Croissance et décroissance thérapeutique dans l'asthme

Antoine Deschildre

Lille

Toulouse, septembre 2015

Xavier, 7 ans, consulte en mars ….

- **Seul enfant**
- **Antécédents :**
  - Naissance : RAS, allaitement maternel : 3 mois
  - Plusieurs « bronchites asthmatiformes » décrites dans le carnet de santé entre 9 mois et 4 ans
  - Eczéma « actif » jusque l'âge de 2ans

- **Asthme et rhinite allergique chez la mère** (acariens, graminées)

C'est la 1ère

Âge	Poids	Taille	Périmètre crânien	Examen clinique et développement psychomoteur	Observations et prescriptions	Cachet et signature
+ 6 mois	8,180			– Bronchiolite – sibilants – Encombrement Nasal – Tympans inflammatoires	– ϕ tirage ϕ cyanose – ϕ dyspnée – DRP + Kiné à revoir sous 48 h.	
6	8600	67	47.5	Introduction des legumes Cordes : H. vers epaules 15j + tard fouts Toujours + de 500 ml	à midi à la cuillère autorg. coup. poireau artichauts. 1er pois pommes poires pêches prunes. Kiwi fraise de lait / jour	
Tient assise						
Robes mouillées ce jour						
sans sibilances						
Examen normal par ailleurs						
Envoyer Rx de thorax dans 8j.						
6	8700	66		Reprise de la BP avec oxygeno dépendance Sibilances residuelles ce	Sibilances le 22/10 → hospitalisation pour Radio de thorax faite jour. Examen normal par ailleurs	
	8540			– OMA droite – sibillants persistants – Laryngite	– pas de tirage – pas de cyanose – fréquence respiratoire ⊥	
				– à revoir sous 48 h Amepic Actien + Cela + Kiné.	– Appetit conservé – souriante / jeneur – trompe	
– 8470				+ épisode de diarrhée sans	ATB – Asthme du nourrisson ?	

Dr Yves BROCH
Pédiatre
23, rue Solférino 59800 LILLE
Tél. 03 20 40 04

Votre bébé
• rit aux éclats,
• attrape les objets.

Xavier, 7 ans… histoire récente

- ***Consulte en mars après un hiver difficile :***
  - **Toux chronique, parfois nocturne**
  - **Gêne à l'effort de plus en plus fréquente**
  - **Sur les 3 derniers mois : 2 épisodes de sifflements :**
    - l'un pendant un séjour dans une maison de vacances traité avec la ventoline* de la mère (!)
    - l'autre pendant une rhinite virale, plus important, traité par solupred*, 3 jours et ventoline*, 7 jours, après avis médical
  - **N'a jamais reçu de traitement de fond**

- ***Examen clinique :***
  - **Poids et taille : + 0,5 DS**
  - **Auscultation normale**
    - mais toux déclenchée par plusieurs manœuvres d' inspi/expiration forcées
  - **Examen normal par ailleurs : sphère ORL calme, peau : RAS**
  - **p ACT = 14**

ACT Pédiatrique (pACT) 4-11 ans

Date : ..... Nom du patient : .....

Demandez à **votre enfant** de répondre aux 4 questions suivantes (en l'aidant si besoin mais sans l'influencer). Inscrivez le chiffre correspondant à chaque réponse dans la case prévue à cet effet.

Score

Comment va ton asthme aujourd'hui ?	0 Très mal	1 Mal	2 Bien	3 Très bien	2
Est-ce que ton asthme est un problème quand tu cours, quand tu fais de la gymnastique ou quand tu fais du sport ?	0 C'est un gros problème, je ne peux pas faire ce que je veux.	1 C'est un problème et je n'aime pas ça.	2 C'est un petit problème, mais ça va.	3 Ce n'est pas un problème.	1
Est-ce que tu tousses à cause de ton asthme ?	0 Oui, tout le temps.	1 Oui, la plupart du temps.	2 Oui, parfois.	3 Non, jamais.	1
Est-ce que tu te réveilles pendant la nuit à cause de ton asthme ?	0 Oui, tout le temps.	1 Oui, la plupart du temps.	2 Oui, parfois.	3 Non, jamais.	2

Veuillez répondre **seul(e)** aux 3 questions suivantes (sans vous laisser influencer par les réponses de votre enfant aux questions précédentes).

Au cours des 4 dernières semaines, combien de jours votre enfant a-t-il eu des symptômes d'asthme dans la journée ?	5 Aucun	4 Entre 1 et 3 jours	3 Entre 4 et 10 jours	2 Entre 11 et 18 jours	1 Entre 19 et 24 jours	0 Tous les jours	2
Au cours des 4 dernières semaines, combien de jours votre enfant a-t-il eu une respiration sifflante dans la journée à cause de son asthme ?	5 Aucun	4 Entre 1 et 3 jours	3 Entre 4 et 10 jours	2 Entre 11 et 18 jours	1 Entre 19 et 24 jours	0 Tous les jours	3
Au cours des 4 dernières semaines, combien de jours votre enfant s'est-il réveillé pendant la nuit à cause de son asthme ?	5 Aucun	4 Entre 1 et 3 jours	3 Entre 4 et 10 jours	2 Entre 11 et 18 jours	1 Entre 19 et 24 jours	0 Tous les jours	3

Additionnez les points pour obtenir le score total.
Tournez la page pour savoir comment interpréter le résultat.

Score total 14

* Childhood Asthma Control Test. Réservé aux enfants asthmatiques de 4 à 11 ans.

1. Asthme
Probablement allergique

- manifestations respiratoires sifflantes et manifestations d'hyper réactivité bronchique
- ATCD d'eczéma
- ATCD maternels

-

2. Evaluer le niveau de contrôle

- La notion de contrôle a supplanté celle de sévérité dans le suivi de l’asthme

- Sévérité = pression utile pour obtenir le contrôle

- Sévérité = a posteriori

Xavier, 7 ans… histoire récente

- ***Consulte en mars après un hiver difficile :***
  - **Toux chronique, parfois nocturne**
  - **Gêne à l'effort de plus en plus fréquente**
  - **Sur les 3 derniers mois : 2 épisodes de sifflements :**
    - l'un pendant un séjour dans une maison de vacances traité avec la ventoline* de la mère (!)
    - l'autre pendant une rhinite virale, plus important, traité par solupred*, 3 jours et ventoline*, 7 jours, après avis médical
  - **N'a jamais reçu de traitement de fond**

- ***Examen clinique :***
  - **Poids et taille : + 0,5 DS**
  - **Auscultation normale**
    - mais toux déclenchée par plusieurs manœuvres d' inspi/expiration forcées
  - **Examen normal par ailleurs : sphère ORL calme, peau : RAS**
  - **p ACT = 14**

CONTRÔLE GINA 2014/15

(période = 4 semaines)

	Bon contrôle *Tous les items OK*	Contrôle partiel	Non contrôle
S. diurnes	≤ 2/semaine	1 ou 2 Items Non respectés	3 ou 4 Items Non respectés
Limitation des activités	Aucune		
S. nocturnes	Aucun		
β-2 de secours	≤ 2/semaine		
Evaluer le risque d'exacerbation : ATCD, comorbidités fonction, …			

Exit la fonction respiratoire!

www.ginasthma.org

CONTRÔLE GINA 2014/15

- Identifier les FR d'exacerbation même si le contrôle est bon:
  - **Antécédent dans la vie d'AAG : USI –intubation**
  - **exacerbation sévère dans l'année**
  - **Asthme non contrôlé**
  - **Besoins excessifs en SABA (> 1 spray/mois)**
  - **TT inadéquat : dose, observance, technique d'inhalation**
  - **VEMS bas (surtout si < 60%VP)**
  - **Problématique psy / socio-économique**
  - **Comorbidités (obésité, al alimentaire, …)**
  - **Environnement : tabac, allergènes**
- Identifier FR d'obstruction fixée :
  - Défaut de TT par CSI, exposition délètère (tabac), VEMS initial bas
- Identifier FR d'ES:
  - Systémiques : CSG fréquents, dose élevée prolongée CSI, inhibiteurs P450
  - Locaux : dose élevée de CSI, mauvaise technique d'inhalation

Interrogatoire : des questions précises

- sifflements
- gêne
- toux
- traitement de secours
- quand : jour/nuit?
- circonstances : effort, lieu, météo, saison …?
- impact : scolaire, activités, jeu, sport, sommeil, absentéisme des parents
- sur ce que l'asthme *empêche de faire*

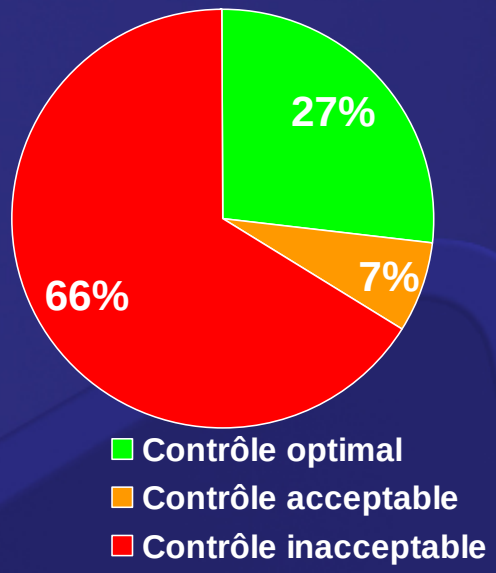
➔ Tenir compte de la dynamique de la maladie et des adaptations faites par l'enfant ou lui étant imposées

➔ Questionner l'ENFANT!

ER'Asthme : Contrôle de l'asthme chez les enfants consultant en MG

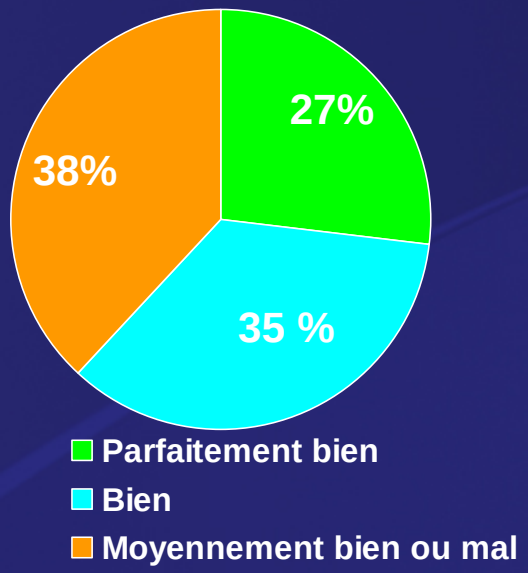
N = 1 410 enfants 6 -15 ans dont 894 < 12 ans / Tt de fond = 84%

D'après le questionnaire établi suivant les recommandations canadiennes sur le dernier mois



Alors que

Selon la perception des patients
« comment va votre asthme ? »



Analyse de concordance (coefficient Kappa) = 33,5% (médiocre)

Date : ..... Nom du patient : .....

Demandez à **votre enfant** de répondre aux 4 questions suivantes (en l'aidant si besoin mais sans l'influencer). Inscrivez le chiffre correspondant à chaque réponse dans la case prévue à cet effet.

Score

Comment va ton asthme aujourd'hui ?	0 Très mal	1 Mal	2 Bien	3 Très bien	
Est-ce que ton asthme est un problème quand tu cours, quand tu fais de la gymnastique ou quand tu fais du sport ?	0 C'est un gros problème, je ne peux pas faire ce que je veux.	1 C'est un problème et je n'aime pas ça.	2 C'est un petit problème, mais ça va.	3 Ce n'est pas un problème.	
Est-ce que tu tousses à cause de ton asthme ?	0 Oui, tout le temps.	1 Oui, la plupart du temps.	2 Oui, parfois.	3 Non, jamais.	
Est-ce que tu te réveilles pendant la nuit à cause de ton asthme ?	0 Oui, tout le temps.	1 Oui, la plupart du temps.	2 Oui, parfois.	3 Non, jamais.	

Veuillez répondre **seul(e)** aux 3 questions suivantes (sans vous laisser influencer par les réponses de votre enfant aux questions précédentes).

Au cours des 4 dernières semaines, combien de jours votre enfant a-t-il eu des symptômes d'asthme dans la journée ?

5 Aucun 4 Entre 1 et 3 jours 3 Entre 4 et 10 jours 2 Entre 11 et 18 jours 1 Entre 19 et 24 jours 0 Tous les jours

Au cours des 4 dernières semaines, combien de jours votre enfant a-t-il eu une respiration sifflante dans la journée à cause de son asthme ?

5 Aucun 4 Entre 1 et 3 jours 3 Entre 4 et 10 jours 2 Entre 11 et 18 jours 1 Entre 19 et 24 jours 0 Tous les jours

Au cours des 4 dernières semaines, combien de jours votre enfant s'est-il réveillé pendant la nuit à cause de son asthme ?

5 Aucun 4 Entre 1 et 3 jours 3 Entre 4 et 10 jours 2 Entre 11 et 18 jours 1 Entre 19 et 24 jours 0 Tous les jours

Additionnez les points pour obtenir le score total.
Tournez la page pour savoir comment interpréter le résultat.

Score total

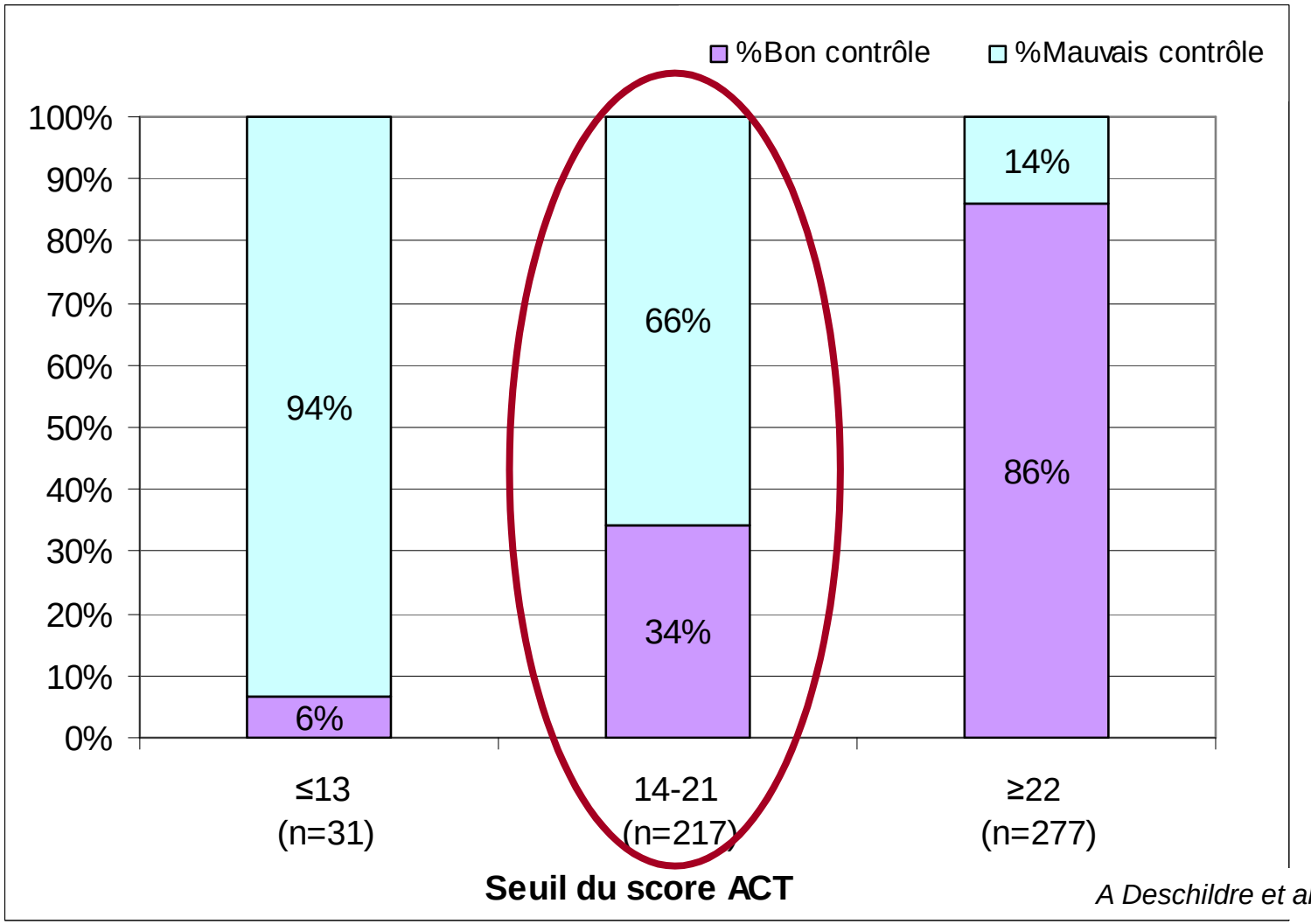
* Childhood Asthma Control Test. Réservé aux enfants asthmatiques de 4 à 11 ans.

SCORE MAX = 27

343 enfants (8,1 ans) consultant 9 spécialistes dans centres de l'asthme
Seuil validé (versus l'avis du médecin) = ≥ 20 ***(Liu, JACI 2007)***

ACT versus contrôle (GINA symptômes)
«patients « bien classés »

525 enfants (4-11 ans), âge moyen : 7.2 ans, 28% ≤ 6 ans.



A Deschildre et al allergy 2014

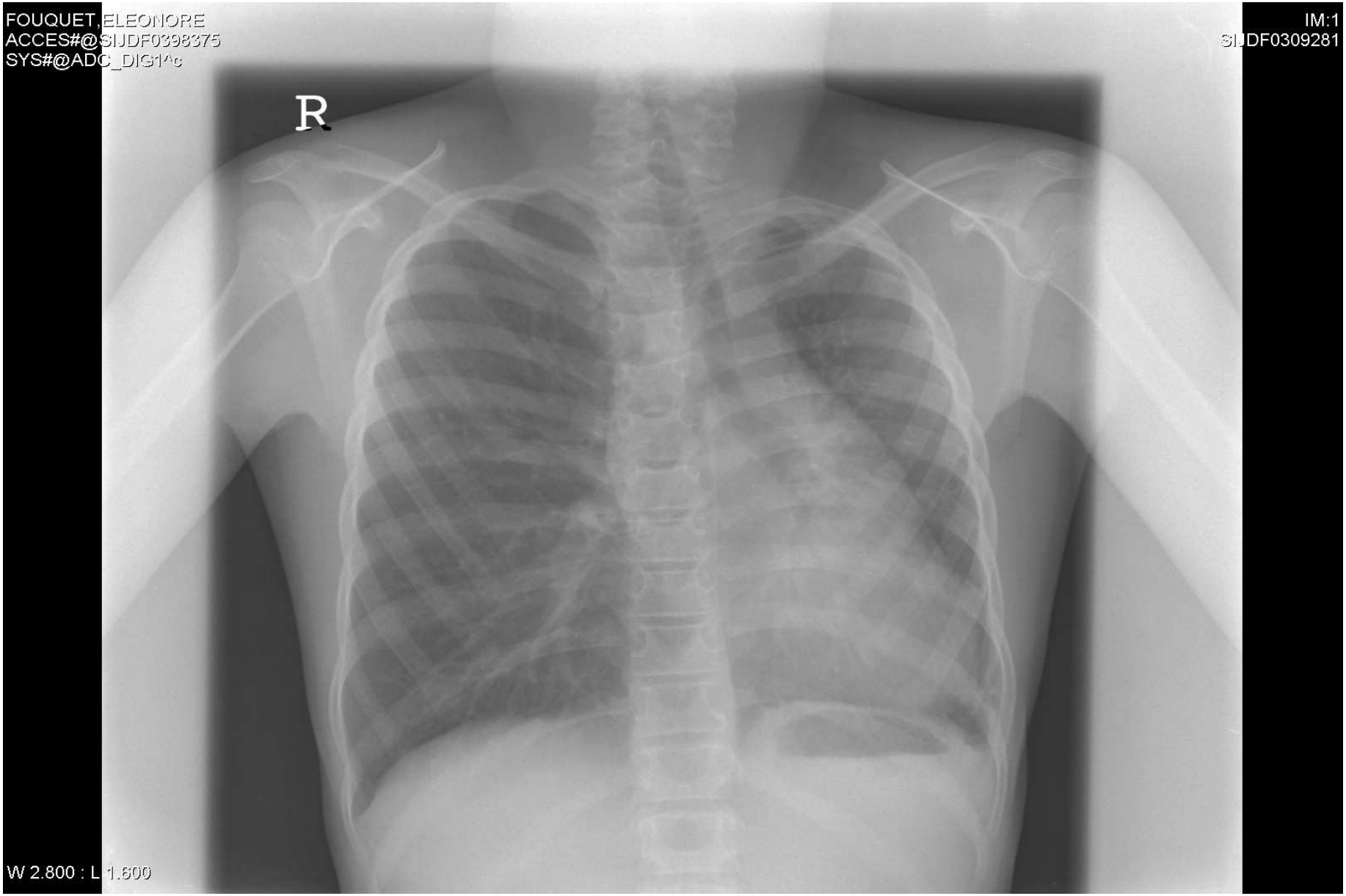
1. Le diagnostic

2. le niveau de contrôle

3. Les examens complémentaires

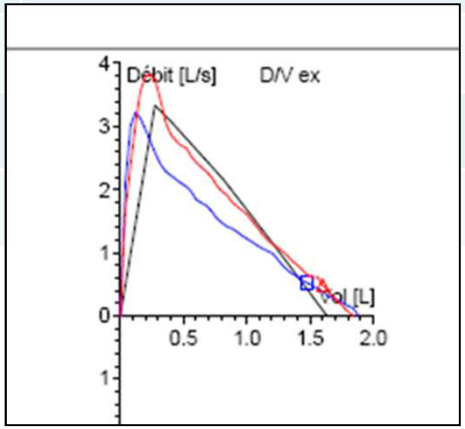
Examens complémentaires

- **Rx de thorax**
  - Face
  - Inspi – expi
- **Bilan allergo :**
  - Tests cutanés à privilégier (arrêt antiH1,5j)
- **EFR**
  - Ne sont pas indispensables pour initier le traitement


FOUQUET,ELEONORE
ACCES#@SIJDF0398375
SYS#@ADC_DIG1^c
IM:1
SIJDF0309281
R
W 2.800 : L 1.600

EFR, 7 ans

	Pré β2	Post β2
CV	114	112
VEMS	106	114/ +7%
CV/VEMS	0,78	
DEM 25-75	59	77/ +32%
CRF	106	
eNO	43	



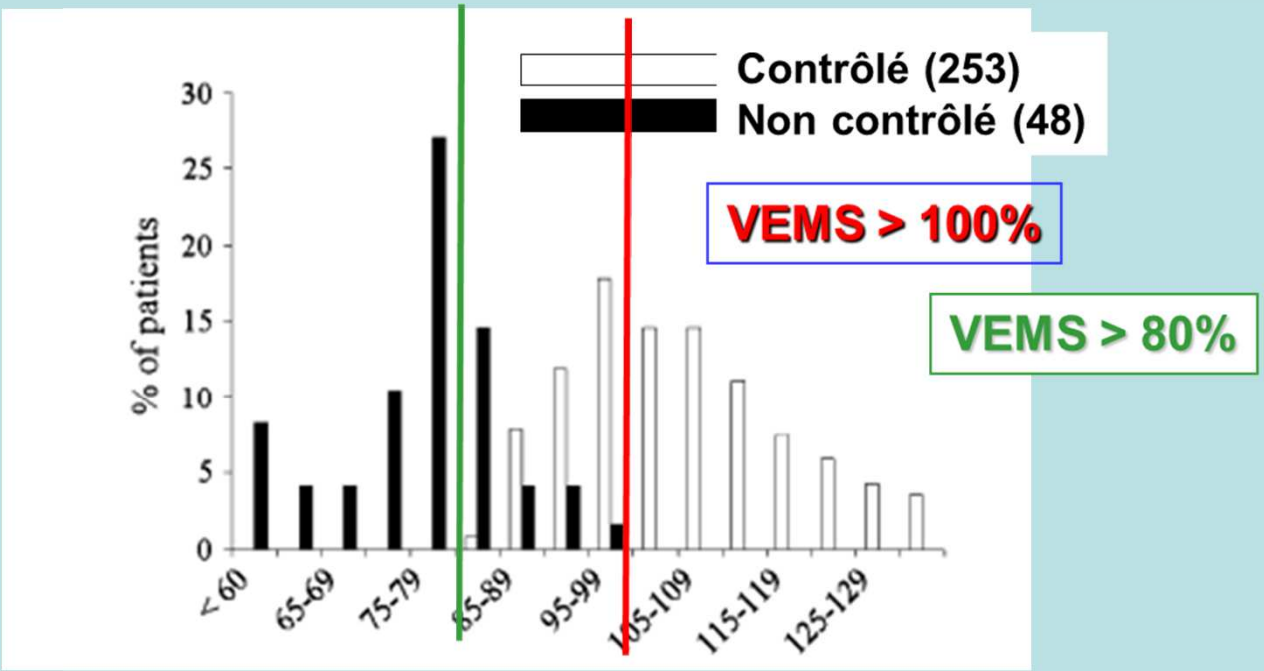
4. Que penser de cette EFR?

CVF : 114%

VEMS = 106%, +7% post β2

DEM 50 = 59%, +32% post β2

301 enfants, A persistant léger à modéré, 2 groupes selon le contrôle



Répartition du VEMS dans 2 populations

Baatenburg, J Allergy Clin Immunol 2006

Xavier, 7 ans …

5. **Quel traitement proposez vous ?**

1. Fluticasone 250 x 2/j ou Equivalent (Eq)
2. Montelukast 5 mg/j
3. Fluticasone 100 + Salmeterol x 2/j ou Eq
4. Fluticasone 100 x 2 ou Eq
5. Fluticasone 250 X 1/j ou Eq

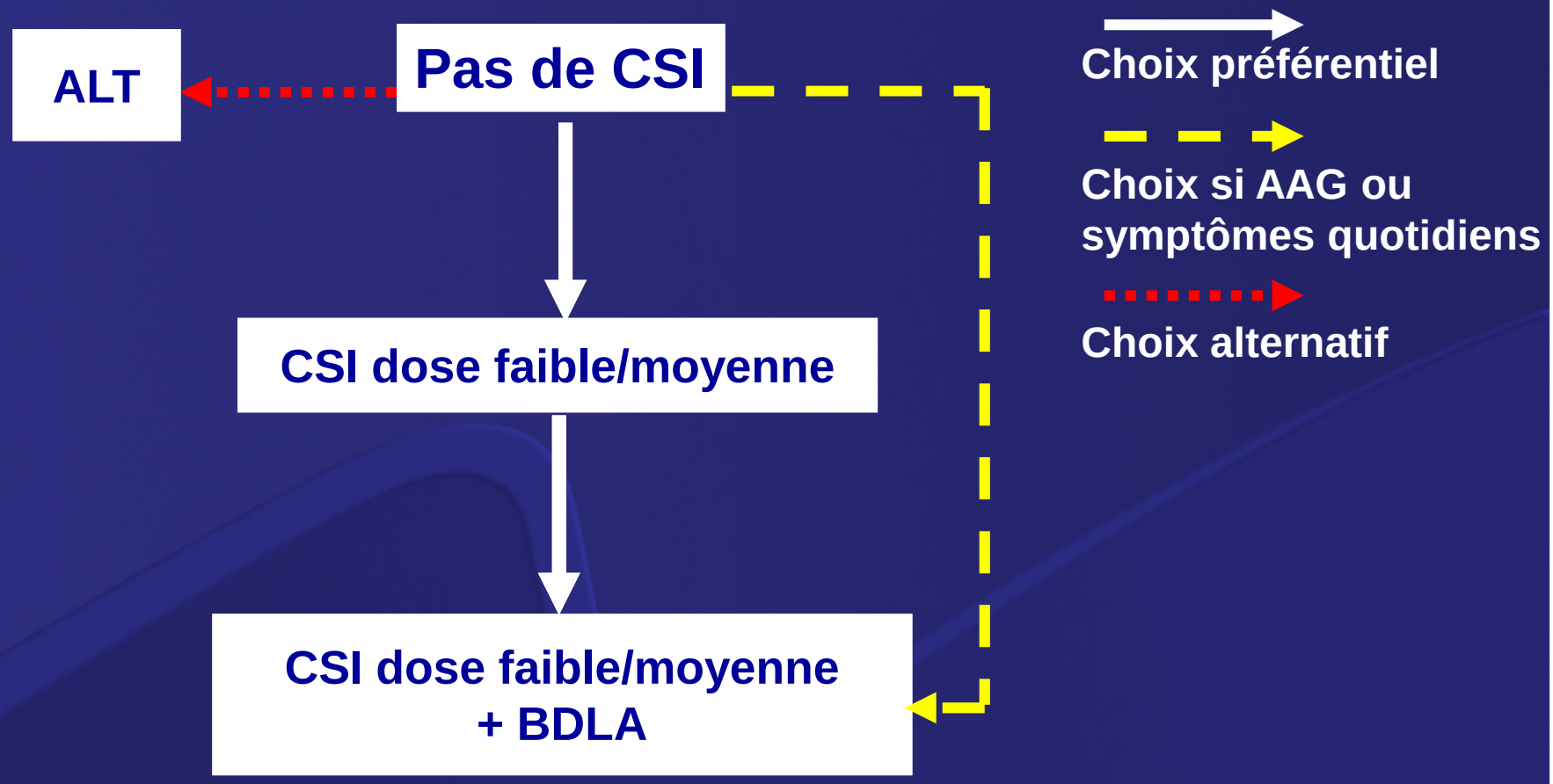
Xavier, 7 ans …

- Quel traitement proposez vous ?

1. Fluticasone 250 x 2/j ou equivalent (Eq)
2. *Montelukast 5 mg/j*
3. Fluticasone 100 + Salmeterol x 2/j ou Eq
4. **Fluticasone 100 x 2 ou Eq**
5. Fluticasone 250 X 1/j ou Eq

Traitement de l'asthme - recommandations du GRAPP : Asthme non contrôlé

De Blic et al, Rev Mal Respir 2009;26 : 827-35 ; sp2a.fr



GRAPP = GINA 2015

Doses de corticoïdes inhalés (enfant)

Equivalences de dose

Médicament	Dose faible	Dose moyenne	Forte dose
Béclométhasone*	250	500	> 500
Budésonide DPI	200	400	> 400
Fluticasone**	100	200-250	> 250

- * : diviser par deux pour les spécialités « particules extra fines » : Qvar/innovair
- ** : dose max autorisée chez le moins de 12 ans = 400 µg/j

De Blic et al, Rev Mal Respir 2009; 26 : 827-35 ; sp2a.fr

Alternative ICS ? : ALT monothérapie

SINGULAIR® 5 mg est indiqué en traitement additif chez les patients âgés de 6 à 14 ans ans présentant un asthme persistant léger à modéré insuffisamment contrôlé par corticothérapie inhalée et chez qui les bêta-2-mimétiques à action immédiate et de courte durée administrés “à la demande” n’apportent pas un contrôle clinique suffisant de l’asthme.

SINGULAIR® peut également être une alternative aux corticoïdes inhalés à faibles doses chez les patients de 6 à 14 ans présentant un asthme persistant LEGER *sans ANTÉCÉDENT RÉCENT DE CRISES D’ASTHME SÉVÈRES AYANT JUSTIFIÉ UNE CORTICOTHÉRAPIE ORALE, et dont l’incapacité à adhérer à un traitement par corticoïdes inhalés est démontrée*

SINGULAIR® est également indiqué en traitement préventif de l’asthme induit par l’effort chez les enfants âgés de 6 à 14 ans.

Xavier, 7 ans …

- Mesures qu'il faut associer

1. **Revoir l'environnement : tabac , pollution intérieure, allergènes,**
2. **Proposer un plan d'action en cas de gêne**
3. **Encourager le sport**
4. **Parler du vaccin contre la grippe**

5. **Pas de désensibilisation à ce stade initial**

Xavier, 7 ans …

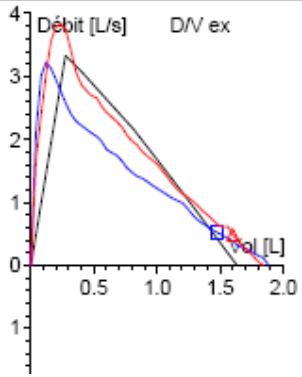
Vous revoyez Xavier 3 mois plus tard :

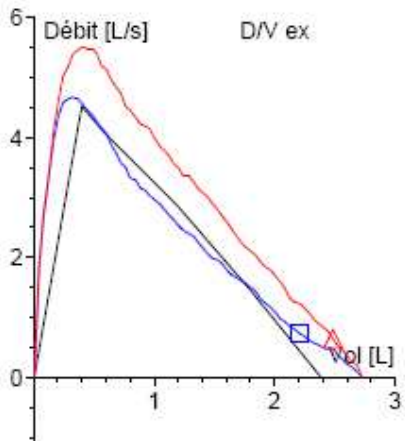
- Il garde une toux mais épisodiquement
- A l'effort, il n'est gêné qu'à la course d'endurance
- Il prend de la ventoline*, 1 à 2 fois par semaine
- Il n'a pas présenté d'exacerbation
- Score pACT : 20
- L'observance du traitement parait bonne, la manœuvre d'inhalation est bien réalisée, et il n'y a pas de facteur de risque nouveau (ORL, environnement, …)

Xavier, 7 ans ..

Traitement par fluticasone 200 µg/j

date	mars		juin	
EFR (%VP)	pré	post	pré	post
CVF	114	112	113	idem
VEMS	106	(+7%)	109	+13%
VEMS/CV	78	85	80	90
DEM 25-75	64	+18	78	+ 40%
DEM50	59	+32	79	+ 44%





Xavier, 7 ans

Que pensez vous de la sitution de Xavier et que décidez vous?

1. Il va bien, et le même traitement (fluticasone 200 µg/j) est maintenu
2. Il va bien, et la décroisance du traitement est amorcée : fluticasone, 100 µg x 1/j
3. Le contrôle est encore insuffisant et le traitement est augmenté : fluticasone 100 x 2 + montelukast 5 mg/j
4. Le contrôle est encore insuffisant et le traitement est augmenté : fluticasone 100 + salmeterol x 2/j
5. Le contrôle est encore insuffisant et le traitement est augmenté : fluticasone 200 x 2/j

Xavier, 7 ans

Que pensez vous de la sitution de Xavier et que décidez vous?

1. Il va bien, et le même traitement (fluticasone 200 µg/j) est maintenu
2. Il va bien, et la décroisance du traitement est amorcée : fluticasone, 100 µg x 1/j
3. *Le contrôle est encore insuffisant et le traitement est augmenté : fluticasone 100 x 2 + montelukast 5 mg/j*
4. **Le contrôle est encore insuffisant et le traitement est augmenté : fluticasone 100 + salmeterol x 2/j**
5. *Le contrôle est encore insuffisant et le traitement est augmenté : fluticasone 200 x 2/j*

Contrôle : recommandations du Groupe de Réflexion Asthme Pneumologie Pédiatrique (GRAPP)

Objectif du traitement = contrôle TOTAL

Paramètres	Asthme contrôlé : (tous les paramètres)
Symptômes diurnes	Aucun
Limitations des activités	Aucune
Symptômes/réveils nocturnes	Aucun
Nécessité de recours aux β2-CA	Aucun (en dehors de la prévention)
Fonction respiratoire	Normale, *y compris débits distaux*
Exacerbations	Aucune

Rev Mal Respir 2008

EN CAS D'ASTHME NON CONTRÔLÉ chez un enfant déjà traité par CSI +/- TA

- **Avant d'augmenter :**
  1. **Problème autour du traitement ?**
  2. **Facteur de risque ou comorbidité ?**
  3. **Traitement insuffisant ?**
  4. **Diagnostic différentiel ?**
  5. **Asthme difficile à traiter ?**

- **CONSULTATION SPÉCIALISÉE :**

  ➔ **Situations 4 et 5**

ASTHME NON CONTRÔLÉ : Quelle dose de CSI ?

Relation dose – efficacité des CSI : ex de la fluticasone
Méta analyse à partir de 8 études (2324 adultes adolescents)

Table 2 Doses of fluticasone (µg/day) at which 80% and 90% of the maximum effect is achieved, as derived from a negative exponential model*

Outcome measure	80% of maximum effect achieved	90% of maximum effect achieved
FEV_1	146	209
Morning PEF	172	247
Evening PEF	175	251
Use of rescue medication	71	102
Major exacerbations	108	155
Night awakenings	135	193

*The effect obtained with 1000 µg/day of fluticasone was considered to be the "maximum effect" for the purposes of this analysis.
FEV_1=forced expiratory volume in one second; PEF=peak expiratory flow.

d'après Holt BMJ 2001

➔ 80/90 % de l'effet thérapeutique atteint pour une dose de 100 à 250 µg/j : commencer par dose faible à moyenne

(Visser 2001, Adams N, CDB 2007)

➔ Intérêt des traitements associés

Etudes à long terme

Kelly NEJM 2012 *(suivi étude CAMP)*

- **Taille adulte chez 943 patients (âge 24,9 ans +/-2,7)**
- **3 bras : BUD 400 µg/j ou nédocromil 16 mg/j ou placebo pendant 4 à 6 ans (entre 5 et 13 ans)**
- **Comparaison des tailles dans les différents groupes**

Table 1. Adjusted Mean Adult Height among 943 Study Participants.*

Variable	Mean Adult Height			Difference in Height			
	Budesonide (N=281)	Nedocromil (N=285)	Placebo (N=377)	Budesonide vs. Placebo (95% CI)	P Value	Nedocromil vs. Placebo (95% CI)	P Value
		cm		*cm*		*cm*	
All participants	171.1	172.1	172.3	−1.2 (−1.9 to −0.5)	0.001	−0.2 (−0.9 to 0.5)	0.61
Sex							
Female	162.8	163.9	164.6	−1.8 (−2.9 to −0.7)	0.001	−0.7 (−1.8 to 0.5)	0.26
Male	176.8	177.6	177.6	−0.8 (−1.8 to 0.2)	0.10	−0.0 (−0.9 to 0.9)	0.98
P value for interaction					0.10		0.49
Age at entry							
5–8 yr	170.7	171.8	172.6	−1.9 (−3.2 to −0.6)	0.004	−0.8 (−2.1 to 0.5)	0.22
9–13 yr	171.4	172.4	171.9	−0.5 (−1.7 to 0.6)	0.37	0.5 (−0.8 to 1.6)	0.48
P value for interaction					0.12		0.15

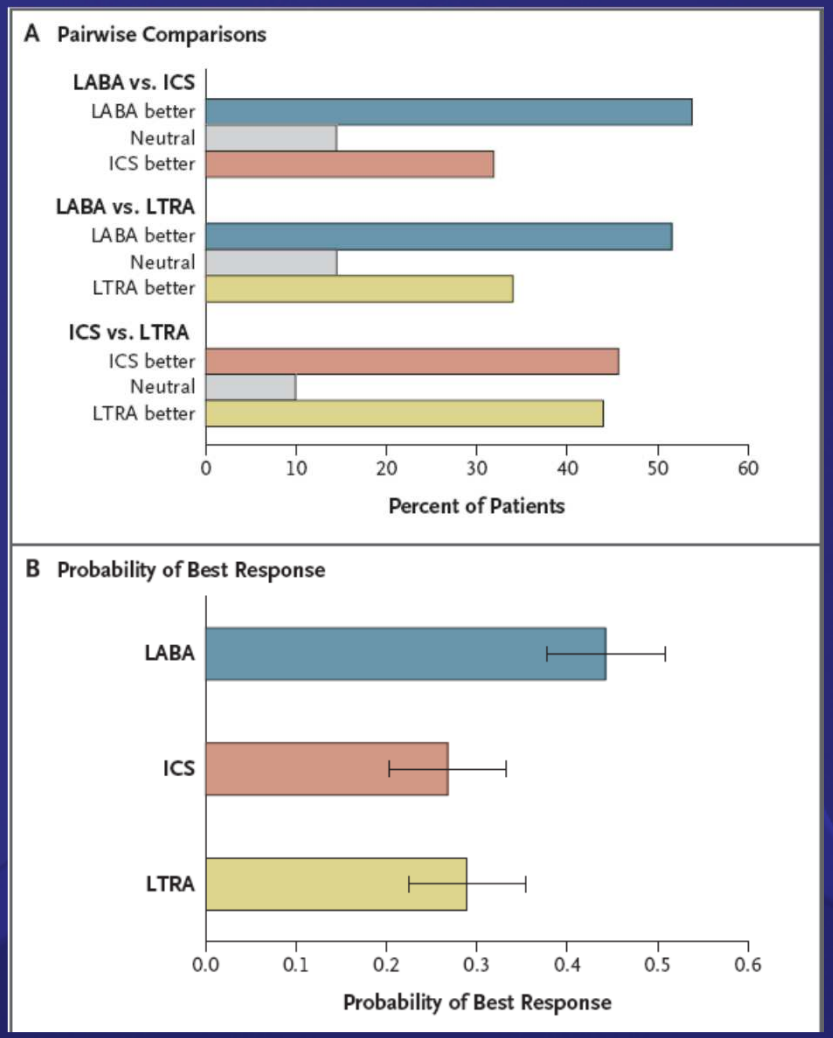
- ***Pour info : 1 DS = 5 cm***
- ***Pas de taille attendue en fonction de celle des parents***

Asthme non contrôlé par des doses moyennes d'ICS : quel choix? ICS forte dose vs ICS+β2LA vs ICS+ALT

- 182 asthmatiques, 6/17 ans, non contrôlés par FLU 100 µg x 2
- 3 bras de 16 semaines :
  - FLU 250 x2
  - FLU 100 x 2 + SAL
  - FLU 100 x 2 + MK
- Triple cross over
- 157 : 3 périodes réalisées
- Évaluation : exacerbations/jours + contrôle/ /VEMS

Lemanske NEJM 2010

ICS forte dose versus ICS+β2LA versus ICS+ALT



Bons répondeurs ds les 3 cas de figures
β2LA vs ALT : 52% vs 34% (p : 0,02)
β2LA vs ICS : 54% vs 32% (p:0,004)
ALT vs ICS (DNS)

Facteurs discriminants la réponse :

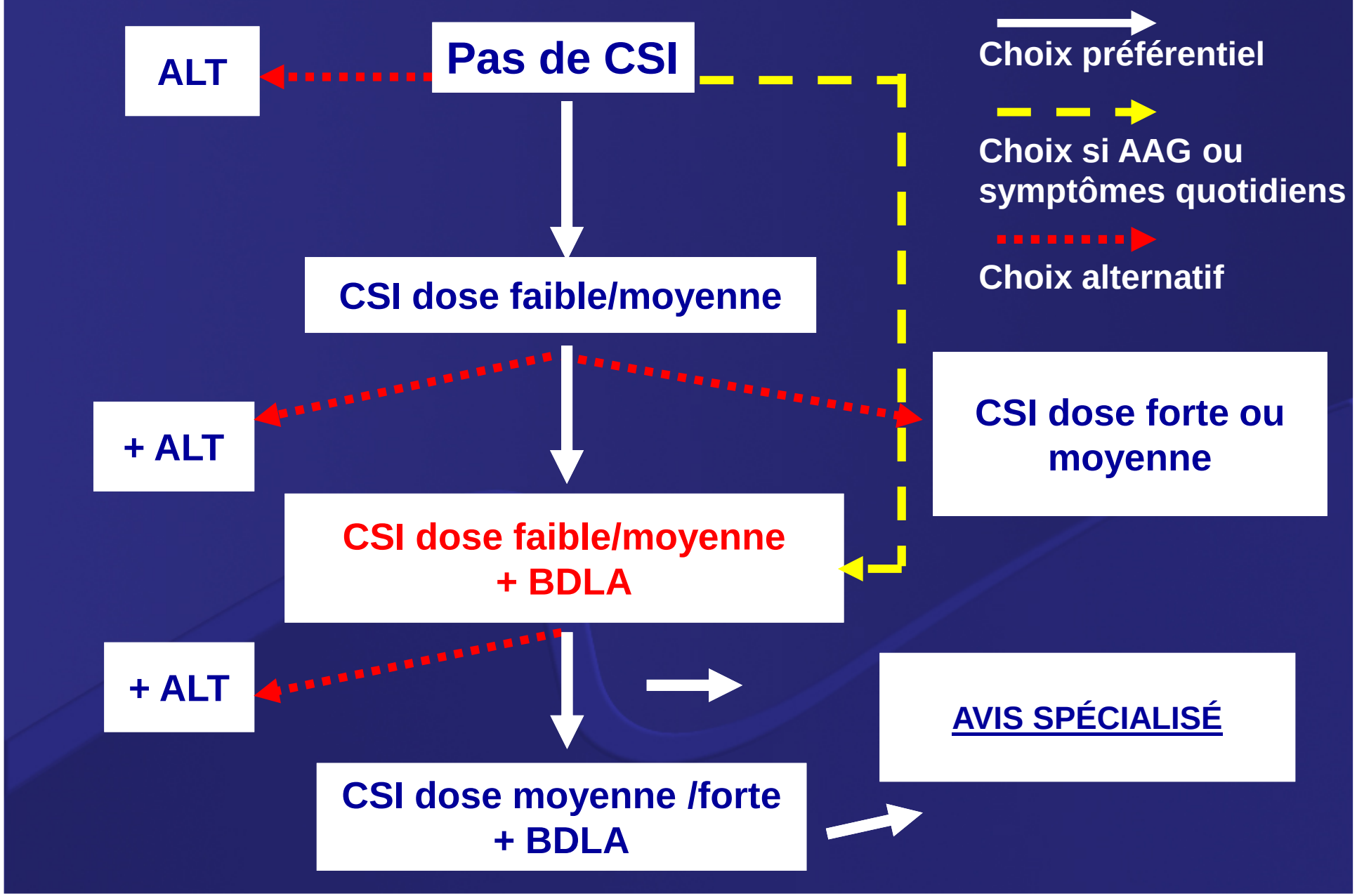
- NON :

- âge
- métacholine, EFR
- statut allergo
- eNO
- génotype position 16 β2R

- OUI :

- **ACT** > 19 : β2LA : plus efficaces
- **blancs/hispanos** : β2LA > ALT> ICS
- **Afro-américains** :
pas de DS entre ICS forte dose
et β2LA / moins de réponse ALT
- **Dermatite atopique** :
moins de réponse si DA avec β2LA

Traitement de l'asthme selon le GRAPP : asthme non contrôlé
de Blic Rev Mal Respir, 2009 – sp2a.fr



Xavier, 7 ans, 4 mois plus tard (octobre …)

- Aucun symptôme respiratoire récent
- Disparition de la toux
- Sport OK
- Aucune exacerbation
- Pas d’autre manifestation
- TT poursuivi et correctement réalisé
- pACT = 26

Xavier, 7 ans, 4 mois plus tard

Que décidez vous?

1. Le contrôle est obtenu, et on poursuit le même traitement pour consolider
2. Le contrôle est obtenu, et on diminue le traitement en passant à une prise par jour
3. Le contrôle est obtenu, et on revient au traitement antérieur par fluticasone
4. Le contrôle est obtenu. On arrête le traitement inhalé, et on débute une désensibilisation

Xavier, 7 ans, 4 mois plus tard

Que décidez vous?

1. **Le contrôle est obtenu, et on poursuit le même traitement pour consolider**
2. Le contrôle est obtenu, et on diminue le traitement en passant à une prise par jour
3. Le contrôle est obtenu, et on revient au traitement antérieur par fluticasone
4. Le contrôle est obtenu. On arrête le traitement inhalé, et on débute une désensibilisation

Atteindre et maintenir le contrôle : fréquence du suivi selon le GRAPP

➔Suivi adapté à la sévérité de l'asthme

Dose CSI	Suivi optimal (mois)		Suivi minimal (mois)	
	Cs	EFR	Cs	EFR
forte	3	3	3	6
Faible ou moyenne	6	6	6	12
Pas de CSI	12	12	12	≥ 12

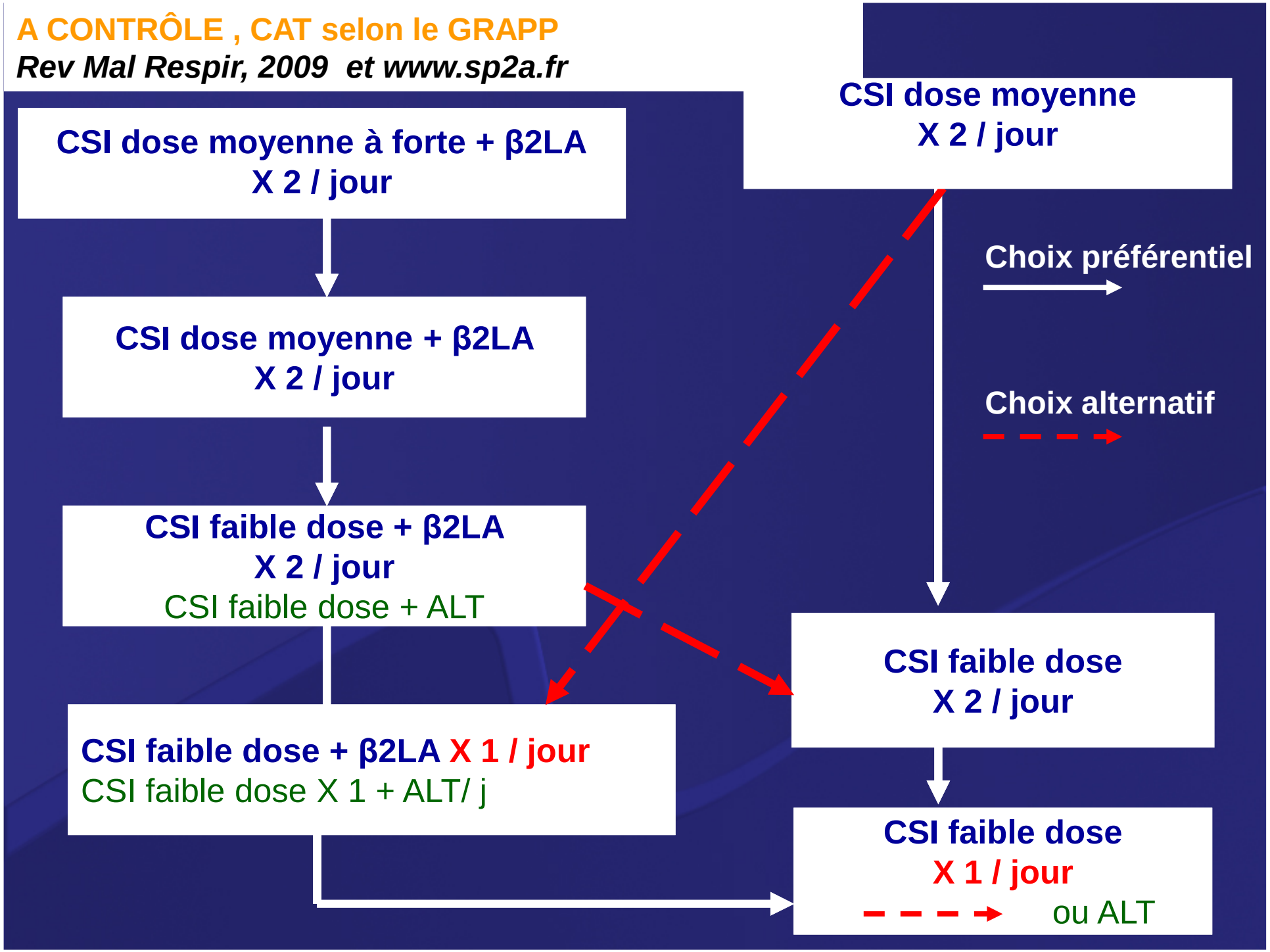
II. EN CAS D’ASTHME CONTRÔLÉ

Obtenir et maintenir le contrôle
EN CAS D'ASTHME CONTRÔLÉ :

- **Objectif = dose minimale de CSI efficace**
- **Modulation: 3 à 6 mois**
- **Diminution par 25 à 50% selon le palier**
- **CSI : monoprise possible (sauf béclométasone)**
- **Ne jamais prescrire un β2LA sans CSI +++**
- **Les traitements par séquences courtes (CSI 2 à 4 semaines) ne sont pas validés chez l'enfant**

A CONTRÔLE , CAT selon le GRAPP

Rev Mal Respir, 2009 et www.sp2a.fr



Xavier, 7 ans, 12 mois plus tard

- Symptômes < 2 par mois
- Sport OK
- Aucune exacerbation
- TT poursuivi et correctement réalisé
- pACT = 25
- EFR sous TT = CV : 115% VEMS : 112%VP

➔ On peut envisager de passer en une prise par jour

Les messages ….

- Initier le Tt de fond si l'asthme ne répond pas aux critères du bon contrôle (le sport!)
- Traiter si symptômes nocturnes, exa sévère
- Bénéfices avérés du traitement débuté tôt
- Les CSI sont la pierre angulaire du TT
- Si les β2 LA sont le TA de 1° intention, d'autres choix sont possibles (= phénotype)
- À doses légères à moyennes : tolérance OK

Les messages ….

- Traitement ajusté aux facteurs de risque
- « Step up » mais aussi « step down »
- Anticiper! : en fonction de l'histoire du patient
- Arrêt possible

- Ne pas oublier :
  - Évaluer la technique d'inhalation à chaque cs
  - Évaluer l'observance
  - Ne pas oublier les comorbidités et le plan d'action

Traitement de l'asthme en fonction du contrôle selon le GINA

Niveau de contrôle	Action thérapeutique
Contrôlé	Maintien et recherche de la dose minimale efficace
Partiellement contrôlé	Discuter ↑ pour un meilleur contrôle
Non contrôlé	↑ jusqu'au contrôle
Exacerbation	Traitement de l'exacerbation

Réduire

Augmenter

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Education + Contrôle de l'environnement				
Ttt crise : β2 courte durée d'action à la demande				
Traitement de fond				
1er choix	CSI faible dose	CSI faible dose + LABA	CSI moyenne/forte dose + LABA	CS per os
Options	ALT	CSI moyenne ou forte dose	Idem + ALT	Anti IgE
		CSI faible dose + ALT ou Theo retard	Idem + Theo retard	

EN CAS D'ASTHME CONTRÔLÉ
CSI + traitement additionnel

- **Si dose moyenne à forte de CSI +TA x 2:**
  - **Priorité = diminuer la dose de CSI**

(*Godard, Respir Med 2008*)

- **Si dose légère de CSI + TA x 2 :**
  - **Si TA = β2LA : monoprise CSI + β2LA plutôt que CSI seul x 2**
  - **Si TA = ALT : maintenir le CSI ou l' ALT*, seul**

ALT : 0 exacerbation sur l'année +EFR normale

EN CAS D'ASTHME CONTRÔLÉ

- **Si dose moyenne de CSI seul:**
  - **Dose faible x 2 puis x 1/j**
  - Dose faible + β2LA x 1/j : ? *Peters NEJM 2007 (adulte)*
- **Tt minimal et contrôle maintenu depuis 1 an :**
  - **Attention aux FR /phénotypes!**
  - **Tenter l'arrêt si tout est OK**
  - **Réévaluer après 3 à 6 mois (clinique et EFR)**
  - **Certains asthmes requiert un Tt minimal …**