



Hospices Civils de Lyon



Cas cliniques FST allergo

Dr N. Freymond

Service de Pneumologie

Centre Hospitalier Lyon Sud



Mr I, né en 2006

- Né prématurément à 32 semaines,
- pas de bronchiolite dans l'enfance
- Terrain atopique familial : père avec allergies de contact, sœur asthmatique non sévère
- Terrain atopique personnel : dermatite atopique, et rhino conjonctivite printanière sous anti H1 , échec DS / graminées (inobservance?)
- Environnement : chats, chiens et lapin
- Est en terminale, peu de sport
- Se dit non fumeur... mais chicha 1 X/ semaine

- Adressé par son MT après un épisode de toux sèche, avec dyspnée sifflante, au décours du printemps, d'évolution favorable en 3 jours avec Ventoline et corticoïdes oraux.
- Le débit de pointe alors mesuré chez les MT était à 300 (n = 550)
- Ne se connaît pas asthmatique

Le diagnostic d'asthme

- A. peut déjà être affirmé
- B. nécessite obligatoirement une spirométrie qui montre un TVO réversible
- C. si la spirométrie est normale, un test à la métacholine sera obligatoirement nécessaire
- D. nécessite un test aux CSI
- E. l'interrogatoire est incomplet pour affirmer le diagnostic

- A. peut déjà être affirmé
- B. nécessite obligatoirement une spirométrie qui montre un TVO réversible
- C. si la spirométrie est normale, un test à la métacholine sera nécessaire
- D. nécessite un test aux CSI (non sauf si TVO à la spirométrie)
- E. l'interrogatoire est incomplet pour affirmer le diagnostic

1 Evaluation de la probabilité clinique pré-test du diagnostic d'asthme

FORTE PROBABILITE

- Plusieurs symptômes parmi : sifflements, toux, dyspnée et oppression thoracique qui varient dans le temps et en intensité
 - Les symptômes augmentent la nuit ou au réveil
 - Les symptômes diminuent à la prise d'un traitement de secours ou d'un traitement de fond
 - Les symptômes sont déclenchés par des infections virales, l'exercice, l'exposition à des allergènes, le rire ou des irritants
- Observation documentée par un soignant de sifflements ou de sibilants
- Des antécédents personnels ou familiaux de maladie atopique (eczéma/dermatite atopique, rhinite allergique) ou asthmatique
- Absence de symptôme ou signe suggérant un diagnostic alternatif

FAIBLE PROBABILITE

- Toux isolée sans autre symptôme respiratoire
- Toux productive chronique
- Dyspnée associée à des vertiges, paresthésie, flou visuel
- Douleur thoracique
- Dyspnée à l'exercice avec bruits inspiratoires

2 Indication à un traitement CSI urgent

Symptômes nocturnes et/ou pluri-hebdomadaires et/ou exacerbation récente et/ou facteurs de risque d'exacerbation.

3 Variabilité du DEP (DEPv)

La variabilité du DEP doit être recherchée pendant une période symptomatique. Elle est définie par :

- une réversibilité immédiate : augmentation du DEP > 20% 10-15 minutes après 200-400µg de salbutamol
- Une variabilité excessive sur 15 jours : variabilité quotidienne diurne $\left[= \left(\frac{\Delta DEP}{\pi DEP} \right)_{quotidien} / \text{nombre de jours} \right] > 20\%$

4 Traitement d'épreuve par CSI

Administration de faibles doses de CSI pendant 4 à 6 semaines. La réponse est évaluée sur le contrôle des symptômes d'asthme ($\Delta ACT > 3$ ou $ACQ > 0,5$)

Interrogatoire et TC

- symptômes : réveillé par toux et sifflements 2 à 3 nuits ou matins par semaine, + à l'effort (pour lesquels il utilise la Ventoline de sa sœur).
Pas de gêne en journée
- Pas d'argument clinique pour une rhinosinusite chronique , ni un RGO, ni un SAOS
- Test cutanés: fortement positifs pour les pollens de graminées, bouleau, positifs pour les acariens, et chat.
- Spirométrie:

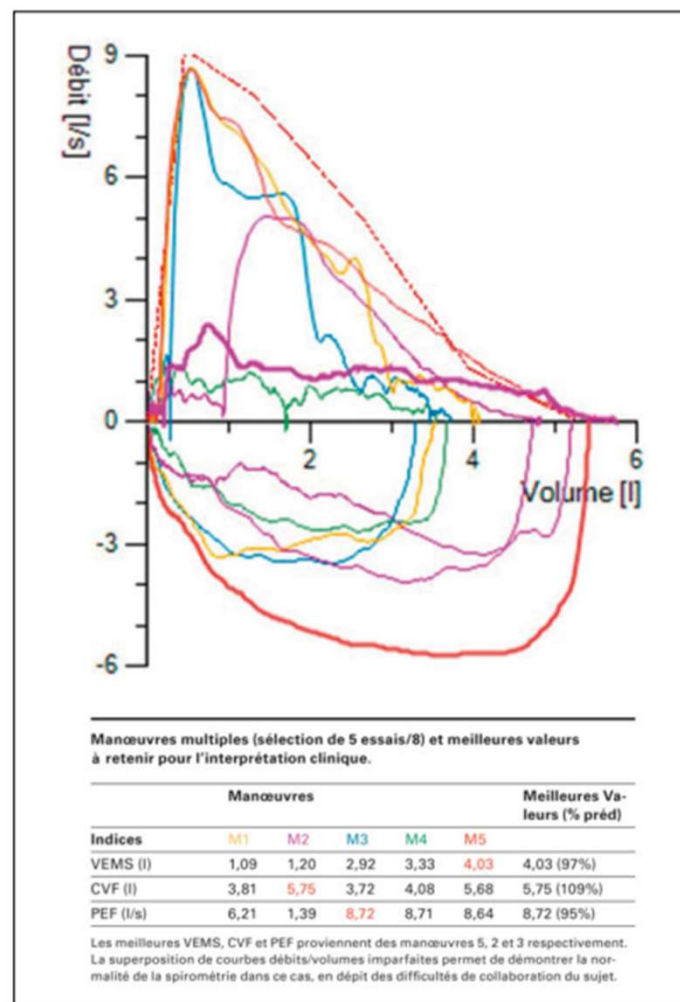
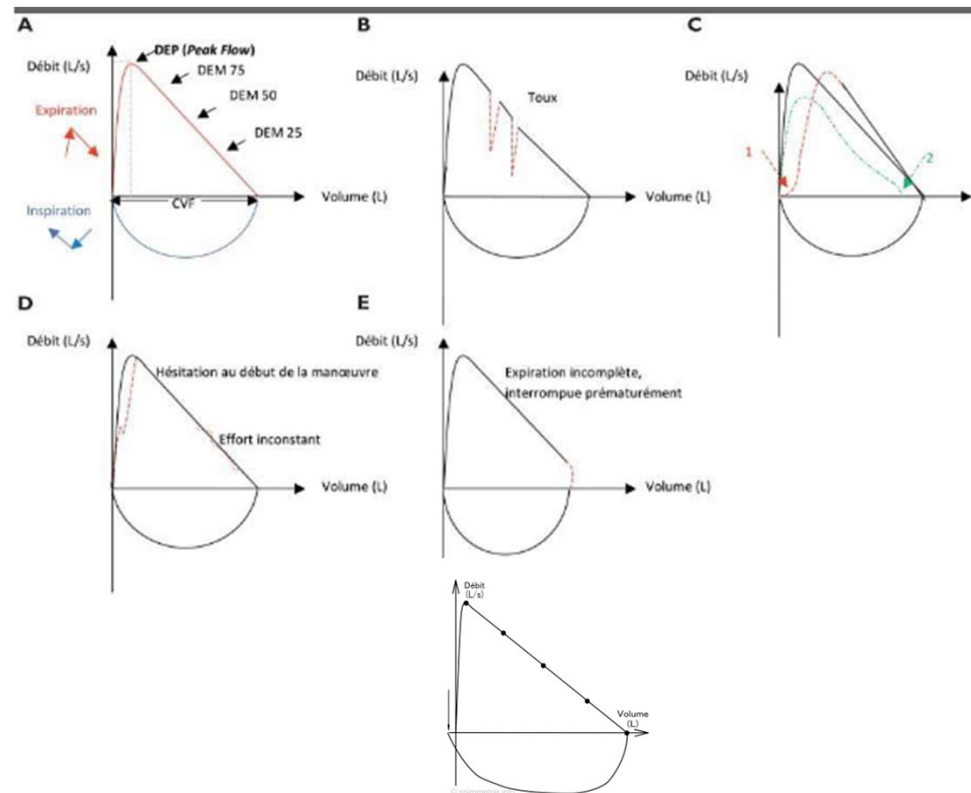


Figure 3: Courbes débit/volumes imparfaites et interprétabilité clinique des indices.
VEMS: volume expiré maximal en 1 sec; CVF: capacité vitale forcée;
PEF: «peak expiratory flow».

- Interprétable si :
- Un début de courbe avec pente d'emblée maximale et sans crochitage.
- Un aspect pointu du débit expiratoire de pointe (DEP).
- Une fin d'expiration en pente douce régulière, sans crochitage.
- Une absence d'artéfacts tels que toux, effort inconstant, fin prématurée, glotte fermée, fuites, obstruction par langue, etc.



Début de la courbe expiratoire rouge : pente non maximale d'emblée (pointillé), début d'expiration trop lent. Courbe verte: effort initial bon interrompu *(le débit de pointe n'est pas dans les 100 premières millisecondes la courbe ne montre pas un sommet pointu, mais arrondi)*

Inspiration plus grande que l'expiration : le patient n'avait pas rempli suffisamment ses poumons

Date examen : 29/02/2024

Poids(Kg) : 72

Opérateur : S.CURTIS

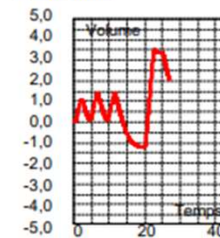
Médecin Presc. : Dr N FREYMOND

Heure examen : 09:28:34

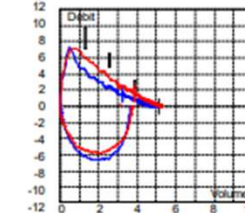
Tabagisme : non

	Norme	LLN	ULN	Pré		Post			
				Mes.%	Norme	Mes.	Mes.%	Norme	Dif. Pré%
Produit							ventoline	2,00 doses	
		limite inf	limite sup		Moyenne				
Spirométrie forcée									
CVF(L)	5,16	---	---	5,16	100	5,17	5,20	101	1
VEMs(L)	4,43	---	---	3,23	73	3,22	3,84	87	19
VEMs/CV(%)	83,97	---	---	68,42	81	68,30	---	---	---
VEMs/CVF(%)	83,97	72,17	95,76	62,61	75	62,38	73,84	88	18
DEM(L/S)	5,28	---	---	1,90	36	1,90	3,02	57	60
DEP(L/S)	10,00	---	---	7,23	72	6,77	7,21	72	0
D75(L/S)	8,45	---	---	4,41	52	4,29	6,00	71	36
D50(L/S)	5,65	---	---	2,48	44	2,27	3,34	59	35
D25(L/S)	2,71	---	---	0,81	30	0,82	1,38	51	69
CI (f)(L)	0,00	---	---	---	---	---	---	---	---
Pléthysmographique									
CV (cpt)(L)	5,40	---	---	4,72	87	4,72	---	---	---
VGT(L)	3,13	---	---	4,11	131	4,11	---	---	---
VRE(cpt)(L)	0,00	---	---	1,27	---	1,27	---	---	---
VR(L)	1,43	---	---	2,84	198	2,84	---	---	---
CPT(L)	6,74	---	---	7,56	112	7,56	---	---	---
VR/CPT(%)	20,99	---	---	37,56	179	37,56	---	---	---

Spiro lente



Spiro forcée



Réversibilité si VEMS augmente de :
+12%
Et + 200 ml

Quel traitement mettez vous en place?

- A. CSI faible dose en traitement de fond, BCDA en secours
- B. CSI dose moyenne en traitement de fond, BCDA en secours
- C. association fixe BLDA/ CSI faible dose à la demande uniquement
- D. association fixe BLDA/ CSI faible dose en traitement de fond et en cas de symptômes
- E. association fixe BLDA/ CSI faible dose, BCDA en secours

Rappel : symptômes 2 à 3 nuits ou matins par semaine, + à l'effort

Quel traitement mettez vous en place?

- A. CSI faible dose en traitement de fond, BCDA en secours
- B. CSI dose moyenne en traitement de fond, BCDA en secours
- C. association fixe BLDA/ CSI faible dose à la demande uniquement
- D. association fixe BLDA/ CSI faible dose en traitement de fond et en cas de symptômes
- E. association fixe BLDA/ CSI faible dose, en traitement de fond, BCDA en secours

Rappel : symptômes 2 à 3 nuits ou matins par semaine, + à l'effort

Box 4-4. Initial asthma treatment for adults and adolescents with a diagnosis of asthma

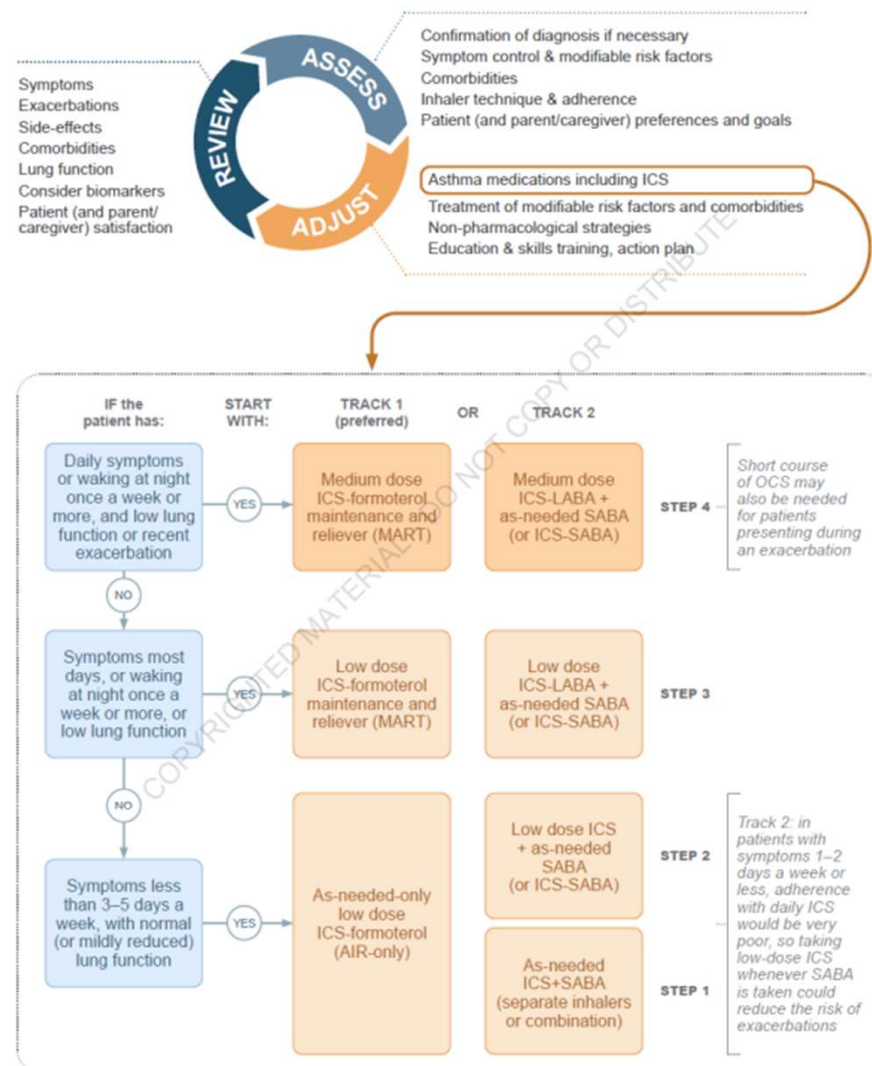
These recommendations are based on evidence, where available, and on consensus.

Presenting symptoms	Preferred INITIAL treatment (Track 1)	Alternative INITIAL treatment (Track 2)
Infrequent asthma symptoms, e.g., 1–2 days/week or less	As-needed low-dose ICS-formoterol (Evidence A)	Low-dose ICS taken whenever SABA is taken , in combination or separate inhalers (Evidence B). Such patients are highly unlikely to be adherent with daily ICS if prescribed.
Asthma symptoms less than 3–5 days/week, with normal or mildly reduced lung function		Low-dose ICS (i.e., daily treatment) plus as-needed SABA (Evidence A). Before choosing this option, consider likely adherence to daily ICS.
Asthma symptoms most days (e.g., 4+ days/week); or waking due to asthma once a week or more, or with reduced lung function. See p.81 for additional considerations.	Low-dose ICS-formoterol maintenance-and-reliever therapy (MART) (Evidence A)	Low-dose ICS-LABA plus as-needed SABA (Evidence A) or plus as-needed ICS-SABA (Evidence B), OR Medium-dose ICS plus as-needed SABA (Evidence A) or plus as-needed ICS-SABA (Evidence B). Consider probability of adherence to daily maintenance treatment.
Daily asthma symptoms or waking at night with asthma once a week or more, and with low lung function or recent exacerbation.	Medium-dose ICS-formoterol maintenance-and-reliever therapy (MART) (Evidence D).	Medium-dose ICS-LABA (Evidence D) plus as-needed SABA or plus as-needed ICS-SABA. Consider probability of adherence to daily maintenance treatment. High-dose ICS plus as-needed SABA is another option (Evidence A) but adherence is worse than with combination ICS-LABA.
Initial asthma presentation is during an acute exacerbation	Treat as for exacerbation (Box 9-4, p.168 and Box 9-6, p.172), including short course of OCS if severe; commence medium-dose MART (Evidence D).	Treat as for exacerbation (Box 9-4, p.168 and Box 9-6, p.172), including short course of OCS if severe; commence medium-dose ICS-LABA plus as-needed SABA (Evidence D).

Tableau 2 Equivalence de dose concernant la dose journalière de corticostéroïdes inhalés pour les adultes et adolescents de plus de 12 ans. D'après le GINA 2021.

	Dose faible	Dose moyenne	Dose forte
Dipropionate de bécloéthasone	200–500	>500–1000	>1000
Dipropionate de bécloéthasone (particules extra-fines)	100–200	>200–400	>400
Budésonide	200–400	>400–800	>800
Ciclesonide	80–160	>160–320	>320
Furoate de fluticasone	100		200
Propionate de fluticasone	100–250	>250–500	>500
Furoate de Mométasone (poudre sèche)	200–400	>400	

GINA 2025 – STARTING TREATMENT in adults and adolescents 12+ years with a diagnosis of asthma



Mesures associées

- Sevrage tabac: 8 à 12 taffes de chicha pendant 5 à 7 minutes = une cigarette / Une session de chicha dure en moyenne 45 minutes: 20 à 40 cigarettes
- Animaux au domicile...
- Traitement des allergies : première intension anti H1, éviction
- Ttt anti histaminiques au long cours (locaux et généraux)
- Reprise du sport

Consultation de suivi

- Clinique ++
- Observance? Effets secondaires?
- Bonne utilisation des dispositifs?
- Score de contrôle (ACT)
- Nombre d'exacerbation(s) depuis la précédente consultation
- Spirométrie: GINA: « 3 à 6 mois après la mise en place du traitement , ou un changement puis tous les 1 à 2 ans ».....
- Si perte de contrôle : rechercher les facteurs de mauvais contrôle et les corriger
- Et augmenter de palier de traitement
- ETP +++

Steps 1–2: The recommended treatment is low-dose ICS-formoterol taken whenever needed to relieve asthma symptoms. In clinical trials this treatment reduced the risk of emergency room visits or hospitalizations by about two-thirds compared with SABA alone, and by over one-third compared with low dose ICS (plus SABA as needed for asthma symptoms), in patients who previously used SABA alone, low-dose ICS, or a leukotriene receptor antagonist.

GINA 2025 Adults & adolescents 12+ years

Personalized asthma management
Assess, Adjust, Review
for individual patient needs

Symptoms
Exacerbations
Side-effects
Comorbidities
Lung function
Consider biomarkers
Patient (and parent/caregiver) satisfaction



Confirmation of diagnosis if necessary
Symptom control & modifiable risk factors
Comorbidities
Inhaler technique & adherence
Patient (and parent/caregiver) preferences and goals

Treatment of modifiable risk factors and comorbidities
Non-pharmacological strategies
Asthma medications including ICS
Education & skills training, action plan

TRACK 1: PREFERRED
CONTROLLER and **RELIEVER**
Using ICS-formoterol as the reliever* reduces the risk of exacerbations compared with using a SABA reliever, and is a simpler regimen

STEPS 1 – 2
AIR-only*: low-dose ICS-formoterol as needed

STEP 3
MART* with low-dose maintenance ICS-formoterol

STEP 4
MART* with medium-dose maintenance ICS-formoterol

STEP 5
Add-on LAMA
Refer for assessment of phenotype. Consider trial of high-dose maintenance ICS-formoterol. Consider anti-IgE, anti-IL5/5R, anti-IL4Rα, anti-TSLP

RELIEVER: As-needed low-dose ICS-formoterol*

See GINA severe asthma guide

TRACK 2: Alternative
CONTROLLER and **RELIEVER**
Before considering a regimen with SABA reliever, check if the patient is likely to adhere to daily controller treatment

STEP 1
Reliever only; if SABA, take ICS with each dose

STEP 2
Low dose maintenance ICS

STEP 3
Low dose maintenance ICS-LABA

STEP 4
Medium dose maintenance ICS-LABA

STEP 5
Add-on LAMA
Refer for assessment of phenotype. Consider trial of high-dose maintenance ICS-LABA. Consider anti-IgE, anti-IL5/5R, anti-IL4Rα, anti-TSLP

RELIEVER: as-needed ICS-SABA*, or as-needed SABA

Non-pharmacologic strategies include smoking cessation, physical activity, pulmonary rehabilitation, weight reduction, vaccinations (see text for more)
Allergen immunotherapy, e.g. HDM SLIT: consider for patients with clinically relevant sensitization and not well-controlled (but stable) asthma. See text for further information and safety advice
Additional controller options (e.g., add-on LAMA at Step 4, add-on LTRA) have less evidence for efficacy or for safety than Tracks 1 or 2 (see text). Maintenance OCS should only ever be used as last resort.

*AIR: Anti-inflammatory reliever; HDM: house dust mite; Ig: immunoglobulin; ICS: inhaled corticosteroids; IL: interleukin; LABA: long-acting beta₂-agonist; LAMA: long-acting muscarinic antagonist; MART: maintenance-and reliever therapy with ICS-formoterol; OCS: oral corticosteroid; SLIT: sublingual immunotherapy; TSLP: thymic stromal lymphopoietin. *If prescribing LTRA, advise patient/caregiver about risk of neuropsychiatric adverse effects.
See page 44 for information about doses of ICS-formoterol and frequency of use.

1 an plus tard...

- Pas d'exacerbation, a repris le sport , ne fume (presque) plus
- A de lui même stoppé depuis 3 mois son traitement de fond, ne l'utilise qu'à la demande, et uniquement en hiver lors qu'il fait des « rhumes » et au printemps car il tousse d'avril à juin, malgré les anti H1

• Spirométrie : pas de TVO

• Score ACT : 23/25

Test de Contrôle de l'Asthme (test ACT)

1. Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il empêché(e) de pratiquer vos activités au travail, à l'école/université ou chez vous ?					
☐ Tout le temps	☐ La plupart du temps	☐ Quelques fois	☐ Rarement	☐ Jamais	Score :
1	2	3	4	5	
2. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été essoufflé(e) ?					
☐ Plus d'1 fois par jour	☐ 1 fois par jour	☐ 3 à 6 fois par semaine	☐ 1 ou 2 fois par semaine	☐ Jamais	Score :
1	2	3	4	5	
3. Au cours des 4 dernières semaines, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?					
☐ 4 nuits ou plus par semaine	☐ 2 à 3 nuits par semaine	☐ 1 nuit par semaine	☐ Juste 1 ou 2 fois	☐ Jamais	Score :
1	2	3	4	5	
4. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous utilisé votre inhalateur/aérosol-doseur de secours ?					
☐ 3 fois ou plus par jour	☐ 1 ou 2 fois par jour	☐ 2 ou 3 fois par semaine	☐ 1 fois ou moins par semaine	☐ Jamais	Score :
1	2	3	4	5	
5. Comment évalueriez-vous votre maîtrise de l'asthme au cours des 4 dernières semaines ?					
☐ Pas maîtrisé du tout	☐ Très peu maîtrisé	☐ Un peu maîtrisé	☐ Bien maîtrisé	☐ Totalement maîtrisé	Score :
1	2	3	4	5	
Test de Contrôle de l'Asthme (www.asthmacontroltest.com)					TOTAL :

- Rappel : TC fortement positifs pour les pollens de graminées, bouleau, positifs pour les acariens, et chat.

Quelle est votre attitude?

- A. reprise du traitement « fond et symptômes »
- B. ajout d'un traitement par anti leucotriènes
- C. mise en route d'une désensibilisation combinée bouleau/graminées
- D. maintient du traitement à l'identique , à la demande
- E. bilan biologique complémentaire

Quelle est votre attitude?

- A. reprise du traitement « fond et symptômes »
- B. ajout d'un traitement par anti leucotriènes
- C. mise en route d'une désensibilisation combinée bouleau/graminées
- D. maintient du traitement à l'identique , à la demande
- E. bilan biologique complémentaire.....lequel?

Quel bilan complémentaire ?

- A. NFP
- B. IgE totales
- C. IgE spécifiques pollens de graminées, bouleau, acariens, et chat.
- D. CLA 30 pneumallergènes
- E. Dosages des recombinants graminées / bouleau

- A. NFP
- B. IgE totales
- C. IgE spécifiques pollens de graminées, bouleau, acariens, et chat.
- D. CLA 30 pneumallergènes
- E. Dosages des recombinants graminées / bouleau

- rBet v 1 : < 0.10 kU/l
- rBet v 4 : 10.25 kU/l
- rPhl p 1 – 5b: >100 kU/l

=> Désensibilisation contre les pollens de graminées



Mr M né en 1966

- Non fumeur, ingénieur (sans exposition pro), BMI 25
- Terrain atopique familial peu marqué
- sportif (vélo de route)
- Rhino conjonctivite printanière depuis l'enfance, modérée
- Début de l'asthme fin 2018 (52 ans) ,
- Bilan allergo : PT + pour acariens, et pollens de graminées
- Tolérant aux AINS, pas d'animaux , compost
- majoration progressive des traitements inhalés du fait du mauvais contrôle: triple thérapie inhalée fin 2019 avec forte posologie CSI

2019-2021

- Exacerbations itératives, sans hospitalisation nécessaire, 3 assauts corticoïdes / an
- Apparition progressive d'une ON , sans hyposmie
- Et d'une dyspnée mMRC 2

Asthme difficile : Quel bilan réalisez vous en première intention?

- A. scanner sinus
- B. scanner thoracique
- C. ETT et/ou VO2 max
- D. NFP
- E. bilan aspergillaire

Asthme difficile : Quel bilan réalisez vous en première intention?

- A. scanner sinus
- B. scanner thoracique
- C. ETT et/ou VO2 max
- D. NFP
- E. bilan aspergillaire

Le bilan retrouve

- Scanner thorax: épaississement mur bronchique , isolé
- Scanner sinus
- NFP: éosinophiles à 2G/l
- Sérologie aspergillaire négative, IgE totales 1250 Ku/l
- IgE *aspergillus fumigatus* négatives
- ETT normale, pas de déconditionnement



Comment complétez vous votre prise en charge?

- A. bilan auto immun
- B. bilan parasitaire
- C. fibroscopie LBA
- D. polygraphie
- E. mesure FeNO
- F. avis ORL

Comment complétez vous votre prise en charge?

- A. bilan auto immun
- B. bilan parasitaire
- C. fibroscopie LBA
- D. polygraphie
- E. mesure FeNO
- F. avis ORL

Faut-il déparasiter systématiquement en cas d'éosinophilie significative?

- Pas d'étude disponible, ttt débattu
- Pertinent car:
 - Sensibilité variable des sérologies parasitaires et des examens parasitologiques des selles
 - Risque (rare) d'anguillulose maligne sous corticoïdes
 - Bon profil de tolérance des traitements antiparasitaires / Coût faible
- Traitement antiparasitaire d'épreuve en l'absence d'antécédent de voyage en zone d'endémie parasitaire spécifique et en l'absence de symptômes (émission de parasites / prurit anal à prédominance vespéral) : flubendazole (100 mg 3 jours + monoprise à J15) ou albendazole (400mg/j 1 à 3 jours puis 400mg/j à J15)
- Traitement antiparasitaire d'épreuve en cas d'antécédent de voyage en zone d'endémie parasitaire (continent africain y compris Maghreb et Moyen-Orient, Asie du Sud-Est, Amérique Centrale et du Sud, zone Caraïbes, Océans Indien et Pacifique), y compris pour des séjours très anciens (> 20 ans), après enquête et discussion avec un parasitologue.

Evolution

- Bilan auto immun (et clinique) non en faveur d'une auto immunité, bilan parasitaire négatif
- Gastroskopie car RGO : RAS
- PG: IAH 31 : mise en place PPC
- Cs ORL: PNS grade endoscopique 2/2, SNOT 22 = 23 , ON améliorée par les ttt locaux (patient bien observant) .
- Persistance d'un mauvais contrôle de l'asthme, et Cortico-dépendance à 10 mg / j

Quelle biothérapie choisissez vous?

- A. omalizumab
- B. mepolizumab
- C. benralizumab
- D. Dupilumab
- ~~E. Tezepelumab (non dispo à l'époque)~~

Quelle biothérapie choisissez vous?

- A. omalizumab
- B. mepolizumab
- C. benralizumab
- D. Dupilumab
- ~~E. Tezepelumab (non dispo à l'époque)~~

- Début du benralizumab fin 2021
- Évolution 2021-2023
 - Amélioration VEMS
 - Diminution du nombre d'exacerbations (1 par an)
 - Diminution de la corticothérapie orale : 5 mg en octobre 2023
- Octobre 2023 : contr[^]le correct mais dégradation progressive du VEMS
- ORL : aggravation de la PNS (grade endoscopique : 3/3 ; SNOT 22 à 32) avec apparition d'une hyposmie => indication chirurgicale posée / ORL

Quelle est votre attitude ?

- A. majoration de la corticothérapie orale de fond
- B. modification de biothérapie
- C. chirurgie PNS
- D. reprise du bilan d'asthme sévère
- E. poursuite du benralizumab en diminuant les intervalles

Quelle est votre attitude ?

- A. majoration de la corticothérapie orale de fond
- B. modification de biothérapie
- C. chirurgie PNS
- D. reprise du bilan d'asthme sévère
- E. poursuite du benralizumab en diminuant les intervalles

On reprend le bilan

- Eosino (sous benra) : 0,01 G/l
- Bilan aspergillaire négatif , IgE totales 800 KU/l
- Peu gêné par ses allergies, bien observant aux traitements inhalés
- pas d'argument clinique pour une vascularite et bilan auto immunité négatif
- SAOS contrôlé (observance 6h50 , IAH 1)
- Pas de RGO

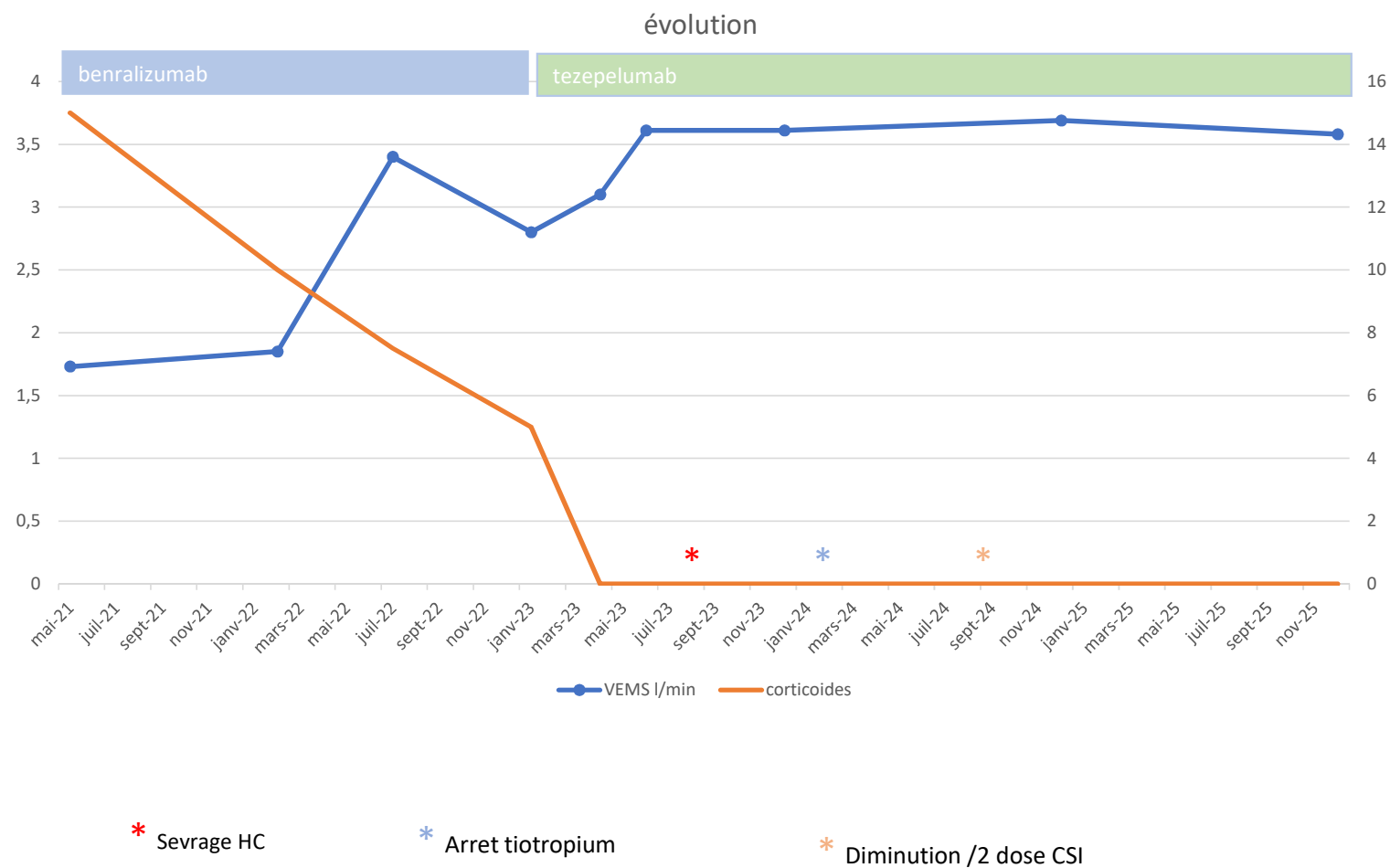
quelle biothérapie choisissiez vous?

- A. omalizumab
- B. mepolizumab
- C. benralizumab
- D. dupilumab
- E. tezepelumab

quelle biothérapie choisissez vous?

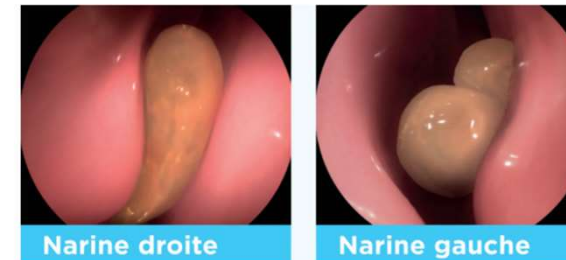
- A. omalizumab
- B. mepolizumab
- C. benralizumab
- D. dupilumab
- E. tezepelumab

évolution



Et la PNS dans tout ça...

Taille/Localisation des polypes					
Description anatomique	Pas de polypes	Petits polypes dans le méat moyen ne dépassant pas le bord inférieur du cornet moyen	Polypes atteignant le dessous du bord inférieur du cornet moyen	Grands polypes atteignant le bord inférieur du cornet inférieur ou polypes situés au centre du cornet moyen	Grands polypes provoquant une obstruction complète de la cavité nasale inférieure
Score	0	1	2	3	4



Score du patient		
Droite	Gauche	Score total
3	3	6

Évaluation « idéale » :

score de Congestion/Obstruction Nasale (SCN)

Score des Polypes Nasaux endoscopique bilatéral (SPN)

Évaluation de la Perte d'odorat

Test d'odorat – University of Pennsylvania Smell Identification Test (UPSIT)

Questionnaire d'évaluation des symptômes naso-sinusiens à 22 items (SNOT-22)

Score TDM de Lund-Mackay (Score de LMK)

En considérant la sévérité du problème quand il survient et la fréquence avec laquelle il survient, veuillez cocher chaque item ci-dessous en entourant le chiffre qui correspond à votre ressenti, en utilisant l'échelle suivante.	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME TRÈS LÉGER	PROBLÈME LÉGER	PROBLÈME MODÉRÉ	PROBLÈME SÉVÈRE	PROBLÈME TRÈS SÉVÈRE
1 Besoin de se moucher	0	1	2	3	4	5
2 Éternuements	0	1	2	3	4	5
3 Nez qui coule	0	1	2	3	4	5
4 Toux	0	1	2	3	4	5
5 Écoulement nasal postérieur (dans la gorge)	0	1	2	3	4	5
6 Écoulement nasal épais	0	1	2	3	4	5
7 Oreilles bouchées	0	1	2	3	4	5
8 Vertiges	0	1	2	3	4	5
9 Douleur/pression dans l'oreille	0	1	2	3	4	5
10 Douleur/pression faciale	0	1	2	3	4	5
11 Difficulté pour s'endormir	0	1	2	3	4	5
12 Se réveiller la nuit	0	1	2	3	4	5
13 Manque d'une bonne nuit de sommeil (mauvaise qualité du sommeil)	0	1	2	3	4	5
14 Se réveiller fatigué	0	1	2	3	4	5
15 Fatigue (durant la journée)	0	1	2	3	4	5
16 Baisse de productivité (rendement, efficacité)	0	1	2	3	4	5
17 Baisse de la concentration	0	1	2	3	4	5
18 Frustration/agitation/irritabilité	0	1	2	3	4	5
19 Baisse de moral (tristesse)	0	1	2	3	4	5
20 Gêne/inconfort	0	1	2	3	4	5
21 Perturbation du goût, de l'odorat	0	1	2	3	4	5
22 Obstruction/congestion nasale	0	1	2	3	4	5
TOTAL :						
TOTAL GÉNÉRAL :						

Évaluation PNS...par le pneumologue

- Amélioration de l'odorat
- Amélioration de l'ON
- SNOT 22 à 18
- Arrêt de la corticothérapie nasale
- Poursuite des lavages de nez
- ...n'est pas retourné voir le chirurgien ORL

Rappel : critères ALD 14 (asthme persistant sévère et insuffisance respiratoire)

- asthme persistant sévère défini par l'association des critères de sévérité clinique et des critères thérapeutiques :
- 1. Critères de sévérité clinique avant traitement de fond :
 - symptômes quotidiens ;
 - symptômes d'asthme nocturne fréquents ;
 - exacerbations fréquentes ;
 - activité physique limitée par les symptômes avec VEMS ou débit expiratoire de pointe (DEP) ≤ 60 % des valeurs attendues ou variabilité du DEP > 30 %.
- 2. Critères thérapeutiques : patient nécessitant
 - de hautes doses de corticostéroïdes inhalés ($\geq 1\,500\text{ }\mu\text{g/j}$ équivalent béclo méthasone)
 - + 1 bêta-2 agoniste de durée d'action prolongée (B2LA)
 - et, si besoin (en exacerbation ou en continu) : un antagoniste des récepteurs aux cystéinyl-leucotriènes ou ou aux corticoïdes oraux ;
- L'exonération initiale est accordée pour une durée de 10 ans, renouvelable.

Me Z, née en 1992

Me Z, née en 1992

- Décembre 2016 : adressée en consultation après un passage au SAU pour exacerbation non sévère d'asthme au décours de sa première grossesse (3ème mois) , mise sous INNOVAIR 200 qu'elle a stoppé après 1 semaine
- Non fumeuse
- Née à terme, bronchiolites dans l'enfance
- Atcd: pneumopathie en 1992, père porteur d'une triade de FW
- Rhinite allergique printanière, asthme d'effort dans l'enfance, pas de traitement de fond
- Un chat à domicile
- Exacerbations hivernales au décours des épisodes viraux

Prescripteur : raymond

ACARIENS DF	CHAT	TEMOIN POSITIF: HISTAMINE
ACARIENS DP	CHIEN	TEMOIN NEGATIF
ASPERGILLUS FUMIGATUS	5 GRAMINEES	BETULACEES (BOULEAU, AULNE, NOisetier)
ALTERNARIA	AMBROISIE	FAGACEES (CHENE, HETRE, CHATAIGNIER)
LATEX	ARMOISE	OLEACEES (OLIVIER, FRENE)
AUTRE:	AUTRE:	AUTRE:

		Pré			Post		
	Norme	Mes.	%Norme	Percent.	Mes.	%Norme	Dif. Pré%
Produit		Airomir 200,00 µg					
Spirométrie forcée							
CVF(L)	3,33	3,68	111	80	3,58	108	-3
VEMs(L)	2,90	2,68	92	27	2,66	92	0
VEMs/CV(%)	84,35	79,93	95	24	---	---	---
VEMs/CVF(%)	84,35	72,75	86	5	74,35	88	2
DEM(L/S)	4,01	1,90	47	1	2,01	50	6
DEP(L/S)	6,66	6,49	97	42	6,12	92	-6
D75(L/S)	5,97	5,36	90	18	5,65	95	5
D50(L/S)	4,33	2,49	57	5	2,61	60	5
D25(L/S)	2,11	0,65	31	14	0,74	35	15
CI (f)(L)	2,00	---	---	---	2,85	142	---
Texp(Sec)	0,00	9,23	---	---	7,78	---	-16
Spirométrie lente							
CV(L)	3,29	3,35	102	56	---	---	---
VRE(L)	1,29	0,80	62	---	---	---	---
VRI(L)	0,00	1,62	---	---	---	---	---

ACT: 17/25: gênée une nuit sur 3, et à l'effort, consomme de la Ventoline 1j sur 2

Quel traitement?

- A. BLDA + CSI faible dose à la demande
- B. anti H1
- C. ITS contre les graminées
- D. reprise d'un traitement de fond palier 3
- E. Suivi dans 6 mois

Quel traitement?

- A. BLDA + CSI faible dose à la demande
- B. anti H1
- C. ITS contre les graminées
- D. reprise d'un traitement de fond palier 3
- E. Suivi dans 6 mois

Asthme et grossesse



- « Informer – éduquer – rassurer – suivre »
- Augmentation du risque de complications maternelles et fœtales; d'autant plus important que l'asthme n'est pas contrôlé
- Exacerbations surtout 1^{er} trimestre
- Optimisation du ttt et suivi +++
- Pictogramme: protection juridique des labo sans rationnel médical
- Site: lecrat.fr
- Pas d'instauration ITS
- Biothérapies: Poursuite possible: omalizumab ++; pour les autres aussi / discussion collégiale : consensus DELPHI

Revue 2 mois plus tard

	Norme	Pré			Post		
		Mes.	%Norme	Percent.	Mes.	%Norme	Dif. Pré%
Produit							
Spirométrie forcée							
CVF(L)	3,33	3,82	115	87	---	---	---
VEMs(L)	2,90	2,98	103	59	---	---	---
VEMs/CV(%)	84,35	81,95	97	35	---	---	---
VEMs/CVF(%)	84,35	77,98	92	16	---	---	---
DEM(L/S)	4,01	2,65	66	6	---	---	---
DEP(L/S)	6,66	7,37	111	79	---	---	---
D75(L/S)	5,97	6,49	109	78	---	---	---
D50(L/S)	4,33	3,39	78	19	---	---	---
D25(L/S)	2,11	0,90	43	18	---	---	---
CI (f)(L)	2,00	2,91	146	---	---	---	---
Texp(Sec)	0,00	9,96	---	---	---	---	---
Spirométrie lente							
CV(L)	3,29	3,63	110	80	---	---	---
VRE(L)	1,29	0,61	47	---	---	---	---
VRI(L)	0,00	2,26	---	---	---	---	---

ACT 21/25

Pas de nouvelle exacerbation

Accouchement à terme , sans complication

Fin 2017 : asthme contrôlé, décision d'un suivi annuel

évolution

- 2018: obstruction nasale , peu invalidante, hyposmie : PNS stade 3 à D et 2 à G, traitement local ; asthme +/- contrôlé, majoration du ttt de fond (palier 4)
- 2019 : exacerbation sévère : hospitalisation nécessaire
- Eosinophilie 0,92 G/L
- Pas de symptômes extra thoraciques en dehors de la PNS

Quel bilan?

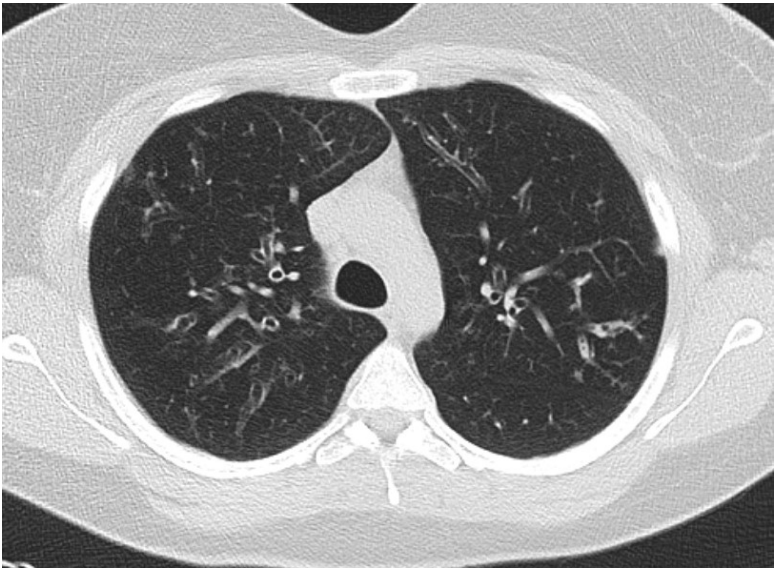
- A. scanner thorax
- B. scanner sinus
- C. bilan auto immun
- D. bilan parasitaire
- E. Bilan aspergillaire

Quel bilan?

- A. scanner thorax
- B. scanner sinus
- C. bilan auto immun
- D. bilan parasitaire
- E. Bilan aspergillaire

Résultats

- Bilan parasitaire et auto immun négatifs
- IgE totales: 1250 UI/ml
- IgE spécifiques *aspergillus fumigatus* : 3,5 UI/ml
- Sérologie aspergillaire négative en Ig G
- Scanner des sinus : PNS stable
- Scanner thorax: DDB, quelques infiltrats



Quelle attitude?

- A. diagnostic ABPA : mise sous corticoïdes
- B. fibroscopie
- C. test à la sueur
- D. biothérapie par anti IL5
- E. biothérapie par anti IL4 R

ABPA :

- Critères diagnostiques essentiels :
 - IgE spécifiques AF ≥ 0.35
 - IgE totales ≥ 500
- Et 2 autres parmi :
 - Sérologie en Ig G +
 - Eosinophiles $\geq 500/\text{mm}^3$
 - Scanner compatible : DDB, bouchons muqueux , mucus avec haute atténuation ou
 - opacités floues
- Peuvent être retenues dans le faisceau d'arguments :
 - Atélectasies,
 - moules bronchiques
 - prick test AF positif
 - si autres critères présents mais IgE totales < 500
- Ne pas traiter une ABPA si asymptomatique...
- traitement adapté de l'asthme + Prednisolone dose faible à modérée : 0,5 à 1mg/Kg/j 2 à 4 semaines, diminution et arrêt sur 4 mois

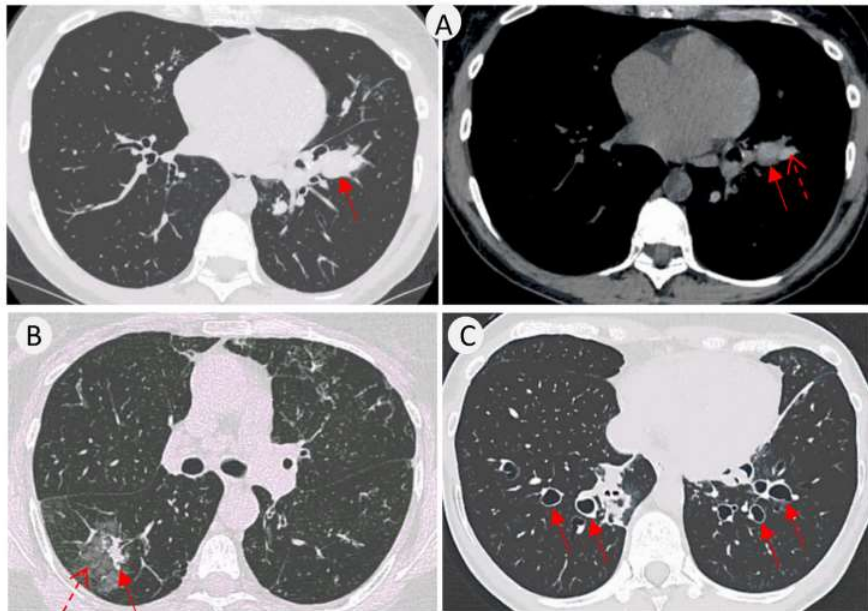


Fig. 2. CT imaging of ABPA. (A) mucoid impactions in lung and mediastinal windows (solid arrows) showing high attenuation mucus (dotted arrows). (B) consolidation (solid arrows) surrounded by ground-glass opacities (dotted arrows). (C) central bronchiectasis (solid arrows).

Les bouchons muqueux sont généralement hypodenses, mais dans 20% des cas ils sont **hyperdenses** (plus que les muscles) – sels de Calcium, fer, manganèse

Pathognomonique



Figure 1

High-resolution computed tomography (CT) of the chest showing high attenuation mucus in a patient with allergic bronchopulmonary aspergillosis (solid arrow). The mucus is denser than the paraspinal skeletal muscle (asterisk).

Test à la sueur + à 101 mmmol/l

- 2 mutations de CFTR
- Forme pulmonaire et ORL pure
- N'était pas « sécrétante » avant le second épisode de pneumopathie
- Va bien sous Kaftrio + Kalideco...
- Dépistage néonatal en France depuis 2002 , faux négatifs <5%

Take home messages...

- La plupart des asthmes ne sont pas sévères, et sont souvent allergiques
- Savoir reconnaître un asthme difficile qui doit être adressé aux pneumologues
- Recherche et prise en charge des comorbidités ++++
- ETP +++
- Toujours se méfier des atypies : ABPA, maladies de système, DDB, muco , BPCO si fumeur...