

**TD ASTHME**

# Énoncé

---

- Un jeune homme de 20 ans consulte à votre niveau pour le suivi de sa maladie asthmatique.
- Son asthme est connu depuis 02 ans, il prend quotidiennement et de façon régulière son traitement à base de corticoïdes inhalés type « Clénil » à raison de 02 bouffées par jour; malgré ça il continu à faire des crises dyspnéiques typiques qui cèdent par la consommation de B2 mimétiques (en moyenne 03 fois par semaine).

- **Question 01:** quelles sont les questions que vous devez vous poser, **par chronologie?**

# Les questions

---

- S'agit-il d'un asthme?
- L'asthme est-il contrôlé ou non?
- Pourquoi cet asthme n'est pas contrôlé?
- Est-ce que le patient est observant?
- y-a-t-il des facteurs déclenchant à éliminer?
- Est-ce que le traitement est correctement administré?
- Est-ce que la posologie du traitement est adaptée?

# 1. S'agit-il d'un asthme?

---

- **Question 02:** comment comptez-vous confirmer le diagnostic d'asthme?

Sexe masculin + 20 ans + gêne respiratoire (dyspnée)

# Interrogatoire

---

- Caractéristiques sémiologiques de la dyspnée
- L'existence d'autres symptômes respiratoires et leurs caractéristiques sémiologiques
- Le retentissement de cette gêne respiratoire sur le quotidien et le vécu du patient
- Examens fonctionnelles respiratoires antérieurs
- Examen radiologique antérieur
- Examen immunologique (tests cutanés...)

## Examen physique

- Examen général
- Examen pleuro-pulmonaire (mesure du DEP, auscultation)
- Examen des autres appareils

# Interrogatoire

---

- Monsieur M.X se plaint d'une gêne respiratoire sifflante, oppressante avec une toux sèche, survenant surtout la nuit et au petit matin et parfois à l'effort. Cette gêne respiratoire est à l'origine d'une soif d'air avec sensation d'étouffement incitant le patient à ouvrir la fenêtre.
- Le patient souffre également d'un eczéma atopique et d'une rhinite allergique et, prouvée il y a 1 an par la mise en évidence d'une allergie aux acariens et aux phanères de chat.

# Examen physique

---

- Patient conscient, bien orienté, parle en phrases complètes, pas de tirage ni de cyanose (aucun signes de détresse respiratoire).

TA =12/07 cmHg      FR =15 C/min      FC =75 Batt/min

DEP= 258 L/min      SaO<sub>2</sub>= 96%      T= 37.1 C

- L'examen pleuro-pulmonaire est sans particularité
- L'examen des autres appareils est aussi sans particularité

- **Question 02:** quel est le paramètre qui attire votre attention ?

# Le débit expiratoire de pointe (DEP)

---

- **Technique** à respecter (cf. fiche technique).
- **Résultats** à comparer avec les références (taille, âge, sexe)  
DEP théorique de notre patient est de 380 L/min.
- **Conclusion** à tirer de l'interprétation: la présence d'un trouble ventilatoire obstructif (grosses bronches).
- **Décision à prendre:** test de variabilité.

L'augmentation du DEP de notre patient est de 30%,  
20minutes après la prise de bronchodilatateurs de courte  
durée d'action.

## 2. L'asthme est-il contrôlé ou non?

---

C'est bien un asthme mais...  
**le contrôle?**

# Comment allons nous apprécier le contrôle de l'asthme? (GINA 2019)

---

- Symptômes respiratoires diurnes
- Symptômes respiratoires nocturnes
- Activité quotidienne
- Fonction respiratoire (DEP)
- ..
- « ...malgré ça il continue à faire des crises dyspnéiques typiques qui cèdent par la consommation de B2 mimétiques (03 fois par semaine)... »
- DEP bas

# 3. Pourquoi son asthme n'est pas contrôlé?

---

Pour répondre à cette question, d'autres questions s'imposent:

- Est-ce que le patient est observant?
- Le patient est-il exposé à des facteurs déclenchant?
- Est-ce que le traitement est correctement administré?
- Est-ce que la posologie du traitement est adaptée?

## 4. Est-il observant?

---

« ...je prend quotidiennement et de façon régulière mon traitement à base de corticoïdes inhalées type « Clénil » à raison de 02 bouffées par jour... »

# 5. Existe-t-il des facteurs déclenchant ?

---

- Le patient est assidue et prend ses corticoïdes inhalés de façon régulière, matin et soir (08h, 20h)
- Il fait attention à sa literie (anti-acariens) pas d'animaux domestiques
- Pas de rhinite **chronique et actuellement pas de symptômes en rapport avec sa rhinite allergique**
- Changement de profession: le patient occupe la même fonction depuis 05 ans (vendeur dans un kiosque multiservice.
- Changement de domicile: il habite au même endroit depuis sa naissance
- Changement climatique (saison...)

---

**6. La méthode d'utilisation des dispositifs d'inhalation est-elle correcte?**

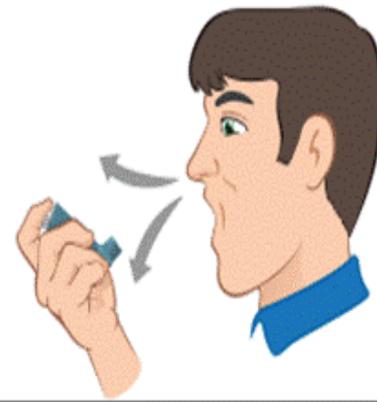
---



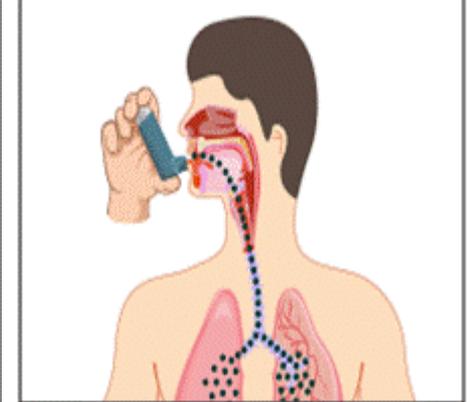
Insérer une cartouche dans l'inhalateur



Secouer l'inhalateur de haut en bas

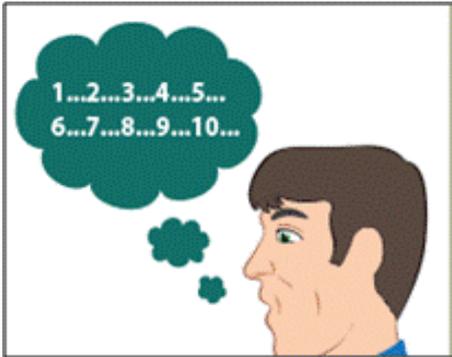


Expirez en vidant entièrement vos poumons

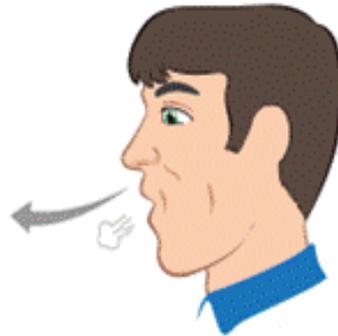


Mettez l'inhalateur contre vos lèvres et aspirez fort

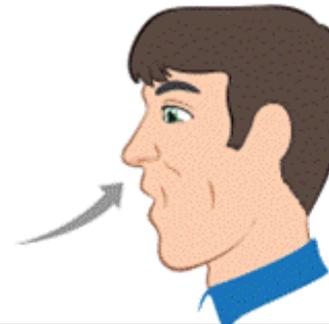
# Spray



Retenez votre respiration 10 secondes



Expirez lentement



Reprenez votre souffle normalement



Recommencez quelques minutes plus tard



Enlever le capuchon



Tourner l'embout dans le sens inverse des aiguilles d'une montre



Insérer la gélule dans l'insert réservé à cet effet

# Aérolizer



Refermer le dispositif en le tournant dans le sens des aiguilles d'une montre

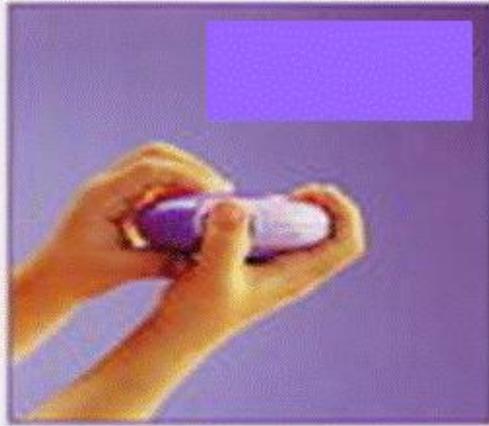


Appuyer simultanément sur les deux pressoirs latéraux

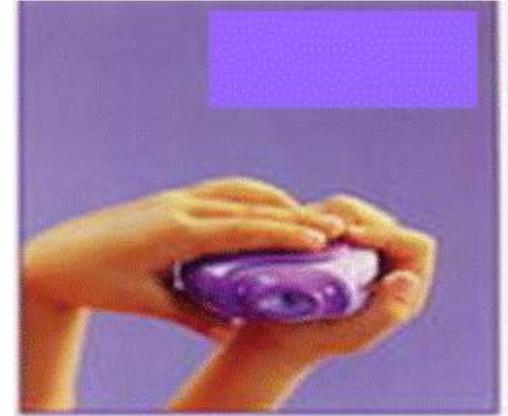


Mettre l'embout dans la bouche et aspirer fort

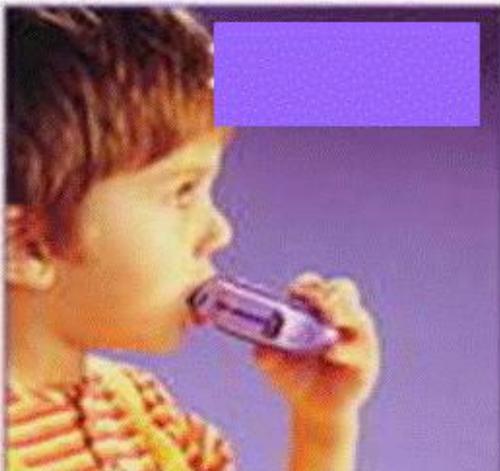
Ouvrir



Armer



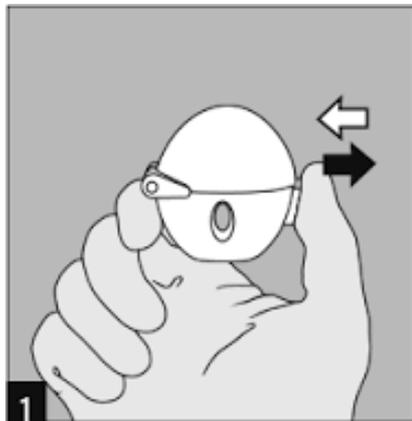
**Diskus**



Inhaler

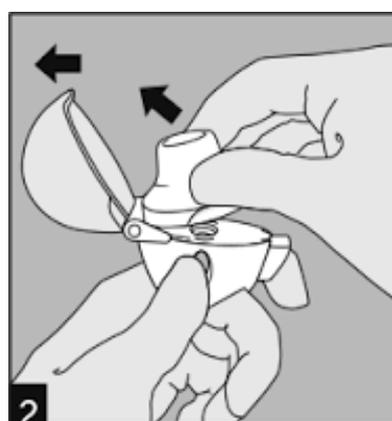


Fermer



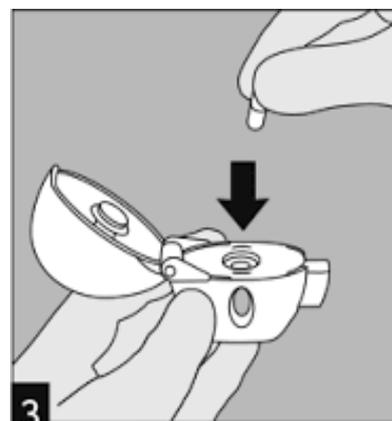
1

Appuyer sur le bouton  
latéral afin d'ouvrir  
l'opercule



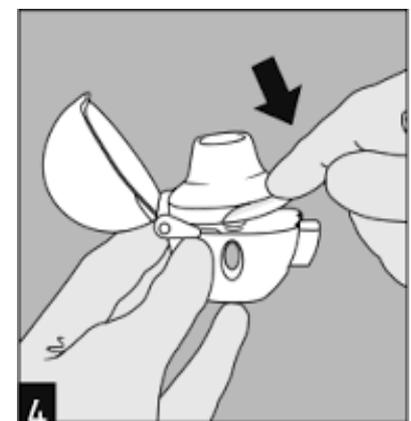
2

Relever le capuchon



3

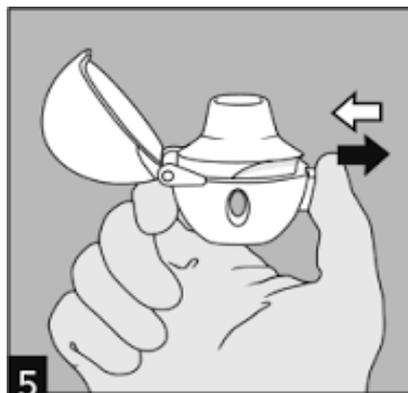
Mettre la gélule dans  
l'insert réservé à cet effet



4

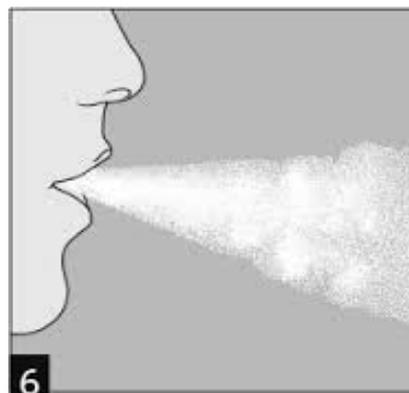
Refermer le capuchon

# Handihaler



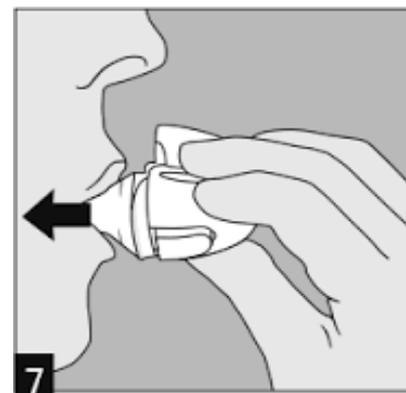
5

Appuyer sur le bouton  
afin de percer la gélule



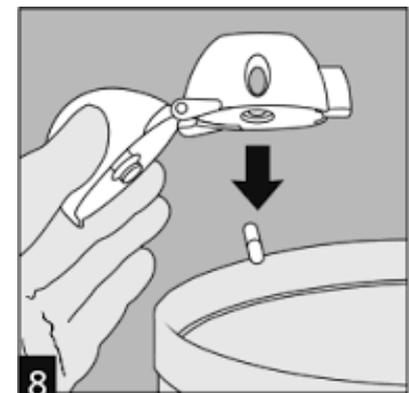
6

Inspirer profondément



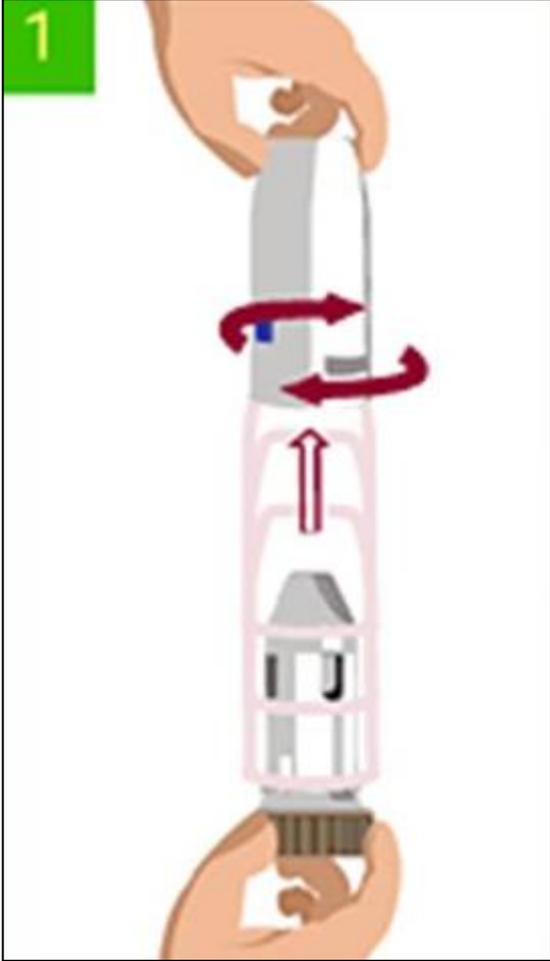
7

Mettre l'embout dans votre  
bouche et aspirer fort

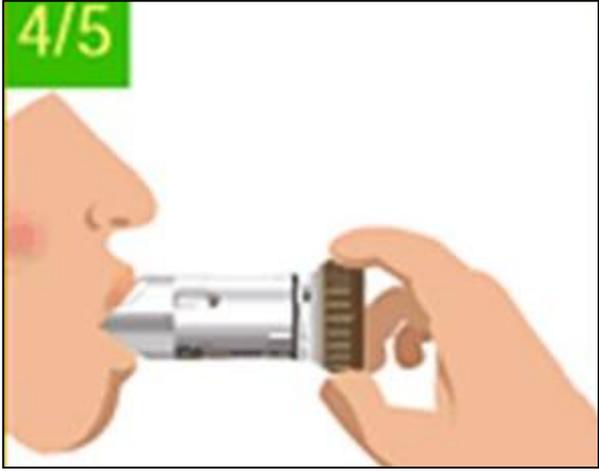


8

Rouvrir le dispositif et  
jeter la gélule



# Turbuhaler





Mettre l'embout du spray dans l'insert de la chambre d'inhalation réservé à cet effet



Maintenir l'ensemble spray/ chambre d'inhalation d'une main ferme

# Chambre d'inhalation



Poser l'index sur le haut du réservoir du spray pour s'apprêter à appuyer dessus



Mettre l'embout bucal de la chambre dans la bouche et appuyer sur le spray du nombre de bouffées souhaitées puis réaliser 2 à 3 cycles respiratoires complets

# Nébuliseur

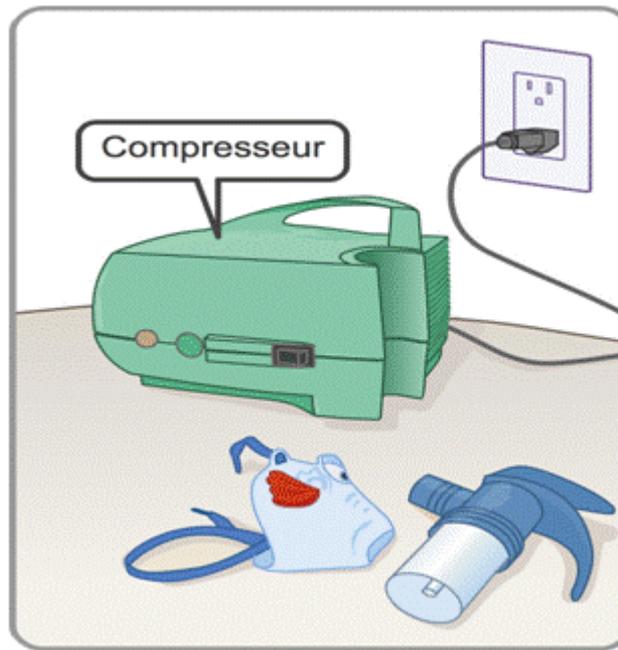
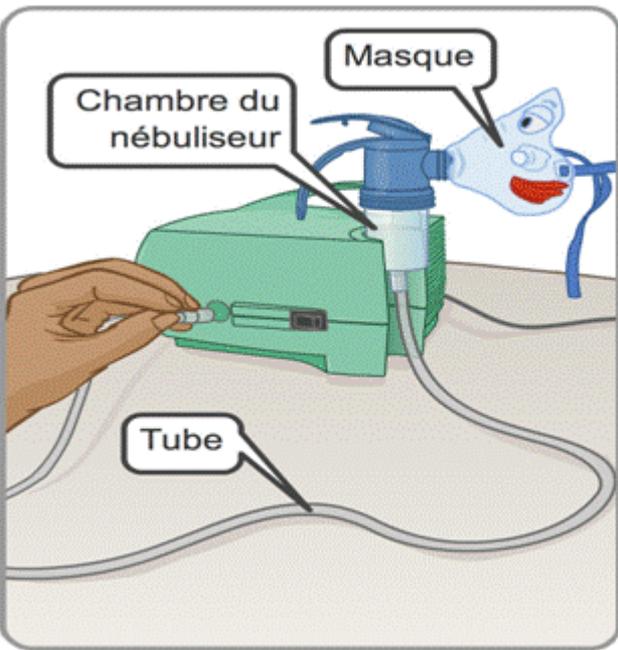
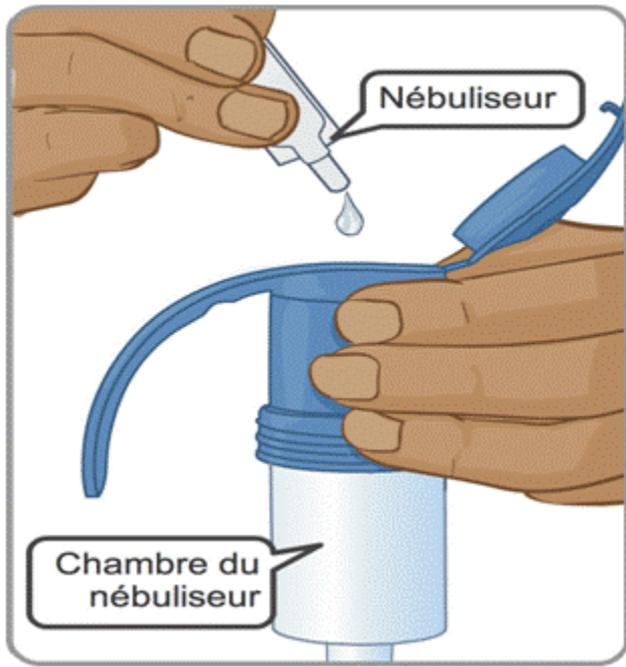
**Préparez le compresseur**  
Placez le compresseur sur une table  
Branchez la machine.

**Raccordez le tube du compresseur à la  
chambre et au masque du nébuliseur**

1. **Placez** le masque sur le nez et la bouche en vous assurant que l'air ne passe pas;
2. **Mettez** le compresseur en marche
3. **Respirez** lentement par la bouche
4. **Maintenez** le masque sur le visage jusqu'à ce que les gouttelettes cessent d'en sortir.

**Préparez le médicament:**

1. Ouvrez le nébuliseur.
2. Placez le médicament dans la chambre du nébuliseur.



**7. Le traitement prescrit est-il adapté à l'asthme du patient ?**

# Stratégie thérapeutique du contrôle de l'asthme

Augmentation du palier thérapeutique pour améliorer le contrôle de l'asthme

Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Palier 5
Pas de TTT de fond	CSI faible dose	CSI faible dose + $\beta 2$ LDA	CSI moyenne ou forte dose + $\beta 2$ LDA	Palier 4 + au choix
ou CSI faible dose	<u>ou</u> montélukast	<u>ou</u> CSI moyenne ou forte dose	CSI moyenne et forte dose + montélukast	Omalizumab (avis spécialisé)
	ou théophylline	<u>ou</u> CSI faible dose + montélukast	CSI moyenne ou forte dose + $\beta 2$ LDA + tiotropium	ou corticoïde per os (plus faible dose possible)
		<u>ou</u> CSI + théophylline	<u>ou</u> CSI + théophylline	Corticoïde per os à la plus faible dose possible + omalizumab ou tiotropium

Diminution de palier thérapeutique pour trouver le palier le plus petit possible nécessaire pour maintenir le contrôle