

SYNTHESE

Asthme

Prescription d'activité physique

Validée par le Collège le 13 juillet 2022

Les données

La majorité des patients asthmatiques bien contrôlés peuvent avoir une vie normale et physiquement active. Le niveau d'activité physique (AP) est diminué chez les patients asthmatiques en comparaison à la population générale et plus d'un tiers n'ont pas d'AP de loisir.

La dyspnée d'effort, principale raison de diminution ou d'arrêt des AP, est multifactorielle, faisant intervenir l'obstruction bronchique, mais aussi la non-adhésion aux traitements médicamenteux, une bronchoconstriction induite par l'exercice (BIE), le ressenti de la dyspnée, la peur de l'exercice, des symptômes d'anxiété et de dépression, un syndrome d'hyperventilation (SHV) associé, le déconditionnement à l'effort et les comorbidités.

La reprise d'une AP régulière permet une amélioration du contrôle de l'asthme, de la dyspnée, de la tolérance à l'effort, de la qualité de vie et des symptômes d'anxiété et de dépression, et une réduction des exacerbations et des coûts de santé.

Mais l'AP seule ne peut répondre à l'ensemble des problèmes de la maladie asthmatique et de ses conséquences, d'où l'importance de son intégration dans le cadre plus général de l'éducation thérapeutique (ETP) et de la réadaptation respiratoire (RR) pour les patients avec un asthme plus sévère et/ou mal contrôlé.

Un programme d'ETP permet de faire prendre conscience à un grand nombre de patients de l'absence de contrôle satisfaisant de leur asthme, et de la possibilité d'améliorer leur capacité physique et leur qualité de vie. Le patient va acquérir des compétences utiles pour devenir acteur de sa santé à long terme, d'autant plus qu'un accompagnement de type autogestion est associé.

La consultation médicale d'AP

Les patients atteints d'asthme nécessitant un traitement quotidien au long cours (paliers 2 et 3 du GINA), sédentaires ou inactifs, d'autant plus qu'ils ont des facteurs de risque cardio-vasculaire associés, dont un tabagisme, nécessitent **une évaluation médicale minimale** avant de prescrire une AP d'intensité modérée.

Une consultation médicale d'AP est préconisée pour les AP d'intensité élevée. Elle se justifie pour les AP d'intensité modérée en fonction de la sévérité de la maladie et du niveau de traitement nécessaire (paliers 4 et 5 du GINA), du contrôle de la dyspnée, de l'état de déconditionnement du sujet et des comorbidités associées, notamment cardio-vasculaires.

Les examens complémentaires

Une **EFR avec test de réversibilité** qui a permis de poser le diagnostic d'asthme peut, selon l'évolution clinique, être de nouveau réalisée pour adapter le traitement.

Les tests en environnement (test de marche de 6 minutes, test de lever de chaise) sont utiles pour évaluer la capacité physique. Ils sont réalisés avec un oxymètre de pouls, à la recherche d'une éventuelle désaturation à l'effort.

Une épreuve d'effort, au mieux avec analyse des échanges gazeux, peut se justifier pour les AP d'intensité élevée (≥ 6 METs), en fonction de la sévérité de la maladie et du niveau de traitement nécessaire (paliers 4 et 5 du GINA), et des comorbidités associées, notamment cardio-vasculaires (cf. guide adulte HAS).

Contre-indications et points de vigilance

Les contre-indications

Il existe une contre-indication temporaire, chez les patients dont la maladie asthmatique est non contrôlée.

La plongée sous-marine en scaphandre autonome (en bouteille) relève d'un avis spécialisé. Il existe des limitations à certaines AP, telles qu'une allergie selon le sport choisi (équitation, course en pleine nature en saison pollinique, etc.), la natation dans les piscines chlorées ou un sport d'endurance dans le froid qui peuvent déclencher une BIE.

Les points de vigilance

Le traitement médicamenteux doit être optimal pour éviter les crises, améliorer la dyspnée et optimiser la fonction respiratoire de repos.

Quelle que soit l'intensité de l'AP, les patients asthmatiques doivent avoir avec eux leur traitement bronchodilatateur de crise, réaliser un échauffement avant de la débiter et/ou prendre leur traitement bronchodilatateur de crise 15 minutes avant l'AP.

La bronchoconstriction induite par l'exercice (BIE) est plus fréquente chez les asthmatiques sévères et/ou non contrôlés. La BIE apparaît après 3 à 8 minutes d'exercice, cède en 30 à 60 minutes, avec une période réfractaire de 4 à 6 heures. Elle se manifeste par de la toux, des sibilants, une oppression thoracique, une dyspnée, puis des expectorations. Ces symptômes sont améliorés par un échauffement et/ou la prise du traitement bronchodilatateur préalable à l'AP et au besoin, repris lors de l'exercice. La BIE est d'autant plus fréquente que l'AP est d'intensité élevée, dans une atmosphère froide ou en piscine chlorée.

Le syndrome d'hyperventilation inappropriée (SHV) est fréquent dans l'asthme, il nécessite une prise en charge individuelle par des techniques de respiration diaphragmatique associées à des AP adaptées.

Chez les patients avec un asthme difficile à contrôler ou sévère (paliers 4 et 5 du GINA) et/ou en cas de comorbidités associées et/ou après hospitalisation pour exacerbation et avant la prescription d'une biothérapie, la reprise des AP pourra se faire dans le cadre plus global d'une ETP et d'une RR.

Conseils et prescription d'AP

Chez tous les patients avec asthme, l'AP et sportive doit être promue et encouragée.

Diminuer le temps total de sédentarité à moins de 7 heures par jour et rompre les temps prolongés assis en se levant et en bougeant au moins une minute toutes les heures.

Développer les activités physiques de la vie quotidienne qui ont souvent une place importante dans la remise en mouvement des patients asthmatiques.

- Les programmes de marche à l'aide d'un podomètre ont montré leur efficacité.
- La natation en piscine non chlorée est souvent recommandée chez les asthmatiques, en raison de l'atmosphère chaude et humide diminuant le risque de BIE et de l'absence d'exposition pollinique.

Prescrire un programme d'APA de 3 mois, renouvelable, à raison de 2 à 3 séances par semaine qui associent des AP d'endurance et de renforcement musculaire.

Les techniques visant à contrôler la ventilation (tai chi, yoga, cohérence cardiaque, ventilation dirigée basse fréquence, etc.) sont utiles en pratique quotidienne, mais les typologies de patients restent à définir.