

# Prise en charge de l'exacerbation sévère d'asthme (ESA) chez l'adulte aux urgences

## Rechercher les critères de sévérité :

- antécédent d'hospitalisation et de recours à la ventilation mécanique pour asthme ,
- prise récente de corticoïdes oraux,
- consommation importante ou croissante de bêta-2 mimétiques,
- âge > 70 ans,
- difficulté à parler,
- troubles de la conscience,
- état de choc,
- fréquence respiratoire > 30 cycles/min,
- existence d'arguments en faveur d'une pneumopathie infectieuse.

## Thérapeutique

### 1er niveau

- Administrer de bêta-2 mimétiques en nébulisation continue plutôt qu'en administration discontinue au cours de la première heure.
- Il faut associer un traitement anticholinergique inhalé au traitement par bêta-2 mimétiques à la dose de **0,5 mg de bromure d'ipratropium toutes les 8 heures**.
- Corticothérapie systémique intraveineuse ou per os (PO) (1 mg/kg d'équivalent méthylprednisolone, maximum 80 mg).
- Pas d'antibiothérapie systématique sauf aux cas où une pneumopathie est suspectée sur les habituels critères cliniques, radiologiques et biologiques.
- Oxygénothérapie titrée pour un objectif de saturation pulsée en oxygène ( $SpO_2$ ) de 94 à 98 %.

## Examens complémentaires

Radiographie du thorax et gaz du sang (veineux ou artériels) à réaliser en cas de doute diagnostique ou en cas de non-réponse au traitement.  
Une normo ou une hypercapnie sont des critères de gravité de l'ESA. À noter qu'une mesure de  $PCO_2$  de sang veineux, plus facile et moins douloureuse à obtenir, inférieure à 45 mmHg exclut l'hypercapnie

## Admission en réanimation des patients

Elle doit être discutée précocement, au cas par cas, du fait de l'absence de critères spécifiques. Des études épidémiologiques ont permis d'identifier des éléments corrélés à une hospitalisation en réanimation

### Ce sont des éléments d'ordre épidémiologiques :

- ▶ un milieu social défavorisé,
- ▶ une maladie psychiatrique,
- ▶ une toxicomanie (héroïne, cocaïne),
- ▶ une mauvaise perception de la dyspnée,
- ▶ un antécédent d'hospitalisation en réanimation pour ESA,
- ▶ un antécédent d'intubation pour ESA,
- ▶ une utilisation répétée de bêta-2 mimétiques de courte durée d'action,
- ▶ une utilisation régulière de corticostéroïdes par voie générale.

### Et des éléments d'ordre clinique :

- ▶ des signes cliniques de détresse respiratoire,
- ▶ un  $DEP < 200 \text{ L/min}$ ,
- ▶ une amélioration du  $DEP < 10 \%$  après traitement,
- ▶ des signes de cœur pulmonaire aigu, une mauvaise tolérance hémodynamique,
- ▶ une hypercapnie ( $PaCO_2 \geq 45 \text{ mmHg}$ ) avec ou sans acidémie,
- ▶ une acidose métabolique ou mixte, une anomalie de la RT (barotraumatisme ou pneumopathie).

## Retour à domicile

**Si  $DEP$  atteignant 60 à 80 % de la valeur maximale théorique du patient,  
Si  $SpO_2 > 94 \%$  en air ambiant et un environnement favorable à domicile  
une heure après de traitement continu par bêta-2 mimétiques de courte durée d'action**

## Ordonnance de sortie.

- ▶ bêta2-mimétique inhalé de courte durée d'action.
- ▶ Corticoïde par voie orale pour une durée courte.
- ▶ Corticothérapie inhalée si elle n'était pas prescrite auparavant.