

Asthme et obésité : à propos de 50 cas

Hajar Arfaoui¹, Hajar Bamha², Mohammed Nahidi³, Salma Msika⁴, Hasna Jabri⁵, Wiam El Khattabi⁶, Moulay Hicham Afif⁷

^{1,2,3,4,5,6,7}Département de pneumologie, Hôpital 20 Août 1953, Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Résumé

Introduction

L'asthme et l'obésité sont deux problèmes majeurs de santé publique par leur fréquence et leur impact financier. L'obésité entraîne une altération du contrôle de l'asthme, une altération fonctionnelle respiratoire plus marquée et une moindre efficacité du traitement.

Patients et méthodes

Étude rétrospective comparative incluant 50 patients suivis en consultation d'allergologie au service des maladies respiratoires répartis en 2 groupes

Conclusion

L'asthme du sujet obèse est souvent sévère, mal contrôlé nécessitant une prise en charge multidisciplinaire

Mots-clés : Asthme, obésité, sévérité, contrôle

I. Introduction

L'asthme et l'obésité sont deux pathologies fréquentes et deux problèmes majeurs de santé publique en raison de leur impact en terme de morbidité/mortalité, de qualité de vie et de coût [1], l'association entre asthme et obésité va au-delà de la simple coexistence de deux pathologies, l'asthme du sujet obèse est même considéré comme un phénotype à part entière avec un mécanisme, des caractéristiques cliniques et une prise en charge spécifiques [2].

II. Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective comparative incluant 50 patients asthmatiques au service des maladies respiratoires de l'hôpital 20 Août de Casablanca pour une période s'étendant de juin 2016 jusqu'à janvier 2020, répartis en 2 groupes :

- Groupe 1 (G1) : Asthmatiques obèses
- Groupe 2 (G2) : Asthmatiques non obèses

III. Résultats

Nous avons analysé 50 cas d'asthme dont 20 patients (G1) avec un IMC > 30 kg/m² soit 40% des cas, et 30 patients asthmatiques non obèses (G2) soit 60% des cas.

La moyenne d'âge était de 45 ans chez le groupe 2 contre 27 ans dans le groupe des non obèses (groupe 1) ; On note une prédominance féminine de 80% dans le groupe 1 contre 56,6% dans le groupe 2 , une atopie familiale était retrouvée dans 45% dans le groupe 1 et dans 66,6% dans le groupe 2(Figure 1).

La moyenne d'âge de début de la symptomatologie était de 27 ans dans le groupe 1, et de 15 ans dans le groupe 2. Dans le groupe 1 la crise d'asthme était sévère dans 75 % des cas contre 33,3% dans le groupe 2 (Figure 2). Les asthmatiques obèses ont tendance à avoir plus de symptômes nocturnes (80 %), et une tolérance à l'effort médiocre (100%). L'évolution sous traitement de fond était mauvaise dans 40% des cas du groupe 1, et dans 16,6% des cas du groupe 2. L'asthme était classé modéré à sévère dans 75% des cas du groupe 1, modéré dans 60% des cas et sévère dans 6% cas du groupe 2.

IV. Discussion

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes qui affecte selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) 262millions de personnes dans le monde et a entraîné 462000 décès en 2019 surtout dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où le sous-diagnostic et l'insuffisance des traitements restent problématiques [3], parallèlement, l'obésité, définie par un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m², a triplé à l'échelle mondiale depuis 1975 selon l'OMS [4].

Le lien épidémiologique entre l'asthme et l'obésité a été suggéré à la fin des années 1990 [5] ; L'obésité augmente significativement le risque de développer de l'asthme comparativement aux sujets sans surpoids, et ce, quel que soit le sexe ou l'âge. La prévalence d'asthme est plus élevée dans la population obèse (10,4 % à 11,1 %) que dans la population non obèse (7,1 % à 7,9 %) [6], l'obésité augmente le risque de présenter un asthme sévère et augmente également le risque de faire des exacerbations d'asthme et d'hospitalisation avec recours à une ventilation mécanique et à des séjours d'hospitalisation plus longs [7,8].

La prise en charge multidisciplinaire est primordiale pour obtenir un succès sur l'amélioration de l'asthme, Il s'agit d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques. Le traitement non pharmacologique repose sur les règles hygiéno-diététiques , l'exercice physique , la réduction pondérale soit par régime seul ou chirurgie bariatrique dont de nombreuses études ont montré l'impact de la perte de poids sur l'asthme, incluant des mesures hygiéno-diététiques ou une chirurgie bariatrique [1], qui est recommandée chez les sujets asthmatiques obèses [9], et finalement la vaccination (vaccination anti-grippale , anti-pneumococcique et anti-COVID 19) vu qu'il y a un surrisque d'infections virales .

Le traitement pharmacologique repose sur les thérapies inhalées, la corticothérapie orale qui doit être utilisée à court terme à dose efficace la plus faible possible [1,4], les biothérapies dont leurs résultats sont discordants [10,11,12,13] ; Autres pistes thérapeutiques comme l'utilisation de la métformine et les statines [14,15].

V. Conclusion

L'asthme du sujet obèse est aujourd'hui considéré comme un phénotype à part entière, dont la physiopathologie n'est pas clairement élucidée mais semble être multifactorielle, la prise en charge multidisciplinaire est primordiale pour obtenir un succès sur l'amélioration de l'asthme.

Déclaration des liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

Figures :

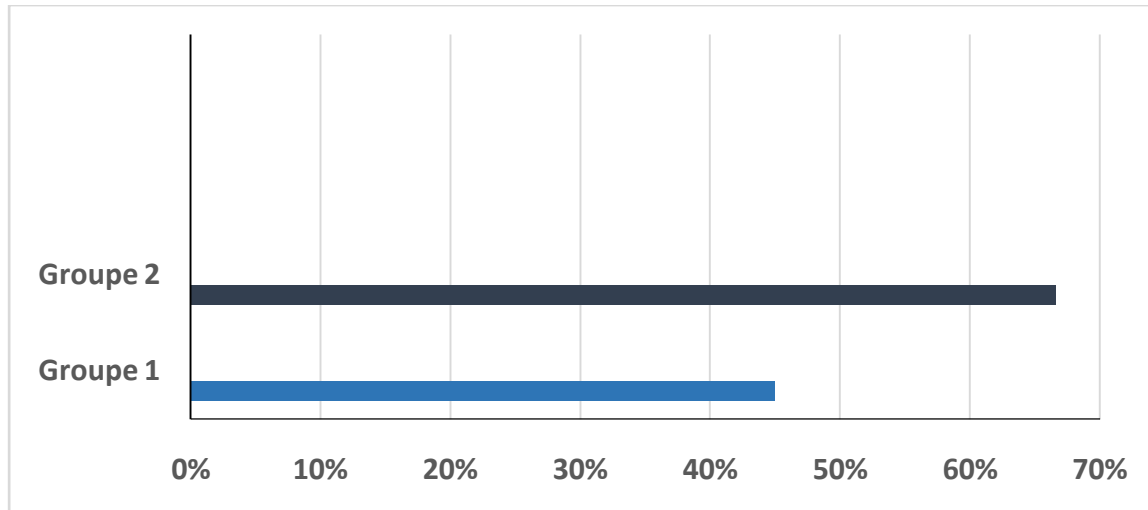


Figure 1 : Atopie familiale

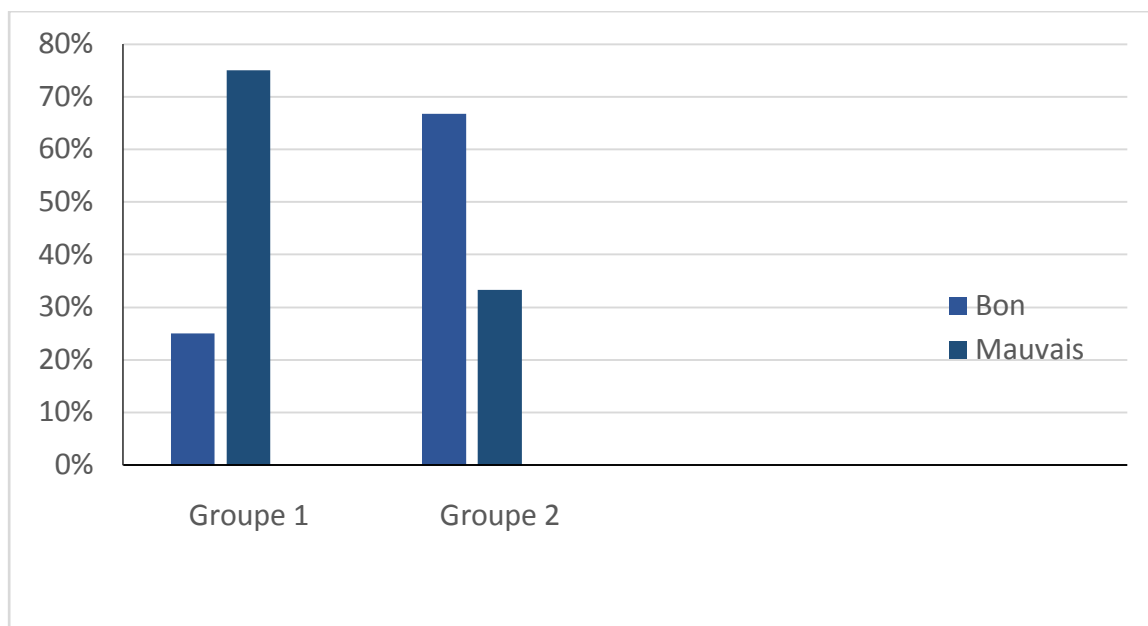


Figure 2 : Contrôle de l'asthme

Références

1. Guguen, C., et al. "Asthme et obésité : mécanismes et pistes thérapeutiques." *Revue des Maladies Respiratoires* 37.2 (2020): 134-143
2. Guillemainault, Laurent. "Asthme et obésité de l'adulte." *Médecine des Maladies Métaboliques* 16.1 (2022): 89-97
3. OMS / Asthma. WHO.n.d.<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/asthma>[accessed May 3, 2021]

4. Villeneuve, T., and L. Guilleminault. "Asthme et obésité de l'adulte." *Revue des Maladies Respiratoires* 37.1 (2020) : 60-74
5. Shaheen SO, Sterne JA, Montgomery SM, Azima H. Birth weight, body mass index and asthma in young adults. *Thorax* 1999 ;54 :396–402.
6. Akinbami, Omolara Jean, and Cheryl D. Fryar. *Current asthma prevalence by weight status among adults: United States, 2001-2014*. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 2016.
7. Luthe, Sarah Kyuragi, et al. "Association between obesity and acute severity among patients hospitalized for asthma exacerbation." *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice* 6.6 (2018): 1936-1941
8. Rodrigo, Gustavo J., and Vicente Plaza. "Body mass index and response to emergency department treatment in adults with severe asthma exacerbations: a prospective cohort study." *Chest* 132.5 (2007): 1513-1519.
9. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention; 2018 <http://www.ginasthma.org>.
10. SPOSATO, B., SCALESE, M., MILANESE, M., et al. Factors reducing omalizumab response in severe asthma. *European journal of internal medicine*, 2018, vol. 52, p. 78-85.
11. PAGANIN, F., MANGIAPAN, G., PROUST, A., et al. Lung function parameters in omalizumab responder patients: an interesting tool? *Allergy*, 2017, vol. 72, no 12, p. 1953-1961.
12. ORTEGA, Hector, LI, Hao, SURUKI, Robert, et al. Cluster analysis and characterization of response to mepolizumab. A step closer to personalized medicine for patients with severe asthma. *Annals of the American Thoracic Society*, 2014, vol. 11, no 7, p. 1011-1017.
13. BLEECKER, Eugene R., FITZGERALD, J. Mark, CHANEZ, Pascal, et al. Efficacy and safety of benralizumab for patients with severe asthma uncontrolled with high-dosage inhaled corticosteroids and long-acting β_2 -agonists (SIROCCO): a randomised, multicentre, placebo-controlled phase 3 trial. *The Lancet*, 2016, vol. 388, no 10056, p. 2115-2127
14. LI, Chun- Yi, ERICKSON, Steven R., et WU, Chung- Hsuen. Metformin use and asthma outcomes among patients with concurrent asthma and diabetes. *Respirology*, 2016, vol. 21, no 7, p. 1210-1218.
15. YUAN, Cheng, ZHOU, Lin, CHENG, Jiyun, et al. Statins as potential therapeutic drug for asthma? *Respiratory research*, 2012, vol. 13, no 1, p. 1-7.