



الأكاديمية الجزائرية
لعلوم أمراض الحساسية
Académie Algérienne
d'Allergologie

Disponible en ligne sur

ASJP

Algerian Scientific Journal Platform

<https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/436>



ARTICLE ORIGINAL

Asthme bronchique : est-on toujours sûr du diagnostic ?

Bronchial asthma: is one always on the diagnosis?

F.Oussedik, R.Mecheri, R.Khelafi

Service de pneumologie B
CHU Beni-Messous Alger

Mots clé :

Asthme, syndrome
d'hyperventilation,
score de Nijmegen,
sténose trachéale

Résumé :

Le diagnostic d'asthme, essentiellement clinique, est le plus souvent retenu devant des symptômes évocateurs en particulier la dyspnée, les râles sibilants, la toux et l'oppression thoracique. Le caractère non spécifique de ces symptômes peut induire dans certaines situations des diagnostics erronés qui sont très vite révisés lorsque le traitement n'entraîne aucune amélioration.

Dans d'autres situations, c'est une nouvelle maladie qui entraîne l'aggravation de l'asthme et une perte de son contrôle malgré une thérapeutique adaptée.

Nous illustrons dans ces deux observations les difficultés rencontrés au cours du diagnostic et du suivi de l'asthme ainsi que les erreurs diagnostiques potentielles.

© 2019 Académie Algérienne d'Allergologie . Tous droits réservés.

Keywords: Asthma,
hyperventilation
syndrome, Nijmegen
score, tracheal
stenosis

Abstract:

The diagnosis of asthma, essentially clinical, is most often retained in front of evocative symptoms in particular dyspnea, sibilant rattles, cough and chest tightness. The nonspecific nature of these symptoms can lead in certain situations to erroneous diagnoses which are very quickly revised when the treatment does not lead to any improvement.

In other situations, it is a new disease that causes worsening of asthma and loss of control despite appropriate therapy.

In these two observations, we illustrate the difficulties encountered during the diagnosis and monitoring of asthma as well as the potential diagnostic errors.

© 2019 Algerian Journal of Allergology. All rights reserved.

* Auteur correspondant :

Adresse e-mail :khelafi.rachida@yahoo.fr

INTRODUCTION:

L'asthme est une pathologie dont le diagnostic est souvent aisé devant des manifestations cliniques typiques (toux, dyspnée, râles sibilants, oppression thoracique). Cependant, lorsque la maladie est difficilement contrôlable ou que la clinique est atypique, il faut remettre en doute le diagnostic de départ ou évoquer la participation d'un autre paramètre.

Nous rapportons les observations de deux patients, dont un avec un diagnostic initial erroné d'asthme et l'autre mal contrôlé malgré une thérapeutique optimale.

Observation 1 :

Mr B.Z âgé de 73 ans, non fumeur, aux antécédents d'asthme contrôlé sous association fixe corticoïdes inhalés et bronchodilatateurs de longue durée d'action, se plaint depuis 5 mois d'une gêne respiratoire quasi permanente sans sifflements faisant l'objet de recours fréquents aux urgences avec un usage fréquent des médicaments de secours et des corticoïdes par voie générale.

L'examen clinique retrouve un patient conscient avec un indice de masse corporelle IMC à 22Kg/m², polypneïque au repos (FR=32c/min), stable sur le plan hémodynamique (TA=130/80mmHg, FC =90bts/min). La SpO₂ en air ambiant est à 95%. Le reste de l'examen physique est normal.



Fig.1 : Radiographie thoracique de face

L'évaluation de la fonction respiratoire montre des indices spirométriques normaux mais la distance parcourue au test de marche de 6 minutes est limitée (233m).

Les gaz du sang révèlent une hypocapnie sévère à 18 mmHg avec alcalose respiratoire.

Les explorations cardio-vasculaires et digestives sont sans anomalies.

Le test d'hyperventilation volontaire sur 3 min provoque un enchaînement de symptômes faits de dyspnée, palpitations, céphalées et vertiges, à l'origine d'une asthénie profonde.

Le score clinique de Nijmegen est à 35 (Tableau 1).

La prise en charge s'est basée essentiellement sur l'éducation du patient, la mise en place d'un programme d'aide à l'apprentissage de la respiration abdominale, le traitement médical des troubles anxieux généralisés et le suivi psychologique.

Cette thérapeutique a permis l'amendement des symptômes et l'amélioration gazométrique (Fig.2).



Signes	Jamais (0)	Rarement (1)	Quelquefois (2)	Souvent (3)	Très souvent (4)
Douleurs thoracique	X				
Tension nerveuse				X	
Vision flou	X				
Vertiges				X	
Confusion ou perte de contact avec la réalité	X				
Respiration profonde ou rapide					X
Essoufflement					X
Poitrine serrée				X	
Ballonnement abdominal			X		
Fourmillements dans les doigts			X		
Difficulté à respirer profondément					X
Raideur ou crampes dans les mains et/ou doigts				X	
Fourmillent péribuccaux	X				
Mains ou pieds froids	X				
Palpitation					X
Anxiété					X
Total			35		

Tableau 1 : Score de Nijmegen

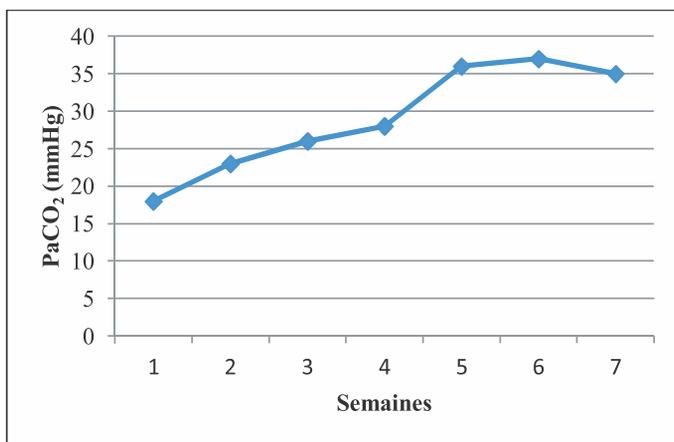


Fig.2 : Evolution de la Pa CO2 après traitement

Observation 2 :

Mme K.N âgée de 50 ans nous est adressée pour l'évaluation de sa fonction respiratoire.

Elle se plaint depuis 6 mois d'une dyspnée aux grands efforts aggravée au cours des épisodes de bronchite aigue.

Elle n'a aucun antécédent médical ou chirurgical. L'examen physique est normal. La radiographie thoracique de face est sans anomalies.

Le diagnostic d'asthme étant évoqué, son médecin de famille lui prescrit des corticoïdes inhalés mais sans amélioration aucune.

La spirométrie de base montre des indices spirométriques normaux ; Cependant, on note un aspect aplati de la courbe débit/volume en faveur d'une obstruction fixée des voies respiratoires supérieures (Fig.3).



Conclusion :

Le diagnostic différentiel de l'asthme est un problème clinique auquel peut être confronté aussi bien le médecin pneumologue que les médecins de diverses spécialités. Il peut survenir au cours du diagnostic initial où l'asthme est fortement présumé et les diagnostics différentiels évoqués ; ou au cours du suivi lorsque les symptômes respiratoires ne sont pas contrôlés malgré un traitement adapté.

Bibliographie :

1. Merin E, Kuruvilla, F, Eun-Hyung Lee, and Gerald B. Lee. Understanding Asthma Phenotypes, Endotypes, and Mechanisms of Disease. Clin Rev Allergy Immunol 2019; 56(2): 219–233.
2. Global Initiative for Asthma (GINA) Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2019.
3. Roche N. Differential diagnosis of asthma 2005. Revue Française d'Allergologie 2005;45(1):14-16.
4. Jaclyn Quirt, Kyla J. Hildebrand, Jorge Mazza, Francisco Noya, Harold Kim. Asthma. Allergy Asthma Clin Immunol. 2018; 14(Suppl 2):50.
5. Aaron SD, Vandemheen KL, FitzGerald JM, Ainslie M, Gupta S, Lemièrè C, Field SK, McIvor RA, Hernandez P, Mayers I, Mulpuru S, Alvarez GG, Pakhale S, Mallick R, Boulet LP Canadian Respiratory Research Network. Reevaluation of Diagnosis in Adults With Physician-Diagnosed Asthma. JAMA 2017; 317(3):269-279
6. Rapin A, Deslee G, Percebois-Macadre L, Jonvel AC, Demangeon S, Boyer FC. [Which treatments for the hyperventilation syndrome in adults?]. Rev Mal Respir 2017; 34(2):93-101
7. O.Cuisnier, Ch.Rhighini, Ch.Pison, G.Ferretti, E.Reyt. Prise en charge chirurgicale et/ou endoscopique des sténoses trachéales acquises non tumorales de l'adulte. Ann Otolaryngol Chir Cervico-fac, 2004; 121, 1,3-13.
8. Gelbard A, Francis DO, Sandulache VC, Simmons JC, Donovan DT, Ongkasuwan J. Causes and consequences of adult laryngotracheal stenosis. Laryngoscope. 2015; 125(5): 1137–1143.

