

# Asthme en crise

## Prise en charge aujourd'hui



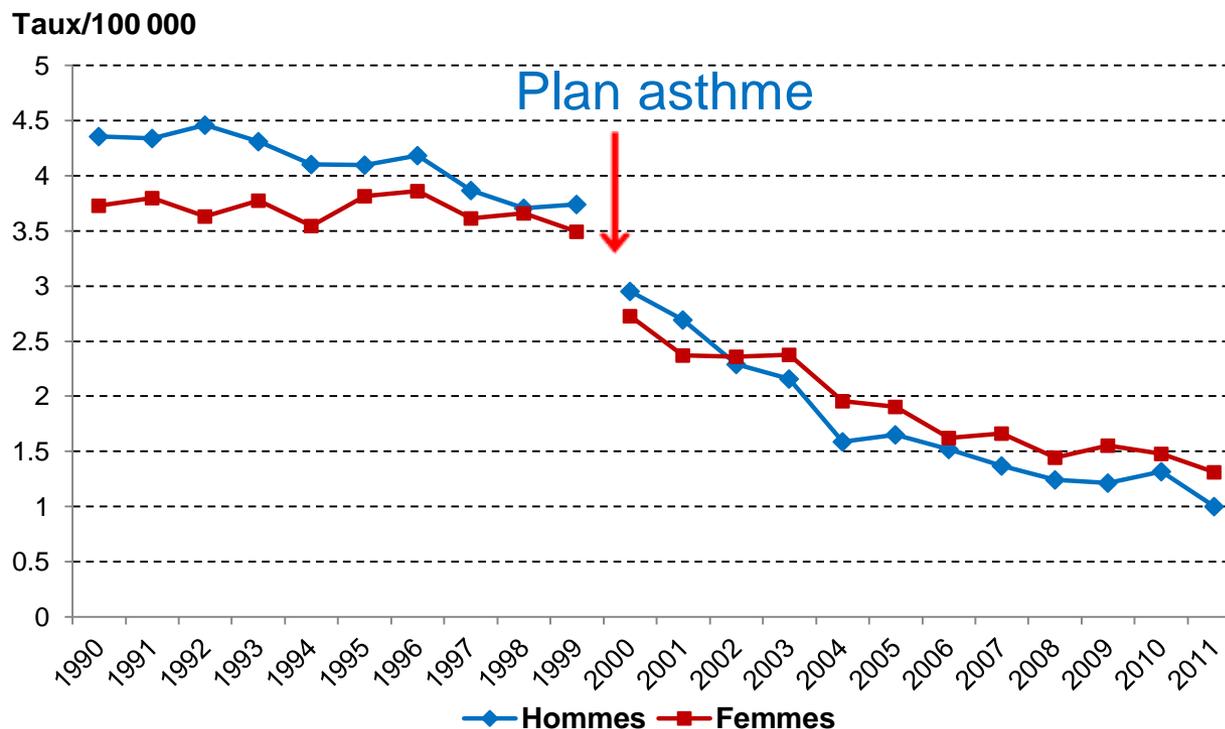
Sergio Salmeron  
Service de Pneumologie  
GH Paris Saint Joseph

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**



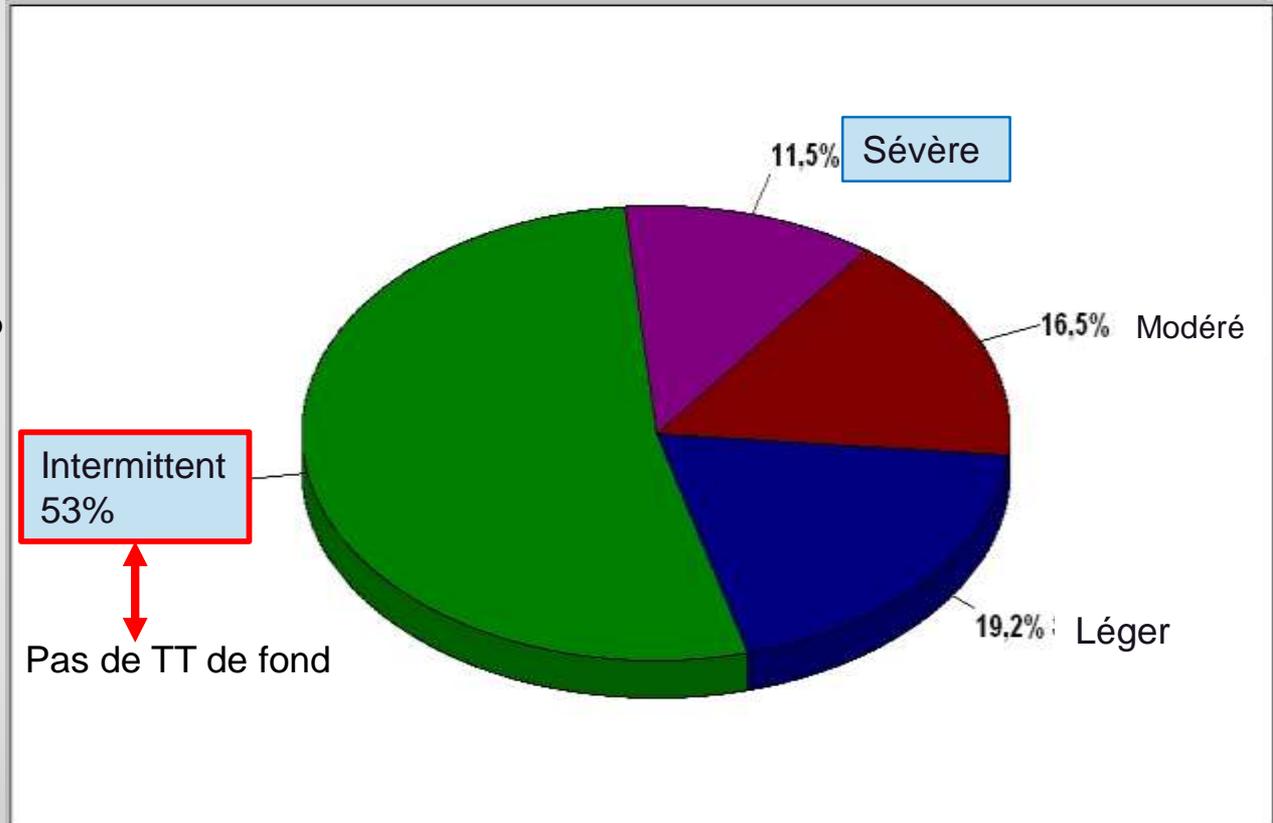
# Appels du SAMU pour crise d'asthme

## Etude ESPACE – Sévérité de la maladie

868 transports

### Orientation :

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



Intermittent  
53%

Pas de TT de fond

Sévérité de la maladie asthmatique (ancienne classification)

# Facteurs prédisposant à l'AAG

## Facteurs socio psychologiques

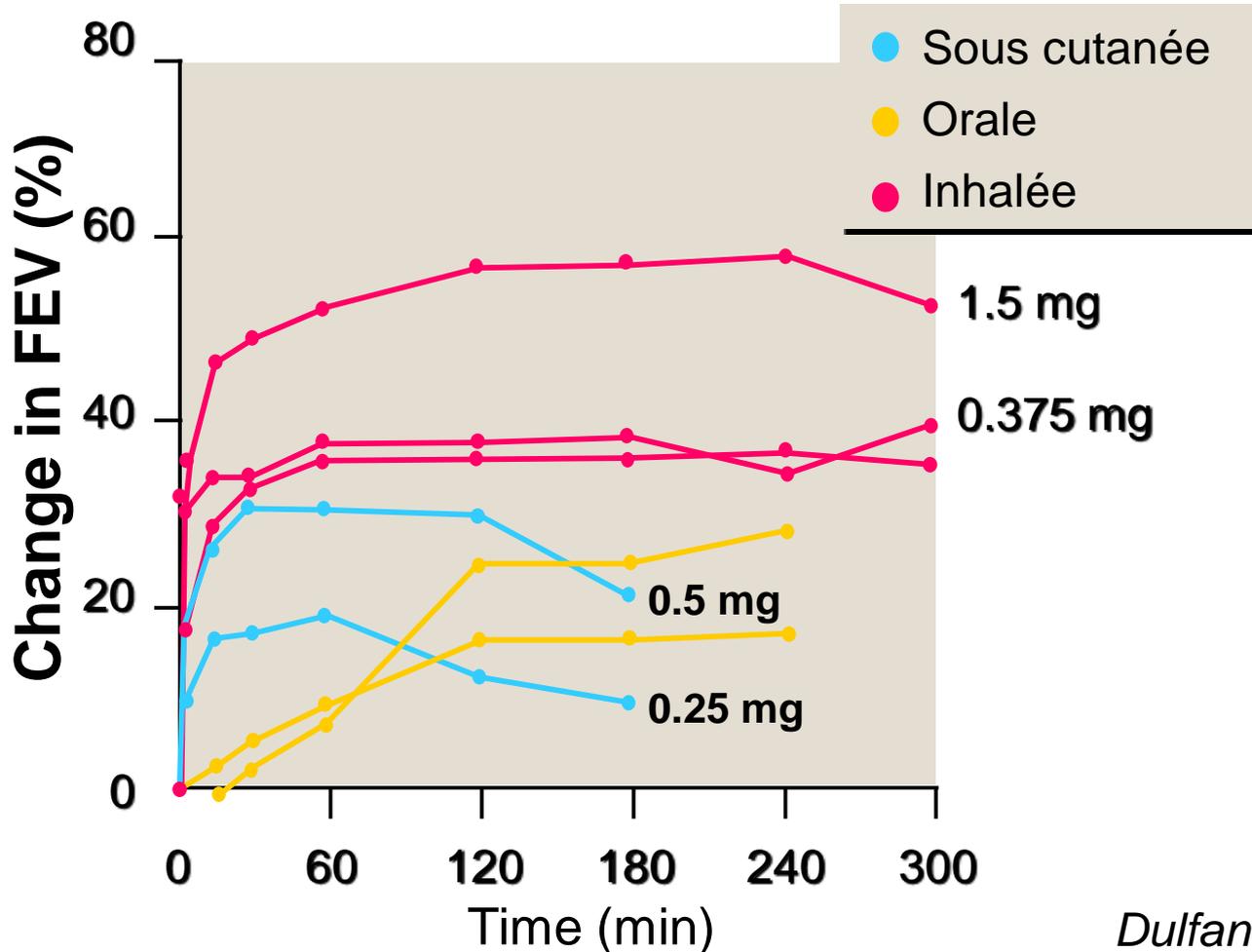
- Précarité – difficulté accès aux soins
- Maladie psychiatrique ou pb psycho-sociaux +++
- Peu de contact avec le MT - Mauvaise observance

## 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 +++,  $\beta$  -
- Absence de plan action écrit

# $\beta_2$ Agonistes inhalés – action immédiate

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

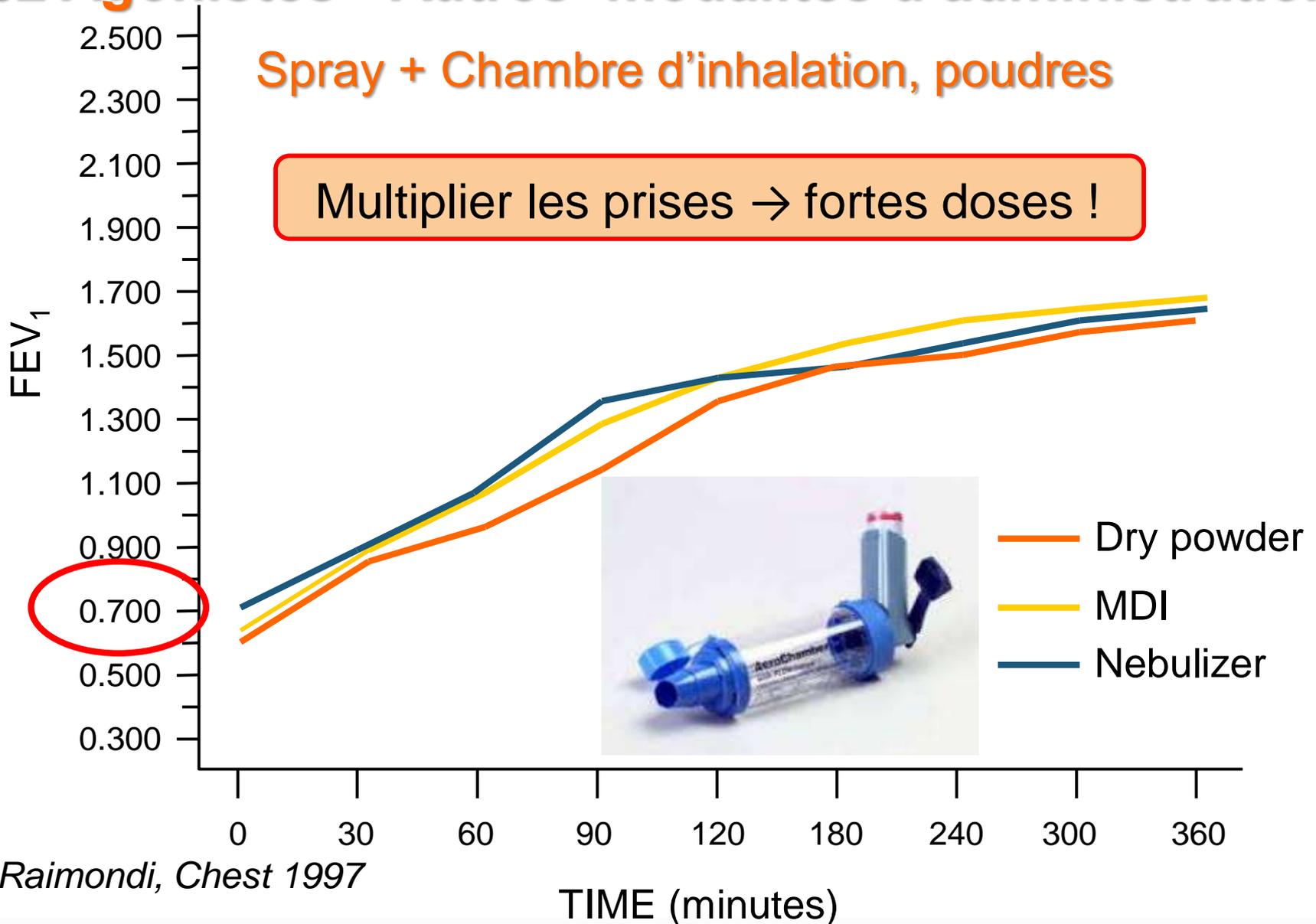


*Dulfano, Glass 1976*

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

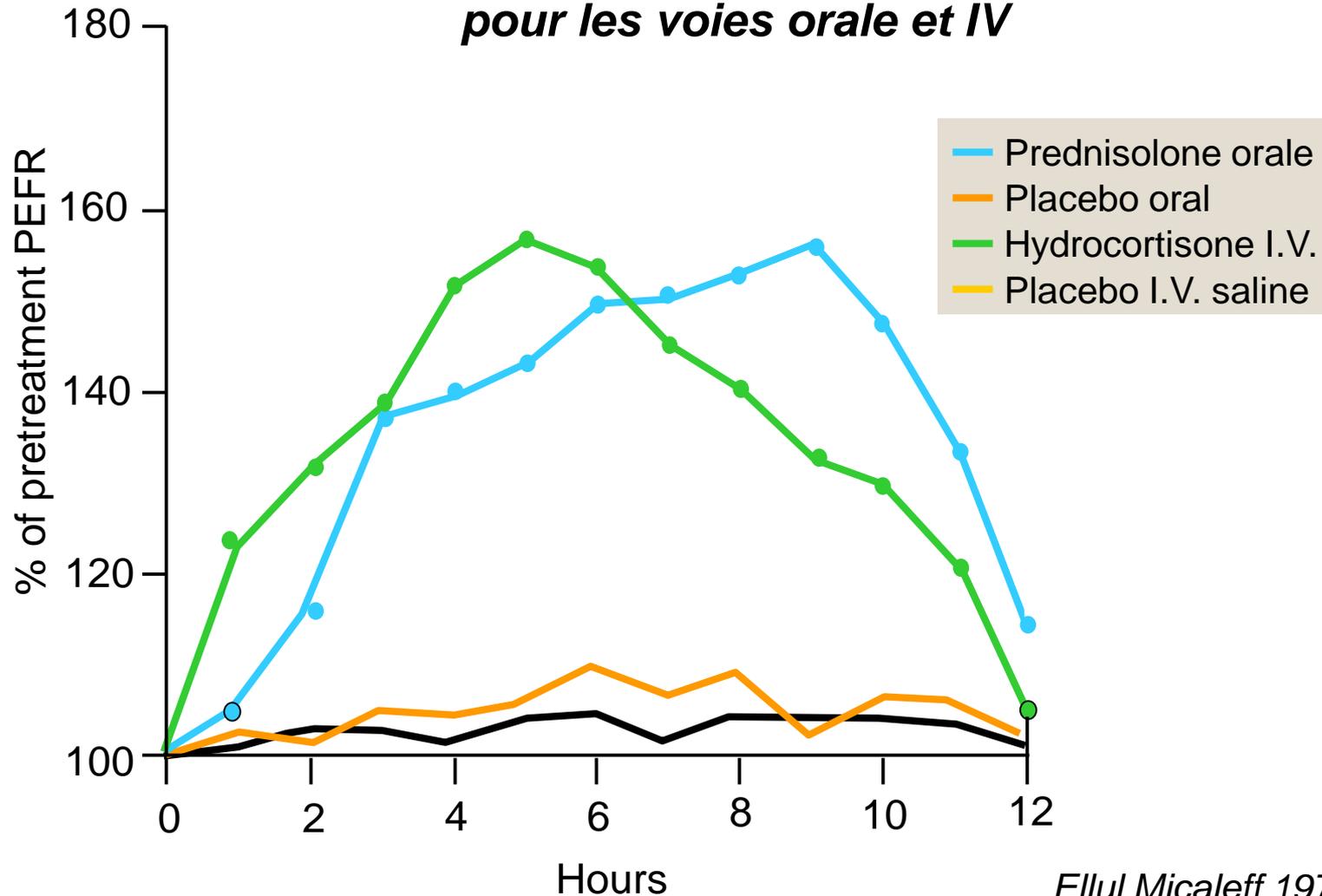
Spray + Chambre d'inhalation, poudres

Multiplier les prises  $\rightarrow$  fortes doses !



# Corticoïdes systémiques – action différée

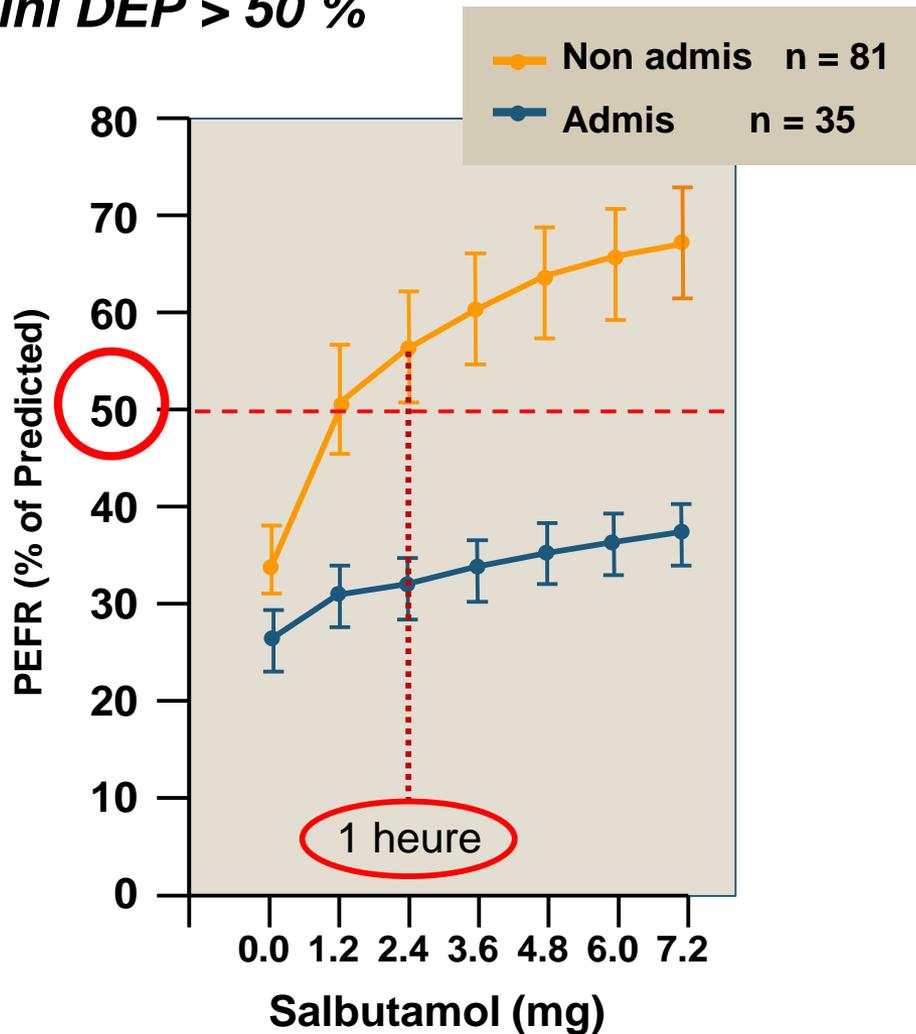
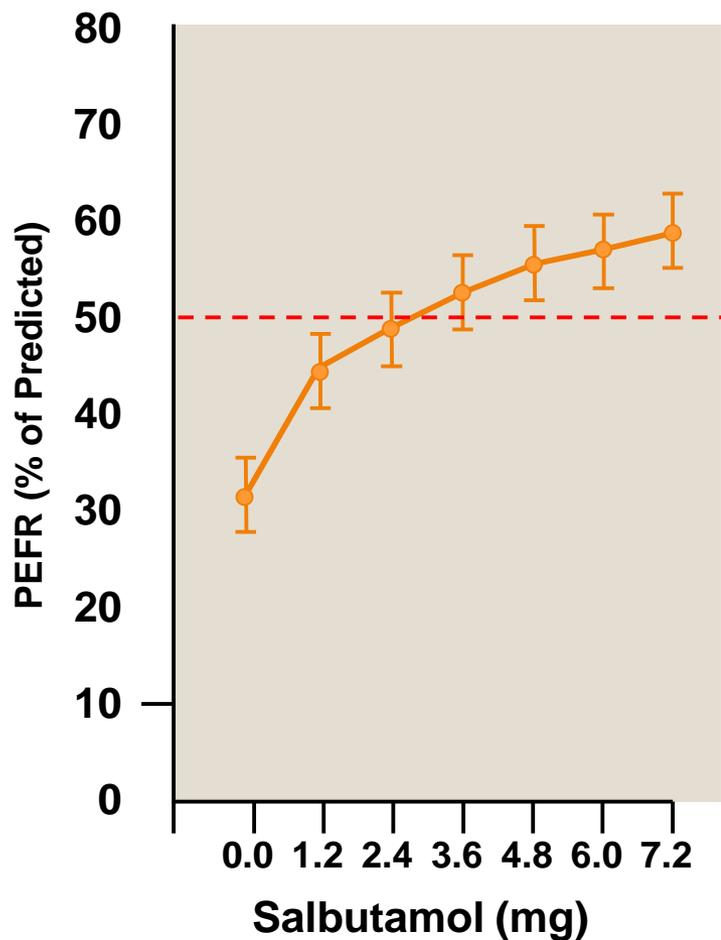
*Délai d'action similaire de 3 à 4 heures  
pour les voies orale et IV*



*Ellul Micallef 1975*

# Réponse aux traitement: évaluation précoce

critère de réponse prédéfini  $DEP > 50\%$

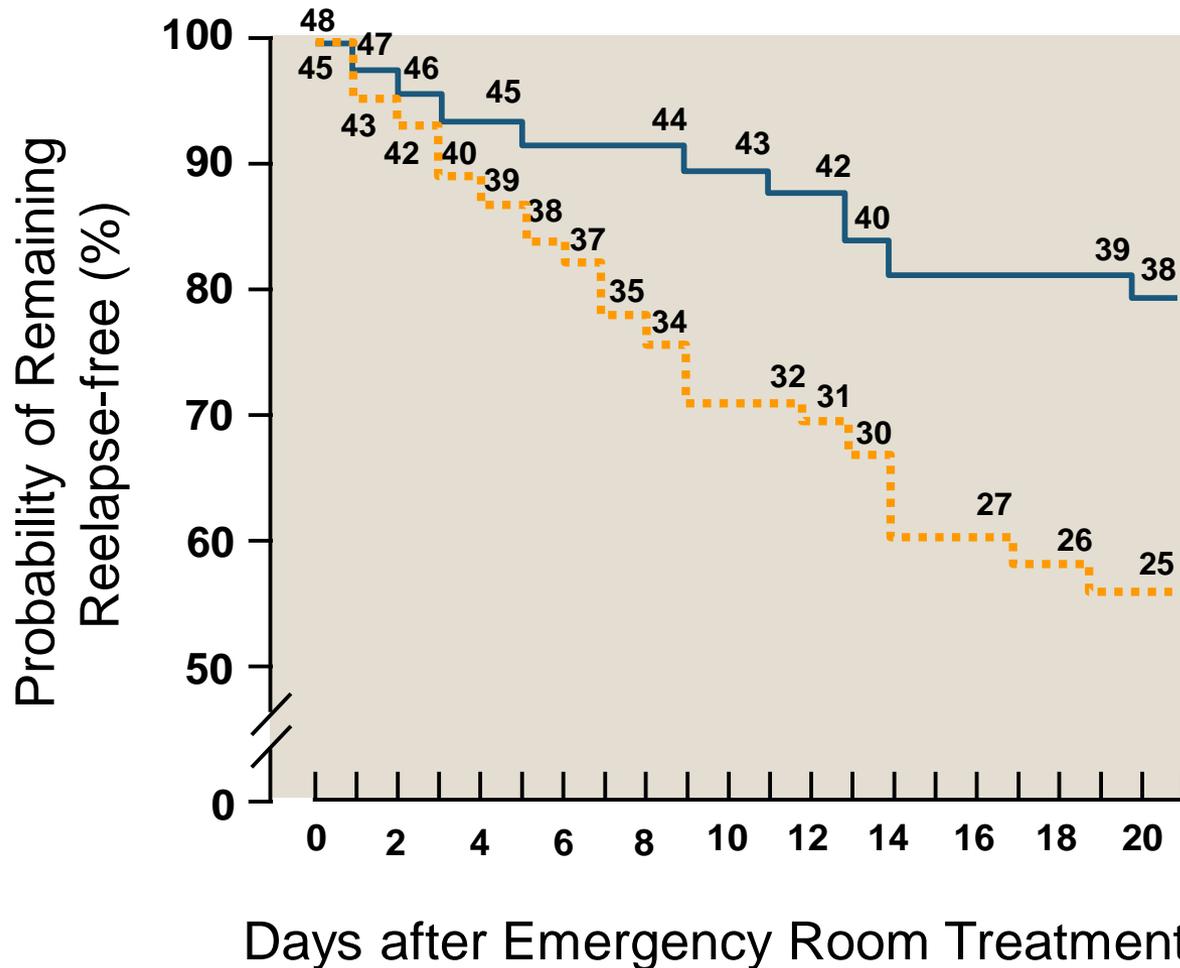


## ASUR 2 – Taux de rechutes élevé à un mois non liées à la gravité à l'arrivée

Catégorie de gravité	Groupe A N = 260	Groupe B N = 261	P value
Rechutes à 1 mois	<b>38%</b>	<b>39%</b>	<b>&lt; 0.007</b>
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  
SaO<sub>2</sub> > 90% en AA

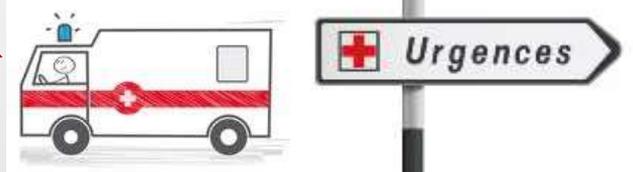
**DEP > 50%** th ou optimale



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

## Crise grave

S'exprime **mots**  
Assis **penché en avant**  
**Agité**  
**FR > 30**  
FC > 120  
Utilisation MRA  
SaO<sub>2</sub> < 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

