



134. Conduite à tenir pour la prise en charge de l'asthme et de la BPCO

Conduite de traitement dans l'asthme et la BPCO

Asthme

Les objectifs de traitement de l'asthme sont, d'une part, de diminuer la fréquence et l'intensité des crises, de maintenir une activité normale, y compris pour le sport et la qualité de vie, de maintenir une fonction pulmonaire aussi proche que possible de la normale, de prévenir les crises et, d'autre part, de diminuer le risque de mortalité par asthme aigu grave.

Les anti-inflammatoires inhalés, en particulier les corticoïdes, sont utilisés dès qu'un traitement préventif au long cours est nécessaire, alors que les bêta-2-stimulants inhalés d'action brève sont les médicaments de la crise.

La conduite du traitement au long cours est adaptée à la gravité de la maladie et à son évolution pour chaque patient.

Stade 1 : asthme intermittent

Les bêta-2-stimulants inhalés d'action brève sont administrés à la demande (en cas de crise ou en prévention avant un effort).

Stade 2 : asthme persistant léger

Les bêta-2-stimulants inhalés d'action brève sont utilisés à la demande mais sont associés à un traitement journalier corticoïde anti-inflammatoire inhalé à une posologie allant jusqu'à 500 μg chez l'adulte.

Stade 3 : asthme persistant modéré

Les bêta-2-stimulants inhalés d'action brève sont utilisés à la demande pour les crises. On leur associe un ou plusieurs bronchodilatateurs à longue durée d'action : bêta-2-stimulant inhalé d'action prolongée, anticholinergique inhalé, théophylline d'action prolongée ainsi qu'un corticoïde inhalé à doses moyennes (500 à 1 000 $\mu\text{g}/\text{jour}$).

Stade 4 : asthme persistant sévère

Le traitement est identique au stade 3, mais avec des posologies plus élevées de corticoïde inhalé ($> 1\ 000\ \mu\text{g}$ et jusqu'à $2\ 000\ \mu\text{g}/\text{jour}$), et si nécessaire une corticothérapie par voie générale en cures discontinues (3 à 10 jours).

Traitement préventif de l'asthme d'effort

L'asthme d'effort peut être évité par l'utilisation de bêta-stimulant de courte durée d'action 15 à 30 minutes avant l'effort.

Traitement d'urgence de l'asthme aigu grave

La crise d'asthme sévère peut être mortelle. Son traitement fait appel à un bêta-2-stimulant d'action brève en nébulisation ou en injection par voie sous-cutanée, à une injection intraveineuse d'hydrocortisone et à l'oxygénothérapie, sous surveillance médicale.

En l'absence d'amélioration, la poursuite du traitement s'effectue en réanimation avec une assistance respiratoire, l'administration en continu d'aérosols de bronchodilatateurs et la perfusion de bêta-2-stimulants.

BPCO

Les bronchodilatateurs β 2-mimétiques et anticholinergiques sous forme inhalée sont le principal traitement symptomatique des BPCO. L'objectif du traitement est la réduction de la dyspnée avec amélioration de la tolérance à l'effort et de la qualité de vie, et la diminution des épisodes d'exacerbation. Le traitement doit être associé à la réduction des facteurs de risque (tabagisme, exposition aux polluants professionnels...).

Stade 0

Le stade de bronchite chronique non obstructive ne requiert pas de traitement spécifique.

Stades I et II

Une monothérapie par bronchodilatateurs sera instaurée. Si la réponse à l'une des classes de bronchodilatateurs est insuffisante, il est possible de changer de classe ou d'associer les 2 types de bronchodilatateurs (β 2-mimétiques et anticholinergiques), ou d'ajouter au β 2-mimétique une forme LP de théophylline.

Stade III

Les bronchodilatateurs de courte ou de longue durée d'action sont associés à un corticoïde inhalé. En cas de réponse incomplète à ce traitement, le corticoïde est conservé et les alternatives sont identiques aux stades I et II.

Avant toute modification de traitement, il est nécessaire de s'assurer de la compréhension du malade sur les techniques d'inhalation et sur la bonne utilisation du dispositif d'inhalation utilisé.

Autres traitements associés

Les traitements associés hors épisodes d'exacerbation sont :

- le sevrage tabagique ;
- la recherche et la prévention d'une exposition aux polluants professionnels ;
- la mise en place de mesures de protection lors des alertes à la pollution de l'air (masque, limitation des déplacements) ;
- la vaccination antigrippale et antipneumococcique ;
- la réadaptation à l'effort et la pratique de la kinésithérapie respiratoire ;
- l'oxygénothérapie au long cours (en cas d'hypoxémie diurne).

Traitement des exacerbations de BPCO

Les bronchodilatateurs (bêta-2-stimulants et anticholinergiques) sont systématiquement prescrits au cours des exacerbations, éventuellement sous forme de solution pour aérosol afin d'améliorer la diffusion pulmonaire du principe actif. Sont associés à ce traitement :

- une antibiothérapie si l'exacerbation s'accompagne de fièvre et de purulence des expectorations ;
- l'oxygénothérapie dès que la $SpO_2 < 90\%$;
- la kinésithérapie de désencombrement.