

Asthme persistant développé durant la jeunesse – asthme à début tardif

Asthme débutant chez la personne âgée

L'asthme est encore fréquemment considéré à tort parmi les médecins comme une pathologie survenant uniquement chez des jeunes dans un contexte atopique. En réalité, l'asthme est une maladie hétérogène avec des mécanismes pathophysiologiques et des phénotypes distincts. Chez la personne âgée, il est important de différencier deux typologies : l'asthme persistant développé durant la jeunesse et l'asthme à début tardif, ce dernier faisant l'objet du présent article.



Dr Samir Lahzami
Genolier

Bien que l'incidence annuelle chez l'adulte représente le tiers de celui des moins de 18 ans, l'asthme chez la personne âgée (≥ 65 ans) se distingue par un risque doublé d'hospitalisation et l'accumulation des 2/3 de la mortalité (1,2). Parmi les personnes âgées souffrant d'asthme, 30% ont développé les premiers symptômes après l'âge de 45 ans (3). L'asthme à début tardif se différencie de l'asthme persistant à plusieurs égards : il est souvent non atopique, plus sévère et associé à un déclin plus rapide des fonctions pulmonaires. Parmi les patients avec un asthme à début tardif, 95% présentent toujours un asthme actif 5 ans après le diagnostic, de degré modéré à sévère pour la moitié d'entre eux (4). En raison de ce faible taux de rémission, la prévalence de l'asthme chez les ≥ 65 ans atteint jusqu'à 10%, avec une prépondérance de femmes dans la classe d'âge des 65–75 ans (5).

Facteurs favorisants

L'asthme est une maladie qui se développe à partir d'un mélange de facteurs génétiques et environnementaux, dont les mécanismes ne sont que partiellement élucidés. Dans l'asthme à début tardif, où l'anamnèse familiale positive et l'atopie sont souvent absents,

de nombreux facteurs déclenchants endogènes ou environnementaux ont été identifiés (tab. 1).

Parmi ces facteurs, l'asthme sur exposition occupationnelle à des sensibilisants ou irritants constitue la cause la plus fréquente et implique environ 15% des cas (6). Bien que cette exposition soit le plus souvent réalisée sur le lieu de travail, les personnes âgées restent à risque dans le cadre de leurs activités de loisirs. Il importe donc de creuser l'anamnèse occupationnelle et son éventuelle association temporelle avec les symptômes. Une exposition au tabac et la prise d'AINS, d'aspirine ou de bêtabloquants (systémiques ou par voie ophtalmique) doivent également être recherchées.

Phénotypes

Les patients asthmatiques ont été longtemps évalués et classifiés uniquement sur la base de leurs symptômes et de leurs valeurs spirométriques. Ces paramètres ne permettant pas d'évaluer la maladie de manière exhaustive, une approche multidimensionnelle plus proche de la réalité est désormais privilégiée, à travers la recherche de phénotypes se distinguant par les caractéristiques des patients touchés, leurs manifestations cliniques et inflammatoires, ainsi que leurs pronostics. Ces études typologiques de groupes ont permis d'identifier 3 phénotypes parmi les patients développant un asthme tardivement (7–11), décrits plus en détail dans le tableau 2 :

- Asthme léger bien contrôlé
- Asthme de la femme obèse
- Asthme sévère

Il est probable que ces phénotypes pourront être affinés dans le futur et notamment reliés à des facteurs déclenchants spécifiques.

Diagnostic

Les critères diagnostiques de l'asthme débutant chez la personne âgée sont les mêmes que pour l'asthme du jeune, à savoir la présence de symptômes évocateurs, d'un trouble ventilatoire obstructif variable et réversible, d'une hyperréactivité bronchique et le plus souvent d'une inflammation chronique des voies aériennes (12). Néanmoins, plusieurs facteurs peuvent compliquer le diagnostic chez la personne âgée : un large diagnostic différentiel parfois coexistant, comprenant notamment la BPCO, l'insuffisance cardiaque gauche ou le reflux gastro-oesophagien, ainsi qu'une anamnèse et des épreuves fonctionnelles respiratoires souvent piégeuses.

TAB. 1 Facteurs favorisant l'asthme à début tardif

Exposition professionnelle	paysan coiffeur boulangier soudeur nettoyeur
Exposition lors d'activités de loisir	peinture bricolage
Facteurs environnementaux	pollution moisissures animaux domestiques
Tabagisme (actif, ancien ou passif)	
Médicaments	AINS aspirine bêta-bloquants
Infections virales des voies respiratoires	
Rhinosinusite chronique et polyposse nasale	
Obésité	
Hormones féminines	
Stress	

TAB. 2 Phénotypes de l'asthme à début tardif

Phénotype	sexe/ morphologie	atopie	éosinophilie bronchique	symptômes quotidiens	exacer- bations	degré d'obstruction bronchique	caractéristiques thérapeutiques	divers
femmes obèses	surtout femmes, obèses	peu	très basse	importants	rare	léger	souvent sous stéroïdes systémiques	utilisation des services de santé disproportionnée par rapport au degré d'obstruc- tion bronchique
asthme sévère	femmes > hommes	plutôt pas	très élevée	variables	fréquentes	sévère et persistant	souvent résistant au traitement de stéroïdes	souvent associé à rhinosinu- site chronique, polypes na- saux et/ou sensibilisation à l'aspirine
asthme léger bien contrôlé	femmes > hommes	50 %	basse	peu ou pas	rare	absent ou léger	nécessitent peu ou pas de traitement pharmacologique	parfois transitoire

En effet, bien qu'ils puissent également se manifester de manière classique par des épisodes de dyspnée paroxystique, les symptômes de l'asthme à début tardif sont volontiers atypiques et peuvent notamment se limiter à une dyspnée ou toux chronique. La mauvaise perception de la dyspnée chez les personnes âgées, sa banalisation et le déconditionnement physique souvent associés ne peuvent qu'ajouter à la confusion.

Du point de vue fonctionnel, la spirométrie initiale peut être normale et un suivi des fonctions pulmonaires se révéler nécessaire pour détecter un syndrome obstructif (rapport de Tiffeneau < 89% du prédit ou < LLN – lower limit of normal). L'augmentation physiologique de la collapsibilité des voies aériennes liée au processus de sénescence peut produire une obstruction bronchique faussement pathologique ou, si elle est connue, rendre difficile la détection d'une composante pathologique surajoutée. La diminution de l'expression des récepteurs bêta-adrénérgiques chez la personne âgée peut nécessiter l'ajout d'un anticholinergique et l'attente de 30 min au lieu des 5–10 min habituelles pour objectiver une réversibilité significative (gain de > 12% et de 200 ml de VEMS). L'interprétation des épreuves fonctionnelles est par ailleurs fréquemment sujette à caution en raison de manœuvres de qualité insuffisante en lien avec une mauvaise coordination ou des troubles cognitifs.

Chez les patients présentant des symptômes suspects d'asthme sans syndrome obstructif à la spirométrie, la réalisation d'un test de provocation bronchique est indiquée. En effet, une hyperréactivité bronchique est toujours présente en cas d'asthme, et particulièrement évidente lorsque le début de l'asthme est récent.

L'asthme débutant chez la personne âgée présente de nombreuses similarités avec la BPCO, en particulier le début tardif des symptômes et la proportion élevée d'exposition au tabac. Il a été rapporté que 20% des patients âgés asthmatiques ont un diagnostic erroné de BPCO (13). Un challenge diagnostique supplémentaire est représenté par la coexistence d'une BPCO et d'un asthme. Celle-ci doit être suspectée en présence d'une exposition connue au tabac ou aux fumées de biomasse, et d'une réversibilité significative de l'obstruction après bronchodilatateur avec toutefois persistance d'un syndrome obstructif.

L'ensemble de ces difficultés a comme conséquence un sous-diagnostic fréquent de l'asthme débutant chez la personne âgée,

avec comme corollaire un retard d'initiation du traitement et une morbidité et mortalité élevée. Il importe donc d'être attentif à combiner l'anamnèse parfois atypique, l'examen clinique et les épreuves fonctionnelles respiratoires, au besoin répétées, pour permettre de poser le diagnostic.

Prise en charge

L'éducation, l'éviction des facteurs déclenchants, le suivi et le traitement pharmacologique sont les pierres angulaires de la prise en charge de l'asthme, quel qu'en soit l'âge du début ou le phénotype. Les objectifs sont de contrôler les symptômes asthmatiques, mais également de prévenir le risque d'exacerbation et de développement d'un syndrome obstructif fixé, en tenant compte d'éventuels effets indésirables (12).

L'asthme à début tardif nécessite de porter une attention particulière à l'éviction de potentiels sensibilisants/irritants occupationnels ou environnementaux, du tabac ou de médicaments identifiés comme facteurs déclenchants (cf tab. 1).

Selon les recommandations internationales (12), le traitement pharmacologique de l'asthme repose sur une escalade (ou désescalade) progressive du traitement de contrôle en 5 étapes, associé à un traitement au besoin pour les symptômes aigus (tab. 3). Ces recommandations sont basées le plus souvent sur des études où les personnes âgées ou ayant été exposées au tabac ont été exclues. Il est donc prudent de les adapter à cette population en tenant compte des comorbidités et médications associées. Les traitements inhalés sont privilégiés pour toutes les catégories d'asthmatiques en raison de leur action directe sur les voies aériennes et de leurs faibles effets indésirables systémiques. Toutefois, la fréquence de ces derniers est plus élevée chez les personnes âgées, et la réalisation des manœuvres d'inhalation plus compliquée.

Le choix du dispositif, l'explication et la vérification des techniques d'inhalation jouent un rôle crucial dans le succès thérapeutique. Bien que plus encombrant, l'utilisation d'un aérosol-doseur avec chambre d'inhalation doit être privilégiée. En effet, cette méthode ne nécessite pas de mouvements minutieux, de coordination ou de force inspiratoire minimale, au contraire des dispositifs à poudre sèche. Il est judicieux, si possible, d'éviter la prescription de plusieurs dispositifs pouvant être source de confusion.

TAB. 3 Approche thérapeutique par étape, adapté de GINA 2014 (12)

	Traitement de contrôle		Traitement au besoin
	1er choix	alternatives	
Etape 1	aucun	évt ICS faible dose	SABA
Etape 2	ICS faible dose	anti-leucotriènes	
Etape 3	ICS + LABA faible dose	ICS + LABA dose moyenne	SABA ou faible dose ICS + formoterol
		ICS faible dose + anti-leucotriènes	
Etape 4	ICS + LABA dose moyenne/haute	ICS dose haute + anti-leucotriènes	
Etape 5	prise en charge spécialisée et introduction traitement complémentaire: anti-IgE, corticostéroïdes systémiques, immunosuppresseurs		

ICS: corticostéroïdes inhalés; SABA: bêta-agonistes à courte durée d'action; LABA: bêta-agonistes à longue durée d'action

Les bêta 2-agonistes devraient être administrés avec prudence chez les patients présentant une cardiopathie au vu du risque augmenté de troubles du rythme cardiaque, les anticholinergiques à longue durée d'action pouvant constituer une autre option avec un meilleur profil de risque. Une ostéoporose et d'autres effets indésirables systémiques peuvent se manifester avec des doses moyennes à élevées de corticostéroïdes inhalés. Ceux-ci devraient donc être réduits au minimum, en ajoutant au besoin un anti-leucotriène qui, en plus, a l'avantage d'une administration orale aisée. En dehors d'épisodes d'exacerbations aiguës, l'administration de corticostéroïdes systémiques devrait être proscrite, ou du moins réservée en dernier recours et pour une durée limitée.

Une proportion importante des cas d'asthme débutant chez la personne âgée présentent une résistance aux corticostéroïdes, y compris systémiques. Ces patients, qui présentent le plus souvent le phénotype d'asthme sévère, nécessitent une prise en charge spécialisée pour évaluer l'indication à un traitement anti-IgE, immunomodulateur ou immunosuppresseur. Un grand espoir réside dans les traitements actuellement en cours de développement ciblant des cytokines spécifiques.

Dr Samir Lahzami

Clinique de Genolier
Route du Muids 3, 1272 Genolier
slahzami@genolier.net

Pr Laurent P. Nicod

Service de Pneumologie
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne
Laurent.Nicod@chuv.ch

+ Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article

Références :

1. Diette GB et al. Asthma in older patients: factors associated with hospitalization. Arch Intern Med 2002;162:1123-32
2. Bauer BA et al. Incidence and outcomes of asthma in the elderly. A population-based study in Rochester, Minnesota. Chest 1997;111:303-10
3. Hsu JY et al. Age of onset and the characteristics of asthma. Respirology 2004;9:369-72
4. Ronmark E et al. Outcome and severity of adult onset asthma- report from the obstructive lung disease in northern Sweden studies (OLIN). Respir Med 2007;101:2370-7
5. Gibson PG et al. Asthma in older adults. Lancet 2010;376:803-13
6. Dykewicz MS. Occupational asthma : current concepts in pathogenesis, diagnosis and management. J Allergy Clin Immunol 2009;123:519-28
7. Haldar P et al. Cluster analysis and clinical asthma phenotype. Am J Respir Crit Care Med 2008;178:218-24
8. Moore WC et al. Identification of asthma phenotypes using cluster analysis in the severe asthma research program. Am J Respir Crit Care Med 2010;181:315-23
9. Amelink M et al. Three phenotypes of adult-onset asthma. Allergy 2013;68:674-80
10. Amelink M et al. Severe adult-onset asthma : a distinct phenotype. J Allergy Clin Immunol 2013;132:336-41
11. Kim TB et al. Identification of asthma clusters in two independent Korean adult asthma cohorts. Eur Respir J 2013;41:1308-14
12. Global Initiative for asthma (GINA) guidelines 2014. www.ginasthma.org
13. Bellia V et al. Aging and disability affect misdiagnosis of COPD in elderly asthmatics: the SARA study. Chest 2003;123:1066-72

Messages à retenir

- ◆ L'asthme touche environ 10% des personnes âgées de >65ans, dont 1/3 a présenté les premiers symptômes après 45 ans, et concentre la majorité de sa morbidité et mortalité dans cette classe d'âge
- ◆ L'asthme débutant chez la personne âgée est souvent non atopique et favorisé par des facteurs déclenchants occupationnels ou environnementaux, une exposition au tabac ou à des médicaments (AINS – anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine, bêta-bloquants), ou par une infection virale des voies respiratoires
- ◆ 3 phénotypes d'asthme à début tardif ont été identifiés : asthme léger contrôlé, asthme de la femme obèse et asthme sévère
- ◆ Le diagnostic est compliqué par un diagnostic différentiel étendu et par une anamnèse et des fonctions pulmonaires souvent piégeuses
- ◆ Dans cette population, les recommandations thérapeutiques doivent être adaptées aux comorbidités et au risque accru d'effets indésirables