

# ASTHME BRONCHIQUE

**Dr F.ADILA**

**Service De Pneumologie HCA**

**Destiné aux étudiants de 4<sup>ème</sup> année de médecine**

# Objectifs

- Définir un asthme bronchique
- Connaître la physiopathologie de l'asthme
- Etablir un diagnostic positif
- Reconnaître les diagnostics différentiels
- Evaluer le contrôle de l'asthme
- Connaître les principes de la prise en charge

# Plan

- **Définition**
- **Intérêt de la question**
- **Physiopathologie**
- **Facteurs déclenchants**
- **Facteurs aggravants**
- **Diagnostic positif**
- **Diagnostic différentiel**
- **La notion de contrôle**
- **La prise en charge thérapeutique**
- **Conclusion**

# I. Définition

- Maladie inflammatoire chronique des voies aériennes
- D'origine allergique et non allergique
- Obstruction bronchique réversible spontanément ou sous traitement
- Hyperréactivité bronchique (HRB) qui entraîne des épisodes récurrents de respiration sifflante, de dyspnée, d'oppression thoracique et/ou de toux, particulièrement la nuit ou au petit matin.

## II. Intérêt de la question

- Motif fréquent de consultation en médecine générale, en pneumologie et aux urgences
- Diagnostic : clinique +/- EFR
- Thérapeutique : prise en charge globale
- Pronostic: maladie souvent bénigne mais parfois fatale « exacerbations et AAG+++ »

# III. Physiopathologie

## 1-L'inflammation :

- ✓ immunologique et allergique IgE dépendant (70%):
- ✓ immunologique non IgE dépendant
- ✓ non immunologique (SNA)

## 2- Le bronchospasme :

Œdème de la paroi, les sécrétions endoluminales, et la contraction du muscle lisse bronchique « MLB ».

## 3-L'hyperréactivité bronchique :

- La capacité de la bronche de se contracter d'une manière inadaptée et exagérée en réponse à des stimuli dont la nature est variable ( allergene, froid, exercice , ,

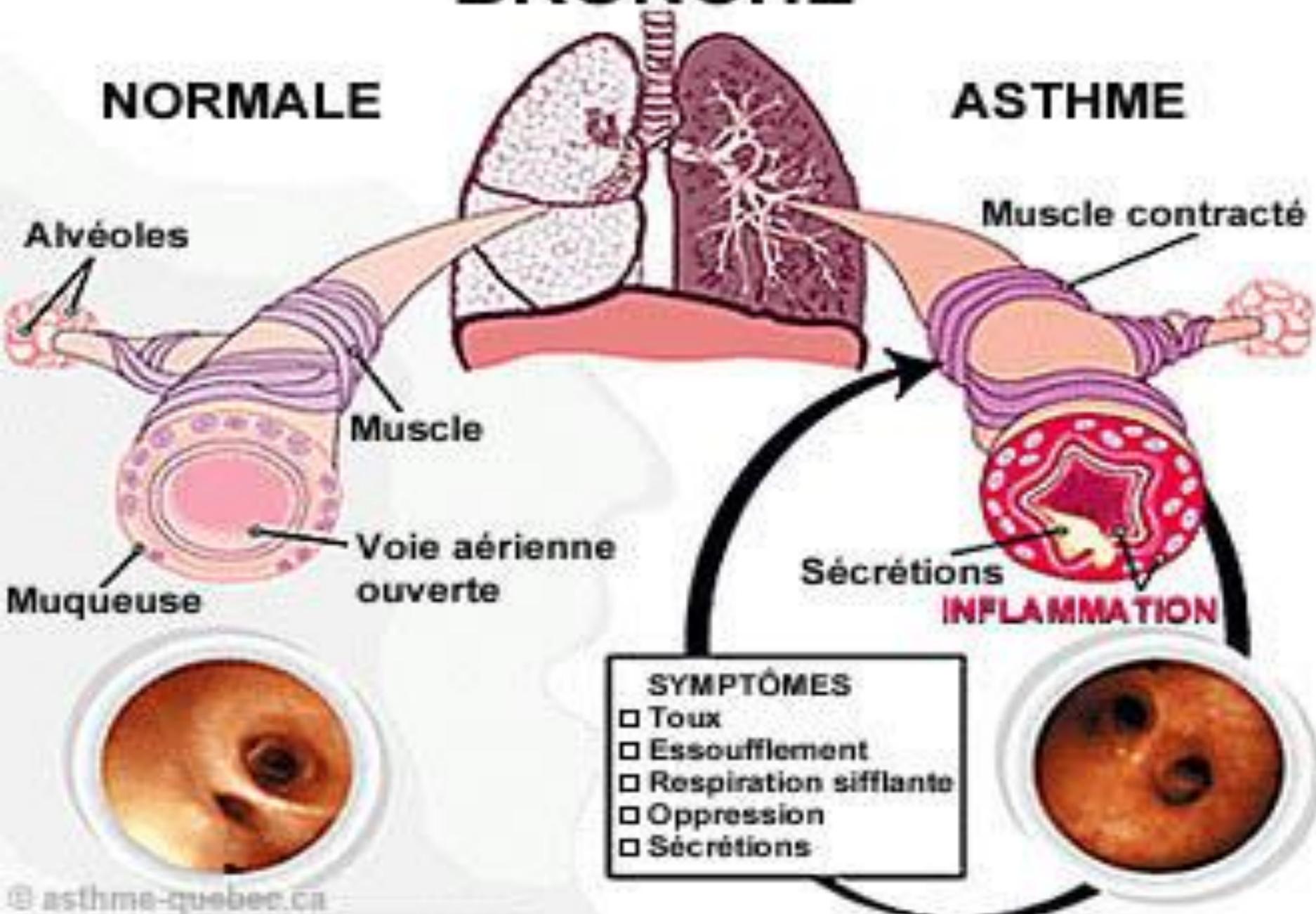
## 4. Le contrôle neurologique : des récepteurs sur le MLB:

- ✓ le système cholinergique du SNA (M3)
- ✓ Le système adrénergique du SNA ( $\beta$ 2)
- ✓ Le SNANC (fibres C et neuropeptides)

# BRONCHE

NORMALE

ASTHME



# IV. Facteurs déclenchants

## 1. Allergènes

- Pneumallergènes : (poussière de maison ; acariens, blattes ; phanères et déjections d'animaux (épithélium de chat ++ ) ; pollens, moisissures...)
- Allergènes digestifs
- Allergènes professionnels ( isocyanate de peinture, boulanger ++...)

2. **Médicaments** : (AINS, bêtabloquants, IEC, aspirine (triade de Widal)

3. **Infections** : (bronchites, rhinites, sinusites) **(Cause la plus fréquente)**

4. **Pollution atmosphérique** : (Aérosols, fumées, brouillard, tabac.)

5. **Air froid et sec, effort, .....**

# V. Facteurs aggravants

1. **Endocriniens** : Puberté, ménopause, exacerbation prémenstruelle, grossesse (règle des trois tiers : amélioration, aggravation, aucune influence).
2. **Reflux gastro-œsophagien « RGO »**
3. **Vascularite** (Angéite granulomateuse de Churg et Strauss)
4. **Facteurs psychiques** (Émotions, contrariétés)

# VI. Diagnostic positif

*Facile en cas de crise*

*Si non =interrogatoire+++ ( atopie personnel et familiale+  
symptômes )*

## 1. Signes cliniques évocateurs :

- Toux sèche isolée ou productive.
- Oppression (au repos ++).
- Dyspnée d'effort.
- Sifflements récidivants.

*Symptômes paroxystiques, le plus souvent nocturnes*

## 2. Equivalents d'asthme:

- toux spasmodique
- Bronchite à répétition peu sensible aux antibiotiques.
- Intolérance aux variations d'environnement, à l'exercice physique, au rire...

### 3. Examen clinique

Le thorax est distendu, sonore à la percussion et des sibilants à l'auscultation.

- Le débit de pointe (DEP), mesuré au peak-flow meter = mesure la *vitesse maximale du souffle* lors d'une expiration.

Surtout, l'examen recherche des signes de gravité

**NB:** *Examen clinique normal en dehors des crises*

### 4. Examens complémentaires:

spirométrie + test de réversibilité ou test d'HRB ou rarement test de provocation ( DC+ gravité+suivi )

# VII. Diagnostic différentiel

- Cardiopathie gauche
- BPCO
- DDB
- Corps étranger
- Tumeur bronchique

# VIII. La notion de contrôle

	Contrôlé (tout les caractéristiques sont présents)	Partiellement contrôlé (1 ou 2 caractéristiques) Non contrôlé (3carct)
Symptômes diurnes	Max 2fois/semaine	> 2fois/semaine
Limitation des activités	Pas	Toute limitation
Symptômes nocturnes	Pas	Tout symptôme
Besoin en bronchodilatateurs	Max 2fois/semaine	Plus de 2fois/semaine
DEP	normale	< 80%
Exacerbations	Pas	Une ou plusieurs par an (partiellement contrôlé) Une/semaine (non contrôlé)

# IX. Prise en charge

□ **But** : avoir le contrôle

□ **Moyens** :

□ Bronchodilatateurs

□ Corticoïdes inhalés et anti leucotriènes

□ Associations bronchodilatateurs- corticoïdes inhalés

□ Immunothérapie spécifiques (ITS)

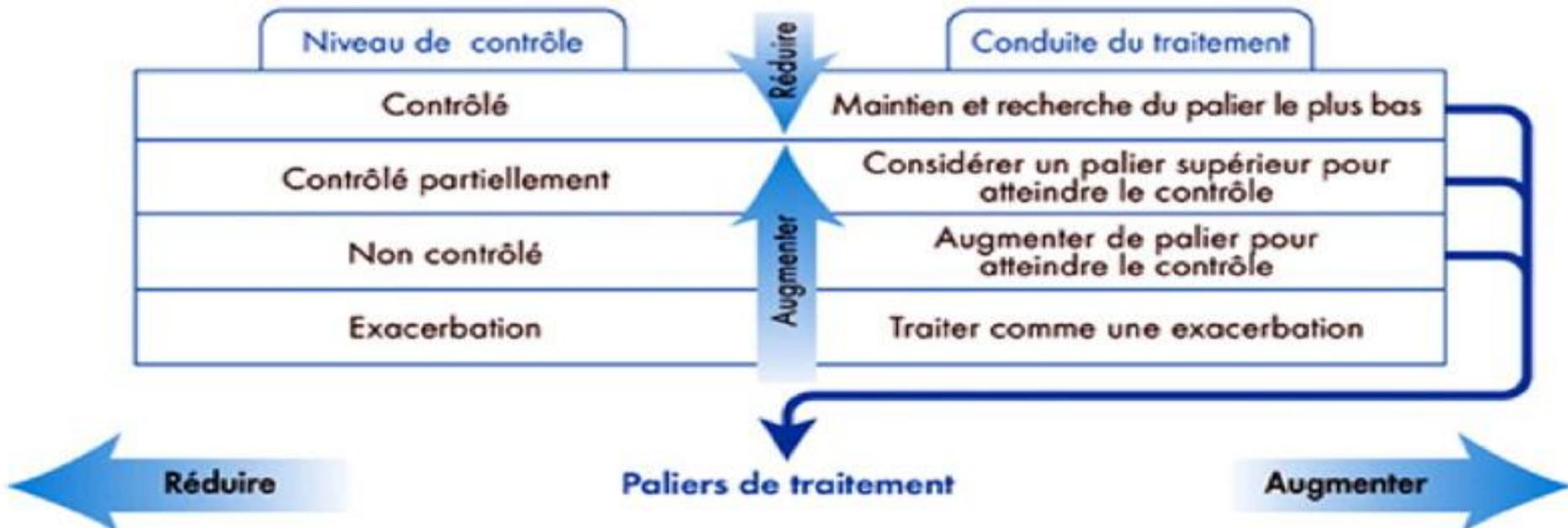
□ Autres :

▣ Traitement de la rhinite

▣ Traitement des facteurs déclenchants

▣ Éducation thérapeutique

▣ Suivi régulier en fonction du contrôle



**Paliers de traitement**

← Réduire
Augmenter →

Palier 1
Palier 2
Palier 3
Palier 4
Palier 5

**Education de l'asthme**  
**Contrôle de l'environnement**

β2 CDA à la demande	β2 CDA à la demande			
Options De Traitement	Sélectionner 1	Sélectionner 1	Ajouter 1 ou plus	Ajouter un ou les 2
	CSI faible dose	CSI faible dose + β2 LDA	CSI moyenne ou forte dose + β2 LDA	Corticoïdes oraux (dose la plus faible)
	Anti-leucotriènes	CSI moyenne ou forte dose	Anti-leucotriènes	Traitement anti IgE
		CSI faible dose + Anti-leucotriènes	Théophylline	
		CSI faible dose + Théophylline		

# Conclusion :

- l'asthme bronchique est une maladie multifactorielle
- peut être allergique ou non allergique
- Son diagnostic est essentiellement clinique
- Sa prise en charge est basé sur la notion de contrôle
- En plus du traitement médical du fond , d'autres mesures sont nécessaire pour contrôler un asthme
- L'éducation sanitaire est la pierre angulaire dans la prise en charge globale