



Inserm



AAG

DES MI-MIT Allergologie

Lyon, le 12 01 2019



Gilles Devouassoux

Service de Pneumologie, Hôpital de la Croix-Rousse
Hospices Civils de Lyon
Faculté de Médecine Lyon Sud Charles Mérieux
& EA7426

Evaluation et recherche des signes de gravité AAG ?

Contexte de dyspnée expiratoire sifflante

Asthme connu ou pas

Signes de gravité respiratoire et extra-respiratoires = AAG

Méfiance si exacerbation chez un asthmatique connu pour des ATCD
d'AAG

→ exacerbation = hospitalisation ?

→ En tout cas, une attention particulière et surveillance accrue ++

Pas de score pronostique prédictif de l'évolution d'une exacerbation

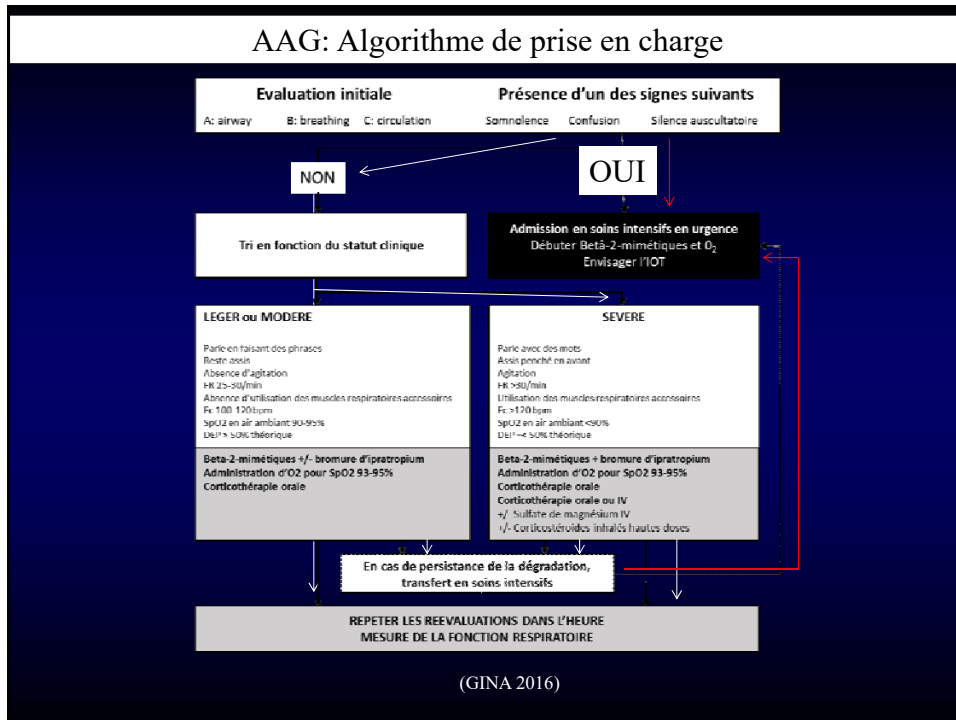
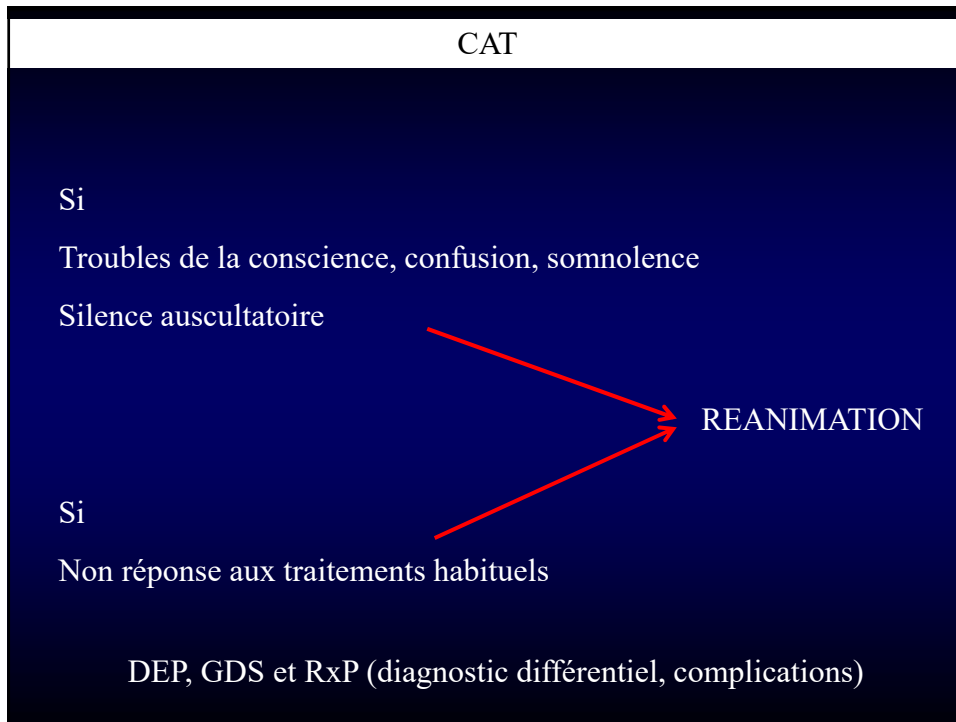
Signes de gravité

Signes cliniques de gravité extrême

- Troubles de la conscience, somnolence, coma
- Pause ou arrêt respiratoire,
- Balancement thoraco-abdominal
- Collapsus cardio-vasculaire
- Silence auscultatoire

Signes cliniques définissant l'AAG

- **Facteurs liés au terrain:** asthme ancien, instable, non ou mal traité, déjà hospitalisé pour une crise grave et ATCD AAG
- **Facteurs liés aux faits récents**
 - o Perte de contrôle de l'asthme
 - o Moindre sensibilité aux thérapeutiques usuelles, consommation accrue de BD CDA
 - o Episodes intercritiques de moins en moins « asymptomatiques »
- **Facteurs liés au caractère des symptômes**
 - o Ressentis inhabituels, évolution rapide, présence de signes cliniques de gravité difficulté à parler, à tousser
 - o Orthopnée, agitation, sueurs, cyanose
 - o Contraction permanente des sterno-cléido-mastoïdiens ;
 - o $FR > 30/\text{min}$ chez l'adulte et l'enfant de plus de 5 ans
 - o $FC > 120$ battements/min chez l'adulte ^[17]_{SEP}
 - o $DEP < 150\text{L} / \text{min}$ et $< 50\%$ de la valeur de référence
 - o Normo ou hypercapnie



AAG: Les moyens thérapeutiques

Oxygène

Précoce, 6-8 l/min, masque facial, humidification
Objectif SpO₂ > 92%

Bronchodilatateurs

Précoce, sous O₂ à fort débit
Salbutamol ou Terbutaline (avantages différentiels?)
Un aérosol/15 min pendant la première heure
En continu si pas d'amélioration
Reco IV absente, mais IV 0,5mg/h si nébulisation impossible et < 7 mg/h
Surveillance Kaliémie ++
Risque hyperglycémie, hypoMg, tachycardie
Associé ipratropium 0,5 mg/ 4-6 heures

Corticoïdes

1 mg/kg per os ou IV
Inhalés: pas de place bien définie

AAG: Les moyens thérapeutiques

Sulfate de Mg IV

Action BD
Effets modérés et de courte durée
Uniquement pour patients les plus graves
2g en 20 min en perf IV

Adrénaline

Nébulisée ou IV
Si échec BD b₂ mimétiques
En réanimation

Théophylline

En seconde intention
Pas en routine
Effets modestes et toxicité cardio-vasculaire

Antibiotiques

Non recommandé en systématique

AAG: Les moyens thérapeutiques**Hélium**

Gaz de faible densité, mixte O₂-He (Heliox)
Diminution de la résistance à l'écoulement de l'air dans les bronches
Améliore les débits ventilatoires
Ventilation spontanée OK, difficile sur VM

Ventilation

2-4% des AAG, 10% de mortalité
Si signes de gravité vitaux, détresse respiratoire persistante, épuisement, hypercapnie

IOT

Patient oxygéné, remplissage vasculaire
Induction anesthésique, position ½ assise puis couchée
Sonde de gros calibre (résistances expiratoires, sécrétions)
Kétamine (2-3 mg/kg IVD) +/- succinylcholine (1 mg/Kg IVD)
Anesthésie maintenue +/- curarisation sous VM

VNI

Sur patients sélectionnés et en l'absence de contre-indications (troubles de conscience, instabilité hémodynamique, hypersécrétions bronchiques...)
Uniquement dans des services de Réanimation, entraînés avec surveillance ++

EEC de CO₂ (NOVALUNG)