

L'ASTHME DU SUJET ÂGÉ

Dr Samy KAMMOUN
SFAX

-
- × **Asthme: fréquent chez le sujet âgé**
 - × **Problèmes diagnostiques**
 - × **Difficultés de prise en charge**

DEFINITION DE L'ASTHME

- ✓ Une dyspnée sifflante paroxystique
- ✓ Un trouble ventilatoire **obstructif réversible** spontanément ou sous l'effet du traitement
- ✓ Une **Hyperréactivité bronchique(HRB)** non spécifique
- ✓ Une **inflammation chronique** des voies aériennes
- ✓ Une **variabilité** des symptômes et de l'obstruction bronchique

ESTIMATIONS DE LA POPULATION

Le monde:

- En 2000: 300 Millions
- En 2025: 400 Millions

En Tunisie:

- 4 à 5% de la population

EPIDÉMIOLOGIE

- × Difficulté chez le sujet âgé:
distinction difficile avec les BPCO.
- × Au-delà de 65 ans: **Prévalence = 3 à 7,1 %.**

Burr: population sujets de 70 ans
non fumeurs : 6,5 % *.

1997, Bauer: incidence annuelle de l'asthme:
95/ 100 000 hab (sujets > 65 ans) **.

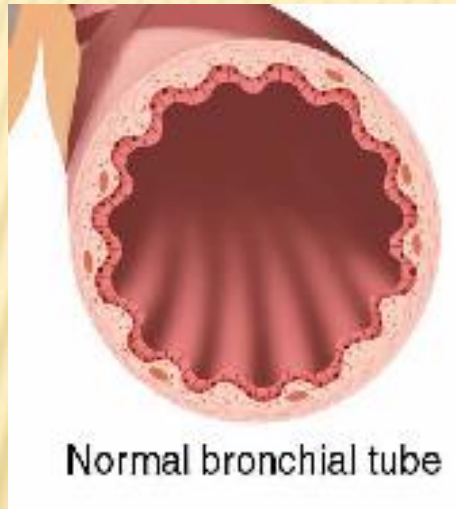
* Br Med J 1979, 1: 1041- 4

** Chest 1997; 11: 303- 10

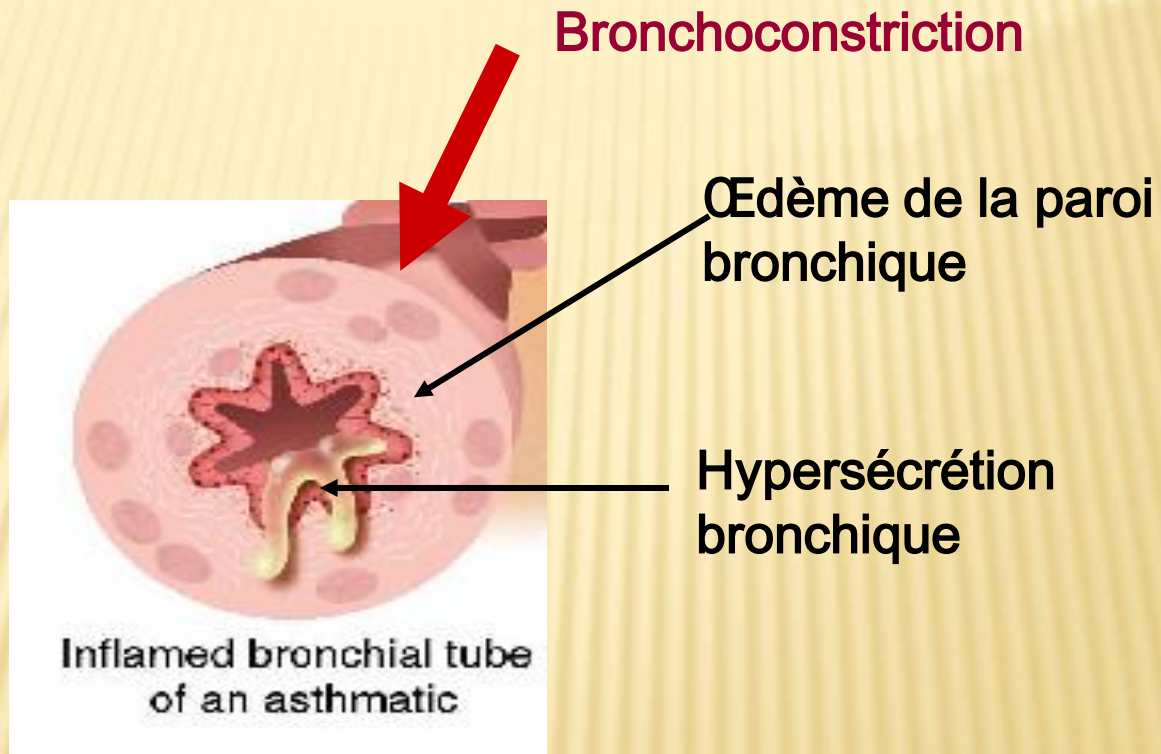
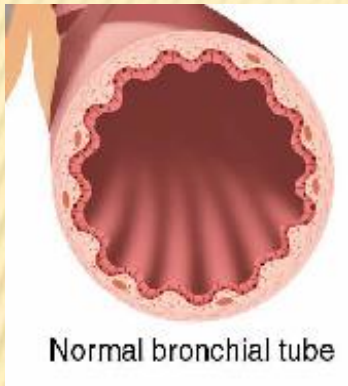
- ✗ **Mortalité par asthme chez l'âgé: surestimée**
- ✗ **Suivi asthme grave → taux de mortalité élevé
chez les patients les plus âgés**
- ✗ **Taux:**
 - 10/ 100 000 à partir de 65 ans chez l'homme**
 - à partir de 70 ans chez la femme**
- vs moyenne: 4/ 100 000 tout âge confondu**

Obstruction bronchiale

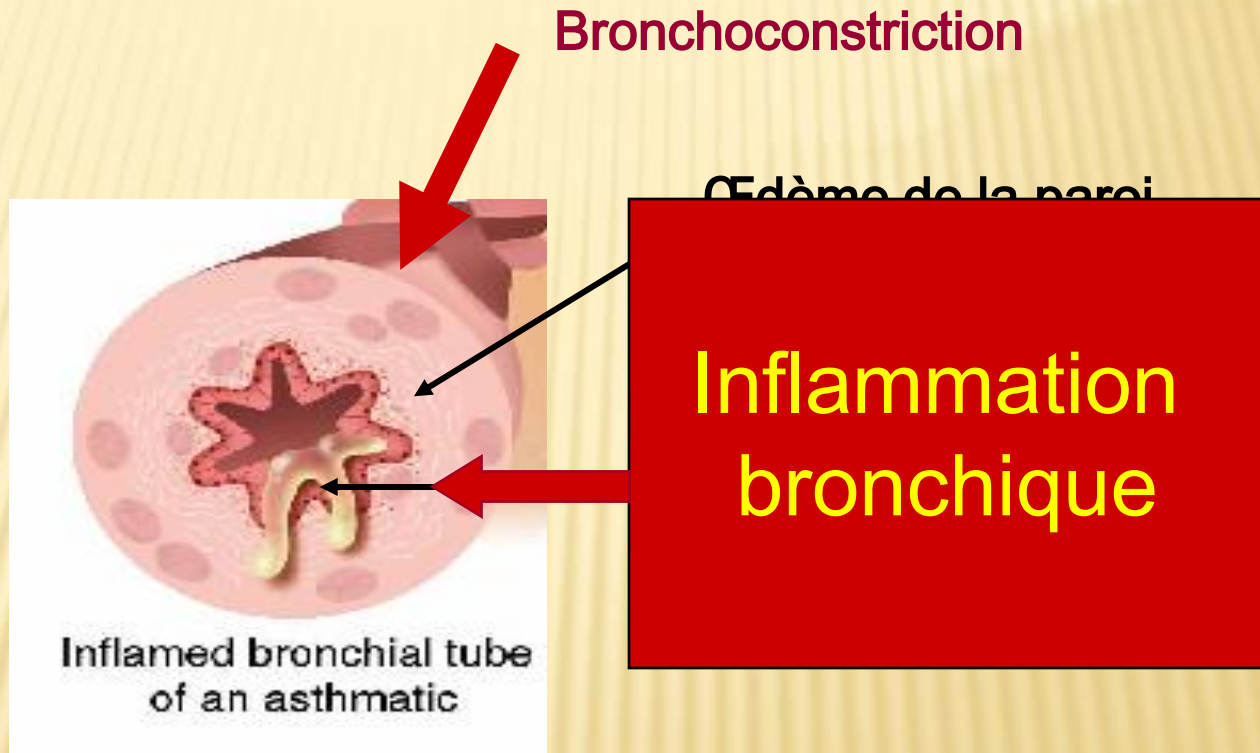
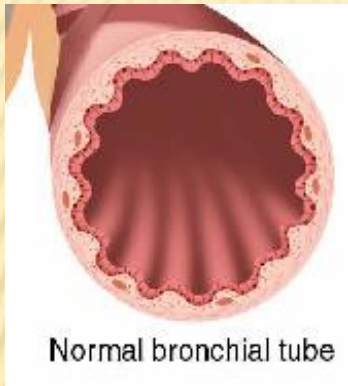
secondaire à plusieurs composantes



secondaire à plusieurs composantes



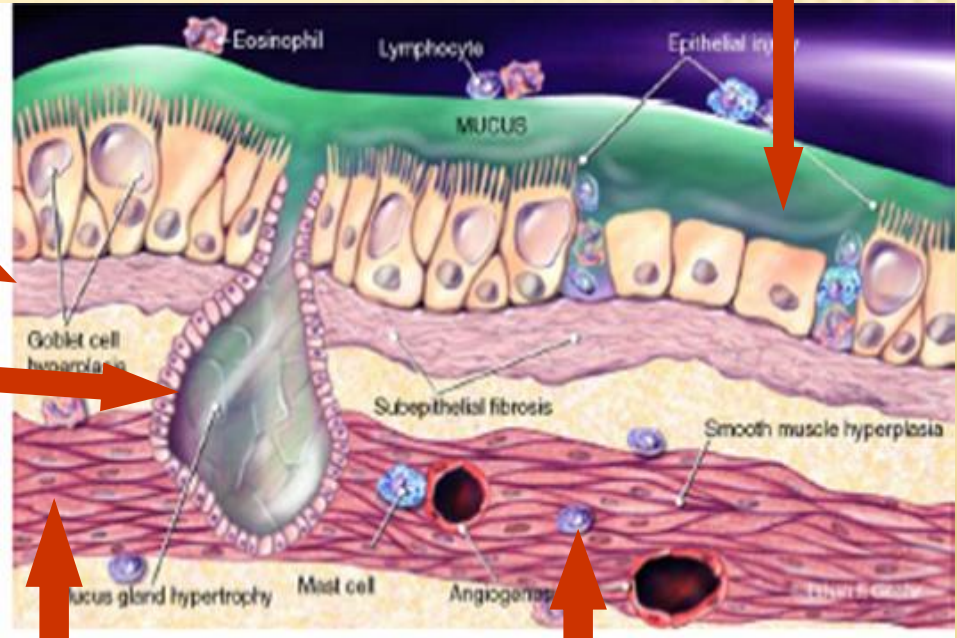
secondaire à plusieurs composantes



Atteinte de l'épithélium bronchique

Épaississement de la membrane basale

Hypersécrétion bronchique



Hypertrophie du muscle bronchique

Infiltration cellulaire de la muqueuse bronchique

PHYSIOPATHOLOGIE PARTICULARITÉS DU SUJET ÂGÉ

- × **Inflammation**: Éosinophiles mais PNN++
- × **HRB**:quasi-physiologique majorée chez le sujet âgé
- × **Place de l'allergie**:
plus réduite: 12% qd début après 60 ans
vs 71% qd entre 30 et 47 ans (Ford 1969)
- × **Infection bronchique?**

✓ **Crises de:**

dyspnée sifflante

toux

oppression

et difficulté respiratoire

- × **Asthme à dyspnée paroxystique: rare**
- × **Asthme à dyspnée continue: difficile à équilibrer(corticodépendant)**
 - * **Asthme vieilli: Dyspnée permanente**
 - * **Asthme de novo: d 'emblée dyspnée chronique et invalidante (épisode infectieux)**

- × **Toux chronique ou toux d'effort:**
 - Plutôt productive
 - difficultés diagnostiques
- × **Symptômes indirects extra-respiratoires:**
 - Limitation activité quotidienne
 - Stigmates de dépression
 - Troubles du sommeil

- × **Asthme vieilli**: le plus fréquent
Dès l'enfance ou l'âge adulte et persistant
après 65 ans
le plus fréquent
- × **Asthme « de novo »** à début tardif

Asthme « de novo » intrinsèque

Asthme	Extrinsèque	Intrinsèque
Age	Jeune	> 50 ans
Sexe	H et F	F>H
Atopie	Oui	Non
Clinique	Paroxystique	Dyspnée continue
Tests cutanées	+	-
Ig E	+	-
Eosino sang	±	++

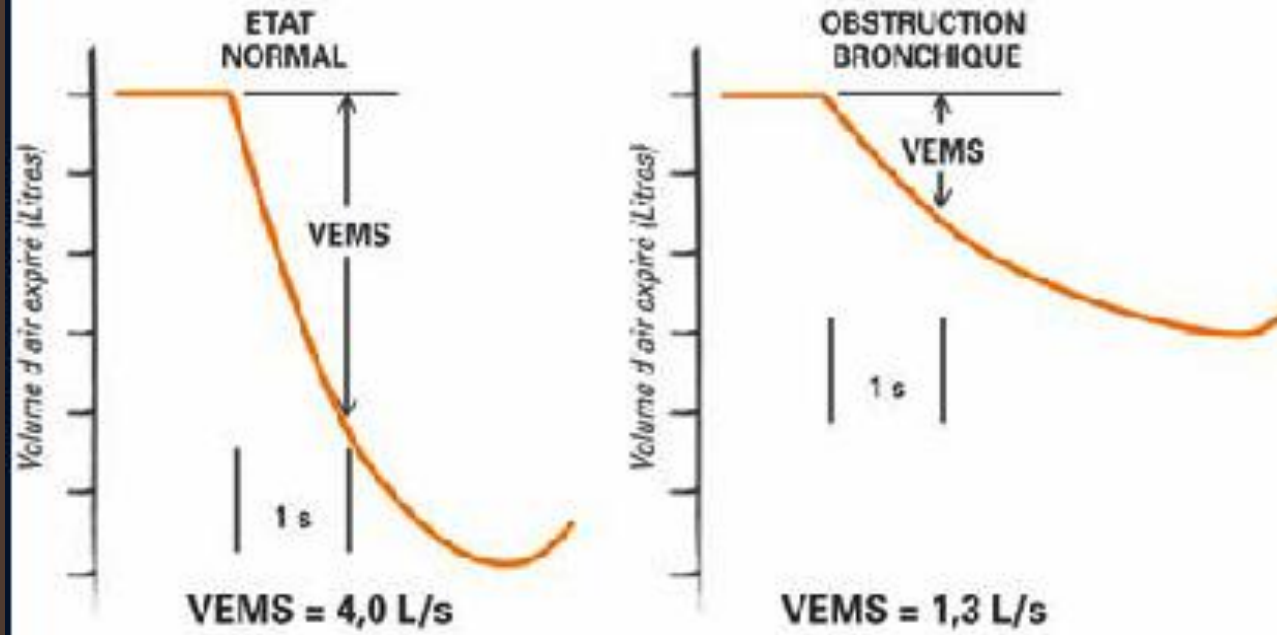
Asthme « de novo » intrinsèque

Asthme	Extrinsèque	Intrinsèque
Mécanismes	IgE dépendant	Auto-immun? Allergène méconnu? Hormonal? Infectieux?
Immuno-pathologie		PNN↑ Cytokines régulatrices↓

- × **Difficulté de réalisation:**
compréhension, motricité
- × **TVO réversible ? diagnostic?**
- × **Test de provocation bronchique: seuil plus bas moindre perception de la dyspnée**
- × **Déclin plus rapide du VEMS (ancienneté de l'asthme++)**

EFR

EFR : Mesure du VEMS*



*Volume Expiré Maximal en une Seconde

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- × Pseudo-asthme cardiaque
- × BPCO (passé tabagique).
- × Reflux Gastro-Oesophagien
- × Pathologie d'inhalation
- × Tumeurs malignes
- × Toux chronique (atteinte des voies aériennes supérieures, médicament..)

BPCO



Synd Obstructif



Hypoxémie

Décès

TRAITEMENT

- × **Suppression des symptômes**
- × **Recours minimal aux soins d'urgence**
- × **Qualité de vie satisfaisante**

TRAITEMENT



Traitement de Fond

Traitement des crises

TRAITEMENT

× **β 2 mimétiques:**

- * ↓ efficacité (↓ nombre ou sensibilité des récepteurs β 2 adrénergiques bronchiques)
- * Prudence si antécédents cardio-vasculaires
- * Privilégier la voie inhalée et éviter voie IV

TRAITEMENT

× **Corticoïdes inhalés: sous-utilisation**

Enright*: 30 % parmi 190 asthmatiques âgés

EI bénins aux doses thérapeutiques mais

l'ostéoporose quand traitement à Long terme

dose minimale nécessaire + détection de

l'ostéoporose

TRAITEMENT

- × **Corticoïdes systémiques** si épuisement des autres moyens (antileucotriènes, théophylline)
- × **Anti-cholinergiques:** bonne tolérance
Asthme intriqué.
- × **Dérivés xanthiques:** maniement difficile;
toxicité neurologique et cardio-vasculaire
Interactions avec médicaments et affections associés.

TRAITEMENT

- × **Immunothérapie spécifique:** à cet âge inefficace ⇒ aucune indication, risquée
- × **Eviction des allergènes:** systématique
- × **Éducation:** entourage, associations fixes, plan d'action, éviter le retard de consultation en cas de crise...

TRAITEMENT

Particularités chez le sujet âgé

- Retour à une fonction respiratoire normale: illusoire .
- Prévention des effets secondaires du traitement (ostéoporose + +).
- Interactions médicamenteuses (comorbidités).
- Programme éducatif (compliance).
- Tenir compte des possibilités d 'accès aux soins (mobilité réduite, coûts...)

TRAITEMENT

- × **Même schéma thérapeutique.**
- × **β 2 mimétiques:**
 - * ↓ efficacité (↓ nombre ou sensibilité des récepteurs β 2 adrénergiques)
 - * Prudence chez sujets à antécédents cardio-vasculaires.
 - * Privilégier la voie inhalée; éviter voie IV

Composantes du traitement de fond

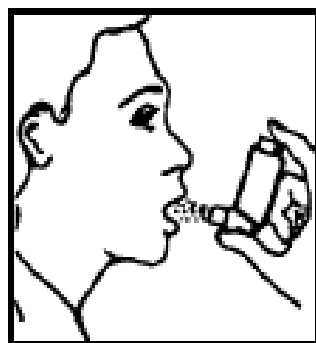
- ✓ **Évaluer et surveiller** la sévérité et le contrôle de l'asthme
- ✓ **Partenariat Patient/Médecin**
- ✓ **Facteurs environnementaux et comorbidités**
- ✓ **Les médicaments**

Composantes du traitement de fond

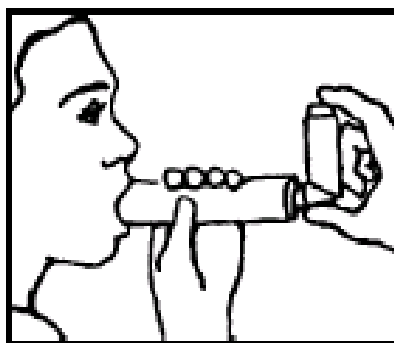
- ✓ **Évaluer et surveiller** la sévérité et le contrôle de l'asthme
- ✓ **Partenariat Patient/Médecin**
- ✓ **Facteurs environnementaux et comorbidités**
- ✓ **Les médicaments**

- ✓ **La maladie asthmatique**
- ✓ **Les médicaments antiasthmatiques**
- ✓ **Les techniques d'inhalation**
- ✓ **Le schéma thérapeutique**
- ✓ **Les mesures de contrôle de l'environnement**

Use of dry powder doseurs



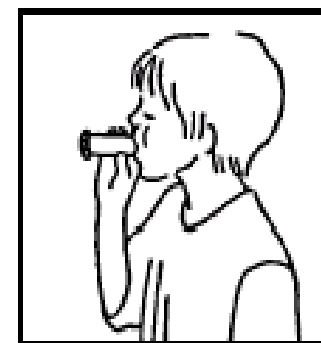
A. Open mouth with inhaler 1 to 2 inches away



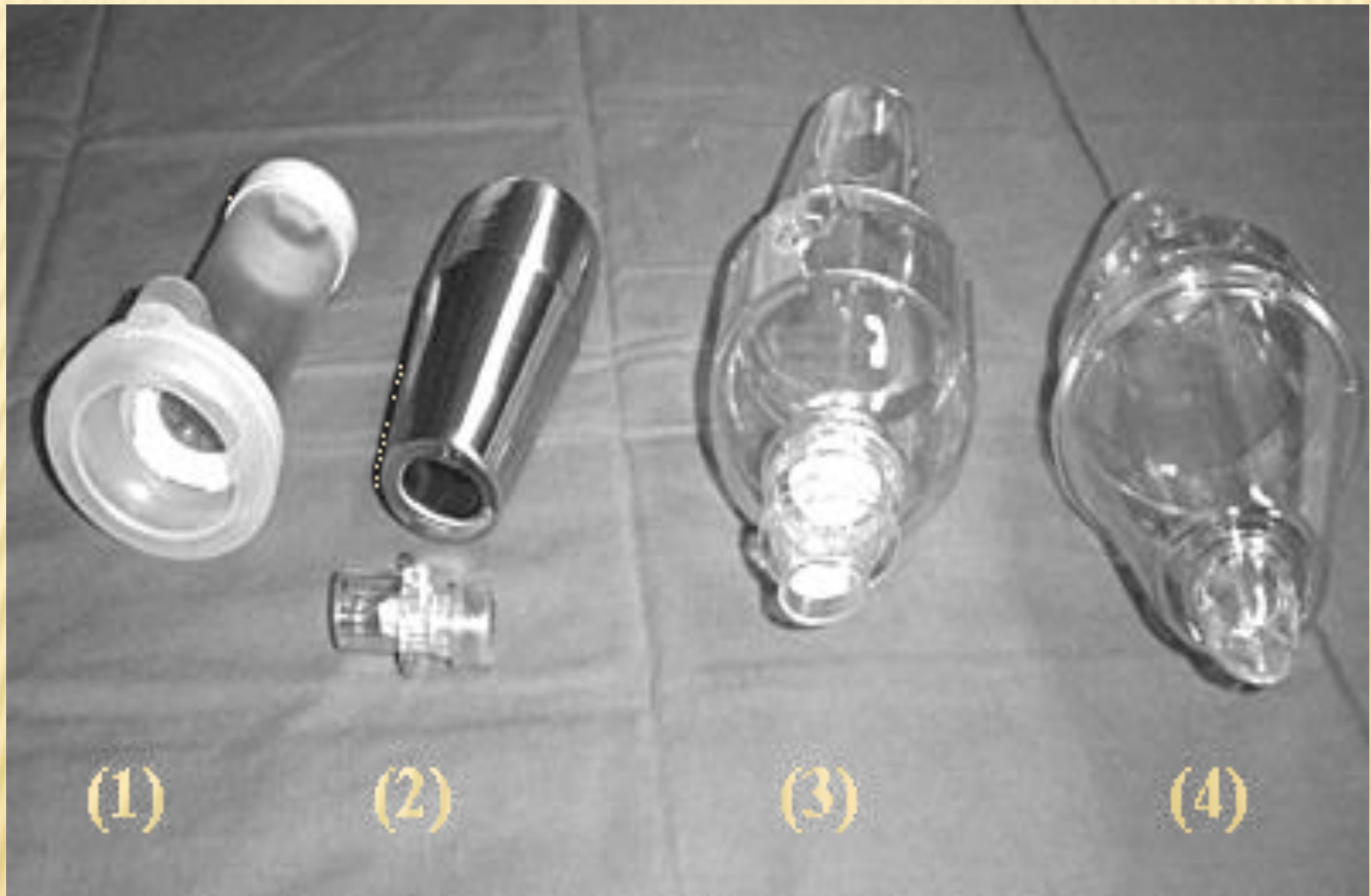
B. Use spacer/holding chamber (that is recommended especially for young children and for people using corticosteroids).



C. In the mouth. Do not use for corticosteroids.



D. NOTE: Inhaled dry powder capsules require a different inhalation technique. To use a dry powder inhaler, it is important to close the mouth tightly around the mouthpiece of the inhaler and to inhale rapidly.



- Les allergènes
- Les infections respiratoires
- Le Reflux Gastro-oesophagien
- L'exposition professionnelle
- Certains aliments
- Certains médicaments
- Effort
- Facteurs hormonaux
- Facteurs psychologiques
- Rhinite/sinusite
- SAS
- Obésité

Composantes du traitement de fond

- ✓ **Évaluer et surveiller** la sévérité et le contrôle de l'asthme
- ✓ **Partenariat Patient/Médecin**
- ✓ **Facteurs environnementaux et comorbidités**
- ✓ **Les médicaments**

-
- ✘ **Retour à une fonction respiratoire normale?**
 - ✘ **Prévention des effets secondaires du traitement (ostéoporose + +).**
 - ✘ **Interactions médicamenteuses (comorbidités β bloquants).**
 - ✘ **Programme éducatif +++**
 - ✘ **Tenir compte des possibilités d 'accès aux soins (mobilité réduite, coûts...)**