** 6,37 (normale = 4,46, soit 143 %)
- **Volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) :** 2,72 (normale = 3,66, soit 74 %)
- **Médication actuelle :** budésonide (200 µg, 1 inhalation, 2 fois par jour) et salbutamol (100 µg, 2 inhalations, au besoin, 3 à 4 fois par jour).

Tableau 1
Les critères de maîtrise de l'asthme

Symptômes diurnes	< 4 jours/semaine
Symptômes nocturnes	< 1 nuit/semaine
Activité physique	Normale
Exacerbations	Légères et peu fréquentes
Absence au travail	Aucune
Besoin d'un agoniste des récepteurs B_2 à courte durée d'action	< 4 doses/semaine[1]
VEMS ou DEP	> 85 % du maximum maximal
Variation diurne du DEP	< 15 % de variation

1 : Utiliser une dose par jour pour prévenir les symptômes provoqués par l'effort.

VEMS : volume expiratoire maximal par seconde; DEP : débit expiratoire de pointe établi au moyen d'un débitmètre portatif.

Revoyons les critères de maîtrise de l'asthme (tableau 1).

En questionnant le patient, j'ai appris qu'il prenait du salbutamol plusieurs fois par jour, chaque jour, car il souffre de certains symptômes au cours de la journée, au travail. Il n'a cependant jamais manqué de journée de travail. Il ne fait pas d'activité physique et son VEMS est nettement diminué (74 %). Monsieur Girard n'a pas de débit de pointe pour mesurer la variation diurne. Il s'agit donc d'un asthme non maîtrisé.

Avant de modifier son traitement, je l'ai référé au Centre d'enseignement aux asthmatiques afin qu'il bénéficie d'enseignement sur l'asthme et qu'il révise les techniques d'inhalations. On a

Tableau 2

Les niveaux de gravité de l'asthme selon les traitements nécessaires pour le contrôler

Gravité de l'asthme	Symptômes	Traitement nécessaire
Très léger	Bénins ou peu fréquents	Aucun ou agoniste des récepteurs B_2 à courte durée d'action, pris rarement
Léger	Bien maîtrisés	Agoniste des récepteurs B_2 à courte durée d'action (pris à l'occasion) et corticostéroïdes inhalés, à faible dose
Moyen	Bien maîtrisés	Agoniste des récepteurs B_2 à courte durée d'action et corticostéroïdes inhalés, à doses faibles à modérées, avec ou sans thérapie d'appoint
Grave	Bien maîtrisés	Agoniste des récepteurs B_2 à courte durée d'action et fortes doses de corticostéroïdes inhalés, avec thérapie d'appoint
Très grave	Maîtrisés ou non	Agoniste des récepteurs B_2 à courte durée d'action et fortes doses de corticostéroïdes inhalés, avec thérapie d'appoint et corticostéroïdes, par voie orale

Adapté de : Boulet, LP, et coll. : Résumé des recommandations de la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme. JMAC 161:(11 suppl):SF1, 1999.

ensuite procédé à une évaluation complète de ses tests de fonction respiratoire en spirométrie, laquelle a confirmé la présence d'asthme avec hyperexcitabilité bronchique.

Comment faire la distinction entre l'asthme et la MPOC?

Dans le cas de l'asthme, on obtient les mesures suivantes : spirométrie de plus de 12 % d'amélioration du VEMS par rapport aux valeurs de base après l'utilisation d'un bronchodilatateur (minimum de 180 mL chez les adultes) et plus de 20 % d'amélioration après 10 à 14 jours de thérapie aux corticostéroïdes ou de changement, si les symptômes sont stables.

Les valeurs de VEMS et de VEMS/capacité vitale forcée (CVF) sont normales ou diminuées et, dans le cas où il y a une diminution, l'obstruction est habituellement complètement réversible.

La provocation à la métacholine révèle une concentration de méthacholine résultant en une chute de 20 % du VEMS par rapport au niveau de base (CP20) qui est de moins de 8 mg/mL (zone grise située entre 8 et 16 mg/mL). Dans le cas de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le VEMS est de moins de 80 % de la valeur prédite en post-bronchodilatation et le rapport VEMS/CVF est de moins de 0,7 en post-bronchodilatation. L'obstruction n'est pas complètement réversible ou pas du tout avec un bronchodilatateur et il y a peu de variations circadiennes des débits expiratoires.

Comment classifier le niveau de gravité de l'asthme du patient selon le traitement nécessaire?

Il s'agit, en se basant sur la médication prise par le patient, d'un asthme moyen qui nécessite à ce stade-ci un traitement d'appoint (tableau 2). J'ai décidé de débuter une thérapie combinée de budésonide (200 µg) et de formotérol (6 µg, une inhalation, 2 fois par jour), cela ajouté au salbutamol (1 à 2 inhalations, 3 fois par semaine, au besoin). Monsieur Girard affirmait ensuite se sentir beaucoup mieux et il a poursuivi cette médication durant l'année qui suivit, en augmentant toutefois la dose à deux inhalations prises deux fois

par jour au cours d'épisodes de sinusite durant les mois suivants.

Qu'est-il arrivé ensuite?

En juin 2003, Monsieur Girard a changé d'employeur, tout en continuant d'excercer la profession de peintre et il affirmait que sa situation s'était améliorée. Il a d'abord diminué la thérapie combinée de budésonide et de formotérol à une inhalation, prise deux fois par jour durant deux semaines, puis à une inhalation prise le matin durant une autre semaine. Il l'a complètement cessée par la suite. Je l'ai revu en juillet 2003, alors qu'il avait cessé sa médication et qu'il se disait asymptomatique. Il n'utilisait plus de salbutamol, mais il fumait toujours la cigarette.

J'ai décidé de lui faire passer à nouveau des tests de fonction respiratoire et les volumes pulmonaires se trouvaient dans les limites normales. Les débits expiratoires forcés étaient normaux et les échanges gazeux démontraient une diffusion normale. De plus, la saturation était normale. Le test à la métacholine s'est également avéré normal et il ne démontrait pas d'évidence d'hyperexcitabilité bronchique ou d'asthme.

En questionnant Monsieur Girard, j'ai su qu'il était beaucoup plus heureux avec son nouvel emploi et qu'il vivait également de beaux moments auprès de son épouse qui venait tout juste de se remettre d'une longue dépression. En octobre 2003, à la suite de ces excellents résultats, il a décidé de cesser de fumer. En janvier 2004, il n'avait toujours pas rechuté ni de son tabagisme, ni de son asthme. Je commence à croire à l'asthme psychogénique! *Clin*

Copyright© 2004. Tous droits réservés. ***LE CLINICIEN*** est publié douze fois par année par STA Communications Inc. située à Pointe-Claire, Québec. Le contenu de cette publication ne peut être reproduit d'aucune façon sans l'autorisation écrite de l'éditeur, Postes Canada. Envois de publications canadiennes, contrat de vente # 40063348. Port payé à St-Laurent, Québec. Prière de faire suivre toute correspondance à l'adresse suivante : ***LE CLINICIEN***, 955, boul. St-Jean, bureau 306, Pointe-Claire, Québec, H9R 5K3. Téléphone : (514) 695-7623. ISSN 0832-9184