

FORMATION CONTINUE

Diagnostic et diagnostic différentiel

Asthme bronchique

Avec une prévalence de 7 à 12% chez les enfants et les adolescents (1) et une prévalence de 2 à 6% chez les adultes (2), l'asthme bronchique est l'une des maladies les plus fréquentes dans la population et de ce fait également un diagnostic fréquent en médecine familiale et pédiatrique. On constate un net renversement du taux de prévalence chez les deux sexes, celle-ci étant plus haute chez les garçons en petite enfance et en âge scolaire par rapport aux filles et à l'inverse nettement plus élevée chez les adolescentes par rapport aux adolescents (3).

Un grand nombre des patients diagnostiqués dans l'enfance, souffre d'un asthme allergique se développant sur une prédisposition atopique. La maladie débutant à l'âge adulte, par contre, est souvent non allergique.

L'asthme bronchique est un terme générique pour différentes entités de maladies qui répondent à deux critères essentiels, à savoir: inflammation chronique des voies respiratoires avec obstruction réversible. D'une part l'obstruction des voies respiratoires est une conséquence de l'inflammation, d'autre part l'hypertrophie et l'hyperréactivité de la musculature bronchique lisse contribuent à l'obstruction. Celle-ci est visualisée par la courbe débit-volume forcée comme restriction du débit expiratoire.

Diagnostic

Le diagnostic de l'asthme exige d'abord une anamnèse détaillée:

- ▶ Symptômes présents?
- ▶ Dynamique de l'apparition ?
- ▶ Fréquence?
- ▶ A quel moment de la journée?
- ▶ Circonstances de l'apparition (par ex. lors d'un effort physique)?
- ▶ Facteurs environnementaux, notamment l'exposition aux allergènes, par ex. la dissémination de pollens, le contact avec des poils d'animaux, des acariens, l'infestation de moisissures



Dr Karin Hoyler Uhlmann
Horgen

- ▶ Thérapie antérieure et réponse à celle-ci?

Les symptômes directeurs indiqués par le patient sont **la dyspnée** ou la sensation d'oppression dans la poitrine, **la toux** ou **une respiration sifflante** lors d'effort physique, d'exposition aux allergènes ou en cas d'infection.

Lors de l'examen physique en situation aiguë on constate parfois des bruits expiratoires causés par un rétrécissement des bronches et de la dyscrinie (troubles sécrétoires des glandes de la muqueuse bronchique).

Selon l'âge du patient et sa capacité de collaborer, soit une courbe débit-volume simple soit une bodypléthysmographie peuvent être appliqués. Il est important de documenter l'état avant et après l'effet spasmolytique sur les bronches. Il faut savoir qu'une courbe débit-volume normale ne permet jamais d'exclure l'asthme (fig. 1).

De plus, l'analyse du FeNO (l'oxyde nitrique fractionné exhalé) peut indiquer le degré de l'inflammation éosinophile des voies respiratoires inférieures. Des tests de provocation standardisés effectués sur le tapis de course ou par l'inhalation de substances telles que la méthacholine peuvent être utiles. Au mieux, l'enquête technique fournit la preuve d'une hyperréactivité bronchique et confirme le diagnostic. La réponse des symptômes à un traitement anti-asthmatique peut également étayer le diagnostic.

L'une des phases les plus difficiles du diagnostic de l'asthme se situe dans la petite enfance où les infections virales, amenant à un gonflement de la muqueuse, peuvent déclencher des symptômes d'obstruction bronchique qui cliniquement ne se distinguent pas des symptômes asthmatiques. Pour ce groupe d'âge, le diagnostic par appareils exige un grand effort et n'est disponible que de manière limitée. L'anamnèse familiale, des sensibilisations allergiques détectées et certains paramètres de laboratoire, par ex. une éosinophilie, sont des signes de l'asthme bronchique. Une fois entamé à cet âge, le traitement de l'asthme doit, par la suite, subir des contrôles minutieux permettant de juger de la nécessité de le continuer au même niveau thérapeutique. Mais dès qu'il y aura suffisamment de signes d'une présence d'asthme, il ne faut pas retarder le diagnostic et la thérapie afin de parvenir à un contrôle adéquat de la maladie. Une étude réalisée dans les Pays-Bas en 2016 a démontré que jusqu'à 50% des enfants traités avec des antiasthmiques fréquemment, régulièrement et à long terme n'avaient reçu aucun diagnostic d'asthme suffisamment confirmé (4). Ces résultats font sursauter et suscitent des discussions, même si jusqu'ici de tels chiffres n'ont pas été enregistrés pour la Suisse et les pays germanophones.

Diagnostic différentiel

Dans ce contexte, le **diagnostic différentiel** de l'asthme sera éclairci ci-dessous: celui-ci dépend fortement de l'âge du patient ainsi que des symptômes présents. Il englobe un large spectre, commençant par l'anomalie innée des voies respiratoires, passant par des maladies infectieuses, des troubles fonctionnels jusqu'à d'autres maladies pulmonaires dont un diagnostic retardé apportera éventuellement de grands désavantages au patient.

La toux comme symptôme principal

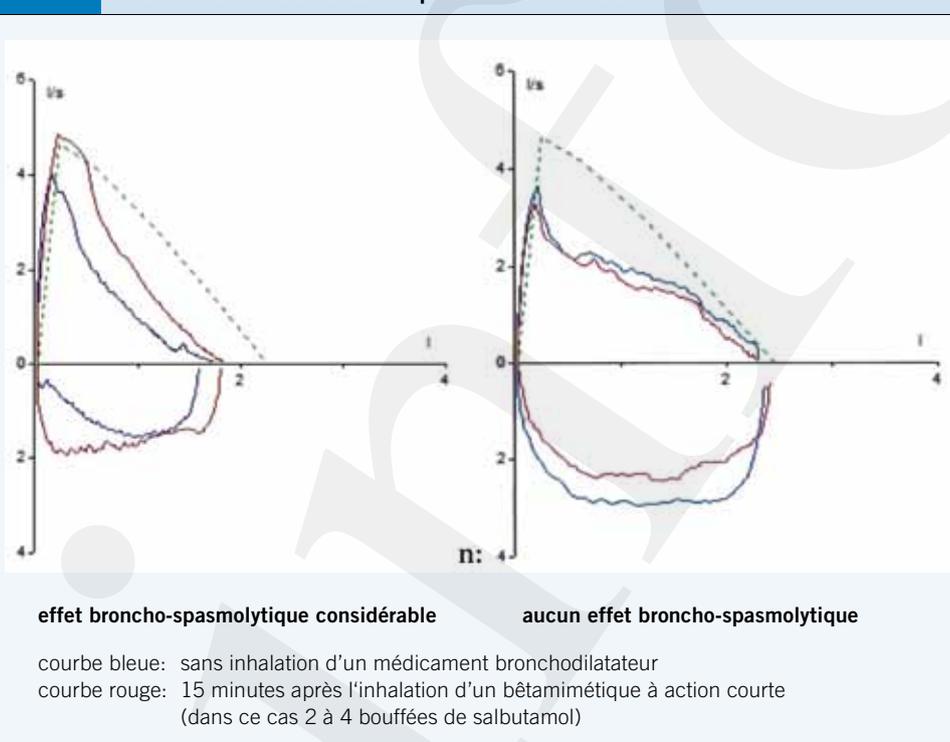
La toux a un diagnostic différentiel très large.

Même au-delà de la petite enfance, il se peut que des infections virales répétées infestent les voies respiratoires supérieures et inférieures avec une plus grande fréquence et avec des symptômes prolongés imitant les symptômes de l'asthme.

La coqueluche (même à l'âge adulte) dans son stade convulsif peut mener à des quintes de toux récurrentes qui persistent pendant des semaines. Dans la plupart des cas, une anamnèse exacte, la présence des symptômes classiques et la détection du pathogène mènent au diagnostic.

D'autres infections, comme la tuberculose ou des pneumonies conduisent parfois à la toux.

FIG. 1 Courbe débit-volume avant et après la bronchodilatation



Une aspiration chronique de corps étrangers dans l'enfance peut conduire à une toux répétée. L'événement d'aspiration initial n'est pas toujours observé (6).

Dans l'enfance, la toux se présente aussi sous le tableau clinique d'un tic nerveux. Ce type de toux se caractérise par des quintes de toux uniformes et une cessation complète des symptômes pendant le sommeil.

Une autre cause de la toux, qui se manifeste dans tous les groupes d'âge, est le reflux gastro-oesophagien. Les brûlures d'estomac comptent parmi les symptômes classiques qui augmentent en position couchée.

En ce qui concerne la toux associée aux médicaments il faut considérer les inhibiteurs de l'ECA.

La toux idiopathique chez les adultes est décrite comme toux non-productive due à une hypersensibilité des récepteurs de toux (7).

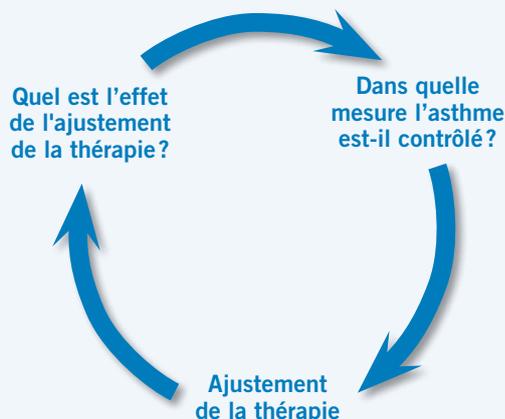
Dans l'âge adulte il y a d'autres diagnostics différentiels qui sont très rares dans l'enfance et l'adolescence. Parmi eux on compte toutes les maladies interstitielles pulmonaires, ainsi que des néoplasies bénignes et en particulier malignes.

Par conséquent, l'apparition récente d'une toux chronique (qui a duré plus de 8 semaines) requiert une évaluation rapide et fiable, surtout si des facteurs de risque s'ajoutent tels que l'exposition à la fumée du tabac ou à des produits toxiques au travail.

Dès lors qu'il s'agit d'une toux durablement productive, il ne faudrait plus penser principalement à de l'asthme. Les symptômes dérivent probablement d'un «upper airway cough syndrome» des voies respiratoires supérieures. Si l'on trouve une toux chronique productive avec les sécrétions des voies respiratoires inférieures, un examen médical et un traitement adéquats sont nécessaires. Les

FIG. 1

Prise en charge de l'asthme en appliquant les lignes directrices GINA dans l'intervalle de 3 mois



causes possibles sont une bronchite bactérienne prolongée, mais aussi une dyskinésie ciliaire, une fibrose kystique ou des bronchectasies existantes. Un diagnostic précoce et un traitement correct empêchent des dommages pulmonaires chroniques graves dans ces cas.

Une respiration sifflante comme symptôme principal

Le symptôme de la **respiration sifflante** a également un diagnostic différentiel large.

Les causes possibles sont des anomalies structurelles telles que des anomalies congénitales, par ex. une formation déviante des grands vaisseaux. Les symptômes ne se manifestent pas nécessairement déjà dans la petite enfance.

Ces dernières années, l'intérêt s'est porté sur un trouble respiratoire fonctionnel que l'on nommait « vocal cord dysfunction » auparavant. Cette dénomination s'explique par l'observation que les cordes vocales se déplacent paradoxalement, de telle sorte qu'un rétrécissement est effectué lors de l'inspiration, ce qui conduit à un stridor inspiratoire et à des symptômes de dyspnée.

Au cours des dernières années d'autres mécanismes pathologiques ont été découverts dans le domaine du larynx supraglottique, par exemple une mobilité pathologique des cartilages aryénoïdes, de sorte que la dénomination de la maladie a été changée en ILO = inducible laryngeal obstruction. Si celle-ci est déclenchée par l'effort physique elle est appelée EILO = exercise induced laryngeal obstruction.

Les indices typiques pour celle-ci sont le début soudain et / ou la disparition très rapide de la dyspnée (5) ou bien l'apparition irrégulière lors d'efforts physiques ou lors d'exposition aux allergènes. Il ne s'agit pas d'un diagnostic différentiel pur, mais d'une comorbidité relativement commune de l'asthme. La différenciation des symptômes est parfois difficile, mais toujours utile et rémunératrice. Il faudrait surtout éviter d'élever le niveau de traitement si les crises de dyspnées sont dues à l'ILO et ne sont pas causées par l'asthme.

La dyspnée comme symptôme principal

Le symptôme de **dyspnée ou de rétrécissement** de sa part peut avoir différentes causes.

La dyspnée surgit en tant que perception subjective, par exemple dans le cadre d'un trouble anxieux avec de l'hyperventilation.

On pourrait ajouter d'autres causes qui seraient d'ordre neurologique, cardiologique, orthopédique ou gastro-entérologique. Selon le moment d'apparition des symptômes, il faut considérer aussi une maladie pulmonaire interstitielle, une hypertension pulmonaire, une BPCO ou bien une néoplasie.

L'objectif: le contrôle de la maladie

La classification de l'asthme, depuis plusieurs années, ne se fait plus en fonction du degré de gravité, mais selon le degré de contrôle sur les symptômes d'asthme dont dispose le patient par rapport à son niveau de traitement actuel. Ce contrôle de l'asthme doit être mesuré à des intervalles de 3 mois selon les lignes directrices actuelles GINA (fig. 2) (8). Cela se fait dans une conversation libre (avec le patient) ou au moyen de questionnaires standardisés. Pour expliquer un mauvais contrôle de l'asthme, diverses raisons entrent en considération.

De la part du patient: une mauvaise adhésion au traitement médicamenteux, le manque d'éviction des allergènes en cause ou une technique d'inhalation insuffisante. Pour cette raison, la démonstration de la technique d'inhalation par le patient fait partie de la consultation dans le contexte du suivi médical.

Si les problèmes persistent et que le contrôle de l'asthme au cours du traitement est insuffisant, les médecins devraient aussi se poser la question si le diagnostic de l'asthme a été établi correctement. En cas de doute, il paraît judicieux de passer en revue le travail de diagnostic différentiel, même après des années de traitement.

Dr Karin Hoyler Uhlmann

Raingartenstr. 1, 8810 Horgen
karin.hoyler@swissonline.ch

+ **Conflit d'intérêts:** L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Cet article est une version traduite de la revue « der informierte arzt » 5/2017

Messages à retenir

- ◆ « Not everything that wheezes is asthma », poser un diagnostic présumé avec diligence
- ◆ Une fonction pulmonaire normale n'exclut pas la présence de l'asthme
- ◆ Un suivi médical pour vérifier le succès du traitement est essentiel
- ◆ S'il n'y a aucun succès ou que le traitement est insuffisant : vérifier toutes les circonstances (technique d'inhalation, l'adhérence au traitement médical, éviter les allergènes en cause etc.) et peut-être reconsidérer le diagnostic