

Asthme : de l'enfance à l'âge adulte

Session plénière samedi 25 janvier 2020

Exposé numéro 1 :

L'asthme de l'enfant est-il sur- ou sous-diagnostiqué (sur- ou sous-traité) ? (Dr Bertrand DELAISI, Paris)

Le sous- et le sur-diagnostic de l'asthme, appelé « misdiagnosis », sont tous les deux élevés. De façon historique, l'asthme a longtemps été sous-diagnostiqué. Une étude danoise publiée en 2017 (Backer *et al.*, J Tub Lung Dis, 2007) sur 10877 sujets en population générale, retrouvait 493 asthmatiques, avec 51% des patients non diagnostiqués. Actuellement, de nombreux médecins sont sensibilisés au diagnostic de l'asthme, ce qui peut dans certaines situations induire un sur-diagnostic. Une étude réalisée chez l'adulte au Canada chez 613 patients diagnostiqués asthmatiques (Aaron *et al.*, JAMA, 2017), retrouvait, après évaluation clinique, examens complémentaires et suivi des patients, un diagnostic d'asthme écarté chez 181 patients, ce qui équivalait à 30% de sur-diagnostic.

Certains facteurs sont associés au sous-diagnostic de l'asthme, comme la sensibilité insuffisante des EFR (Se : 29%, VPP : 77%, Schneider *et al.*, BMC Pulm Med, 2009), une sous-évaluation des symptômes par les patients, un niveau socio-économique bas. Le diagnostic peut aussi être mis à défaut par la normalité des EFR ainsi que du DEP en dehors des épisodes d'exacerbation. Des facteurs sont aussi associés avec le sur-diagnostic de l'asthme, comme la difficulté d'organiser des EFR au moment du diagnostic, l'obésité et en pédiatrie, la possibilité d'une rémission de l'asthme. En effet, une étiquette diagnostique « asthme » est souvent associée aux patients dès la première consultation et maintenue tout au long de l'enfance, alors qu'existent différentes trajectoires d'asthme, et en particulier la possibilité d'une rémission de l'asthme à plusieurs âges de la vie pour les phénotypes non allergique ou non atopique.

Exposé numéro 2 :

Asthme de l'enfant à l'âge adulte : pourquoi phénotyper l'asthme ? (Pr Jocelyne JUST, Paris)

L'asthme du nourrisson, pouvant aussi être appelé asthme à début précoce, débute très précocement dans la vie, et comporte des évolutions différentes. Tout d'abord, il peut être **viro-induit**, et est alors d'évolution favorable. Il peut aussi être associé à des **comorbidités multi-allergiques** et à une multi-sensibilisation allergique (MAC : multi-allergic comorbidities) (eczéma, rhinite allergique, allergie alimentaire) (Just *et al.*, Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2012). Cette multi-sensibilisation allergénique précoce est tout d'abord un facteur de risque d'asthme sévère exacerbateur (Simpson *et al.*, Am J Crit Care medicine, 2010), mais est aussi un facteur de mauvais pronostic en terme de fonction respiratoire (Lodrup Carlsen *et al.*, J Allergy Clin Immunol, 2014). A l'âge adulte, ce phénotype multi-allergique et multi-morbide persiste, bien qu'il soit rare. Enfin, l'asthme à début précoce peut aussi être **non allergique**.

Un phénotype d'asthme débutant plus tardivement que l'asthme à début précoce est **l'asthme allergique à début retardé**. Le pronostic de ce phénotype est aléatoire. Une étude réalisée en 2015 retrouvait une diminution du risque d'asthme, d'hospitalisation pour crise et d'eczéma, lorsque la sensibilisation était retardée, par rapport à une sensibilisation à début précoce (<3 ans) (Custovic *et al.*, JACI, 2015).

Certains **biomarqueurs** peuvent guider le phénotype. Dans la cohorte PARIS (Gabet *et al.*, Pediatr Allergy Immunol, 2016), des IgE totales très élevées étaient associées au cluster polysensibilisation vis-à-vis des trophallergènes. Dans une autre étude, un taux d'éosinophilie était retrouvé de façon plus élevée dans le sang et dans le LBA chez les patients d'âge scolaire ayant un phénotype multi-sensible (Guiddir and Just, JACI, 2017).

Un des objectifs de cette définition précise est de pouvoir **cibler les traitements** en fonction des trajectoires. L'immunothérapie est indiquée dans l'asthme persistant léger à modéré, ayant une fonction respiratoire conservée, un bon contrôle sous traitement, et un allergène prédominant retrouvé. Pour l'asthme associé aux MAC à début précoce, le traitement par biothérapie (Omalizumab : Xolair) permet une réponse complète et totale très tôt chez ces patients (Sesé *et al.*, CLinical Experimental Allergy, 2019).

Exposé numéro 3 :

L'adolescence, un moment difficile pour l'asthme (Pr Ralph EPAUD, CHI Créteil)

A l'adolescence, la prise en charge médicale, et en particulier la prise en charge de la maladie asthmatique, doit être adaptée. En effet, plusieurs études ont montré que l'observance chez les grands enfants et les adolescents était moins bonne que dans l'enfance (Jonasson *et al.*, Arch Dis Child, 2000), mais aussi qu'à l'âge adulte (Keloway *et al.*, Arch Intern Med, 1994).

Afin d'améliorer l'observance, la simplification du traitement de fond est nécessaire. La forme combinée (B2-mimétique et bronchodilatateurs de longue durée d'action) améliore l'observance en multipliant par plus de 3 le nombre de jours où le traitement est correctement pris (Bitsko *et al.*, Paediatric Respir Rev, 2013). Un traitement de choix pourrait être chez l'adolescent un traitement par corticoïdes à très longue durée d'action, nécessitant une seule prise par jour (Mometasone, Ciclesonide, Furoate Fluticasose / Vilantérol). Si l'observance est médiocre, il pourrait être aussi envisageable d'utiliser un seul et unique traitement pour le traitement de fond et de la crise (stratégie SMART : Single Inhaler Maintenance and Reliever Therapy) (Rabe *et al.*, Lancet, 2006).

La prévention du tabagisme est un sujet clef de la prise en charge de l'asthme. Elle doit être effectuée à chaque consultation. L'éducation thérapeutique, aidée en partie par les écoles de l'asthme, est elle aussi un pilier de la prise en charge de la maladie asthmatique chez ces adolescents.