Asthme non contrôlé: Fréquence et facteurs associés

Uncontrolled asthma: Frequency and associated factors

Sarra Maazaoui[1], Chirine Moussa[2], Nawel Chaouch[1], Sonia Maalej[2]

1. Université Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis Service de pneumologie et d'endoscopie interventionnelle Pavillon 2, Hôpital Abderrahman Mami
2. Université Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis Service de pneumologie Pavillon 3, Hôpital Abderrahman Mami,

Résumé

Introduction: Le défi reel avec la maladie asthmatique consiste essentiellement dans le contrôle de celle-ci. Les objectifs du travail étaient de décrire le niveau de contrôle de l'asthme dans une population Tunisienne et de rechercher les facteurs associés au mauvais contrôle de la maladie.
Méthodes: Nous avons mené une étude descriptive observationnelle transversale sur une série de cas dans un service de pneumologie sur une période de 02 mois. Etaient inclus les patients vus à la consultation d'âge supérieur ou égal à 15 ans avec un diagnostic d'asthme confirmé et sous traitement anti-asthmatique depuis au moins 6 mois. Un asthme non contrôlé était défini par un score au test de contrôle de l'asthme inférieur à 20.
Résultats : Cent treize patients étaient inclus. L'âge moyen de la population était de 45 ± 15 ans. Treize pourcent des patients étaient tabagiques actifs. Les principales comorbidités associées à l'asthme étaient l'obésité (34,5%), le reflux gastro-œsophagien (17%). Trente-sept patients (32,8%) étaient observants aux traitements. L'asthme était classé bien contrôlé chez 64 patients (56,6%). Les facteurs associés au mauvais contrôle étaient : le tabagisme actif (p= 0,04), l'exposition au tabagisme passif (p= 0,02), les mauvaises conditions socio-économiques (p= 0,003), certaines comorbidités comme le reflux gastro- œsophagien, l'obésité, le début de la maladie au jeune age (p= 0,008) ainsi qu'avec l'observance thérapeutique (p = 0,008) et la technique d'inhalation (p = 0,002).
Conclusions : Une prise en charge adéquate de l'asthme doit être obligatoirement multidisciplinaire prenant en considération les comorbidités et la lutte anti-tabac.

Mots clés : Asthme, observance thérapeutique, questionnaire, tabagisme passif

Abstract

Introduction: The real challenge with asthma consists essentially in the control of this one. The objectives of our work were to describe the level of asthma control in a Tunisian population and to search the factors associated with uncontrolled asthma.
Methods: This was a descriptive observational cross-sectional study that was conducted in a pneumology department over 2 months. Were included patients seen at the allergology consultation aged 15 years or over with a confirmed diagnosis of asthma and under anti-asthmatic treatment for at least 6 months. Uncontrolled asthma was defined by an asthma control test score under 20.
Results: One hundred and thirteen patients were included. The mean age of the population was 45 ± 15 years. Thirteen percent of the patients were active smokers. The main comorbidities associated with asthma were obesity (34.5%), gastroesophageal reflux disease (GERD) (17%). Thirty-seven patients (32.8%) were compliant with treatment. Asthma was classified as well controlled in 64 patients (56.6%). Factors associated with poor asthma control according to the univariate study were: active smoking (p= 0.04); exposure to passive smoking (p= 0.02); poor socio-economic conditions (p=0.003); certain comorbidities such as GERD, obesity, younger age of onset of the disease (p= 0.008) as well as with therapeutic compliance (p= 0,008) and the technique of inhalation (p= 0,002).
Conclusion: Adequate management of asthma must necessarily be multidisciplinary considering comorbidities and tobacco control.

Key words : Asthma, therapeutic compliance, questionnaire, passive smoking

Correspondance
Sarra Maazaoui
Université Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis Service de pneumologie et d'endoscopie interventionnelle Pavillon 2, Hôpital Abderrahman Mami
Email: sarra.maazaoui@fmt.utm.tn

LA TUNISIE MEDICALE-2026; Vol 104 (02): 317-322 DOI: 10.62438/tunismed.v104i02.6392

Cet article est distribué selon les termes de la licence internationale Creative commons Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International(CC BY-NC-ND 4.0) qui autorise l'utilisation non commerciale, la production, la reproduction et la distribution, à condition que l'auteur original et la source soient mentionnés.

Introduction

L'asthme est une maladie respiratoire chronique, qui affecte aussi bien l'enfant que l'adulte. Elle est définie selon le GINA 2024 par une inflammation chronique des voies aériennes responsable de symptômes respiratoires à type de dyspnée, sifflement et/ou oppression thoracique et toux. Ces symptômes sont variables dans le temps et en intensité [1].

Selon l'OMS la prévalence de l'asthme était estimée en 2019 à 262 millions d'individus atteints [2]. Ce qui fait de cette maladie un problème de santé publique du fait de son impact social et économique important. En Tunisie, la maladie asthmatique constitue un problème de santé publique, dont la prévalence est estimée à 6,5% [3]. Elle est en augmentation ces dernières années à cause de l'urbanisation et de la pollution. Bien que l'asthme soit une pathologie bénigne, il était responsable de 455000 décès dans le monde durant l'année 2019, et cela étant plus important dans les pays à faible et à moyen revenu d'où la nécessité d'une prise en charge adéquate de la maladie.

En effet, selon les données de la littérature, le niveau de contrôle de l'asthme varie largement entre les études entre 28,9% et 70% d'où l'ampleur du problème [4,5].

De ce fait, la prévention de ces complications commence par un bon contrôle de la maladie asthmatique qui est le fruit d'une prise en charge pluridisciplinaire. Cette dernière inclut le patient, ses habitudes et comorbidités ainsi que son environnement (domestique et professionnel).

De nos jours, ces facteurs demeurent encore mal élucidés et diffèrent d'un individu à un autre et au sein d'une même population particulièrement dans la population Tunisienne où les études portant sur le contrôle de l'asthme manquent.

L'objectif de cette étude était de décrire le niveau de contrôle de l'asthme des patients suivis en consultation d'allergologie à Tunis ainsi que de rechercher les facteurs associés à l'asthme non contrôlé.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive, observationnelle transversale sur une série de cas. Elle a été menée au service de pneumologie Pavillon 3 de l'hôpital Abderrahmen Mami de l'Ariana, sur une période de deux mois. Un consentement oral des patients a été obtenu avant de répondre au questionnaire. Nous avons inclus dans notre étude les patients vus à la consultation d'allergologie avec le diagnostic d'asthme. Ont été inclus les patients d'âge supérieur ou égal à 15 ans et ayant un diagnostic d'asthme confirmé (clinique ou spirométrique) mis sous traitement anti-asthmatique depuis au moins six mois. N'ont pas été inclus les patients ayant une association de l'asthme à une autre pathologie respiratoire obstructive ainsi que les patients n'ayant pas donné leurs consentements pour répondre aux questionnaires. Ont été exclus les patients ayant des troubles psychiatriques sévères.

Le recueil des données était réalisé par le même investigateur pour tous les patients. Cet investigateur avait le rôle de poser les questions au patient en langue arabe. .Les données recueillies étaient d'ordre épidémiologiques : âge, sexe, tabagisme, conditions socio-économiques, et cliniques : comorbidités respiratoires, cardio- vasculaires, psychiatriques, Indice de masse corporelle (IMC) avec la définition d'un surpoids si l'IMC entre 25 et 30 kg/m2 et de l'obésité si IMC supérieur à 30 kg/m2). Les caractéristiques de la maladie asthmatique étaient relevées (âge de début de la maladie, durée d'évolution, origine allergique, exposition professionnelle, la sévérité de l'asthme, traitement de fond prescrit). L'évaluation de l'observance thérapeutique était faite via le questionnaire de Morisky qui vise à mesurer le degré d'adhésion d'un patient à son traitement médicamenteux, la version courte avec 4 questions était utilisée, elle explore les oublis, la négligence et l'arrêt volontaire du traitement (annexe 2). L'évaluation du contrôle de l'asthme était faite via le questionnaire Asthma control test (ACT) en version arabe. Ce questionnaire comprend cinq questions, chacune est cotée de un à cinq (annexe 1). Le questionnaire juge le contrôle de l'asthme durant les quatre dernières semaines. Notre population d'étude a été divisée en deux groupes selon le niveau de contrôle de l'asthme : groupe de patients ayant un asthme contrôlé avec un score ACT supérieur ou égale à 20 (G0) et un groupe de patients ayant un asthme non contrôlé avec un score ACT inférieur à 20 (G1) [6,7]. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 20. Les variables qualitatives ont été représentées par leurs fréquences absolues et leurs fréquences relatives (pourcentages). Les variables quantitatives, ont été représentées par leurs moyennes avec les valeurs extrêmes.

Pour l'étude analytique, une étude de corrélation a été réalisée en utilisant la corrélation de Spearman pour les variables quantitatives et la corrélation de Pearson pour les variables qualitatives ordinales. Une analyse multi variée a été réalisée en utilisant une régression logistique.

Résultats

Cent treize patients ont été inclus. L'âge moyen était de 45 ± 15 ans avec des extrêmes de 16 et 77 ans. Une prédominance féminine a été notée (88 femmes soit 77,8% versus 25 hommes soir 22,2%) avec un sex-ratio à 0,28.

La majorité des patients avaient un bas niveau d'instruction. Les caractéristiques épidémiologiques sont résumées dans le tableau 1

Les comorbidités les plus fréquentes étaient d'ordre oto-rhino-laryngologique suivie par l'obésité avec un IMC moyen de 34 kg/m2 (± 4,34 kg/ m2) (tableau 2). Concernant les caractéristiques de la maladie asthmatique, l'âge moyen du début de l'asthme était de 31 ± 14 ans, avec des extrêmes de 3 et 67 ans. Néanmoins un asthme à début tardif a été retrouvé chez 21 patientes (18,6%). L'origine allergique de l'asthme était évoquée chez 66 patients (58,4%), confirmée par des tests cutanés allergologiques chez 24 patients (21,2%). Une triade de

Widal était décrite chez deux patients. L'asthme était classé sévère chez cinq patients (2,7%). Une exposition professionnelle a été notée chez six patients (5,3%). Le traitement de fond était basé sur les corticostéroïdes inhalés chez tous les patients associés à un LABA chez 57 patients (50,4%), à un LAMA chez cinq patients (4,4%). Un antileucotriène était prescrit chez huit patients (7%). Deux patients (1,8%) recevaient de la théophylline. Trente-sept patients (32,8%) étaient observants aux traitements, alors que 76 patients (67,2%) étaient mal observants pour différentes raisons rapportées dans le Tableau 3.

Tableau 1. caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée

Paramètres	n (%)
Age moyen (ans)	45 ± 15 ans
Sex-ratio	0,28
Niveau d'instruction	
Analphabète	43 (38)
Primaire	35 (31)
Secondaire	30 (26,5)
Supérieur	5 (4,5)
Habitat	
Maison moderne	88 (78)
Maison traditionnelle	25 (22)
Exposition à l'humidité	50 (44)
Profession	
Elève/étudiant	12 (11)
Salarié	60 ; (53)
Chômeur	37 (33)
Retraité	4 (3)
Tabagisme actif	15 (13)
Intoxication tabagique (PA)	13 ± 7
Exposition au tabagisme passif	45 (40)
Exposition à la biomasse	20 (18)

Tableau 2. Répartition des patients selon les comorbidités

Comorbidités	n (%)
HTA	17 (15%)
FA	1 (0.8%)
Coronaropathie	1 (0,8%)
AVC	1 (0,8%)
AOMI	1 (0,8%)
Diabète	7 (6%)
Hypothyroidie	7 (6%)
Obésité	39 (34,5%)
Surpoids	34 (30,1%)
Insuffisance rénale	3 (2,7%)
Ostéoporose	6 (5,3%)
Anémie ferriprive	7 (6,2%)
RGO	19 (17%)
Dépression	8 (7%)

HTA: hypertension artérielle, FA: fibrillation auriculaire, AVC: accident vasculaire cérébral, AOMI: artériopathie oblitérante des membres inférieurs, RGO: reflux gastro œsophagien

Tableau 3. Les raisons de la mal observance thérapeutique

Raisons de mal observance thérapeutique	n (%)
Omission	21 (28%)
Négligence intentionnelle	31 (40%)
Faute de moyens	43 (56,5%)
Non compréhension	8 (10,5%)
Déni de la maladie	5 (6,5%)

L'asthme était classé bien contrôlé chez 64 patients (56,6%) avec un score ACT moyen égal à 23,42 ± 1,77 versus 13,95 ± 3,91 chez le groupe des patients non contrôlés.

La recherche de facteurs associés au mauvais contrôle de l'asthme a objectivé une association négative statistiquement significative entre le nombre de paquets-années et le score ACT : la consommation tabagique moyenne était significativement plus élevée dans le groupe G1 avec 6,58 PA versus 2,22 PA pour le G0 (p= 0,04). L'exposition au tabagisme passif était aussi retrouvée comme facteur de mauvais contrôle de l'asthme dans cette étude (p=0,02). Alors que, l'âge moyen des patients (p=0,22) ainsi que le sex-ratio (p=0,33) n'étaient pas associés au mauvais contrôle de la maladie. Quant aux conditions socio-économiques, 78% des patients ayant de mauvaises conditions socio- économiques étaient non contrôlés versus 56% parmi ceux ayant des conditions jugées moyennes à bonnes (p= 0,003). L'impact des comorbidités sur le contrôle de l'asthme est décrit dans le tableau 4.

Tableau 4. Effet des comorbidités associées à l'asthme sur le contrôle de la maladie

Comorbidités	p-value
SAHOS	0,722
RGO	0,001
Surpoids/Obésité	0,032
Polypose nasale	0,850
Rhinite	0,06
Sinusite	0,285
Cardiopathie	0,85
HTA	0,844
Diabète	0,978
Hypothyroïdie	0,978
Anémie	0,124
Dépression	0,25

SAHOS: syndrome d'apnée hypopnée obstructive du sommeil, RGO: reflux gastro-oesophagien

Par ailleurs, une association positive statistiquement significative a été retrouvée entre l'âge de début de la maladie et le score ACT (34 ans pour le G0 versus 27 ans pour le G1 ; p= 0,008). Cette association statistique n'a pas été retrouvée avec le degré d'ancienneté de la maladie.

Le contrôle de l'asthme était indépendant de l'origine allergique de la maladie (p= 0,4). Une amélioration de la technique d'inhalation était associée directement à l'amélioration du niveau de contrôle de l'asthme (p=

0,002). Pareil une bonne adhésion au traitement inhalé était associée positivement au bon contrôle de la maladie (p= 0,008).
En analyse multivariée, le haut niveau socio-économique a été associé à un mauvais contrôle de la maladie (Tableau 5).

Tableau 5. Étude multivariée des facteurs associés au mauvais contrôle de l'asthme

Facteurs de mauvais contrôle de l'asthme	Odds ratio IC95%
Exposition au tabagisme passif	0,84 [0,299 – 4,35]
Bas niveau socio-économique	0,041 [0,045 – 0,937]
RGO	0,005 [0,018 – 0,497]
Surpoids/obésité	0,051 [0,99 - 11]
Age de début de la maladie	0,680 [0,29 – 6,35]
Rhinite	0,806 [0,223 – 3,21]
Technique d'inhalation	0,234 [0,04 – 1,38]
Observance thérapeutique	0,364 [0,14 – 2,05]

RGO : reflux gastro-oesophagien.

Discussion

Le défi réel avec la maladie asthmatique consiste essentiellement dans le contrôle de celle-ci, en effet les facteurs associés au mauvais contrôle de l'asthme demeurent encore mal élucidés et variables d'un individu à un autre et au sein d'une même population. Les objectifs de notre travail étaient de décrire le niveau de contrôle de l'asthme dans une population Tunisienne et de rechercher les facteurs associés au mauvais contrôle de la maladie. De ce fait, nous avons mené une étude descriptive observationnelle transversale sur une série de cas sur une période de 02 mois. Nous avons inclus les patients vus à la consultation d'allergologie d'âge supérieur ou égal à 15 ans avec un diagnostic d'asthme confirmé et sous traitement anti-asthmatique depuis au moins 6 mois. Un asthme non contrôlé était défini par un score asthma control test (ACT < 20).
Cent treize patients ont été inclus. L'âge moyen de la population était de 45 ± 15 ans avec 88 femmes pour 25 hommes (sex-ratio égal à 0,28). Treize pourcent des patients étaient tabagiques actifs. Les principales comorbidités associées à l'asthme étaient l'obésité (34,5%), le reflux gastro-œsophagien (17%) l'hypertension (15%). Trente-sept patients (32,8%) étaient observants aux traitements. L'asthme était classé bien contrôlé chez 64 patients (56,6%). Les facteurs associés au mauvais contrôle de l'asthme selon l'étude univariée étaient : le tabagisme actif (p= 0,04), l'exposition au tabagisme passif (p= 0,02), les mauvaises conditions socio-économiques (p= 0,003), certaines comorbidités comme le reflux gastro- œsophagien, l'obésité, un âge plus jeune de début de la maladie (p= 0,008) ainsi qu'avec l'observance thérapeutique (p = 0,008) et la technique d'inhalation (p = 0,002). En analyse multivariée, aucun facteur n'a été retenu comme facteur de risque indépendant du mauvais contrôle de la maladie.
L'asthme allergique demeure essentiellement une pathologie du sujet jeune, toutefois d'autres phénotypes ont été décrits comme l'asthme non allergique dont la réponse aux corticoïdes inhalés est moindre ainsi que l'asthme tardif dont le diagnostic positif nécessite d'éliminer systématiquement d'autres diagnostics différentiels, et si retenu de rechercher particulièrement une exposition professionnelle [1]. Dans notre population, un terrain d'atopie était retrouvé chez 66 patients (58,4%) mais l'origine allergique n'était documentée que chez 24 patients (21,2%). Dans l'étude Allegra et al. la prévalence de l'asthme allergique était supérieure à la nôtre, de l'ordre de 67,8% parmi 2853 patients. Cette discordance pourrait s'expliquer par la non-disponibilité de façon constante des moyens de confirmation de la nature allergique de l'asthme comme les extraits allergéniques des tests. D'autres phénotypes étaient retrouvés, comme l'asthme à début tardif chez 21 patientes (18,6%) et l'asthme professionnel (5,3%).
L'âge moyen de notre population ainsi que le sex-ratio étaient semblables à la majorité des études, sauf pour l'étude Ilmarinen et al. dont la méthodologie était d'inclure uniquement les patients ayant un asthme installé à l'âge adulte (Tableau 6).

Tableau 6. Comparaison des caractéristiques épidémiologiques de notre population avec celles de la littérature

ETUDES		Nombre de Patients	Age moyen (ans)	Sex-ratio	Tabagisme Actif
Ben Khedher et al. [9] AIRMAG	Tunisie	234	44,3	0,67	
	Algérie	154	40,3	0,75	
	Maroc	236	36,5	0,66	
Belachew et al. [5]		409	49,82	0,66	12,5%
Davitte et al. [4]		15572	44	0,56	22,8%
Ilmarinen et al. [7]		203	58	0,73	52,7%
Allegra et al. [8]		2853	46	0,61	31,9%
Notre Etude		113	45	0,28	13%

Quant au niveau d'instruction, malgré le jeune âge relatif de notre population, 38% étaient analphabètes et 31% de niveau primaire. Ces données étaient similaires à celles de Belachew et al. et Allegra et al. (Respectivement 42,6% et 40% d'analphabètes) mais sont divergentes avec les données de l'étude AIRMAG. Cette dernière étude menée au Maghreb Arabe en 2009 a rapporté un taux de patients illettrés moindre estimé à 9,9% en Tunisie et à 12,5% en Algérie [5,8,9]. Ceci pourrait s'expliquer par la prédominance féminine d'âge avancé dans notre étude.
Quelques soit l'âge de début de la maladie, l'hypothèse que l'asthme soit responsable d'une inflammation systémique a été soulevée dans la littérature [10–12]. En effet, dans l'étude Ammar et al, les marqueurs de l'inflammation étaient élevés dans le groupe de patients non contrôlés [13]. Ces différents mécanismes étaient incriminés dans l'apparition de certaines comorbidités, en particulier cardiovasculaires [14]. En effet dans la méta-analyse de Su et al. la prévalence des comorbidités (cardio/cérébro-vasculaires, obésité, HTA, diabète, psychiatrique et respiratoires) chez les patients

asthmatiques était significativement plus élevée que chez les non asthmatiques [14]. Pour la rhinite chronique, son association avec l'asthme était fréquente dans la littérature (80%) comme il a été noté dans notre étude (73%) [15]. Cette association paraît être secondaire à des mécanismes systémiques intéressant tout l'appareil respiratoire [10]. Quant au reflux gastro-œsophagien (RGO), il pouvait être dû soit à une augmentation du gradient de pression entre le thorax et l'abdomen générée par l'obstruction bronchique soit à la prescription des bêta 2 agonistes au cours de la maladie. La prévalence du RGO dans la littérature était entre 50 et 80%, des chiffres supérieurs à ceux de notre étude (17%) vu que nous nous sommes basés uniquement sur l'anamnèse pour le diagnostic positif [15].

L'évaluation du contrôle de l'asthme, constitue une étape importante pour une prise en charge adéquate de la maladie. Le questionnaire ACT a été proposé comme un moyen simple et rapide. Dans l'étude Zhou et al. publiée en 2007, une comparaison a été faite entre l'ACT, le questionnaire de contrôle de l'asthme et le test de 30 secondes, permettant ainsi de retenir une bonne sensibilité et spécificité pour l'ACT dans l'évaluation du contrôle de la maladie [17]. De même, dans l'étude Ben Khedher et al. dont l'objectif était principalement l'évaluation du contrôle de l'asthme dans le Grand Maghreb, les investigateurs ont eu recours au score ACT parallèlement aux critères de GINA de 2008. Ainsi, il a été retenu que le score ACT permettait une évaluation fidèle et simple du contrôle de la maladie surtout au cours d'une consultation [18]. Dans cette étude, selon l'évaluation par l'ACT, l'asthme était classé bien contrôlé chez 64 patients (56,6%). Les données de la littérature quant au niveau de contrôle de l'asthme diffèrent entre les études (Tableau 7).

Tableau 7. Niveau de contrôle de l'asthme selon les études

Etudes	Pays	Effectif	Moyen d'évaluation du contrôle	Score ACT	Contrôle de la maladie (n ; %)
Belachew et al.[5]	Ethiopie	409	Score ACT	16,46	118 (28,9%)
Davitte et al. [4]	USA	15579	Score ACT		10982 (70,5%)
El Jahdali et al. [19]	Arabie saoudite	1060	Score ACT		383 (36%)
Hugo et al. [20]	Cameroun	243	Score ACT	19,3	58%
Jumbo et al.[21]	Niger	65	Score ACT	18,2	24 (37%)
Etude Serena [22]		396	Score ACT		36 (9%)
Ben Khedher et al. [9]	Tunisie	234	Score ACT	17,3	76 (32,8%)
Notre étude	Tunisie	113	Score ACT	18,68	64 (56,6%)

Afin de mieux élucider les facteurs intervenant dans le contrôle de la maladie asthmatique et expliquer ainsi cette variabilité, plusieurs études se sont intéressées à rechercher les facteurs de mauvais contrôle de l'asthme. Dans l'étude Belachew et al. l'âge, le statut marital du patient ainsi que l'adhésion du médecin traitant aux nouvelles recommandations étaient corrélés au bon contrôle de la maladie alors que de mauvaises conditions socio-économiques, une mauvaise observance thérapeutique, le tabagisme ainsi qu'une mauvaise relation médecin malade étaient notés comme facteurs de mauvais contrôle de la maladie [5].
Dans une autre étude Hugo et al. le sexe féminin et l'obésité étaient notés comme des facteurs prédictifs de mauvais contrôle de la maladie (et ceci après analyse multivariée). Dans une étude Tunisienne, le niveau de contrôle de l'asthme était corrélé principalement au niveau éducatif du patient, les convictions et les connaissances sur la maladie. Toutefois, l'impact des comorbidités n'a pas été étudié. En effet, les principales comorbidités incriminées dans le mauvais contrôle de la maladie étaient la rhinite chronique, l'obésité, le syndrome d'apnées-hypoponées obstructives du sommeil (SAHOS), le RGO et la dépression. Mais les données sont encore discordantes dans la littérature. Milanese et al. ont notés dans leur étude multicentrique réalisée en Italie que le contrôle de l'asthme a été indépendant des comorbidités associées (HTA, RGO, ostéoporose, diabète, cardiopathie) [23]. Dans notre étude, en analyse univariée le tabagisme (actif et passif), les mauvaises conditions socio-économiques, certaines comorbidités (le RGO, le surpoids, l'obésité), la mauvaise observance thérapeutique ainsi que la mauvaise technique d'inhalation étaient associés au mauvais contrôle de l'asthme. En analyse multivariée, un bon niveau socio-économique était associé au mauvais contrôle de la maladie.

Conclusions

Le principal défi de l'asthme réside dans son contrôle, en raison de son important impact social et économique. Bien que considérée comme une maladie bénigne et réversible, elle touche souvent des sujets jeunes en pleine activité. Les facteurs influençant ce contrôle restent multiples, variables et encore mal élucidés, notamment dans la population tunisienne où les études à ce sujet demeurent rares.
Au vu de nos résultats, il est justiciable de proposer le développement et la validation d'un questionnaire en arabe dialectale pour évaluer le contrôle de l'asthme des patients tunisiens ce qui pourrait faire l'objet d'une autre étude (hors sujet du travail). Intensifier les axes et les programmes d'éducation thérapeutique quant à cette pathologie fréquente mais banalisée par la population générale comme la création d'écoles d'asthme. Il faut insister qu'une prise en charge adéquate de l'asthme doit être obligatoirement multidisciplinaire, prenant en considération les comorbidités.

Références

1. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention, 2024. Available from: www.ginasthma.org.
2. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990– 2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. Lancet. 2020 Oct 17;396(10258):1204–22.
3. Mjid M, Taboubi A, Mokkadem S, Hedhli A, Cheikh Rouhou S, Ouahchi Y, et al. Évaluation de la connaissance de l'asthme chez les étudiants en médecine à Tunis. Rev Fr Allergol. 1 mar 2018;58(2):77–85.
4. Davitte J, DeBarmore B, Hinds D, Zhang S, Chao J, Sansbury L. Asthma control among treated US asthma patients in practice fusion's electronic medical record research database. npj Prim Care Respir Med. 2023 Apr 27;33(1):1–9.
5. Belachew EA, Tadess S, Alemayehu M, Ayele EM. Level of asthma control and its determinants among adults living with asthma attending selected public hospitals in northwestern, Ethiopia: using an ordinal logistic regression model. Asthma Res Pract. 2022 Aug 27;8(1):5.
6. Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, Schatz M, Li JT, Marcus P, et al. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control.J Allergy Clin Immunol. 2004 Jan;113(1):59–65.
7. Ilmarinen P, Juboori H, Tuomisto LE, Niemelä O, Sintonen H, Kankaanranta H. Effect of asthma control on general health-related quality of life in patients diagnosed with adult-onset asthma. Sci Rep. 2019 Nov 6;9:16107.
8. Allegra L, Cremonesi G, Girbino G, Ingrassia E, Marsico S, Nicolini G, et al. Real-life prospective study on asthma control in Italy: Cross-sectional phase results. Respir Med. 2012 Feb;106(2):205–14.
9. Benkheder A, Bouacha H, Nafti S, Taright S, El Ftouh M, Yassine N, et al. Control of asthma in the Maghreb: results of the AIRMAG study. Respir Med. 2009 Dec;103:S12–20.
10. Cazzola M, Segreti A, Calzetta L, Rogliani P. Comorbidities of asthma: current knowledge and future research needs. Curr Opin Pulm Med. 2013 Jan;19(1):36- 41.
11. Togias A. Systemic effects of local allergic disease. J Allergy Clin Immunol. 2004 Jan;113(1 Suppl):S8-14.
12. Higashimoto Y, Yamagata Y, Taya S, Iwata T, Okada M, Ishiguchi T, et al. Systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease and asthma: Similarities and differences. Respirology. 2008 Jan;13(1):128–33.
13. Ammar M, Bahloul N, Amri O, Omri R, Ghozzi H, Kammoun S, et al. Oxidative stress in patients with asthma and its relation to uncontrolled asthma. J Clin Lab Anal. 2022 May;36(5):e24345.
14. Su X, Ren Y, Li M, Zhao X, Kong L, Kang J. Prevalence of comorbidities in asthmaand non asthma patients. Medicine (Baltimore). 2016 May;95(22):e3459.
15. Boulet LP, Boulay MÈ. Asthma-related comorbidities. Expert Rev Respir Med. 2011 Jun 1;5(3):377–93.
16. Ahsino F, Zegmout A, Souhi H, Elouazzani H, Rhorfi I, Abid A. Comorbidités associées à l'asthme : quel impact sur le contrôle ? Rev Fr Allergol. 2021 May 1;61(4):298.
17. Zhou X, Ding F ming, Lin J tao, Yin K sheng, Chen P, He Q ying, et al. Validity of asthma control test in Chinese patients. Chin Medical J. 2007 Jun 20;120(12):1037-4.
18. Aït-Khaled N, Enarson DA, Bencharif N, Boulahdib F, Camara LM, Dagli E, et al.Implementation of asthma guidelines in health centres of several developing countries. Int J Tuberc Lung Dis. 2006 Jan;10(1):104–9.
19. Al-Jahdali HH, Al-Hajjaj MS, Alanezi MO, Zeitoni MO, Al-Tasan TH. Asthma control assessment using asthma control test among patients attending 5 tertiary care hospitals in Saudi Arabia. Saudi Med J. 2008 May;29(5):714–7.
20. Hugo MNB, Walter PYE, Maïmouna M, Malea NM, Ubald O, Adeline W, et al. Assessment of asthma control using asthma control test in chest clinics in Cameroon: a cross-sectional study. Pan Afr Med J. 2016 Mar 9;23:70.
21. Jumbo J, Adeniyi BO, Erhabor GE. Assessment of asthma control using asthma control test (ACT) and its relationship with lung function parameters. GJMS. 2013 Oct 20;3(8):276–82.
22. Corrado A, Renda T, Polese G, Rossi A. Assessment of asthma control: the SERENA study. Respir Med. 2013 Nov 1;107(11):1659–66.
23. Milanese M, Di Marco F, Corsico AG, Rolla G, Sposato B, Chieco-Bianchi F, et al.Asthma control in elderly asthmatics. An Italian observational study. Respir Med.2014 Aug 1;108(8):1091–9.