

Faut-il adhérer aux recommandations thérapeutiques du GINA 2014 : Controverse

Pour: Mohammed Tawfik El Fassy Fihry - AMAFORCAL - Maroc

Des recommandations internationales sur la prise en charge de l'asthme ont été proposées à l'issue de nombreuses réunions [1]. Il est licite de se demander si ces recommandations ont un effet sur la prise en charge de l'asthme et si les objectifs thérapeutiques proposés ont été atteints, et donc, finalement, faut-il adopter ces recommandations [2].

L'asthme est une affection qui demeure sous-traitée, les différentes enquêtes insistent sur une observance thérapeutique médiocre et un contrôle insuffisant de la maladie dans un grand nombre de cas [3]. La principale difficulté est d'apprécier le degré réel de contrôle de l'asthme. Le contrôle des patients asthmatiques s'est amélioré ces dernières années, comme le montre l'enquête EFICAS en France, mais des progrès peuvent encore être réalisés en tenant compte notamment des facteurs influençant le contrôle, en adaptant le traitement et en développant l'éducation des patients [4].

A quel niveau se situe donc le problème: recommandations non adaptées ou recommandations non suivies ? Comment le GINA 2014 (et sa révision 2015) répond-il aux reproches qui ont été faits aux versions précédentes ?

Les recommandations du GINA ne sont pas toujours validées ?

Les recommandations du GINA pour la prise en charge et le traitement de l'asthme sont maintenant basées sur les preuves (EBM), les premières éditions étaient basées sur l'opinion d'experts, mais progressivement, la priorité a été donnée aux études scientifiques validées et elles ne sont pas figées, mais évolutives (différentes versions du GINA). Leur utilisation permet d'offrir le meilleur traitement possible à tous les asthmatiques [5].

Les recommandations sont rigides ?

Comme dans la vraie vie, le GINA propose d'évaluer la maladie, de proposer un traitement et de réévaluer celui-ci pour l'adapter à l'évolution de la maladie. Le GINA n'impose pas le même traitement à tous les malades et les formes sévères se voient proposées des thérapeutiques adaptées, voire ciblées. Il est aussi tenu compte des facteurs de risque et des tares associées. Pour un même niveau de contrôle, différents paliers de traitement sont proposés en fonction des facteurs de risque et/ou des éventuelles perturbations de la fonction respiratoire [6].

Place de l'inflammation dans l'asthme

Bien que l'inflammation chronique des voies aériennes soit caractéristique de la plupart des phénotypes de l'asthme et qu'elle fasse partie de la définition [7], l'absence de marqueurs inflammatoires ou la difficulté de les obtenir ne devrait pas réfuter le diagnostic d'asthme chez des patients présentant des symptômes respiratoires avec une limitation et/ou une variabilité du débit expiratoire. Cela ne doit pas minimiser l'intérêt des traitements anti-inflammatoires; au contraire, les indications de la corticothérapie inhalée (CSI) ont été élargies. La corticothérapie inhalée est préconisée dès les premiers stades de l'asthme, surtout s'il y a des facteurs de risque. Il est aussi recommandé de doubler les doses de CSI en cas d'aggravation de la maladie. Chez l'adulte, en cas d'amélioration clinique et fonctionnelle, on peut diminuer les doses de CSI, sans toutefois les arrêter.

Prise en charge non adaptée aux situations particulières

Il faut reconfirmer le diagnostic d'asthme même chez les patients déjà traités et reconnaître les conditions particulières: grossesse, asthme professionnel, patients âgés, fumeurs et athlètes. Les choix thérapeutiques dépendent de critères globaux : efficacité, efficience, sécurité et coût et de critères individuels : caractéristiques du patient (phénotypes), préférences du patient, cout pour le malade, adhérence et maniement des dispositifs d'inhalation.

Complexité de l'évaluation du contrôle

L'évaluation initiale de l'asthme et l'évaluation de la réponse au traitement reposent maintenant sur 2 groupes de critères: le contrôle des symptômes et les facteurs de risques. L'exploration de la fonction respiratoire n'est plus incluse dans les critères de contrôle, mais est utilisée dans l'évaluation des facteurs de risque. Il peut y avoir en effet une discordance entre l'évolution des valeurs spirométriques et le contrôle de l'asthme. Si les symptômes sont fréquents et la fonction respiratoire normale, il faut penser à des diagnostics alternatifs, comme la dysfonction des cordes vocales. A l'inverse, si la symptomatologie est discrète et la spirométrie perturbée, il faut évoquer une sous-perception ou un style de vie sédentaire.

Différence entre asthme sévère et asthme non contrôlé

Des algorithmes sont proposés pour distinguer un asthme non contrôlé et un asthme sévère réfractaire au traitement. Il faut d'abord toujours reconsidérer le diagnostic d'asthme, puis rechercher les principales causes de non-contrôle: mauvaise technique d'inhalation (jusqu'à 80% des patients) [8] et mauvaise adhérence au traitement (au moins 50% des patients) [9]. Ce n'est qu'après avoir vérifié que le traitement est optimum (bien prescrit, bien pris, pas de facteurs aggravant) que l'on peut évoquer un asthme sévère. Dans les versions précédentes du GINA, il était recommandé presque systématiquement d'augmenter les doses des médicaments ou d'associer d'autres drogues en cas de perte de contrôle ou pour prévenir les exacerbations, avec comme corollaire, l'augmentation du coût du traitement pour le malade et la société et une plus grande fréquence des effets secondaires; dans le nouveau GINA, il est bien précisé qu'il faut d'abord rechercher les éventuels facteurs aggravants ou déclenchants. L'utilisation des anticholinergiques à longue durée d'action a été validée en cas de non contrôle, en association avec le traitement du step 3.

Complexité de la prise en charge des crises

La prise en charge des crises d'asthme a été simplifiée en réduisant le nombre de catégories (de 4 à 3) : crise légère à modérée, sévère et arrêt respiratoire imminent. L'augmentation des doses de l'association formoterol/budesonide a été validée en cas de perte de contrôle, pour prévenir les exacerbations.

Conclusion:

Au terme de cette synthèse, on peut affirmer que le GINA, surtout sa version 2014, sans être un dogme, apporte une aide précieuse à la pratique quotidienne concernant la prise en charge de l'asthme. Ses 2 points forts sont l'évolutivité (assimilation des connaissances scientifiques les plus récentes) et l'adaptation aux problèmes rencontrés sur le terrain

Source: GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION (GINA, update 2015)

Bibliographie :

1. Boulet LP, FitzGerald JM, Reddel HK. The revised 2014 GINA strategy report: opportunities for change. *Curr Opin Pulm Med.* 2015; 21:1-7.
2. Bousquet J, Humbert M. GINA 2015: the latest iteration of a magnificent journey. *Eur Respir J.* 2015; 46:579-82.
3. Thomas M, Kay S, Pike J, Williams A, Rosenzweig JR, Hillyer EV, et al. The Asthma Control Test (ACT) as a predictor of GINA guideline-defined asthma control: analysis of a multinational cross-sectional survey. *Prim Care Respir J.* 2009; 18:41-9.
4. R. Abdelaziz, Y. Gueddari, M. Beji, D. Maizoumbou, H. Kane, M. Thiakane, H. Douagui, Évaluation du contrôle de l'asthme de l'adulte : étude prospective au Maghreb et en Afrique subsaharienne, *Revue Française d'Allergologie*, Volume 55, Issue 3, April 2015, Page 262
5. Reddel HK, Bateman ED, Becker A, Boulet LP, Cruz AA, Drazen JM, et al. A summary of the new GINA strategy: a roadmap to asthma control. *Eur Respir J.* 2015; 46:622-39.
6. Fitzgerald JM, Bateman E, Hurd S, Boulet LP, Haahtela T, Cruz AA, et al. The GINA Asthma Challenge: reducing asthma hospitalisations. *Eur Respir J.* 2011; 38:997-8.
7. Dweik RA, Boggs PB, Erzurum SC, et al. An official ATS clinical practice guideline: interpretation of exhaled nitric oxide levels (FENO) for clinical applications. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;184(5):602-615.
8. Levy ML, Hardwell A, McKnight E, Holmes J. Asthma patients' inability to use a pressurized metered-dose inhaler (pMDI) correctly correlates with poor asthma control as defined by the global initiative for asthma (GINA) strategy: a retrospective analysis. *Prim Care Respir J.* 2013; 22:406-11.
9. P. Devillier, H. Salvator N. Roche, Le choix du dispositif d'inhalation (hors nébulisation) : un acte médical, *RMR*, Volume 32, Issue 6, June 2015, Pages 599–607