

Centre Hospitalier Universitaire de Nice
Département hospitalo-universitaire de médecine d'urgence

Protocole de service accueil des urgences	
Titre	PRISE EN CHARGE DE L EXACERBATION SEVERE D ASTHME CHEZ L ADULTE
Rédaction Dr MION NOLIN	D après recommandations SRLF et SFMU 06/2018
Date de création	Décembre 2018
Application	Validité
Accueil des urgences Pasteur 2 CHU de Nice	2 ans

PRISE EN CHARGE DE L'EXACERBATION D'ASTHME (ESA) CHEZ L'ADULTE

Pas de définition consensuelle de l'ESA

On considère qu'il s'agit d'une exacerbation d'asthme susceptible de mettre en jeu le pronostic vital et/ou nécessitant une prise en charge urgente.

I. CRITERES DE SEVERITE A RECHERCHER

Corrélés à un risque majoré de mortalité et/ou d'hospitalisation en réanimation

I.1 A l'interrogatoire:

- ATCD d'hospitalisation ou de recours à la VM pour asthme
- prise récente de corticoïdes oraux
- consommation importante ou croissante de B2 mimétiques (> 1 flacon de salbutamol/mois)
- absence de traitement de fond
- troubles psycho-sociaux

II.2 A l'examen clinique:

- age > 70 ans
 - tachycardie
 - troubles neurologiques
 - existence d'une pneumopathie infectieuse associée
- Rq: le DEP réalisé à l'admission ne serait pas associé à un mauvais pronostic

II. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

❖ Radiographie de thorax:

Recommandée chez les patients présentant une dyspnée sifflante et au moins un des critères suivants:

- ATCD de BPCO, de maladie cardiaque ou de chirurgie thoracique
- suspicion de pneumopathie
- immunodépression

❖ Gazométrie:

Uniquement en l'absence de réponse au traitement initial

Rq: normo ou hypercapnie = critère de gravité

La mesure de la Paco₂ veineuse (+ facile et moins douloureuse) < 45 mmHg exclut l'hypercapnie

❖ Echographie pulmonaire: pas de recommandation

III. TRAITEMENT D'UNE ESA

III.1 Modalités d'administration des B2 mimétiques:

- Administration **EN CONTINU** plutôt qu'en discontinu **la 1ère heure**

- Pas de preuve d'un avantage à utiliser l'O₂/ à l'air comme gaz vecteur de l'aérosol chez le patient normoxique
- Pas de bénéfice à utiliser la voie IV/ voie inhalée (et plus d'effets Iires avec la voie IV)

III.2 Traitement anticholinergique:

- Il faut associer un traitement anticholinergique inhalé au traitement par B2 mimétique en cas d' ESA
- Une dose de 0,5 mg de bromure d'ipratropium toutes les 8h (pas d'intérêt à des doses initiales répétées car majoration des effets secondaires)

III.3 Corticothérapie:

- Nécessité d'administration d'une corticothérapie systémique IV ou per os (pas de preuve de la supériorité de la voie IV/ per os) **DANS UN DELAI MAXIMAL DE 1H**
- Dose de 1mg/kg d'équivalent de méthylprednisolone (**maximum 80 mg**)

III.4 Place pour le sulfate de magnésium?

“Il ne faut probablement pas administrer de manière systématique du sulfate de magnésium chez les patients adultes présentant une ESA (n'a pas formellement fait la preuve d'une efficacité clinique)”

III.5 Faut-il administrer une antibiothérapie?

“Il ne faut probablement pas administrer systématiquement un ATB au cours d'une ESA. Elle devrait probablement être réservée aux cas où une pneumopathie est suspectée sur les critères habituels cliniques, radiologiques et biologiques.

III.6 Modalités d'oxygénothérapie et de ventilation:

❖ O₂:

Administration d'une oxygénothérapie titrée pour objectif de saturation pulsée en oxygène (SPO₂) de 94 à 98%

❖ VNI ?

Bien que la VNI semble avoir des effets bénéfiques cliniques et spirométriques, pas de recommandation pour son utilisation dans l'ESA

❖ Oxygénothérapie haut débit:

Pas d'étude dans cette indication

III.7 Indications et modalités d'IOT:

Concerne 2% des ESA

- Indications: en dernier recours, en cas d'échec d'un traitement médical bien conduit ou lorsque la présentation clinique est grave d'emblée (troubles de conscience, bradypnée).
- Modalités:
 - Préoxygénation adéquate (une préoxygénation par VNI semble logique)

- ISR (l'utilisation de propofol ou de kétamine comme agents hypnotiques peut sembler intéressante en raison de leur effet bronchodilatateur théorique)

III.8 Modalités de ventilation invasive:

Prévenir une surdistension thoracique en:

- diminuant le VC (6 à 8 ml/kg)
 - diminuant la FR
 - diminuant la pression télé expiratoire positive
 - augmentant le débit d'insufflation (60 à 80 l/min)
- de manière à limiter la pression de plateau (<30 cm H2O)

Rq: le réglage de ces paramètres induit souvent une hypercapnie qu'il faut savoir tolérer

III.9 Modalités de la sédation:

- A la phase initiale de la VM, une sédation profonde et une curarisation sont recommandées
- Modalités non spécifiques à l'ESA

Pas de recommandation concernant le recours à une administration continue de kétamine ou d'agents halogénés

IV. CRITERES AUTORISANT LE RAD

La décision doit prendre en compte:

- les caractéristiques du patient, de son environnement et de sa capacité de gestion à domicile
- fréquence des exacerbations et sévérité du tableau clinique initial
- évolution du DEP (amélioration du DEP atteignant 60 à 80 % de la valeur maximale théorique du patient)
- réponse au traitement avec amélioration des symptômes ne nécessitant plus de B2 nébulisés et spO2 > 94% en AA

V. MODALITES DU RAD

- prescription de B2 mimétiques inhalés de courte durée d'action
- corticothérapie orale pour une durée courte
- corticothérapie inhalée si elle n'était pas prescrite auparavant et majoration de la posologie durant 2 à 4 semaines si présente dans le traitement antérieur

VI. CRITERES D'HOSPITALISATION EN REANIMATION

Discussion au cas par cas prenant en compte:

❖ Eléments d'ordre épidémiologiques:

- milieu social défavorisé
- maladie psychologique
- toxicomanie (héroïne, cocaïne)
- mauvaise perception de la dyspnée
- ATCD d'hospitalisation en réanimation pour ESA
- ATCD d'IOT pour ESA
- utilisation répétée de B2 mimétiques de courte durée d'action

- utilisation régulière de corticoides par voie générale

❖ Eléments d'ordre clinique:

- détresse respiratoire
- DEP < 200l/min et/ou amélioration du DEP < 10% après traitement
- signes de cœur pulmonaire aigu
- mauvaise tolérance hémodynamique
- hypercapnie ($P_{acO_2} \geq 45$ mmHg) avec ou sans acidémie
- acidémie métabolique ou mixte
- anomalie de la radio thorax (PNP ou barotraumatisme)

VII. SPECIFICITES CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Au cours de la grossesse l'ESA est fréquente et associée à une augmentation du risque de complications maternelles, foetales et néonatales. Aussi le bénéfice des thérapeutiques est largement > au très faible risque malformatif. Il faut ainsi probablement traiter les femmes enceintes présentant une ESA de la même manière que la population générale, en renforçant le traitement de fond lors du passage au SAU si besoin.