

INTRODUCTION

Plusieurs études ont démontré le lien épidémiologique entre l'obésité et l'asthme, ce dernier étant souvent difficile à contrôler lorsqu'il existe une obésité associée

OBJECTIFS

Le but de notre étude est de préciser les caractéristiques de l'asthme chez le sujet obèse en comparaison avec le sujet non obèse, et l'influence de l'obésité sur le contrôle de l'asthme

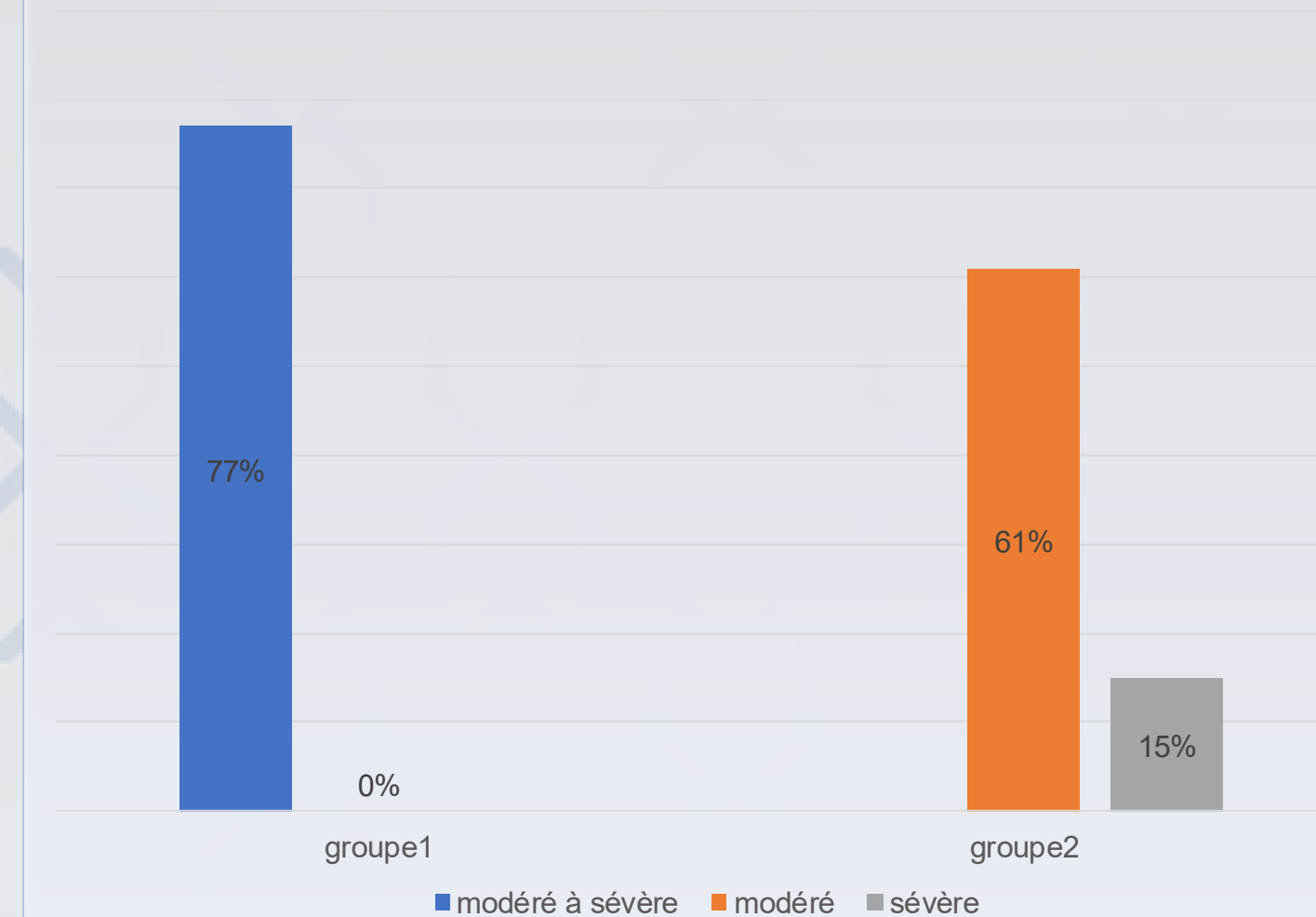
MATERIELS ET METHODES

Étude rétrospective comparative incluant 110 dossiers de patients consultants pour asthme au service des maladies respiratoires de l'hôpital 20 Août, sur une période allant de Janvier 2015 au juin 2025 dont 50 dossiers de patients asthmatiques obèses (IMC > 30), et 60 dossiers de patients asthmatique non obèses suivis en consultation d'allergologie

RESULTATS

- **Moyenne d'âge:**
 - Groupe 1= groupe des sujets obèses: 47 ans
 - Groupe 2= groupe des non obèses: 25 ans
 - Genre prédominant: femme →groupe 1 (82% vs 57%)

- **ATCD atopie familiale:** 50% des cas dans le groupe 1 et dans 69% dans le groupe 2
- **Moyenne d'âge de début de la symptomatologie:** est de 25 ans dans le groupe 1, et elle est de 16 ans dans le groupe 2.
- **Sévérité de la crise d'asthme:** groupe 1 (75 %) des cas contre 33,3% dans le groupe 2.
- **Symptômes nocturnes:** obèses (84 %),
- **Tolérance à l'effort:** groupe 1= médiocre (100%)
- **Évolution sous traitement de fond** est mauvaise dans 38% des cas du groupe 1, et dans 18% des cas du groupe 2
- **Sévérité de l'asthme:**



DISCUSSION

L'association entre l'asthme et l'obésité est aujourd'hui bien établie et correspond à un phénotype particulier d'asthme, souvent plus sévère et difficile à contrôler. Les patients asthmatiques obèses présentent plus fréquemment des symptômes persistants, une dyspnée d'effort marquée, des exacerbations sévères et une altération importante de la qualité de vie. Plusieurs mécanismes physiopathologiques sont impliqués, incluant les contraintes mécaniques thoraco-pulmonaires liées à l'excès pondéral, l'augmentation du travail respiratoire et la réduction des volumes pulmonaires. À cela s'ajoute une inflammation systémique chronique de bas grade, médiée par les adipokines et les cytokines pro-inflammatoires, pouvant modifier la réponse bronchique et diminuer l'efficacité des corticoïdes inhalés.

La littérature décrit également un asthme d'apparition plus tardive, moins souvent associé à l'atopie, suggérant un phénotype non allergique prédominant chez les sujets obèses. Enfin, plusieurs études ont montré qu'une perte de poids, obtenue par des mesures

hygiéno-diététiques ou chirurgicales, est associée à une amélioration significative du contrôle de l'asthme, de la fonction respiratoire et de la consommation médicamenteuse. Ces données soulignent l'importance d'une prise en charge globale et multidisciplinaire, intégrant le traitement de l'asthme et la correction de l'obésité, afin d'optimiser le pronostic des patients.

CONCLUSION

L'obésité apparaît actuellement comme une des principales comorbidités liées à l'asthme, au même titre que le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et l'arthrose.

REFERENCES

- 1.Beuther DA, Sutherland ER. Overweight, obesity, and incident asthma. Am J Respir Crit Care Med. 2007.
- 2.Peters U, Dixon AE, Forno E. Obesity and asthma. J Allergy Clin Immunol. 2018.
- 3.Dixon AE, et al. Effects of obesity on airway inflammation and responsiveness. J Allergy Clin Immunol. 2010.
- 4.Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. GINA Report, 2024.