

# Psychisme et asthme: un thème vieux comme le monde

Thomas Rothe

Innere Medizin, Zürcher Höhenklinik Davos, Davos Clavadel

## Quintessence

- De graves stress psychosociaux peuvent avoir une influence considérable sur la réponse à un traitement et l'évolution d'un asthme.
- Anxiété et dépression surtout sont des facteurs ayant souvent une influence négative sur l'observance médicamenteuse.
- L'hyperventilation anxieuse peut simuler et accentuer les symptômes asthmatiques.
- Conditionnement, suggestion et effet placebo sont des facteurs intervenant dans l'asthme également.

## Introduction

Il y a 100 ans, l'asthme était considéré comme une crise d'étiologie psychique et de ce fait était également appelé *asthma nervosa* [1]. La réaction allergique n'avait pas encore été découverte et la relation entre exposition allergénique et réaction bronchique dans l'asthme allergique n'était donc pas non plus connue.

Psychisme et asthme ont gardé leur actualité ces cent dernières années, même si leurs relations ont été interprétées et jugées de manières très différentes. Cet article résume et analyse la littérature à ce sujet sur la base de données actuelles.

## Modèle psychanalytique de la genèse de l'asthme

Sur la base du modèle psychanalytique de Sigmund Freud, les psychosomaticiens ont défini dans les années 1940 sept tableaux cliniques qu'ils ont nommés les *holy seven* de la médecine psychosomatique [2]. L'un était l'asthme. La constellation déclenchante a été décrite comme la dépendance à une mère hyperprotectrice et le conflit d'ambivalence qui en résulte. D'un côté, l'enfant recherche la proximité de sa mère du fait que cela le rend toujours conscient de sa dépendance. De l'autre, la dépendance est à l'origine de tendances à la distanciation. L'asthme a été exclusivement réduit à la crise, comme cri pour la mère ou pleurs refoulés, donc comme la persistance d'une forme de communication préverbale infantile, la plupart du temps récompensée par une attention immédiate. Le fait que ces patients soient souvent symptomatiques entre deux crises est nié dans cette tentative d'explication.



Thomas Rothe

L'auteur certifie qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

Dans la crise d'asthme, le bronchospasme joue un rôle important. Comme la musculature bronchique est innervée par le système nerveux autonome, il est logique que des facteurs psychiques puissent en influencer la tonicité. Des stimuli vagues provoquent directement une bronchoconstriction.

Tout comme la crise anxieuse suraiguë peut provoquer une vidange instantanée de l'intestin («avoir la chiasse» ou «chier dans son froc»), l'anxiété est également impliquée dans le déclenchement de l'hyperventilation psychogène. Il est difficile même à sa victime de faire la distinction entre hyperventilation aiguë et bronchospasme. Une étude anglaise a pu montrer que chez environ un quart des asthmatiques connus ayant consulté leur médecin traitant pour une dyspnée aiguë, elle n'était pas le fait d'une obstruction bronchique aiguë mais bien d'une hyperventilation aiguë [3]. En présence d'une hyperréactivité bronchique, une hyperventilation aiguë peut provoquer secondairement un bronchospasme, ce qui complique l'appréciation clinique.

Des relations directes entre psychisme et asthme ont déjà été démontrées dans les premières expérimentations cliniques. Dans une étude, le simple fait de voir des fleurs artificielles a déclenché une dyspnée aiguë chez des asthmatiques aux pollens [4]. A l'inverse, l'inhalation d'un aérosol-doseur placebo avec étiquette d'un bêta-stimulant à brève durée d'action, dont l'asthmatique connaissait déjà l'effet immédiat, a provoqué une atténuation subjective de la dyspnée dans une crise. Mais cet effet ne s'est manifesté qu'après la première inhalation.

Les relations démontrées ne prouvent pas que des facteurs psychiques sont à l'origine de l'asthme, mais que conditionnement, suggestion et effet placebo sont des facteurs pouvant aussi jouer un rôle dans cette maladie.

## Conception actuelle de l'asthme

L'interaction entre conditionnement, anxiété, système nerveux autonome et dyspnée aiguë concerne surtout la crise d'asthme, actuellement considérée uniquement comme épiphénomène de la maladie. Même les exacerbations aiguës sont plutôt rarement de nature purement psychique. Des études prospectives ont pu montrer que jusqu'à 80% des exacerbations asthmatiques aiguës sont déclenchés par des infections virales des voies respiratoires hautes [5]. D'autres facteurs déclenchants d'une dyspnée aiguë sont: le

contact allergénique, l'effort physique et les irritations aspécifiques des voies respiratoires par la fumée et l'air froid.

Selon les directives GINA, l'asthme est défini comme une inflammation et une hypersensibilité chroniques des voies respiratoires. Les bronches peuvent être obstruées par un spasme de leur musculature, des sécrétions visqueuses et un œdème inflammatoire de la muqueuse bronchique, ce qui provoque une diminution du débit respiratoire ([www.ginaasthma.com](http://www.ginaasthma.com)).

**La crise anxieuse peut provoquer une vidange instantanée de l'intestin: «avoir la chiasse»**

La crise d'asthme n'est pas un critère de définition car dans de nombreux cas c'est une obstruction lentement progressive qui apparaît, sans qu'il n'y

ait forcément de crise aiguë de dyspnée. Selon Turner-Warwick, nous parlons alors d'asthme de type «dérivant», caractérisé par une baisse lente des valeurs du peak-flow, sans réversibilité significative aux bêta-stimulants [6].

N'y a-t-il alors aucune relation entre genèse de l'asthme et psychisme? Il est clair qu'il est impossible de répondre par non. Le neuropsych-immunologie s'intéresse aux relations entre système nerveux, psychisme et défenses immunitaires, notamment dans la réaction allergique [7]. Trois exemples illustrent l'effet potentiel du stress et de l'anxiété sur le système immunitaire: une étude a pu montrer que des étudiants ayant reçu un tampon d'ouate imbibé de rhinovirus dans une narine attrapaient d'autant plus souvent un rhume qu'ils étaient stressés [8]. Les enfants de pères et mères séparés ont plus souvent une neurodermite que ceux qui n'ont jamais subi un tel traumatisme infantile [9]. Plus il y a eu d'anxiété librement flottante dans un questionnaire, plus les réactions au prick-test cutané ont été intenses chez les patients souffrant de rhinite allergique [10]. Ces exemples montrent que les relations neuropsych-immunologiques ont leur importance dans des tableaux cliniques très différents, et pas seulement dans l'asthme ou la rhinite allergique.

Chez l'adulte, ce sont les formes d'asthme dans lesquelles les réactions exogènes-allergiques ne sont pas décelables qui prédominent [11]. Une forme de l'asthme apparaissant à l'âge adulte non atopique, l'asthme intrinsèque [12], a particulièrement intéressé les premiers psychosomaticiens. Des facteurs psychogènes ont été considérés comme facteurs déclenchants potentiels dans la genèse de l'asthme vu l'absence manifeste de mécanismes à IgE. Cette forme d'asthme est cependant souvent caractérisée par une importante éosinophilie dans le sang et les expectorations et par la présence d'une sinusite chronique et de polypes nasaux. Jusqu'à 40% des patients présentant un tel tableau ont également une intolérance aux analgésiques non imputables à une réaction à IgE. La genèse inflammatoire de cette pathologie est donc évidente. Il y a déjà eu des indices en faveur d'une auto-antigénicité [13] que le «Schweizerisches Institut für Asthma- und Allergieforschung» (SIAF) de Davos réexamine actuellement.

## Psychisme comme cofacteur modulateur de l'évolution de la maladie

La psychosomatique moderne, orientée vers la thérapie comportementale, considère l'hyperprotection parentale non plus comme la cause de la crise, mais comme sa conséquence [14]. Les crises graves avec peur d'étouffer, frustrations par handicaps physiques secondaires à la maladie et peur réelle des effets indésirables des médicaments utilisés provoquent les types de comportements observés dans la famille et laissent des séquelles psychiques chez les patients.

Anxiété et dépression sont donc plus souvent présentes chez les asthmatiques [15, 16], de même que chez les patients souffrant d'autres maladies chroniques, par ex. BPCO [17]. Elles diminuent leur qualité de vie [18] et agissent en plus sur leur comportement et l'évolution de leur maladie. Tout comme la perception de la douleur est plus marquée dans la dépression, celle de la dyspnée peut être altérée par des facteurs psychiques. La dyspnée est généralement une sensation difficilement mesurable et dont la corrélation avec le niveau d'obstruction bronchique par ex. n'est pas bonne. L'anxiété peut accentuer la perception des symptômes d'asthme, surtout dans les formes légères [19]. Il est bien connu au contraire que les patients ayant un asthme grave ont souvent une perception diminuée de leur obstruction bronchique [20].

L'interférence psychique favorise l'apparition de concepts dysfonctionnels pour la compréhension de la maladie. L'anxiété accentue la tendance à la dramatisation. Si le concept de la maladie du patient n'est pas dé-

**Le simple fait de voir des fleurs artificielles a déclenché une dyspnée aiguë chez des asthmatiques aux pollens**

couvert lors d'une discussion axée sur sa personne, le risque est que les prescriptions du médecin – expression du concept médical du médecin traitant – ne

soient pas suivies. L'observance dépend donc fortement de facteurs tels qu'anxiété et dépression [21]. L'absence d'acceptation de la maladie peut faire que ses symptômes soient niés et que le traitement ne soit pas suivi, ou pas assez bien. L'hyperanxiété à son tour implique une mauvaise compliance avec une phobie des stéroïdes, mais est souvent d'ailleurs la cause d'un surtraitement de la part du patient qui veut à tout prix prévenir ses crises d'asthme, ce qui peut donner des effets indésirables inutiles des corticostéroïdes thérapeutiques.

Si le médecin ne perçoit pas la tendance à la négation ou l'hyperanxiété, l'échec d'un traitement suffisant de l'asthme est programmé. Il est donc indispensable qu'il se renseigne sur les facteurs stressants psychiques et le concept du patient quant à la compréhension de sa maladie et de son traitement.

Il ne faut pas simplement appliquer le concept de traitement du médecin au patient. Il faut toujours essayer d'équilibrer les deux concepts et le patient doit être impliqué dans le plan thérapeutique. S'il se l'approprie et si après instruction d'un autocontrôle de l'asthme [22] il est capable d'avoir activement une influence sur l'évolution de sa maladie, son sens de l'efficacité augmente et avec lui l'observance du traitement [23].

## Asthme difficile à contrôler

Atteindre un bon contrôle de l'asthme est le but majeur du traitement, ce qui signifie que les patients peuvent mener une existence pratiquement normale, n'ont besoin que rarement d'un bêta-stimulant en réserve et sont la plupart du temps performants dans leur profession et le sport, c.-à-d. qu'ils ne ressentent que rarement une obstruction bronchique. Mais la réalité est nettement loin du but. Même dans les conditions d'une étude clinique avec épuisement progressif du traitement antiasthmatique habituel (étude GOAL), 15 à 20% des patients ne peuvent pas suffisamment bien contrôler leur asthme [24]. Une étude récente auprès de médecins suisses a donné un contrôle de l'asthme encore nettement moins bon dans les conditions réelles de la pratique [25].

Les preuves que des facteurs psychosociaux tels qu'anxiété, stress et dépression ont une influence négative sur l'évolution de la maladie et empêchent un bon

**Le psychisme est souvent totalement exclu et «l'enfant jeté avec l'eau du bain»**

contrôle de l'asthme se sont accumulées ces dernières années. Les patients souffrant d'un asthme mal contrôlé sont particulièrement

souvent d'humeur dépressive [17, 26]. L'enquête de plus de 180 000 Américains entre 2000 et 2007 a donné une prévalence annuelle de l'asthme de 7% et une prévalence générale de graves situations de stress psychique de 3%. Chez les asthmatiques, elle a été de 7,5%, soit plus du double de la population globale [27]. Dans une autre étude, les enfants ayant vécu de graves situations psychosociales ont présenté davantage d'exacerbations asthmatiques dans les jours suivants [28].

Une étude récente en Hollande montre de manière encore plus impressionnante l'importance des facteurs stressants psychosociaux sur l'évolution de la maladie et la réponse au traitement. Un groupe de travail de l'Université de Leyde a examiné 136 patients ayant un asthme difficile à traiter et des signes d'évolution défavorable de leur maladie. Les 5 cofacteurs les plus importants en corrélation avec le nombre d'exacerbations asthmatiques dans ce collectif sélectionné ont été sinusite, reflux gastro-œsophagien, syndrome d'apnées obstructives du sommeil, infections fréquentes des

voies respiratoires et présence de facteurs stressants psychosociaux notables. C'est pour le psychisme que l'odds ratio a été la plus élevée, avec 10,8 [29].

## Implications pour le travail quotidien avec le patient

Nul ne sait exactement comment les facteurs psychosociaux et l'asthme sont en interaction chez un patient individuel. Mais il faut sans aucun doute partir du principe qu'un stress psychique peut avoir une influence sur l'évolution de la maladie. Si tel est bien le cas et si le patient en souffre, ou s'il semble qu'anxiété et dépression aient une influence sur l'observance du traitement, il faut sans tarder inclure le psychisme dans l'offre thérapeutique.

La manière de le faire exige une grande sensibilité de la part des thérapeutes. Il y a quelques années encore, de nombreux parents d'enfants asthmatiques étaient plus ou moins souvent confrontés à leur responsabilité dans la maladie de leur enfant, avec une remarque sur sa genèse psychique. Avec les connaissances plus approfondies de la base inflammatoire de cette maladie, la tendance s'est inversée. Le psychisme a souvent été totalement exclu. Mais «l'enfant a été jeté avec l'eau du bain».

Pour un traitement optimal et global, il serait beaucoup plus important de s'intéresser aux problèmes aussi bien somatiques que psychiques et de les intégrer dans le concept thérapeutique.

### Correspondance:

Dr Thomas Rothe  
FA Innere Medizin, Pneumologie FMH  
Psychosoziale und psychosomatische Medizin SAPP  
Chefarzt Innere Medizin  
Zürcher Höhenklinik Davos  
CH-7272 Davos Clavadel  
[thomas.rothe@zhd.ch](mailto:thomas.rothe@zhd.ch)

### Références recommandées

- Alexander F, French T. Psychoanalytic Therapy. Principles and Application. New York: Ronald Press; 1946.
  - Cohen S, Tyrell DAJ, Smith AP. Psychological stress and susceptibility to the common cold. NEJM. 1991;325:606–12.
  - ten Brinke A, Sterk PJ, Masclee AA, et al. Risk factors of frequent exacerbations in difficult-to-treat asthma. Eur Respir J. 2005;26:812–8.
- La liste complète des références numérotées se trouve sous [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch).

# Psyche und Asthma: ein uraltes Thema /

# Psychisme et asthme: un thème vieux comme le monde

## Weiterführende Literatur (Online-Version) / Références complémentaires (online version)

- 1 Osler W. The Principles and Practice of Medicine. Edinburgh, Scotland: YJ Pentland; 1982.
- 2 Alexander F, French T. Psychoanalytic Therapy. Principles and Application. New York: Ronald Press; 1946.
- 3 Thomas M, McKinley K, Freeman E, Foy C. Prevalence of dysfunctional breathing in patients treated for asthma in primary care: a cross sectional survey. *BMJ*. 2001;322:1098–100.
- 4 Luparello T. Influence of suggestion on airway reactivity in asthmatic subjects. *Psychosomat Med*. 1968;30:819–23.
- 5 Johnston SL, Pattemore GK, Sanderson G, et al. Community study of the role of viral infections in exacerbations of asthma. *BMJ*. 1995;310:1225–9.
- 6 Turner-Warwick M. On observing patterns of airflow obstruction in chronic asthma. *Br J Dis Chest*. 1977;71:73–80.
- 7 Wright RJ. Stress and atopic disorders. *J Allergy Clin Immunol*. 2005;116:1301–6.
- 8 Cohen S, Tyrell DAJ, Smith AP. Psychological stress and susceptibility to the common cold. *NEJM*. 1991;325:606–12.
- 9 Bockelbrink A, Heinrich J, Schäfer I and the LISA Study Group. Atopic eczema in children: another harmful sequel of divorce. *Allergy*. 2006;61:1397–402.
- 10 Kiecolt-Glaser JK, Heffner KL, Glaser G, et al. How stress and anxiety can alter immediate and late skin test responses in allergic rhinitis. *Psychoneuroendocrinology*. 2009;34:370–80.
- 11 Arbes SJ, Jr, Gergen PJ, Vaughn B, Zeldin DC. Asthma cases attributable to atopy. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;120:1139–45.
- 12 Virchow C. Intrinsic Asthma. *Prax Pneumologie*. 1973;27:578–83.
- 13 Szczeklik A, Nizankowska E, Serafin A, et al. Autoimmune phenomena in bronchial asthma with special reference to aspirin intolerance. *Am J Respir Crit Care Med*. 1995;152:1753–5.
- 14 Laederach-Hofmann K. Asthma bronchiale. *Schweiz Rundschau für Medizin*. 1995;84:872–7.
- 15 Moussas G, Tselebis A, Karkanias A, et al. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Ann Gen Psychiatry*. 2008;7:7.
- 16 Chun TH, Weitzen SH, Fritz GK. The Asthma-Mental Health Nexus in a population based sample of the United States. *Chest*. 2008;134:1176–82.
- 17 van den Bernt L, Schermer T, Bor H, et al. The risk for depression comorbidity in patients with COPD. *Chest*. 2009;135:108–14.
- 18 Lavoie KL, Bacon SL, Barone S, et al. What is worse for asthma control and quality of life. Depressive Disorders, anxiety disorders, or both? *Chest*. 2006;130:1039–47.
- 19 Chen E, Hermann C, Rodgers D, et al. Symptom perception in childhood asthma: the role of anxiety and asthma severity. *Health Psychology*. 2006;25:389–95.
- 20 Bijl-Hofland LD, Cloosterman SGM, Folgering HTM, et al. Relation of the perception of airway obstruction to the severity of asthma. *Thorax*. 1999;54:15–9.
- 21 Smith A, Krishnan JA, Bilderback A, et al. Depressive symptoms and adherence to asthma therapy after discharge. *Chest*. 2006;130:1034–8.
- 22 Rothe T, Steurer-Stey C, Courteheuse C, Nicolet G. Assessment-Parameter für das Asthma-Selbstmanagement. *Schweiz Med Forum*. 2005;5:950–6.
- 23 Arnet I, Schoenenberger, Spiegel R, Haefeli WE. Überzeugung als Fundament der Compliance und Techniken zur Compliance-Optimierung. *Schweiz Med Wochenschr*. 1999;129:1477–86.
- 24 Bateman E, Boushey HA, Bousquet J, et al. Can Guideline-defined asthma-control be achieved? The Gaining Optimal Asthma control study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004;170:836–44.
- 25 Leuppi J, Steurer-Stey C, Peter M et al. Asthma control in Switzerland. A general practitioner based survey. *Curr Med Res Opin*. 2006;22:2159–66.
- 26 Mancuso CA, Wenderoth S, Westermann H et al. Patient-reported and physician-reported depressive conditions in relation to asthma severity and control. *Chest*. 2008;133:1142–8.
- 27 Orake E, King ME, Callahan DB. Asthma and serious psychological distress: prevalence and risk factors among US adults, 2001–2007. *Chest*. 2009 (Epub ahead of print).
- 28 Sandberg S, Paton JY, Ahola S, et al. The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. *Lancet*. 2000;356:982–6.
- 29 ten Brinke A, Sterk PJ, Masclee AA, et al. Risk factors of frequent exacerbations in difficult-to-treat asthma. *Eur Respir J*. 2005;26:812–8.