

Crise d'asthme chez l'adulte

Pr R.Khelafi

Introduction

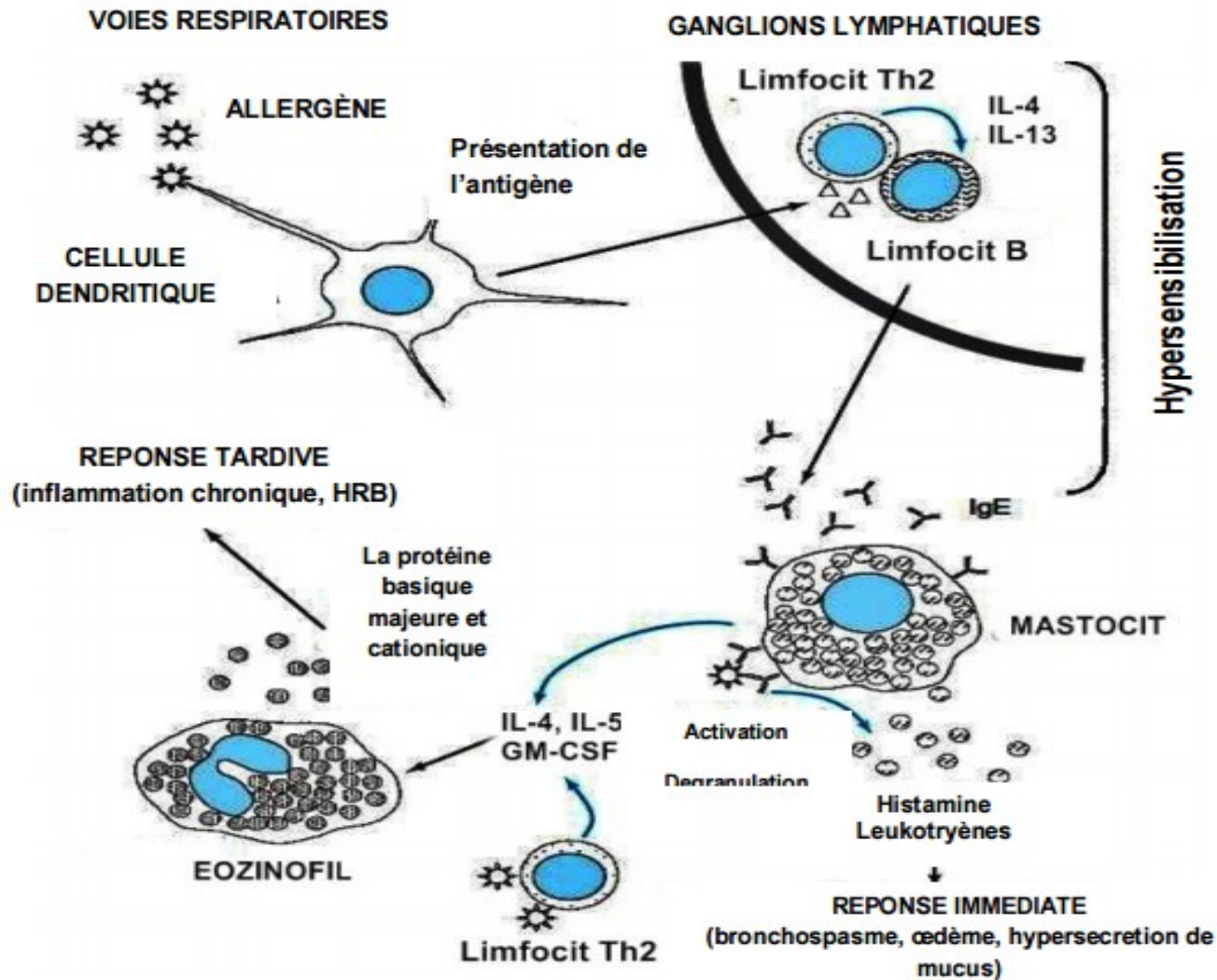
- Maladie inflammatoire chronique des bronches dans laquelle de nombreuses cellules et éléments cellulaires jouent un rôle, associée à une hyperréactivité bronchique qui conduit à des épisodes récurrents de respiration sifflante, d'essoufflement, d'oppression thoracique et de toux, surtout la nuit ou le petit matin, habituellement associés à une obstruction bronchique variable, souvent réversible spontanément ou sous traitement .
- Le diagnostic d'asthme repose sur la clinique (symptômes paroxystiques récurrents) et l'EFR (TVO réversible ou HRB)

($VEMS_{post\ BD} - VEMS_{initial} > 12\%$ du $VEMS_{initial}$ et $> 200\text{ ml}$)

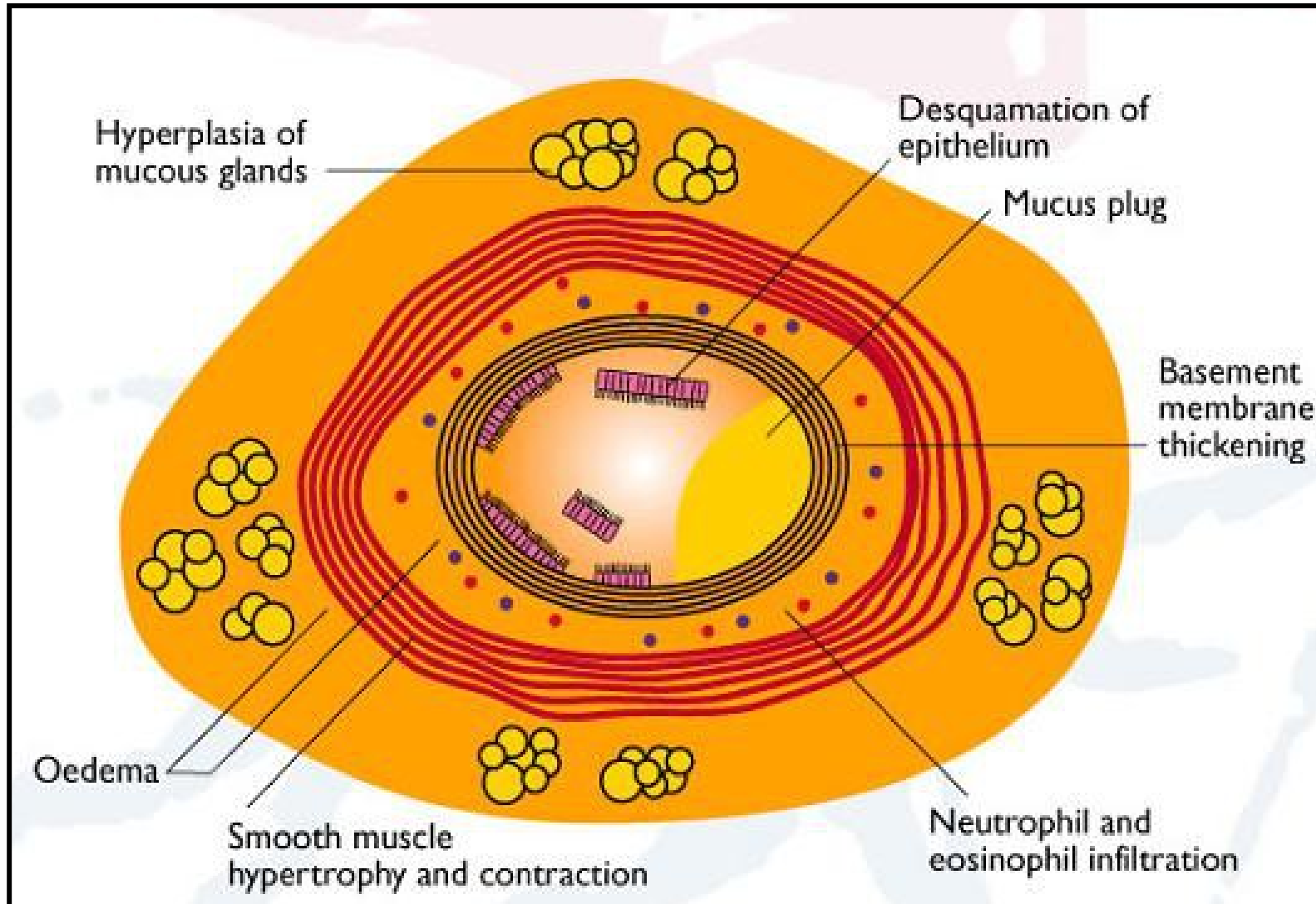
Introduction

- On distingue communément deux types d'asthme :
 - **Asthme extrinsèque** : (atopique) 80% des asthmatiques
âgés de 15 à 45 ans ont un asthme allergique.
Allergènes les plus fréquemment impliqués :
pollens,
acariens, moisissures et squames d'animaux.

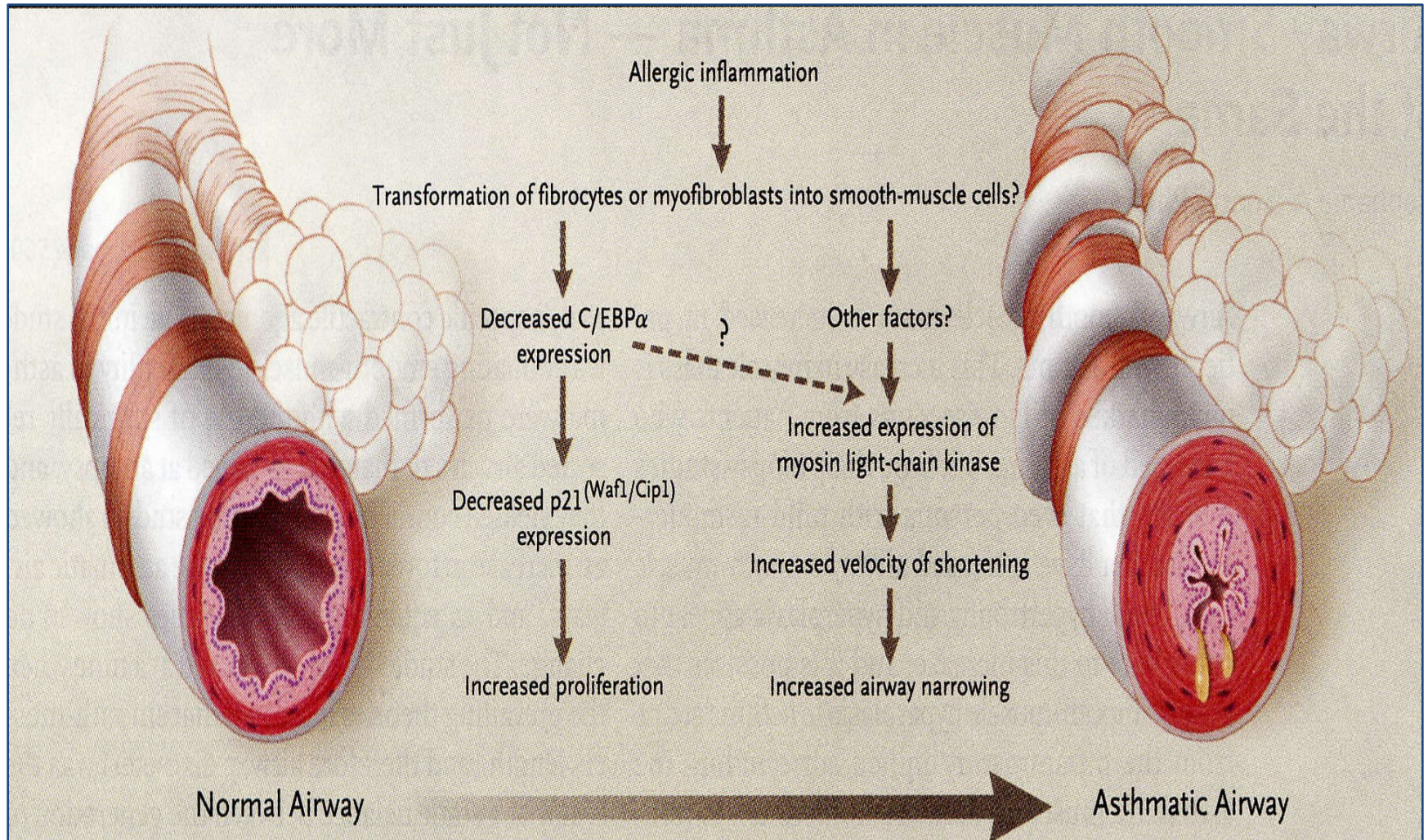
Physiopathologie



Remodelage des voies aériennes



Remodelage des voies aériennes

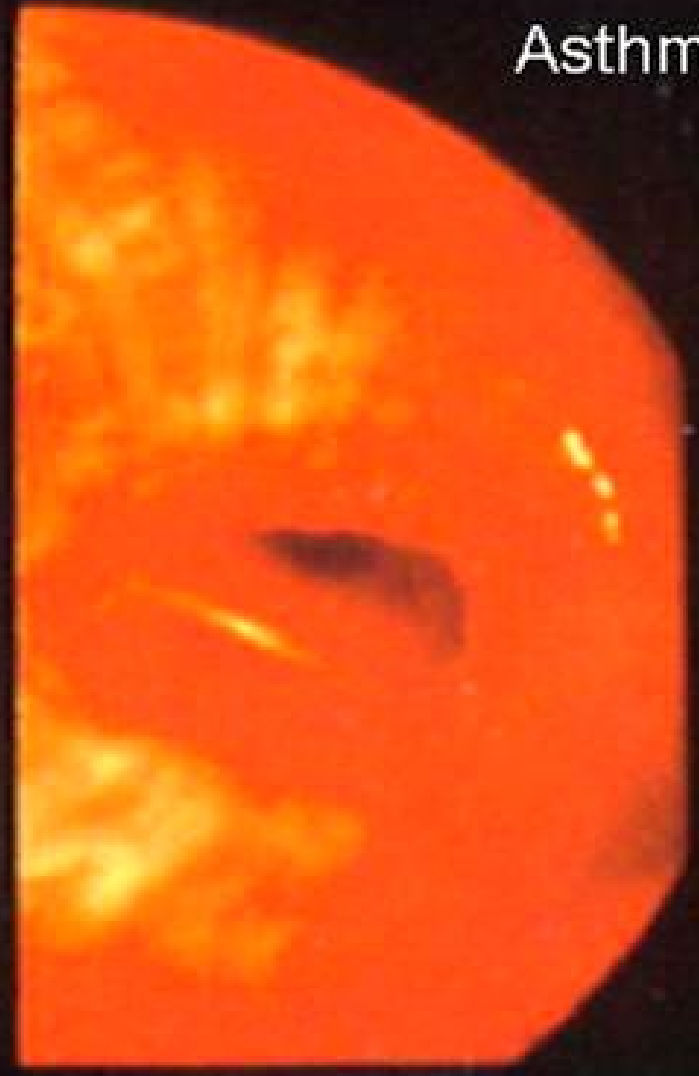


Shore, N Engl J Med 2004; 351 : 531-532

Normal



Asthma



La crise d'asthme

- La crise d'asthme est définie par des épisodes d'accès paroxystiques de dyspnée sifflante liée à une obstruction des voies aériennes
 - Elles peuvent survenir chez un patient bien contrôlé, en raison d'une exposition à un facteur déclenchant.
 - Le reflet d'un échec de prise en charge au long cours
 - Elles peuvent être légères ou sévères (AAG)

«sévérité liée à l'importance de l'obstruction

bronchique et à la réversibilité de cette dernière »

Reconnaitre la crise d'asthme

- Accès de dyspnée sifflante
 - 0-30 minutes
 - Début brutal
 - Souvent nocturne
 - Temps expiratoire ++
 - Prodromes : toux sèche
 - Peut être suivi d'une expectoration épaisse : crachats perlés de Laennec

Classification de la crise d'asthme

Asthme aigu grave

Paramètres	Légère	Modérée	Sévère	Arrêt respi imminent
Dyspnée	A la marche, peut s'allonger	En parlant assis.	Au repos, penché en avant	
Parle avec	Phrases	Morceaux de phrases	Mots	
Neurologique	Peut être agité	Souvent agité	Souvent agité	Confus
F Respiratoire	Augmentée	Augmentée	> 30	
Mise en jeu muscles respi accessoires	Non	Oui	Oui	Mvts paradoxaux thoraco-abdo
Sibilants	Modérés, expiratoires	Bruyant	Bruyants	Absence
F Cardiaque	<100	100-120	>120	Bradycardie
DEP après broncho-dilatateur (%prédit ou du record perso)	>80%	60-80%	<60% (<100L/min adultes)	
PaO2 et/ou PaCO2	Normal (test non nécessaire) <45mmHg	> 60mmHg < 45mmHg	<60mmHg cyanose possible >45mmHg	
SpO2%	>95	91-95	<90	

• Signes

- **Cyanose** d'extrême gravité
- **Troubles** de la conscience
- Respiration paradoxale
- Silence auscultatoire
- Bradycardie
- Collapsus
- Pauses respiratoire

- DEP < 100 l/min
- Fréq respiratoire > 30 / min
- Fréq cardiaque > 120/min
- Agitation, sueurs
- Contraction permanente des sternocléïdo-mastoïdiens
- Difficulté à parler ou à tousser
- Parle par mots (et non

Facteurs à haut risque d'AAG

Facteurs socio-démographiques

- Conditions socio-économiques défavorisées, précarité
- Difficultés d'accès aux soins


Histoire de l'asthme

- Intubation précédente pour AAG
- Hospitalisations ou consultations répétées aux urgences dans l'année précédente
- Hospitalisation ou consultation aux urgences le mois précédent
- Pneumothorax ou pneumomédiastin au cours d'un asthme aigu grave
- Maladie cardiaque ou respiratoire sévère associée
- Corticothérapie orale au long cours
- Intolérance à l'aspirine et aux AINS

Facteurs socio-psychologiques

- Non compliance au traitement ou aux rendez-vous
- Deni de la maladie, poursuite du tabagisme, corticophobie
- Maladie psychiatrique ou problèmes psychologiques graves

Facteurs déclenchant de l'AAG

- Critères d'asthme instable:
 - Augmentation de la fréquence des crises (pluriquotidiennes).
 - Gènes respiratoires retentissant sur les activités physiques.
 - Augmentation de la consommation de $\beta 2$ agonistes de courte durée d'action.
 - Aggravation progressive de l'obstruction bronchique évaluée par le DEP.
 - Grande variation diurne du DEP $> 30\%$, gêne au petit matin .
- Crise d'asthme d'aggravation rapide en moins  de 24H

Prise en charge thérapeutique

- **Objectifs:**

- Empêcher l'aggravation / le décès du patient.
- Restaurer l'état clinique et fonctionnel à son meilleur niveau (DEP > 80%) le plus vite possible en levant l'obstruction.
- Maintenir la fonction respiratoire optimale.
- Prévenir la rechute précoce en traitant l'inflammation.

Moyens thérapeutiques

- **Oxygène toujours:**
 - O₂ à donner même en l'absence de gazométrie (si signes de gravité clinique)
 - O₂ nasal :débit 6-8 L/min suivi de la SpO₂ (viser une SpO₂>92%)
- **Aérosols β 2 agonistes**
 - Précoces et systématiques
 - Effet rapide: moy 5mn, max 15mn
 - Les + puissants B/D muscle lisse bronchique
 - Bonne tolérance

Moyens thérapeutiques

- **Aérosols Anti cholinergiques**

- Effet B/D: plus lent (moy 20mn, max 40mn) et moins puissant
- Action sur le muscle lisse: ↓ tonus vagal
- Potentialisent β_2+
- Bénéfice surtout formes les plus sévères
- Associés aux β_2 la 1ère H uniquement : Bromure d'ipratropium
ATROVENT® : 0,5mg

- **Corticoides**

- Précoces: effet différé (4- 6ème H)
- Systématiques (IV ou PO): même efficacité

Moyens thérapeutiques

- **β 2 agonistes IV**

- Si non répondeur (aérosol) à la 1ère H
- Ajoutés aux aérosols: Salbutamol 0,25 mg/H IVSE (max 5mg/H)
(scope obligatoire)
- Parfois initiés dès le départ en présence de silence auscultatoire

- **Sulfate de magnésium**

- Action myorelaxante 1 à 2 g en une seule dose sur 20mn IVSE

- **Les antibiotiques**

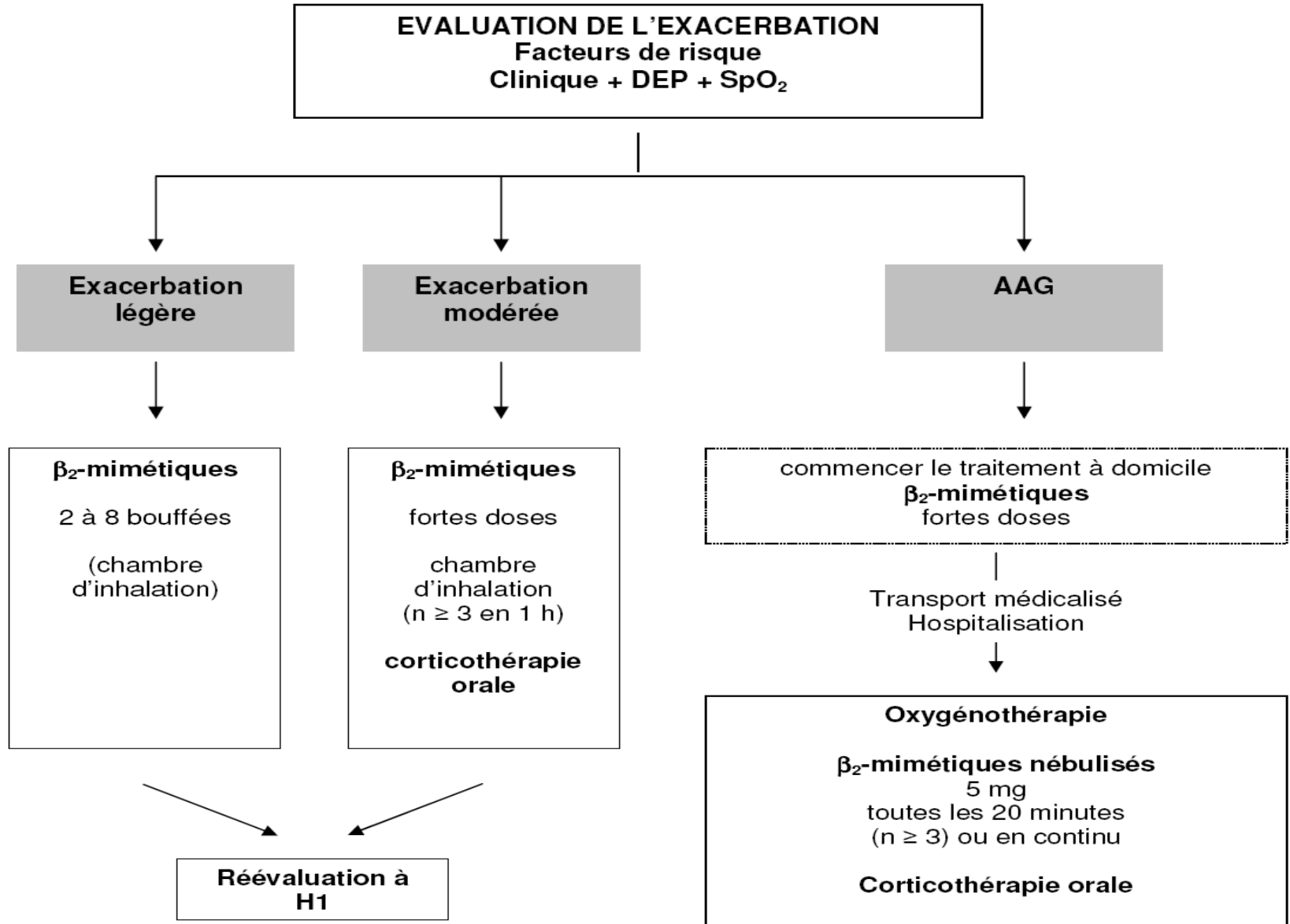
Moyens thérapeutiques

- **L'adrénaline:**
 - une seule indication : le choc anaphylactique (asthme dans un contexte d'allergie alimentaire par exemple).
- **Ventilation mécanique**
 - La question essentielle est celle de l'indication de l'intubation et de la ventilation mécanique.
 - Elle est réalisée en dernier recours, après échec du traitement médical maximal, devant des troubles de conscience ou un arrêt respiratoire ou un épuisement

les traitements à éviter

- Les β 2-mimétiques à longue durée d'action n'ont pas de place.
- La théophylline (rapport bénéf/risque défavorable)
- Une réhydratation (remplissage) agressive
- Les sédatifs (dépression respiratoire)
- Une kinésithérapie directive (inutilement stressante)
- Les mucolytiques (toux et le bronchospasme)

Approche thérapeutique



Surveillance

Patient **répondeur**: amélioration **1ère H**

- FR, FC et neurologique
- **DEP** après chaque aérosol:
 - ≥ **50% théorique**: bon pronostic à la 1ère H

Remarque

· Toute crise d'asthme, même si elle n'a pas nécessité d'hospitalisation doit être suivie d'une corticothérapie par voie orale de 7 jours (1 mg/kg/j de prednisone ou de prednisolone en une prise) afin d'éviter une rechute précoce.

· NB : Décroissance progressive non nécessaire

✓ budésonide (Pulmicort)

✓ fluticasone (Flixotide)

✓ dipropionate de béclo méthason (Bécotide)

✓ formotérol-budésonide (Symbicort)

✓ salmétérol-fluticasone (Seretide)

✓ formotérol-béclo méthason (Innovair)

**Ne pas oublier le traitement de fond par corticostéroïdes
inhalés !**

Traitement préventif

- Mesures préventives pour diminuer les acariens (supprimer la laine, les plumes, ensoleiller et aérer les chambres...).
- Suppression de tout facteur déclenchant: aspirine, animal, alimentation.
- Arrêt du tabac
- Pratique de l'activité physique
- Vaccin anti grippal
- Education du patient

Conclusion

- Les complications de l'asthme sont les exacerbations et l'asthme aigu, potentiellement grave, voire mortel.
- Elles peuvent survenir chez tout asthmatique, mais préférentiellement chez le patient non contrôlé.
- Le traitement des complications repose sur la majoration du traitement bronchodilatateur inhalé et la corticothérapie générale, instaurés précocement et évalués.