

Asthme en crise

Prise en charge aujourd'hui



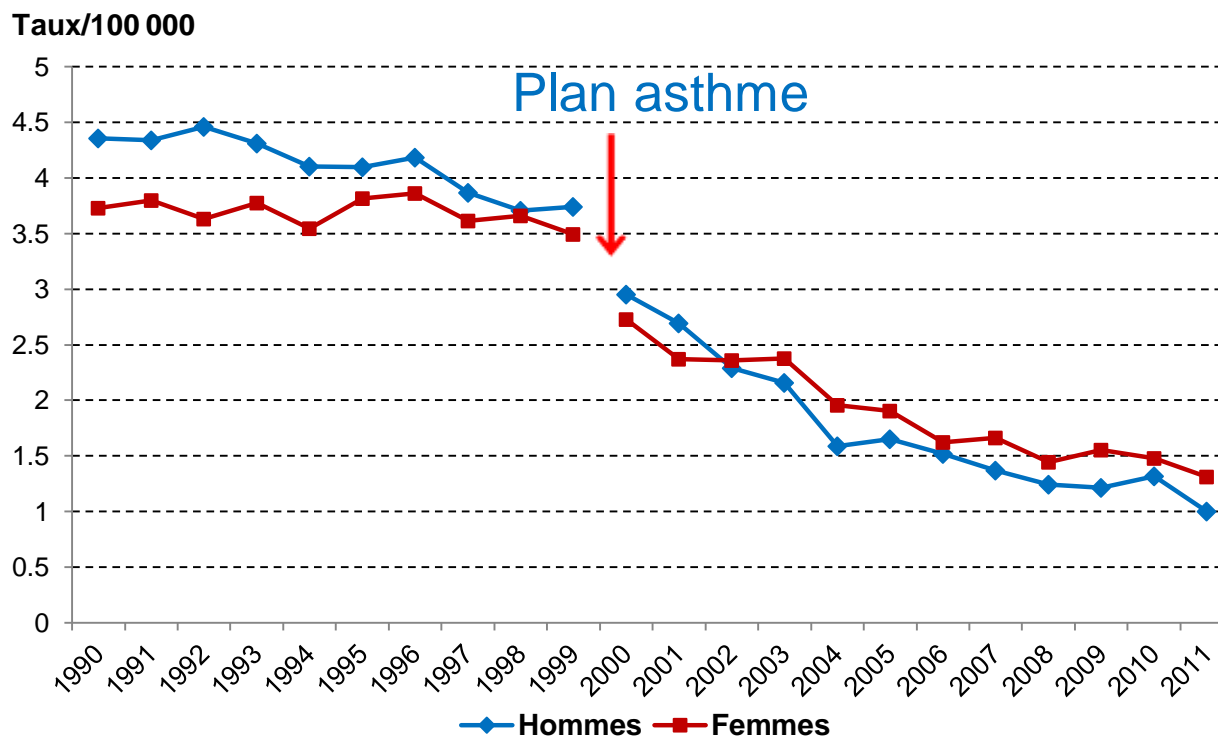
Sergio Salmeron
Service de Pneumologie
GH Paris Saint Joseph

FAMP 2019

Crise d'asthme – les questions

- Meurt-on encore d'asthme aigu ?
- Quels critères de gravité ?
- Profil du patient à risque ?
- Traitement initial ? → 2 médicaments !
- Evaluer la réponse au traitement
- Que proposer après ?

La mortalité liée à l'asthme est en décroissance en France



Source CépiDC-Inserm

Standardisation : population France 2006

Taux standardisés de mortalité par asthme, tous âges,
France métropolitaine, 1990-1999 et 2000-2011

Invs 2013

Tual S, allergy 2008

Signes de gravité - AAG

Signes d'alarme

Troubles de vigilance
Pauses respiratoires
Silence auscultatoire
Cyanose

Signes de gravité

Orthopnée
Contraction SC
Sueurs
Parole impossible
Agitation



Attention
discordance
Clinique – DEP
(jeunes)



FC \geq 110 / min

FR \geq 30 / min

DEP \leq 30 % th



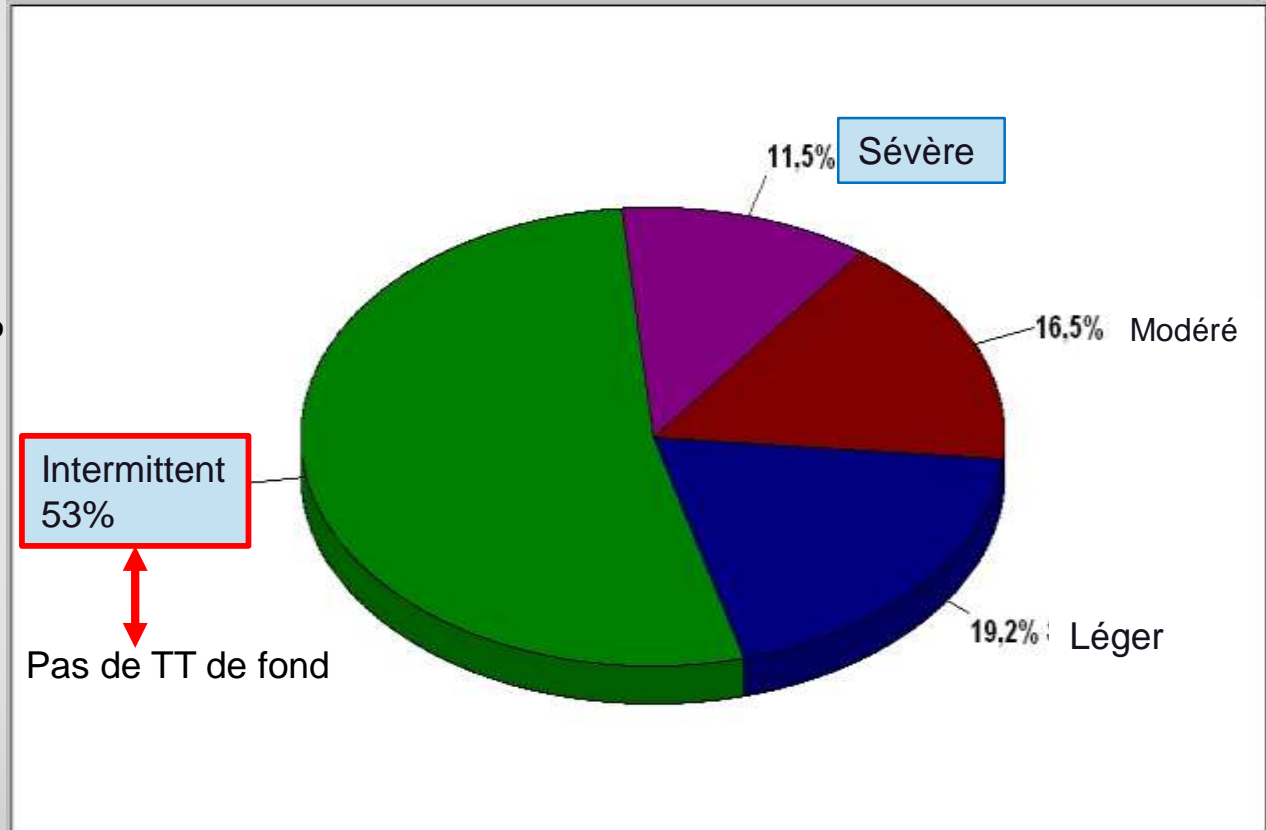
Appels du SAMU pour crise d'asthme

Etude ESPACE – Sévérité de la maladie

868 transports

Orientation :

- Urgences 80%
- Réanimation 18%
- Salle 2%



Sévérité de la maladie asthmatique (ancienne classification)

Facteurs prédisposant à l'AAG

Facteurs socio psychologiques

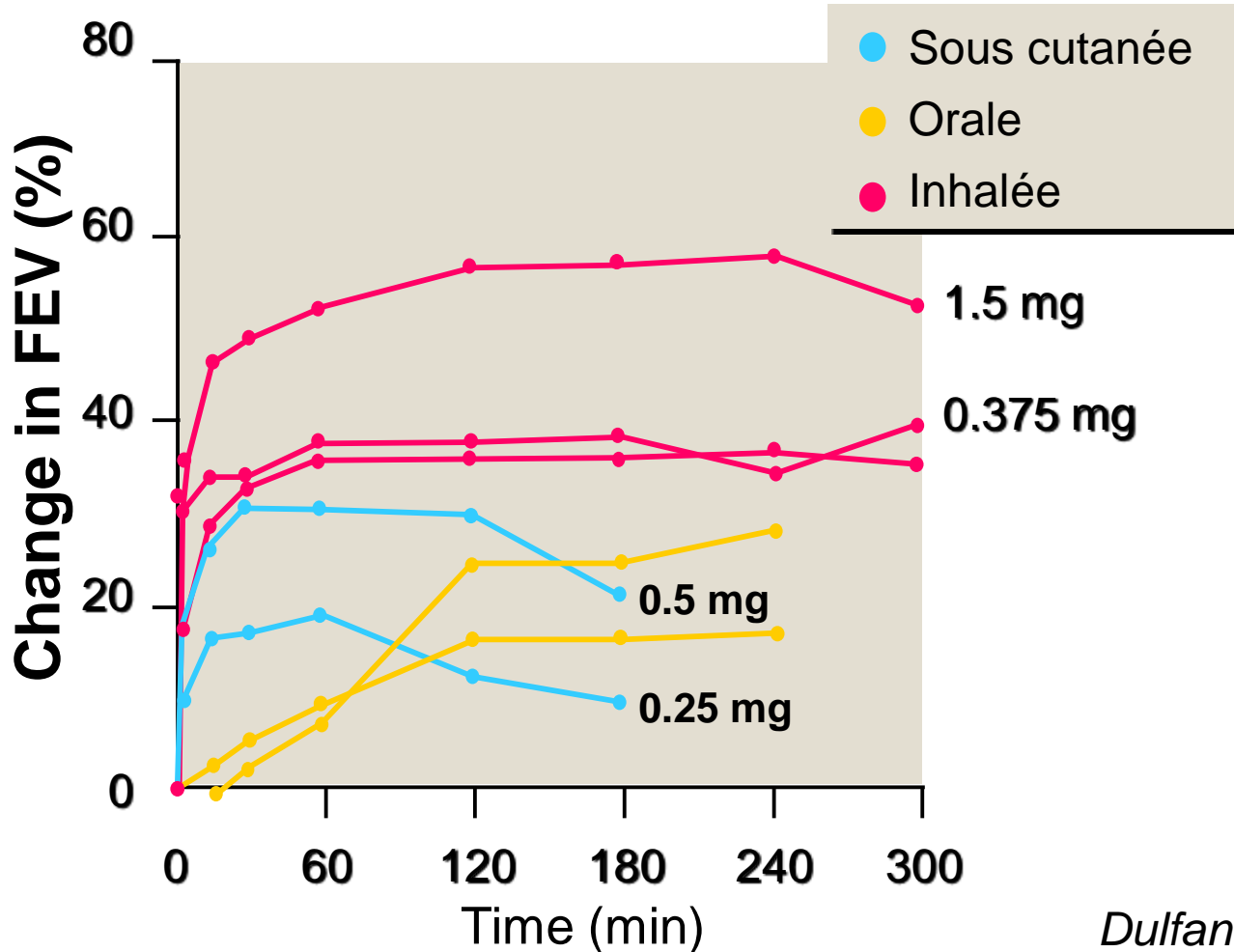
- Précarité – difficulté accès aux soins
- Maladie psychiatrique ou pb psycho-sociaux +++
- Peu de contact avec le MT - Mauvaise observance

Histoire de l'asthme

- Intubation précédente pour AAG - Réa
- Hospit/consult aux urgences l'année précédente
- « Surconsommation » $\beta_2 > 1$ flacon salbu / mois
- Corticothérapie orale au long cours ou arrêt récent
- Intolérance à l'aspirine et aux AINS +++, β -
- Absence de plan action écrit

β_2 Agonistes inhalés – action immédiate

*Rapidité d'action et relation dose - effet
des voies inhalée et sous-cutanée*

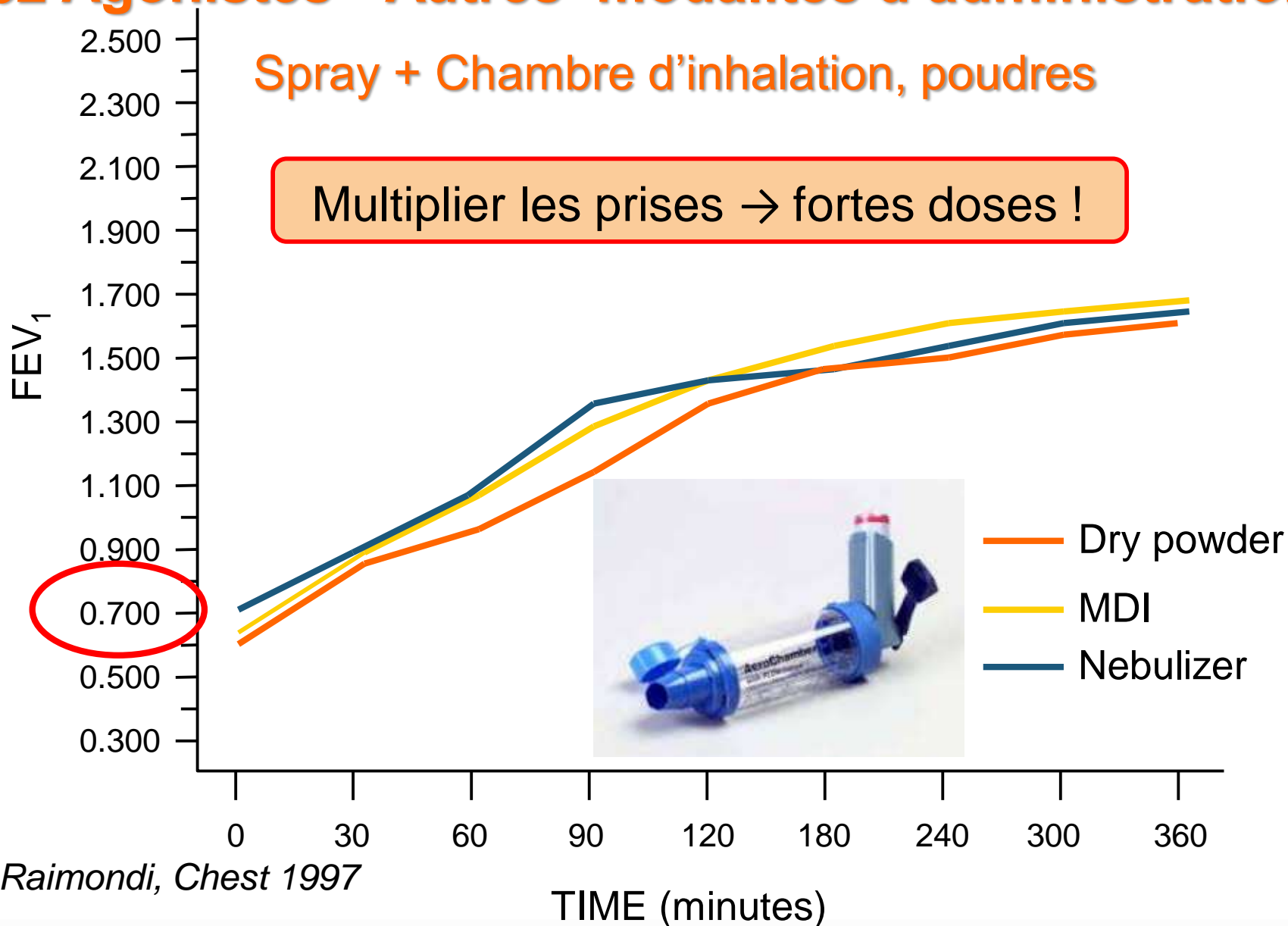


Dulfano, Glass 1976

$\beta 2$ Agonistes - Autres modalités d'administration

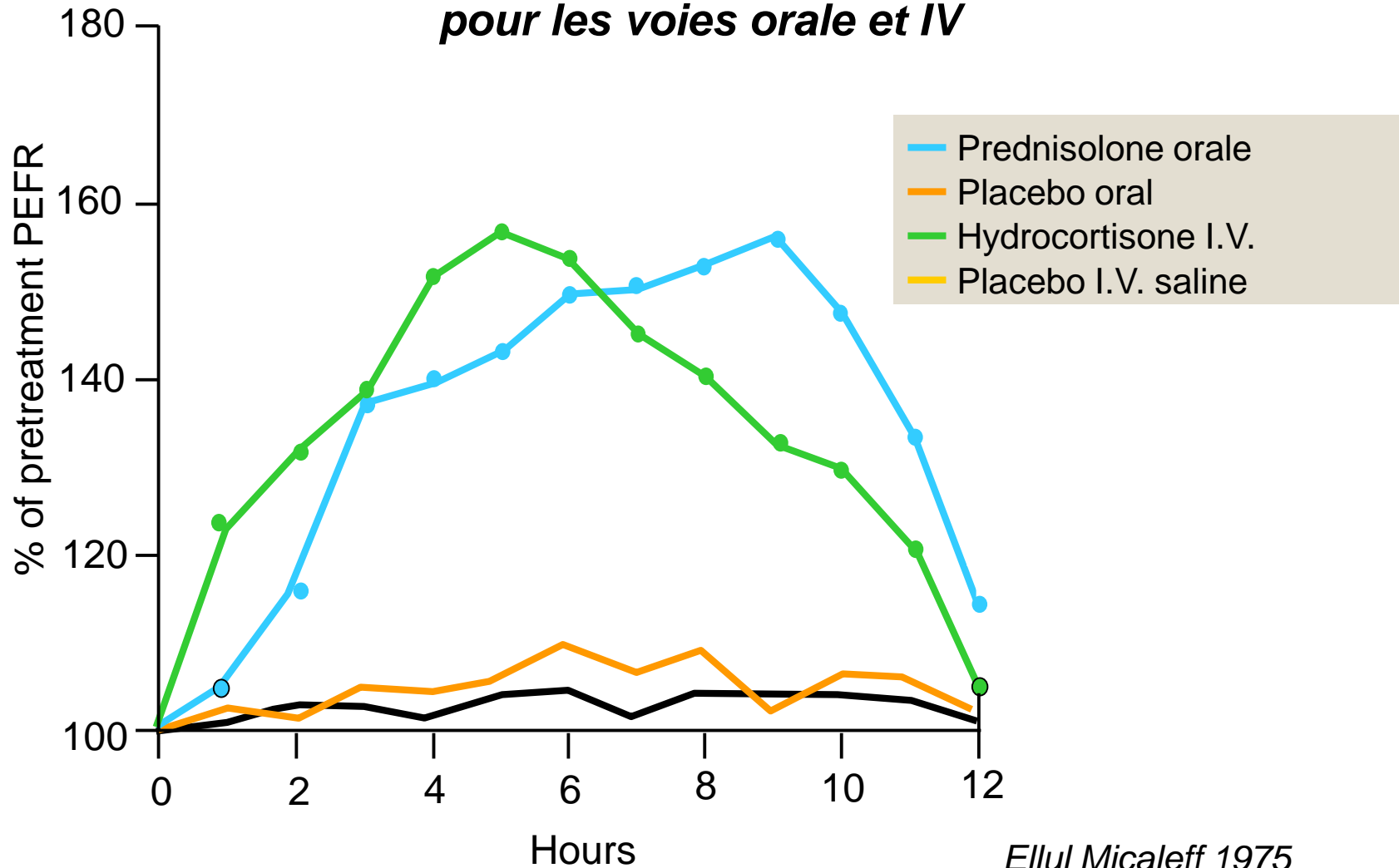
Spray + Chambre d'inhalation, poudres

Multiplier les prises \rightarrow fortes doses !



Corticoïdes systémiques – action différée

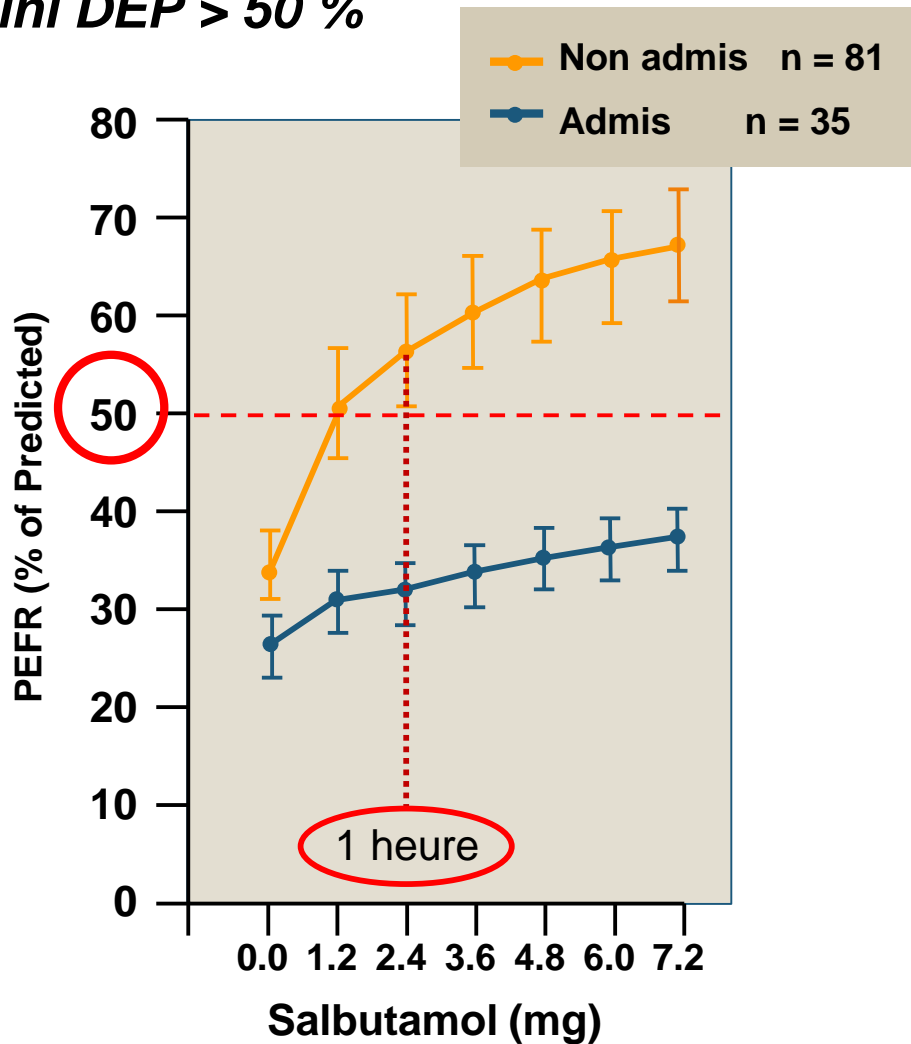
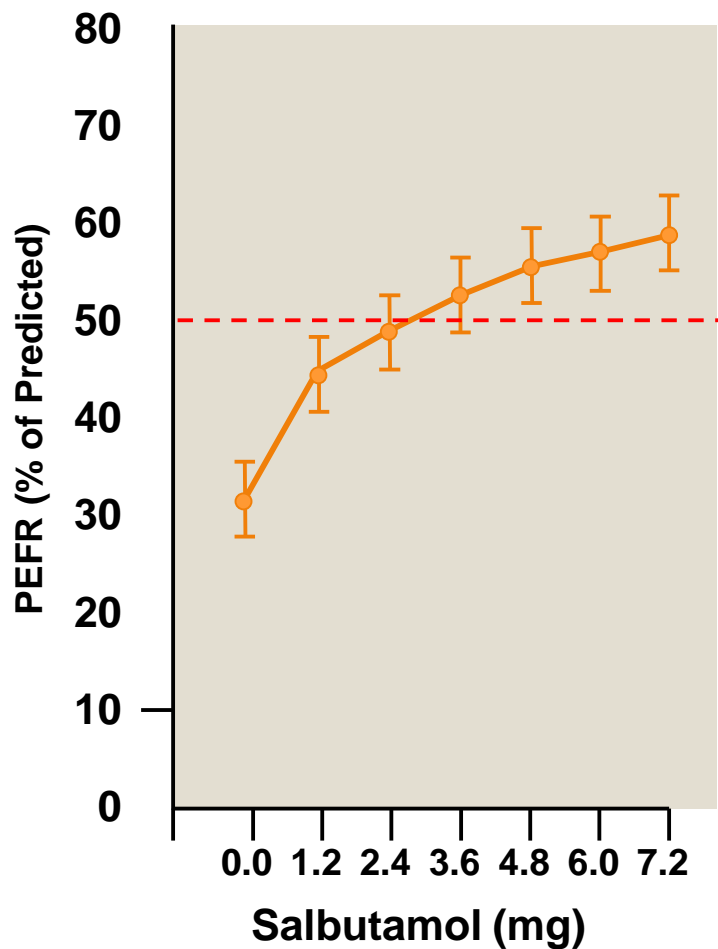
*Délai d'action similaire de 3 à 4 heures
pour les voies orale et IV*



Ellul Micallef 1975

Réponse aux traitement: évaluation précoce

critère de réponse prédéfini $DEP > 50\%$

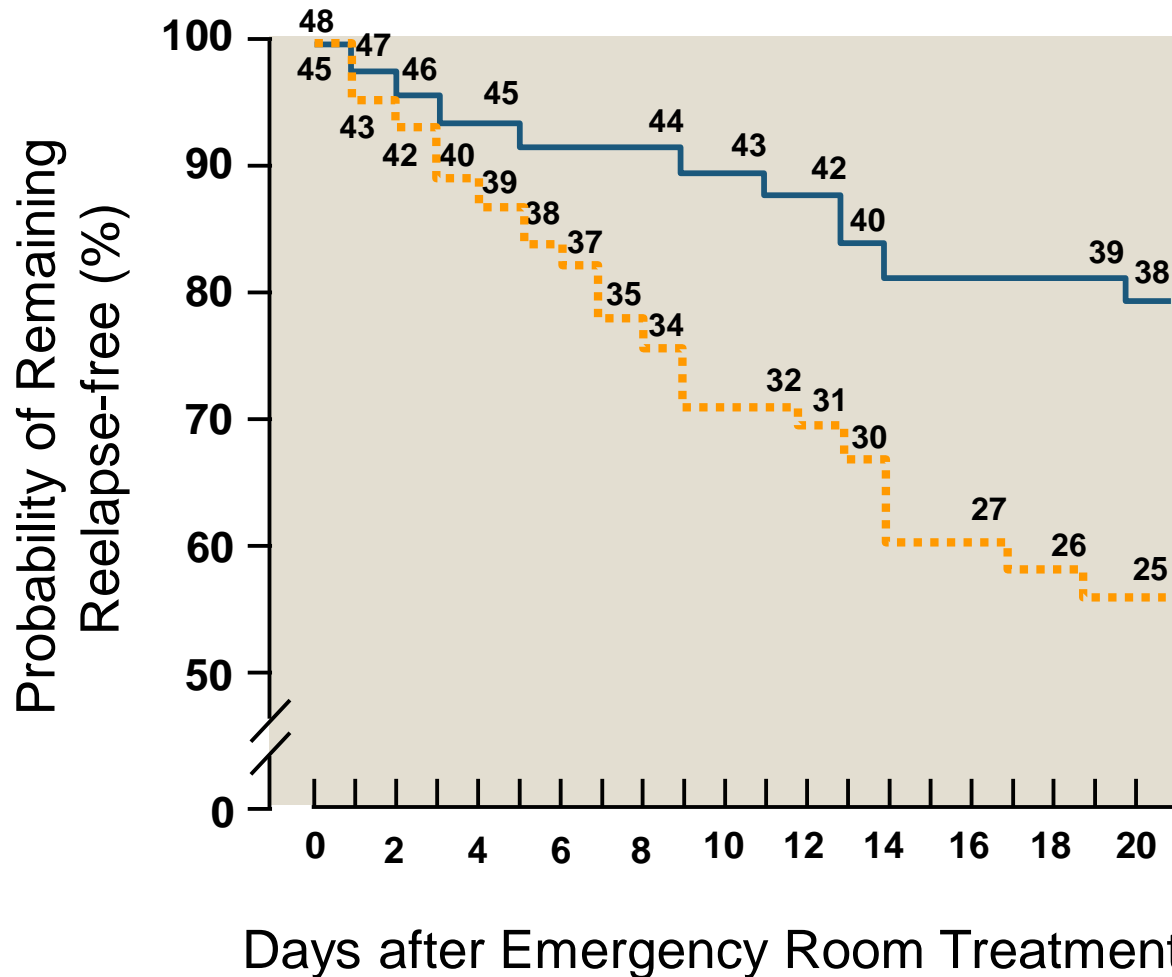


ASUR 2 – Taux de rechutes élevé à un mois non liées à la gravité à l'arrivée

Catégorie de gravité	Groupe A N = 260	Groupe B N = 261	P value
Rechutes à 1 mois	38%	39%	< 0.007
Asthme aigu grave,	32%	35%	0.7081
Exacerbation sévère,	37%	41%	0.3622
Exacerbation légère/mod,	42%	37%	0.2639

Corticothérapie orale courte durée

Prevention des rechutes après consultation aux urgences



Prise en charge de la crise d'asthme par le MT

Crise légère/modérée

Peut faire des phrases
Plutôt assis – non agité
FR < 30
FC < 110
Pas utilisation MRA
SaO₂ > 90% en AA

DEP > 50% th ou optimale



- 1 - B2 courte action 4-10 bouffées**
Ch inhalation /20 min pdt 1 h...
- 2 - Prednisolone 40 ou 60 mg**
- 3 - Oxygène si dispo SaO₂ > 92%**

Crise grave

S'exprime **mots**
Assis **penché en avant**
Agité
FR > 30
FC > 120
Utilisation MRA
SaO₂ < 90% en AA
DEP < 50% th ou optim



Confus ou somnolent
Silence auscultatoire

Après la crise

Renforcer le traitement et orienter le patient !

- Corticothérapie orale 5 à 7 jours (40 mg/j)
- Optimiser le TT de fond inhalé (doubler)
- Revoir le patient dans la semaine
- Lien avec le pneumologue
- Identifier un facteur déclenchant
- Séance d'éducation thérapeutique



Espace pour l'Asthme
01 44 12 71 77

