

Etude analytique des asthmatiques vus en consultation spécialisée

Dr Y. MOHAMMAD*

(Accepted 27/9/2001)

□ Résumé □

La prévalence élevée de l'asthme et la mortalité persistante malgré le progrès médical et technique, a incité à établir des "guidelines" pour le diagnostic et le traitement de l'asthme dont ceux édités par la Global Initiative for Asthme, et le guide pour asthme pour les pays à faibles revenus édités par l'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (l'UICMR). Le travail que nous présentons fait partie d'une étude multicentrique lancée par l'UICMR pour évaluer ses "guidelines" et les adapter en conséquence.

Une Fiche fut remplie pour chaque nouveau patient asthmatique se présentant en consultation à notre clinique officielle spécialisée. Le degré de sévérité de l'asthme était classé en tenant compte de la répétition des crises et de la valeur de débit expiratoire de pointe au moment de la stabilisation. Nous avons rapporté un retard diagnostique chez 47 % de nos patients témoignant d'une lacune dans la formation médicale continue. Et un sous prescription des corticostéroïdes inhalés principalement à cause des prix élevés et de la phobie des médicaments sous forme de spray chez nos patients.

Mots clés : Asthme, débit mètre de pointe, sous diagnostique, corticoïdes inhalés.

* Maître de conférences, service de Médecine Interne, Faculté de médecine, Université de Tichrine, Lattaquié – Syrie

دراسة تحليلية لمرضى الربو في عيادة اختصاصية

الدكتورة يسر محمد*

(قبل للنشر في 2001/9/27)

□ الملخص □

إن الازدياد في انتشار الربو والوفيات لناجمة عنه على الرغم التطور الطبي ، حمل الجهات المعنية إلي إصدار برامج لتشخيص وعلاج الربو. مثل التي أصدرتها المبادرة العالمية للربو، ودليل تدبير الربو في دول العالم الثالث الذي أصدره الاتحاد العالمي لمكافحة السل والأمراض التنفسية. العمل الذي نقممه هو جزء من بحث متعدد المراكز خطط له الاتحاد العالمي ليقيم ما أورده من خطوط عريضة في نبله ويعملها على ضوء النتائج العملية. تم استجواب كل مريض ربو يدخل عيادتنا الرسمية التخصصية للمرة الأولى حول تكرار النوب عنده في الأشهر الماضية وتم كذلك قياس الجريان الأعظمي الزفيرى عنده قبل وبعد استنشاقه الموسع القصبي لتصلف شدة الربو عنده إلى منقطع ومزمن الذي يصنف بدوره إلى بسيط، متوسط وشديد. أهم نتائجنا هي أن 47% من المرضى شخصوا من قبلنا للمرة الأولى، مما يشير إلى تأخر تشخيص المرض من قبل الأطباء غير الاختصاصيين. وكذلك أنه هناك نقص في وصف الكورتيزون الاستنشاقى الذي صار حجر الأساس في علاج الربو المزمن ربما بسبب ارتفاع كلفته ويسبب تخوف المرضى غير المبرر من تعاطي هذا العلاج.

كلمات مفتاحية: الربو، قياس الغزارة المتطور. التشخيص المتأخر، الكورتيزون الاستنشاقى.

*أستاذة مساعدة في قسم الأمراض الباطنة، كلية الطب، جامعة تشرين، اللاذقية سورية.

Introduction :

L'asthme est une atteinte inflammatoire des voies respiratoires, impliquant de multiples cellules notamment mastocytes, éosinophiles et T lymphocytes. Chez des sujets prédisposés, cette inflammation provoque des épisodes récidivants de sifflement, de dyspnée, de gêne respiratoire de toux particulièrement la nuit et /ou au petit matin. Ces symptômes sont habituellement associés à une obstruction étendue mais d'intensité variable qui est au moins en partie réversible, soit spontanément soit sous l'effet d'un traitement. Cette inflammation provoque aussi une aggravation de la réactivité bronchique à une variété de stimuli.

Compte tenu de la grande prévalence de l'asthme et de l'augmentation des incidences annuelles: les enquêtes épidémiologiques montrent que dans le monde occidental la prévalence de l'asthme a augmenté de 200 à 300% les trente dernières années, dans le tiers monde. Les enquêtes ont montré que cette affection prédomine chez les enfants, et que l'augmentation de la morbidité est prévisible dans l'avenir en raison de la jeunesse de la population. [1]. Compte tenu aussi de la mortalité non négligeable, la mortalité par asthme augmente en Europe et aux Etats Unis, et près de 50000 décès par an dans les pays à faibles revenus, et compte tenue du coût du traitement allant de 100 USD par an et par malade dans le tiers monde à 800 USD par an et par malade en Australie [2,3,4]. L'OMS et d'autres organisations et institutions se sont intéressés par l'établissement des guidances pour une meilleur diagnostique et un meilleur traitement au long cours dans le but d'éviter le retard du diagnostique et la négligence thérapeutique, réduisant par ce moyen l'impact de la morbidité et les dépenses sanitaires. L'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (UICTMR) a édité un livre avec les guidances pour les pays de faibles revenus [5]. Puis a lancé une étude pour évaluer ces guidances. C'était une étude multicentrique prospective des cas d'asthme pris en charge pour la première fois en consultation, durant le premier trimestre 1998.

Notre étude s'est placée dans ce contexte d'évaluation et s'est fixé comme objective d'évaluer les divers aspects : diagnostic et prise en charge thérapeutique de l'asthme dans les pays du tiers monde, pour pouvoir adapter les guidances.

Matériels et Méthodes :

Pour chacun des 77 patients, qui ont été choisis comme échantillon de cette étude, et dès la stabilisation de son asthme, donc en dehors des crises, a été remplie une fiche d'information comportant 10 items dont les principaux concernent la fréquence des symptômes, la valeur de débit expiratoire de pointe pour pouvoir classer l'asthme. Et la prescription des corticoïdes inhalés:

La classification de l'asthme selon les symptômes et la valeur de débit expiratoire de pointe obéissaient aux critères décrits par l'union :

- La classification de l'asthme selon la fréquence des symptômes : Chaque malade était interrogé sur ses symptômes ; Est considéré comme asthme intermittent tout asthme dont les crises se répètent moins d'une fois par semaine, comme persistant bénin quand les crises se répétant plus d'une fois par semaine et moins d'une fois par jour, comme persistant modéré quand les crises sont quotidiennes, et comme persistant sévère quand les crises sont continues.

- La valeur de débit expiratoire de pointe(DEP) : Pour chaque malade le débit expiratoire de pointe était mesuré et comparé aux valeurs de référence. L'asthme était considéré comme étant bénin si la valeur de DEP est supérieur à 80% de la valeur de référence, Modéré si 60-80% et sévère si inférieur à 60%.

La prescription des corticoïdes inhalés (CI), comme cela a été décrit dans le guide pour asthme dans les pays de faible revenus, édité par l'Union Internationale Contre la Tuberculose et des Maladies Respiratoires a été tentée pour chaque cas persistant.

Le Formulaire final rempli par le malade était le suivant :

1. Nom de patient.
2. Nom de centre
3. AGE.
4. SEX :1 si home,2 si femme
5. Tabagisme : 1 si fumeur, 2 si ex. fumeur,3 sinon fumeur
6. Symptômes : 1 si intermittent, 2 si persistant bénin, 3 si persistant modéré, 4 Si persistant sévère.
7. Débit de pointe réel (meilleure valeur mesuré chez le malade après a stabilisation)
8. Débit de pointe de référence
9. Taille en cm
10. Prescription des corticoïdes inhalés

Ensuite, l'analyse statistique des informations numériques collectées, a été faite à l'aide de l'ordinateur en utilisant le logiciel des statistiques médicales: Epi-Info.

Résultats :

Les caractéristiques statistiques principales de l'échantillon de 77 patients, sont : l'âge moyen est de 41 ans, le médian est de 39 ans. L'échantillon contient 45 femmes et 32 homes. Le bon usage du programme nous a permis d'obtenir les résultats suivants :

- La classification du degré de sévérité de l'asthme en : Asthme intermittent 23%, persistant bénin (PB) 27%, persistant modéré (PM) 34% et persistant sévère (PS) 17%, est illustrée sur la Fig.1.

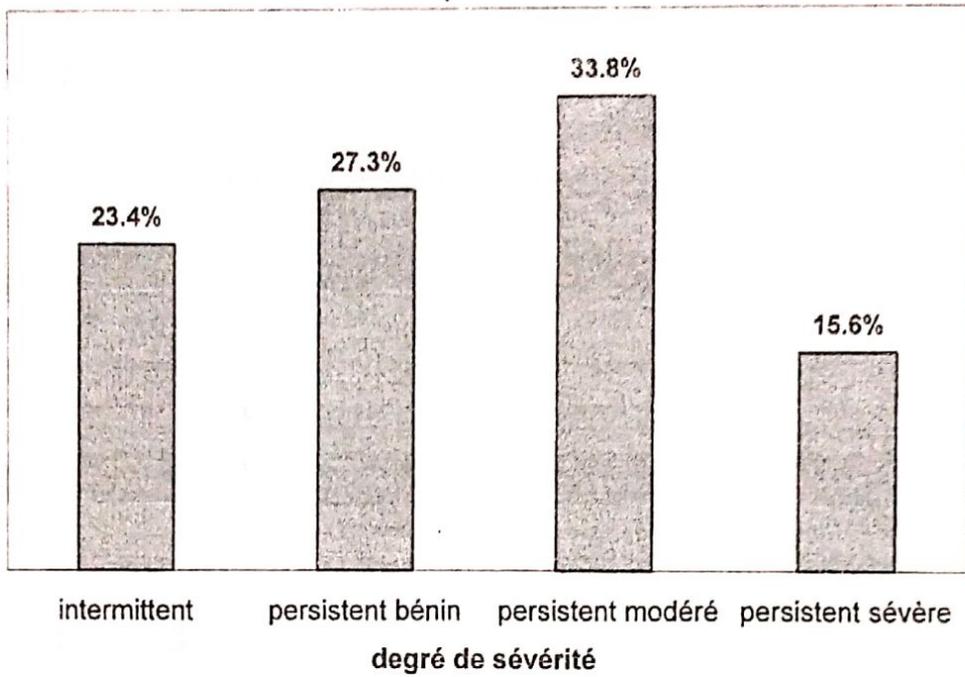


Fig.1, Classification de la sévérité de l'asthme

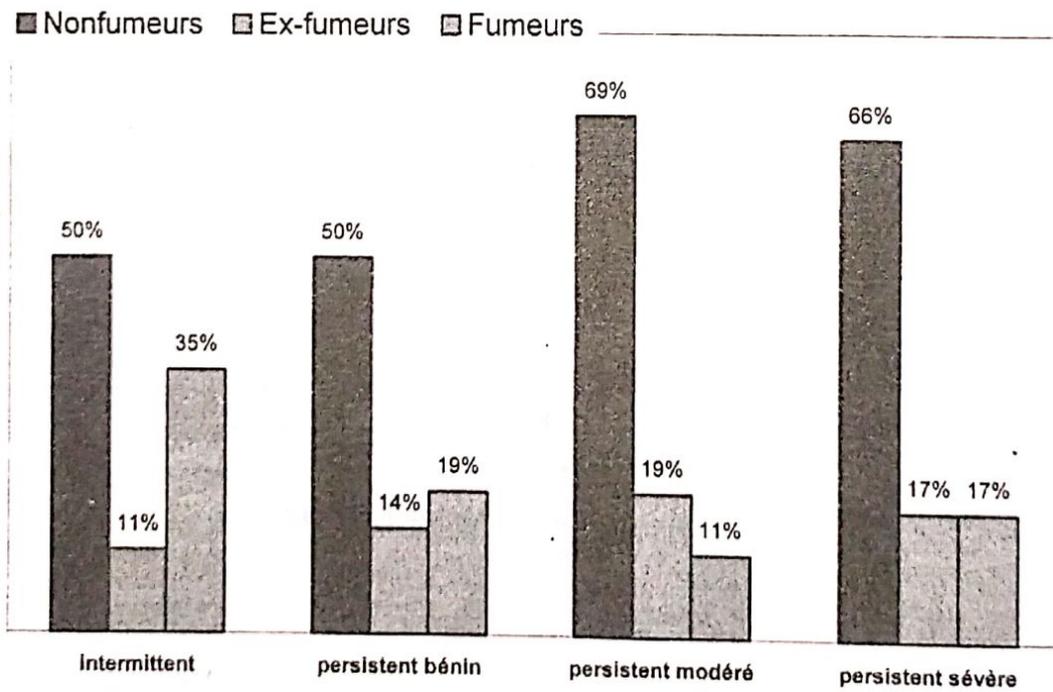


Fig.2, tabagisme et sévérité de l'asthme (p value = 0.515)

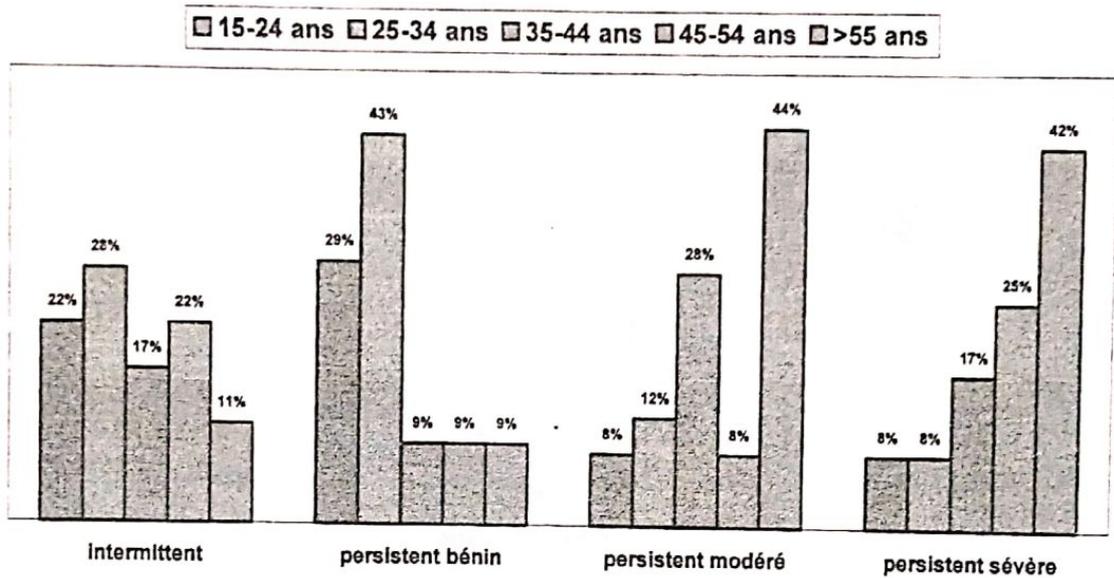


Fig. 3; La sévérité et l'age ($p = 0.032$)

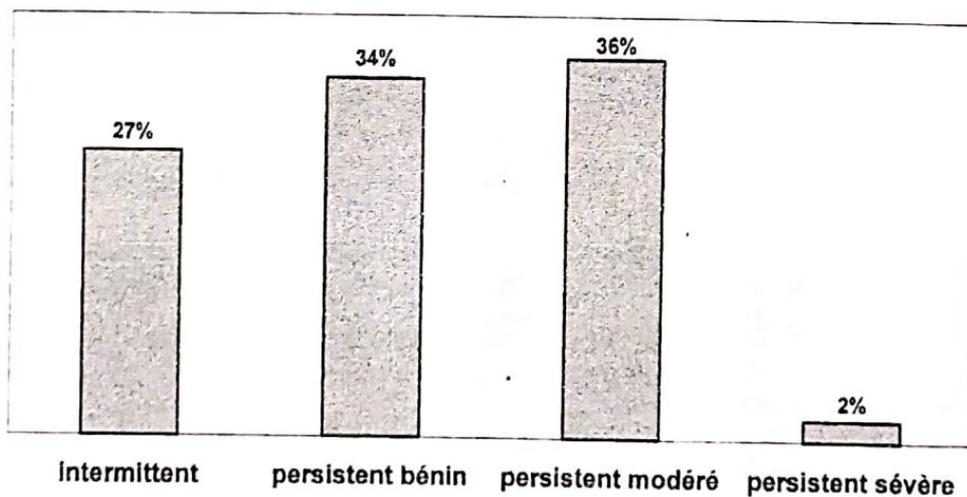


Fig.4; sévérité et diagnostique retardé de l'asthme
(47% de patients)

- Le rapport entre sévérité et âge, voir Fig.2, est statistiquement significatif : $p \approx 0.03$.
- Tandis que le rapport entre sévérité et tabagisme est moins significatif. Fig.3.
- Le pourcentage des nouveaux diagnostiqués par mis les patients, est de 47% dont le degré de sévérité est classé (PM) dans 36% des cas et (PS) en 2% seulement, voir Fig.4.
- Le traitement par (CI) n'a pas été prescrit dans 35% des cas.

Discussion :

Nous avons remarqué un retard du diagnostique, chez 47% des malades. Ces malades bien qu'asthmatiques, ignoraient leur maladie. Bien que certains avaient visité plusieurs médecins. Cela représente un risque d'empiement de leur asthme avec par conséquent aggravation de l'atteinte inflammatoire des bronches, qui à la fin devient irréversible. La principale raison du diagnostique retardé, semble être une lacune dans la formation médicale ; mais également la tendance des malades à nier leur asthme par crainte psychologique. Des taux moins importants mais non négligeables du retard diagnostique sont rapportés en Europe [5. nous aurons besoin d'organiser une étude ultérieure sur les facteurs de négation de l'asthme et quel facteurs culturels interviendraient.

D'autre part beaucoup de patients n'ont pas profité des corticostéroïdes inhales. Bien que l'on sache que ce traitement au long cours est le garanti d'une vie normale ; ceci étant du au prix élevé quand on le compare aux salaires, à la peur des patientes vis a vis du traitement inhales ; et encore à la négligence de la formation médicale continue.

Conclusion et Recommandation :

L'asthme reste donc sous diagnostiqué et sous traité. Des efforts sont à entreprendre pour : un consensus national tenant compte des conditions socio-économiques, une meilleure formation médicale, une utilisation plus étendue de débitmètre de pointe et un traitement efficace par les (CI) de forte dose.

References:

1. Global Initiative for Asthma; 1995- *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. NHLBI/WHO Workshop Report .
2. Rachel JG et O'Connor GT., 1997- *Asthma*. In *a Practical Approach to Pulmonary Medicine*. (ed.) Ronald H.GoldsteinJJ. O'ConnorGT. Karlinsky JB.Philladelphia.
3. Clark T. John R. 1998 - *Precipitating factors in asthma*. In: *Practical Management for Asthma*. UK, Martin Dunitz.
4. Frazer RS, Colman N, Muller NL, and Pare PD, 1999 - *Asthma In: Diagnosis of Diseases of the Chest*. Philladelphia, Saunders CO.
5. Nadia Ait-Khaled, Donald A.Enarson. 1996 - *Prise en Charge de l'Asthme de l'Adulte.Guide pour les pays a faible revenus.International*. Union Against Tuberculosis and Lung Diseases.Frankfurt.