

# CRISE D'ASTHME

**F.ADILA**  
**Service De Pneumologie HCA**

Destiné aux étudiants de 4<sup>ème</sup> année de médecine

# Objectifs

---

- **Reconnaitre la crise d'asthme**
- **Evaluer sa sévérité**
- **Traiter et prévenir la crise d'asthme**

# PLAN



- 1- Définitions**
- 2- Intérêt de la question**
- 3- Diagnostic positif**
- 4- Evaluation de la sévérité de la crise d'asthme**
- 5- Traitement de la crise d'asthme**
- 6- Conclusion**

# 1- Définitions :

- La **crise d'asthme** est un épisode d'accès paroxystique de la dyspnée de durée brève  $\leq$  1 jour lié à une obstruction des voies aériennes.
- Dès que les symptômes dépassent le cadre temporel de la crise au-delà de 24 à 48H on parle d'**exacerbation**.

## 2- Intérêt de la question

- La crise d'asthme est un motif fréquent de recours aux urgences.
- Diagnostic parfois difficile
- Maladie bénigne mais pouvant cependant mettre en jeu le pronostic vital.
- La prévention ++++++

# 3- Diagnostic positif

## **Signes cliniques:**

- Symptômes de courte durée de quelques minutes à quelques heures, qui sont inhabituels rapidement intenses confinant à l'asphyxie et engagent le pronostic vital :
- Dyspnée,
- Sibilants,
- Signes de détresse respiratoire.

**Signes fonctionnels :** effondrement du DEP

NB: attention aux pathologies avec dyspnée sifflante « OAP, exacerbation de BPCO..... »

## 4- Evaluation de la sévérité de la crise

liée à l'importance de l'obstruction des VA:

- 1) Clinique
- 2) Fonctionnel : DEP critère le plus objectif de la sévérité
- 3) Gazométrique

Cette évaluation se fait dès l'arrivée du malade aux urgences et surtout 10 – 15 mn après prise de bronchodilatateurs ( B2 mimétiques )

2 critères cliniques + 1 critère fonctionnel classe la crise dans la Catégorie la plus élevée de sévérité .

paramètre	légère	modérée	sévère	Arrêt resp. imminent
Difficultés respiratoires	En marchant peut s'allonger	En parlant préfère être assis	Au repos est penché en avant	
expression orale vigilance	Conversation peut être agité	Phrases généralement agité	Mots généralement agité	Somnolent ou confus
Fréquence respiratoire	Augmentée (inférieur à 25Mvt/mn)	Augmentée (entre 25 et 30Mvt/mn)	Souvent sup. 30Mvt/min	
Contraction muscles accessoires et tirage sus sternal	non	oui habituellement	Oui habituellement	Mouvements thoraco-abdominaux paradoxaux
sibilants	Modérés en fin d'expiration	bruyants	bruyants	absence de sibilants
pulsation/minute	<100	100 à 120	> 120	bradycardie
DEP après broncho-dilatateur initial	Sup. à 80%	60 à 80%	<60%	
PaO2 et/ou	Normal <45mmHg	>à60mmHg <45mmHg	<60 cyanose possible >45mmHg	
SaO2	>95%	91 à 95 %	<90%	





L'interrogatoire recherchera un facteur de « haut risque d'asthme aigu grave »

- 1) Une corticothérapie par voie générale en cours ou sevrage récent.
- 2) Une hospitalisation ou recours multiples aux urgences durant l'année précédente.
- 3) Une intubation antérieure pour asthme.
- 4) Une affection psychiatrique récente.

## 5- TRAITEMENT :

la recherche d'un facteur déclenchant de la crise d'asthme se fait parallèlement à son évaluation :

- 1) Une surinfection bronchique.
- 2) Un pneumothorax.
- 3) Une exposition massive à un allergène.
- 4) Un stress important ou une forte émotion.
- 5) Un changement climatique.
- 6) Une élévation du niveau de pollution.

## But :

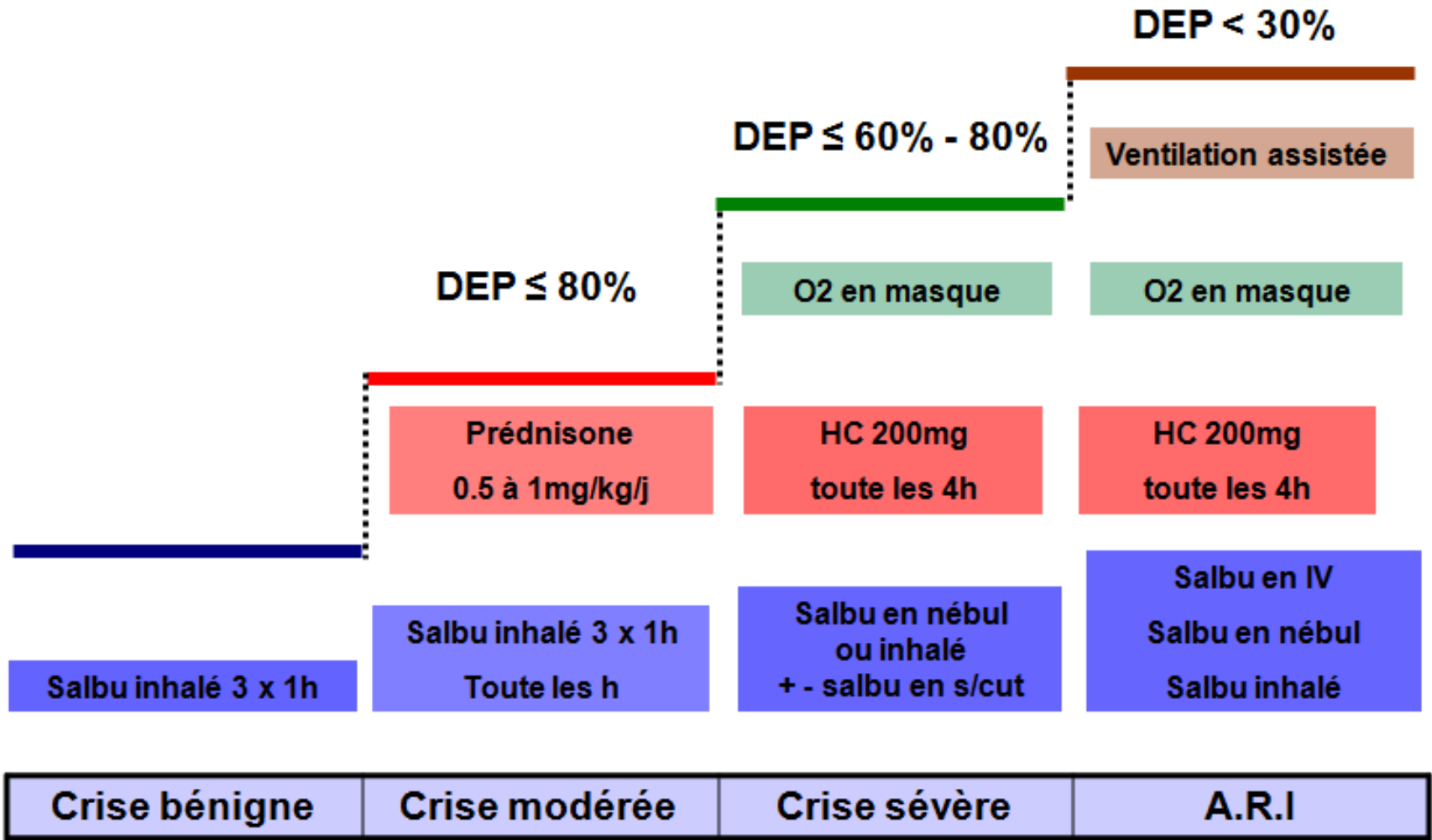


- 1) Prévenir la mort.
- 2) Restaurer l'état clinique et fonctionnel à son meilleur niveau.
- 3) Maintenir la fonction respiratoire optimale.
- 4) Prévenir la rechute précoce en traitant l'inflammation.

# **Moyens :**

<b>Oxygène</b>	<b>Crise sévère , à fort débit 6l/min</b>
<b>Nébulisation</b>	<b>En utilisant un appareil nébuliseur broncher directement a la source d'O2</b>
<b>β2 mimétique</b>	<b>Avec ou sans chambre d'inhalation, traitement de la crise β2 à CA</b>
<b>Adrénaline</b>	<b>Collapsus , non réponse au β2</b>
<b>Corticoïdes</b>	<b>En IV ou voie orale . Accélère la résolution des crise réfractaire au broncho-dilatateur , par leur action anti-inflammatoire , prévienne la récidence</b>
<b>Théophylline</b>	<b>Effet broncho-dilatateur &lt; β2</b>
<b>Ventilation assistée</b>	<b>Soin intensif</b>

# Indications



# Algorithme décisionnel

## Crise légère

$\beta$ 2 mimétique inhales à action brève généralement par nébulisation une dose toutes les 20 minutes pendant 1 heure (1ml dans 3cc de sérum isotonique) ou en spray ou chambre d'inhalation( 8 à 12 bouffés)

### répéter l'évaluation de la severite de la crise :

↓  
**Bonne réponse:**  
DEP>70%  
Examen clinique normal  
Oxymétrie>90%

↓  
**Retour au domicile:**  
nébulisation  
B2 inhales- CTC ?  
Éducation patient

↓  
**Mauvaise réponse = crise modérée:**  
DEP 60 à 80 %  
examen clinique: Symp. modères  
utilisation muscles accessoires

↓  
 $\beta$ 2 inhales toutes les heures en  
nebulisation  
envisager CTC

← **Bonne réponse**

↓  
**Mauvaise réponse = crise  
Sévère**

## Crise sévère

DEP < 60

Ex. clinique: Sp. sévères au repos  
rétraction thoracique  
ATCD patient à haut risque  
 $\beta 2$  inhales et anticholinergiques inhale

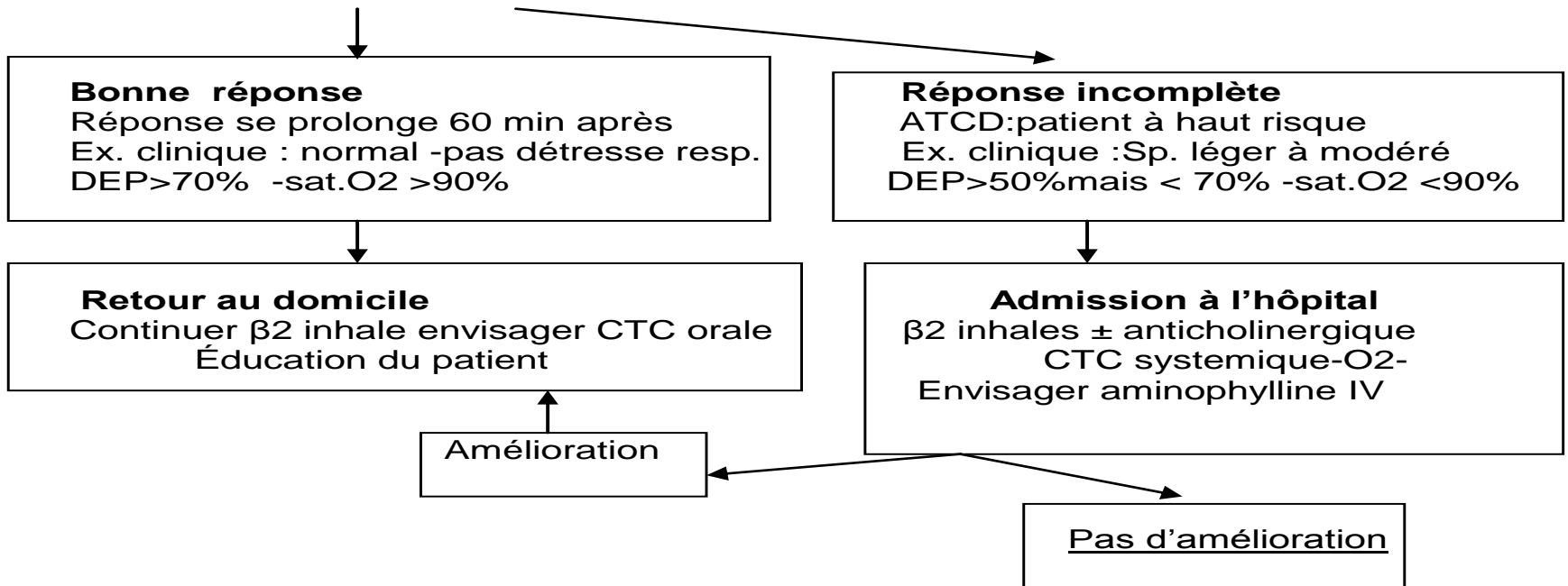
O<sub>2</sub> – CTC systémique  
Envisager  $\beta 2$  sympathomimétique sc, im, iv

## Faible réponse en 1 heure

Ex. clinique: Sp. Sévère  
sommolence, confusion  
ATCD patient à haut risque  
DEP < 30 % intensifs

PCO<sub>2</sub> > 45%  
PO<sub>2</sub> < 60 mmHg

admission  
s.intensifs



## 6- CONCLUSION :

- La crise d'asthme constitue des accès aigus de la maladie asthmatique
- Elle doit être considérée comme urgence quelque soit sa sévérité
- Sa répétition témoigne d'une PEC incorrecte de l'asthme maladie
- Son traitement est symptomatique + étiologique
- Elle doit constituer une occasion pour rappeler l'importance du traitement de fond de l'asthme maladie d'une part et de l'importance et de la répétition de l'éducation sanitaire de l'asthmatique