



Fédération française de la
montagne et de l'escalade
Commission Médicale

Asthme et maladies respiratoires en altitude et sports de montagne

Les recommandations de la commission médicale de la FFME

Les asthmatiques et plus généralement les patients souffrant d'une insuffisance respiratoire, sont-ils plus affectés par les conditions d'exercice des sports de montagne (altitude, froid, environnement etc..) et quelles recommandations doit-on proposer ?

En théorie, lors des efforts en altitude, l'hyperventilation, l'air froid et sec, l'hypoxie, sont susceptibles de provoquer une broncho constriction et d'aggraver ainsi une maladie asthmatique.

En réalité l'absence de poussières, pollens et de pollution environnementale au dessus de 1500 m réduit fortement la charge inflammatoire bronchique. La réponse au test de provocation à la métacholine étant améliorée de façon significative au-delà de 3500 m.

L'oedème pulmonaire de haute altitude, OPHA, qui comporte certes une part de réaction inflammatoire, semble provoqué essentiellement par des mécanismes vasculaires (HTAP), un trouble de la diffusion alvéolo-capillaire, voire une prédisposition génétique plutôt que par une broncho-constriction.

Environ 300 millions de personnes dans le monde sont atteintes de maladie asthmatique. Il existe cependant une très nette différence géographique de prévalence et de morbidité en faveur des populations résidant en altitude. Une étude épidémiologique récente à Lhassa, a montré la très faible prévalence de l'asthme chez les enfants tibétains.

Au dessus de 3000 mètres, deux critères vont être péjoratifs pour l'asthmatique en trekking :

- L'utilisation fréquente (plus de trois fois par semaine) de bronchodilatateurs inhalés dans la vie courante, avant le trek.
- L'intensité des efforts demandés durant le trek.

Un asthmatique stable ne court pas de plus grand risque en altitude.

Au Kilimandjaro, 5885m, il n'y a pas de différence entre asthmatiques stables et non asthmatiques en terme de fonction respiratoire, incidence du MAM et succès d'ascension au sommet.

C'est une règle générale : la maladie asthmatique doit être stable et sous contrôle (pas plus de 3 utilisations de broncho-dilatateurs inhalés par semaine) avant d'autoriser un trek en altitude.

Les asthmatiques qui font un usage fréquent de broncho-dilatateurs courent un risque aggravé de développer une attaque d'asthme lors des efforts en altitude. Ils doivent être dissuadés d'entreprendre un trek. Leur traitement doit être auparavant adapté pour obtenir un contrôle satisfaisant de la maladie avant le départ.

Mais d'autres recommandations sont tout aussi importantes :

- Les patients doivent continuer régulièrement leur traitement de fond et doivent disposer des médicaments nécessaires en cas de crise.
- Les patients porteurs d'un asthme modéré, léger, peuvent être autorisés à atteindre une altitude limitée à 5000 mètres.
- Les patients porteurs d'un asthme modéré à sévère doivent être mis en garde s'ils doivent voyager entre 3000 et 3500 m. spécialement en contrée éloignée.
- Les patients doivent faire usage des thérapeutiques habituellement utilisées avant un exercice comme ils l'auraient fait avant un effort au niveau de la mer.
- Par temps froid ou exposition au vent, la protection de la bouche et du nez s'impose (écharpe etc..).
- Enfin les situations à risque infectieux ou de pollution seront évitées.

Pour ce qui est des patients atteints d'une bronchite chronique légère:

En altitude modérée (1500/2000m), la réduction de l'humidité et des polluants, la baisse de la densité de l'air devrait améliorer le fonctionnement respiratoire. Il s'y associe une diminution des phénomènes inflammatoires qui devrait profiter à ce malade.

En cas de bronchite chronique plus sévère ou d'une bronchopathie obstructive BPCO :

Avant d'autoriser une altitude supérieure, ces patients devront être soigneusement évalués :

- Spirométrie afin d'apprécier le degré d'obstruction bronchique.
Analyse sanguine des échanges gazeux.
- Recherche d'une désaturation en oxygène au niveau de la mer, par effort de marche de six minutes.
- Eventuellement test en hypoxie en consultation spécialisée de médecine de montagne.

Leur médecin devra tenir compte des circonstances d'exposition à l'altitude :

- Altitude maximum atteinte et altitude projetée de la période de sommeil.
- Vitesse et moyens d'ascension (téléphérique, voie routière, ou randonnée pédestre).
- Durée d'exposition.
- Eventualité d'exercice physique ajouté.

Pour ces patients porteurs d'une bronchite chronique ou d'une BPCO, les plus extrêmes réserves devront être émises avant d'envisager un séjour au-delà de 3000m. Les sujets présentant une PaO₂ déficitaire (50-55 mmHg) devront impérativement voyager en altitude avec supplémentation en oxygène .