



Asthme aigu grave

Asthme aigu grave

1. Prévention de l'asthme mortel
 2. Évaluation de la gravité de l'asthme aigu grave
 3. Traitement médical
 - béta2mimétiques
 - corticoïdes
 - O₂
 - divers
- Ventilation mécanique

Prévention de l'asthme mortel

- 50000 à 100000 hospi .8000à16000 astme aigu grave
- Mortalité en baisse 1500 à 2000/an en 1990
 - Dépistage des patients
 - Amélioration formation médicale
 - Détermination des patients à risques
 - Éducation de l'asthmatique(connaissance, CAT devant crise)
 - Amélioration de la thérapeutique(fond, crise ,autosurveillance)
 - Prise en charge préhospitalière
 - Traitement hospitalier AAG
 - Prise en charge après un AAG

Prévention asthme mortel

- Prise en charge pré-hospitalière
 - Crise rapide
 - Mauvaise évaluation (intensité, rapidité)
 - mortalité surtout pre-hospitalière
- Expérience samu paris
 - 9% appels =DCD avant secours
 - Equipe médicalisé pour chaque appel(6 mois)
17 patients « réanimés »,4 DCD/16 DCD pour 6 mois

Asthme aigu grave

évaluation de la gravité

- **Définition**: crise, qui par sa brutalité, son intensité ou sa non réponse au traitement met la vie du patient en danger
- **Anat Path** : Bronchospasme + obstruction bronchique: œdème interstitiel, destruction épithéliale, hyperplasie muscle lisse
- **PAS DE score clinique à l'entrée**

Asthme aigu grave évaluation de la gravité

- ANTECEDENTS
 - asthme ancien
 - asthme instable
 - sexe masculin
 - intubation
 - intolérance à l'aspirine
 - tabagisme, abus sédatifs hypnotiques stupéfiant
 - corticothérapie dans les 3 mois

Asthme aigu grave évaluation de la gravité

- **Syndrome de menace**

aggravation en quelques jours

augmentation de la fréquence des crises

augmentation de la gravité des crises

résistance au traitement

augmentation de la consommation de médicaments

intervalle de moins en moins libre

diminution progressive du DEP

Asthme aigu grave

évaluation de la gravité

- **Signes de gravité immédiate**

difficulté à parler à tousser

dyspnée orthopnée

agitation

cyanose sueur

contraction des muscles sterno cleido masto

Fréquence respi > 30, Fréquence card > 120

DEP < 150 l mn,

normo ou hypercapnie

pas amélioration DEP (<60)

Asthme aigu grave

évaluation de la gravité

- **Signes de détresse**
 - troubles de conscience
 - pause respiratoire
 - impossibilité de parler
 - silence respiratoire
 - collapsus

TRAITEMENT MEDICAL

- Béta 2mimétiques :bronchodilatateur puissant
- Mode d 'administration
 - voie inhalée:nébulisation
 - dose , début action qqs mn,pic action: 30 à 60 mn,durée action: 4 à 6 h
 - voie parentérale:IV début 0.5 mg /h

TRAITEMENT MEDICAL

- Béta2mimétiques :Pratique
aérosol 5mg salbu x3 ou continu première
heure puis 5mg/3h
si échec(1h) IV 0.5 mg /h à augmenter /
10 à 15 mn
Aérosols +IV
Dose maxi IV :5mg/h .Place adrénaline ?

TRAITEMENT MEDICAL

- **GLUCOCORTICOIDES**

ASTHME = maladie inflammatoire

Potentialise BETA 2+

Effets retardés 8 à 24h

1 à 2 mg/ kg méthylprednisolone/j

Bolus ou perf

8 à 10 j

TRAITEMENT MEDICAL

- OXYGENOTHERAPIE:toujours ,haut débits(>6l)
- ANTICHOLINERGIQUES:atrovent,bronchodilatateur, aérosol avec béta 2+(0.5mg sur 20mn),début action 30mn durée 3h à 9h
- Hydratation correcte,pas de sédatifs
- Prévention phlébite
- Antibiotiques ?
- Magnésium 4amp MgCl/30mn

VENTILATION MECANIQUE

- **Indications:** détresse vitale ,évolution défavorable
- **Buts:** oxygénation ,délai action traitement médical
- **Modalités:**difficiles **Pressions insufflation élevées**
- **Réglages machine:**fr basse,Volume petit,I/E=1/3à 1/4
- **Sédation+curarisation**
- Isoflurane ou hélium possible
- Si collapsus à la mise en route penser à un pneumothorax ou à une hypovolémie

CONCLUSION

- Asthme Aigu Grave peut être mortel
- Prise en charge correcte fait baisser la mortalité
- Traitement: O₂, Beta2+, corticoïdes
- Diagnostic de gravité
clinique + évolution + surveillance DEP