

Prise en charge d'une crise d'asthme au cabinet médical



Laurent FAVRE
FMH Pneumologie
28 mars 2019

Introduction

- Maladie chronique fréquente:
 - En Suisse, prévalence 6.4-8.8% selon définition.
- Prévalence augmente chez l'enfant.
- Mortalité en baisse 0.4-0.6/100000 habitants/an:
 - 5 cas/an à Genève
 - Traitement inadéquat
 - Crise sous-estimée
 - Patient ou le soignant.

Introduction

- La plupart des décès surviennent avant que le patient n'atteigne l'hôpital
- Place du médecin de premier recours primordial.
- 80% des cas:
 - Symptômes évoluent \geq 48 heures.
 - » Niveau de contrôle
 - Brittle asthma exceptionnel

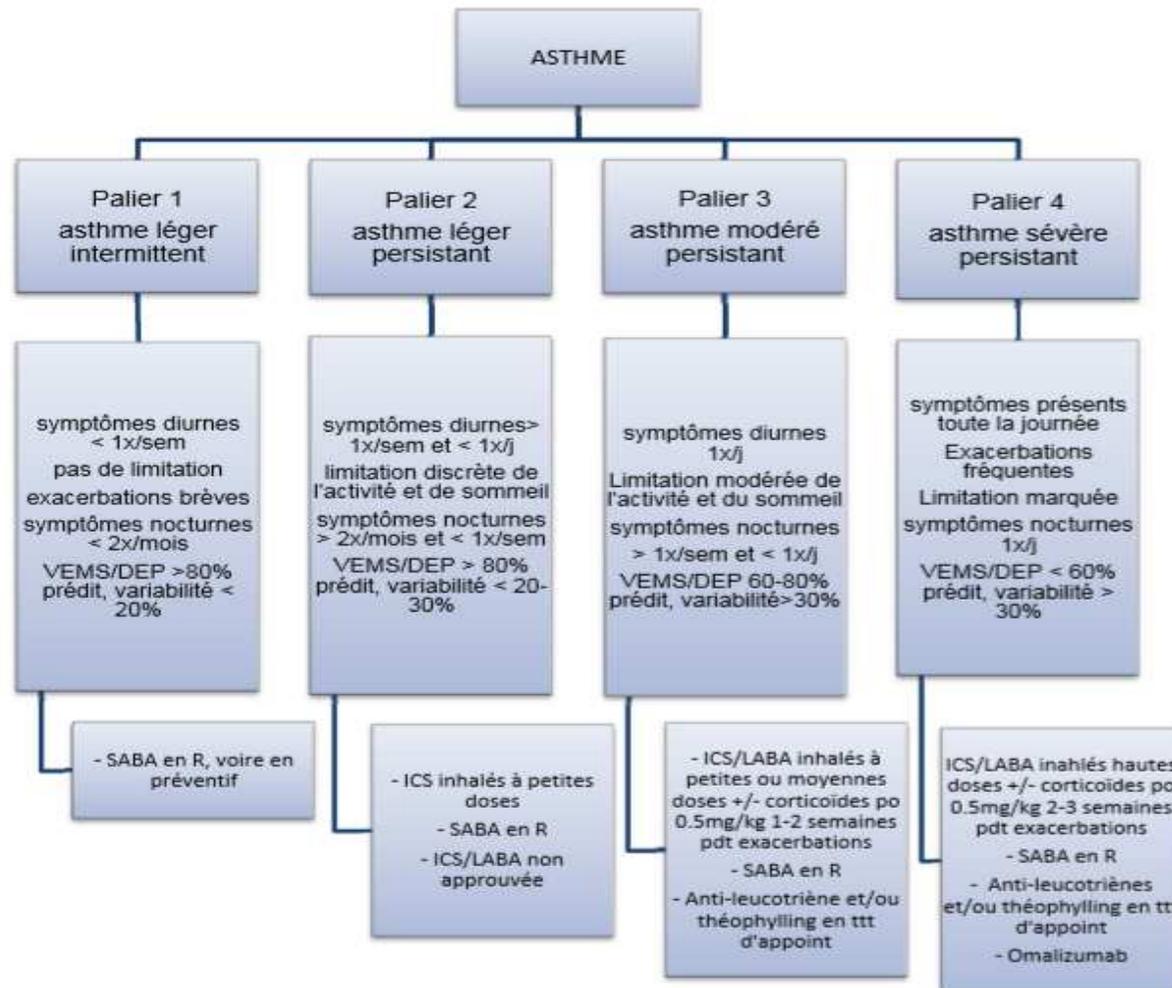
La gestion d'une crise d'asthme se joue 15 jours avant

Niveau de contrôle

	Contrôlé (toutes les caractéristiques sont présentes)	Partiellement contrôlé (1 ou 2 caractéristiques présentes sur une semaine) ou non contrôlé (≥ 3 caractéristiques présentes sur une semaine)
Symptômes diurnes	Max. 2 x/semaine	Plus de 2 x/semaine
Limitation des activités	Pas	Toute limitation
Symptômes nocturnes	Pas	Tout symptôme nocturne
Besoin d'appoint de bronchodilatateurs (SABA)	Moins de 2x/semaine	Plus de 2 x/semaine
Fonctions pulmonaires (DEP ou VEMS)	Normale	VEMS < 80% prédit ou < 80% de la meilleure valeur personnelle

Tableau 5 : Les critères de contrôle de l'asthme (GINA)²
SABA : short-acting beta2-agonist; DEP: Débit de pointe;

Step Up et Step Down



Rôle du praticien

- Step up and down en fonction du niveau de contrôle d'un asthme à chaque visite.
- Evaluer la sévérité de la crise
- Initier le traitement adapté
- Décider rapidement quel patient doit être hospitalisé (critique)
- Planifier le suivi du patient

Evaluer la sévérité d'une crise

- Critères anamnestiques à risque d'évolution défavorable (maladie)
 - Asthme grave ou intubation
 - Hospitalisation \leq 12 mois
 - Traitement de fond perannuel maximal
 - Arrêt récent ou utilisation en cours Prednisone
 - Asthme labile (Brittle asthma)
 - Variation diurne PF 40% pendant 50% des jours (6 mois) sous traitement maximal (type I)
 - Crise sévère subite (Type II)

Evaluer la sévérité d'une crise

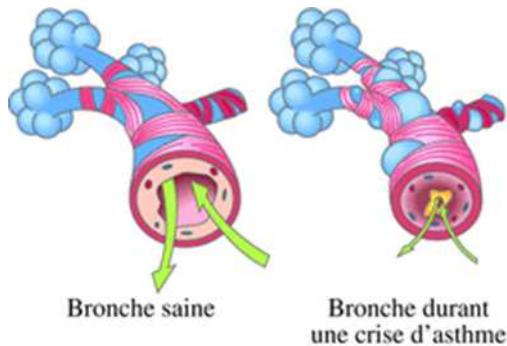
- Critères anamnestiques à risque d'évolution défavorable (patient)
 - **Non-observance au traitement**
 - Utilisation abusive de B2-mimétique
 - Notion de traitement de fond
 - Problème psycho-sociaux
 - Déni de la maladie ou de sa gravité (croyance de santé)
 - Abus OH ou drogues.

Evaluer la sévérité d'une crise

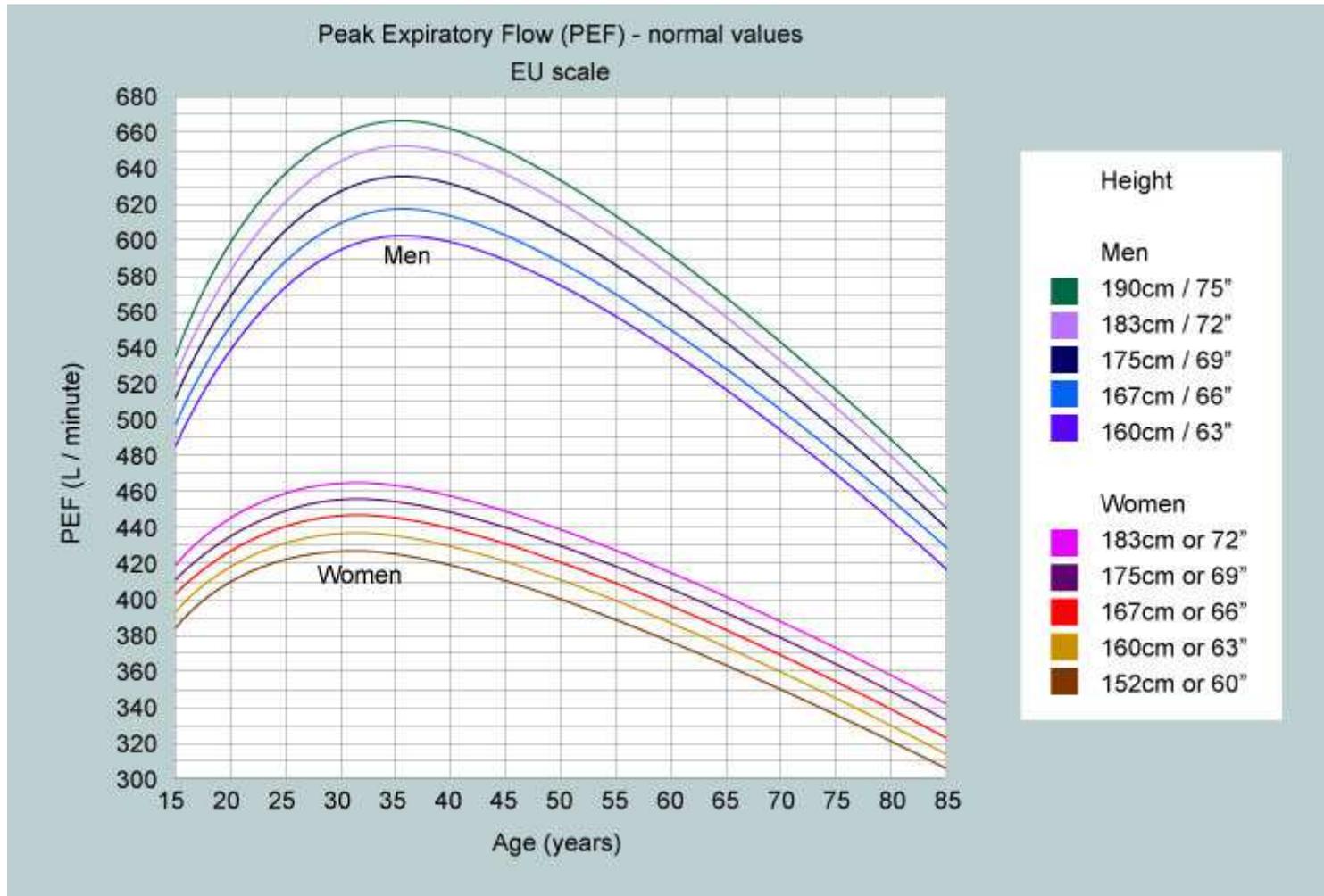
- Critères cliniques à risque d'évolution défavorable
 - **Crise d'asthme modéré:**
 - Symptômes en aggravation sans autre critère
 - **Asthme aigu sévère:**
 - $FR \geq 25$ /minute
 - $FC \geq 110$ /minute
 - Incapacité à terminer une phrase
 - **Asthme aigu grave:**
 - $FR \geq 30$ /minute
 - $FC \geq 120$ /minute
 - Cyanose, agitation, confusion, Silence auscultatoire.

Evaluer la sévérité d'une crise

- Critères fonctionnels (Peak-Flow)
 - Asthme modéré: 50-75% VP
 - Asthme aigue sévère: 33-50% VP
 - Asthme aigue grave $\leq 33\%$ VP



Evaluer la sévérité d'une crise



Evaluer la sévérité d'une crise

- Critères gazométriques:
 - Asthme aigu grave
 - $SaO_2 \leq 92\%$
 - $PaO_2 \leq 8 \text{ kPa}$
 - $PaCO_2 \geq 4.5-6 \text{ kPa}$



QUI HOSPITALISER ?

- **Asthme aigu grave**

- Pas vraiment de doute
- Cardiomobile (144)
- O2, Ventolin et Atrovent en continu par aérosol (PARIBYOY)
- Predisone 50 mg orale (1 heure)



- **Asthme aigu sévère**

- Le plus souvent hospitalisation
- Idem ci-dessus, sauf cardiomobile
- Réévaluation critères de sévérité après 20 minutes
 - $PF \geq 70\%$ VP,
 - Amélioration clinique nette (FR et FC)
 - Patient adhérent, sans critère défavorable psychosocial, le plus souvent connu au cabinet de longue date et fiable.
 - Consulte le matin, compatible l'organisation du cabinet
 - Le patient de 18 heures...



QUI HOSPITALISER ?

- **Crise d'asthme modérée**

- En l'absence de facteur de risque, prise en charge ambulatoire
- Salbutamol en aérosol, prednisone 50 mg orale.
- $PF \geq 70\%$ VP
- Réévaluation 24-24 heures
 - Le patient ne doit pas être seul à domicile
 - Si possible investir un proche dans la prise en charge.
 - Technique d'inhalation doit être maîtrisée. Pharmacie disponible.
- Suivi PF régulier
- Environnement toxique (pollens, asthme professionnel, animaux domestiques)
- Réévaluation plan traitement, éducation thérapeutique, rôle clef du traitement de fond
- Horaires d'ouverture des centres d'urgences proche du domicile du patient.
- Un patient hospitalisé pour une crise d'asthme devrait être suivi par un spécialiste.



Concentration en SALBUTAMOL dans les préparations disponibles (compendium)

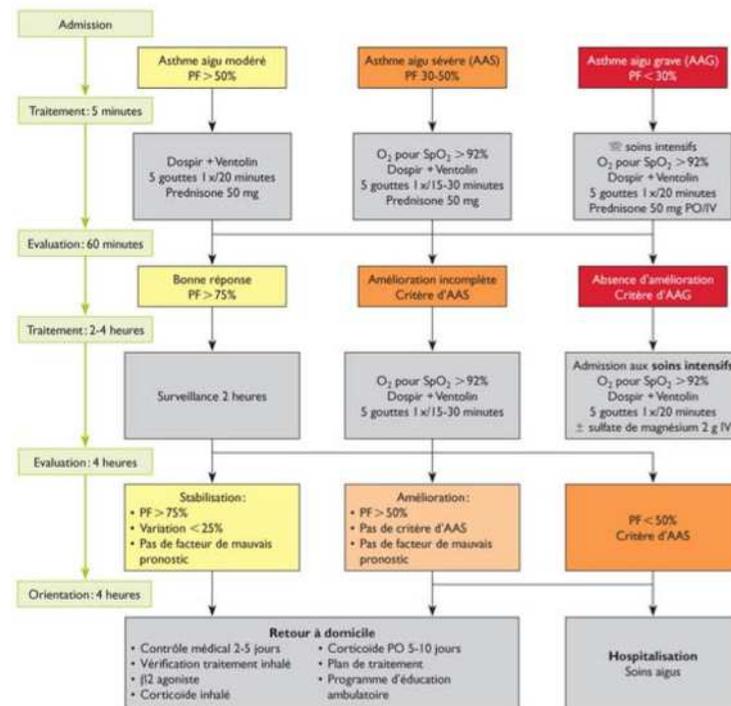
- Ventolin (Solution pour appareils aérosols):
 - Solution concentrée: 5 mg de salbutamol par ml (gouttes).
 - Solution prête à l'emploi: doses unitaires de 1.25 mg/2,5 ml.
- IPRAMOL ou DOSPIR
 - 2.5 mg/2.5 ml de SALBUTAMOL et 0.5 mg/2.5 ml d'IPRATROPIUM

Concentration en Salbutamol des préparations:

- Ventolin gouttes le plus concentré (5 mg/ml)
- Ventolin en solution le moins concentré (0.5 mg/ml)
- Solutions (Ipratropium et Salbutamol) moyennement concentrées (1 mg/ml)

Asthme aigu aux urgences 4 heures pour orientation

TRAITEMENT DE L'ASTHME AIGU



Après l'hospitalisation Planifier le suivi du patient Plan de traitement

Peak-flow (DEP)	Symptômes	Action: que faire?
> 80% _____	Aucune gêne	Continuez le traitement de la zone verte
60-80% ____ - ____	Légère toux, souffle un peu court, réveils nocturnes occasionnels	Adaptez le traitement: _____ _____
40-60% ____ - ____	Toux, souffle court, oppression, nuits perturbées	Ajoutez: _____ Appelez: _____
< 40% _____	Souffle très court malgré les médicaments, peine à parler, étouffement	URGENCE: appelez de suite _____ ou le 144 Prenez: _____

L'usage du plan d'action de l'asthme repose sur la mesure du peak-flow et sur une évaluation régulière des symptômes. Lors d'une aggravation de l'asthme, c'est la situation la plus mauvaise sur laquelle il faut se baser pour estimer le nouveau niveau du plan d'action.
Le plan d'action de l'asthme peut être commandé auprès de la ligue pulmonaire suisse: www.lung.ch
DEP: débit expiratoire de pointe (peak-flow).

CONCLUSIONS

- Rôle central dans la prise en charge initiale d'un médecin de premier recours
- Anamnèse, examen clinique, saturomètre et PF très utile
- Gazométrie moins utile
- Radiographie inutile
- PARIBOY (FRS Lima 376.90 en pratique FRS 250.-)
- IPRAMOL (FRS 40.10/60 doses soit 0.67/dose)
- Saturomètre (FRS 50.-)
- PF (FRS Lima 48.60.-)

