

Prise en charge des épisodes d'exacerbation de l'asthme de l'enfant

Pr H. MAOUCHE
 Maître de Conférences classe - A -
 Service de pédiatrie du professeur
Pr A. BENSENOUCI
 CHU Béni-Messous

Résumé

L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente de l'enfant. Il est responsable d'un nombre élevé de consultations urgentes et d'hospitalisations, d'absentéisme scolaire, d'altération de la qualité de vie et d'importantes dépenses de santé. Les accès paroxystiques de gênes respiratoires et de dyspnées, font toute la gravité et la charge de morbidité de cette affection. Les crises et les exacerbations doivent être évaluées et prises en charge selon des protocoles de traitement consensuels adaptés au degré de gravité de chaque cas. Les principaux médicaments utilisés sont les bronchodilatateurs d'action rapide et les corticoïdes.

>>> Mots-clés :

Asthme, crise, exacerbation, bronchodilatateurs, corticoïdes, protocole de traitement.

Abstract

Asthma is the most common chronic respiratory disease in childhood. It is responsible for a high number of emergency consultations, hospitalizations, school absenteeism, impaired quality of life and major health costs. Shortness of breath, cough, chest tightness, respiratory distress, wheezing and exacerbation make any severity and burden of this disease. Asthma attack and exacerbations should be evaluated and supported by consensual treatment protocols adapted to the severity of each case. The main drugs used are the short-acting beta2-agonist (bronchodilators) and corticosteroids.

>>> Keywords :

Asthma, attack, exacerbation, short-acting beta2 agonist, corticosteroids, treatment protocol.

Définitions :

- Crise d'asthme : Accès paroxystique d'une dyspnée de durée brève avec oppression thoracique, toux et sibilants cédant spontanément ou sous l'effet d'un traitement adapté.

- Exacerbation : Persistance des symptômes qui durent plus de 24 heures, quel que soit le mode de début brutal ou progressif.

- Asthme Aigu Grave (AAG) : Appelé autrefois état de mal asthmatique.

Crise d'emblée sévère qui ne répond pas au traitement ou dont l'intensité est inhabituelle dans son évolution ou sa symptomatologie. Il peut s'agir d'une crise inaugurale. Le risque de décès nécessite une prise en charge en réanimation.

- Instabilité : Asthme mal contrôlé par le traitement de fond, avec variabilité des symptômes et variations circadiennes importantes du DEP.

Diagnostic positif :

Le diagnostic d'une crise d'asthme est clinique. Il repose sur les symptômes cardinaux suivants : toux, sensation d'oppression thoracique, dyspnée expiratoire, sifflements.

Diagnostiquer une crise d'asthme :

Facteurs déclenchants :

- Infection : virale, bactérienne ...
- Exposition à un allergène (pneumallergène) ou un irritant (tabac, pollution...).
- Exercice physique.
- Changement climatique.
- Émotions, Contrariétés.
- Médicaments.

Les signes annonciateurs : Prodromes.

Les prodromes sont stéréotypés pour chaque enfant. Ils ne doivent pas retarder la mise en route du traitement au domicile du patient selon un plan d'action personnalisé.

- Rhinorrhée claire.
- Toux sèche.
- Sensation de chatouillements au niveau du palais.
- Poussée d'eczéma.

La crise : Un ou plusieurs des signes suivants.

- Dyspnée expiratoire avec des sifflements, wheezing, toux parfois productive.
- Oppression thoracique.
- Détresse respiratoire : Tachypnée, battement des ailes du nez, tirage intercostal, entonnoir xiphoïdien, balancement thoraco-abdominal.
- Thorax distendu.
- Sibilants à l'auscultation.
- Amélioration des symptômes sous traitement bronchodilatateur sauf si asthme aigu grave.

Diagnostic de gravité :

Devant toute crise d'asthme il est impératif de rechercher les facteurs de risque d'AAG et d'évaluer la gravité de la crise. La radiographie du thorax n'est pas systématique, elle est nécessaire dans le cas d'une crise d'asthme inaugurale (utile au diagnostic différentiel) ou d'une crise d'asthme sévère ou qui évolue mal sous traitement bien conduit (pour rechercher un pneumothorax, un pneumo médiastin ou une pneumopathie infectieuse).

Les facteurs de risque d'AAG : L'existence d'un seul facteur indique l'hospitalisation

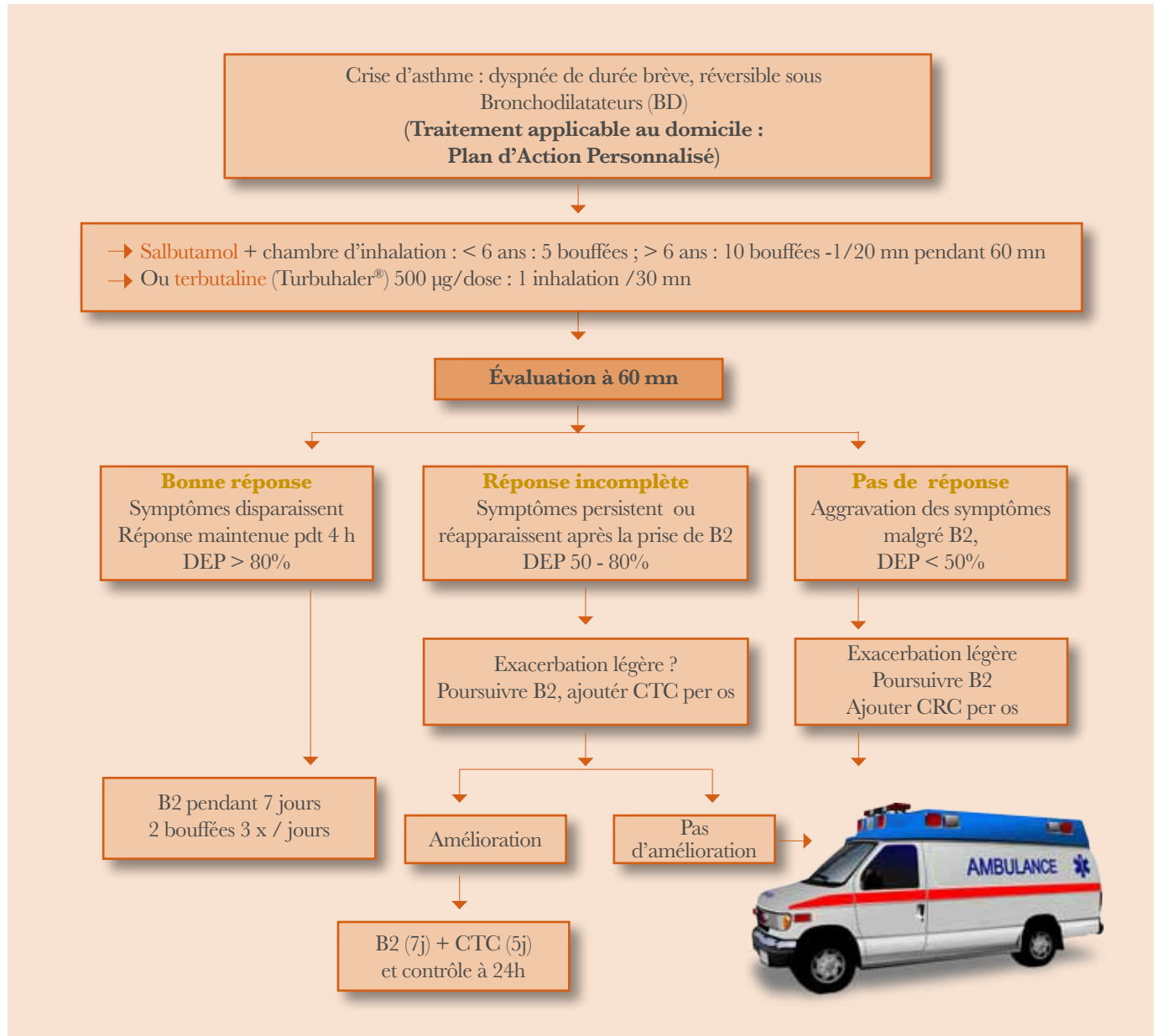
- Antécédent d'hospitalisation ou de consultations multiples aux urgences pour asthme durant l'année précédente.
- Corticothérapie orale en cours ou sevrage récent.
- Asthme instable avec recours fréquents de bronchodilatateurs (consommation > 1 flacon /mois)
- Antécédent d'Asthme Aigu Grave ayant nécessité une ventilation mécanique.
- Syndrome d'allergie multiple, allergie alimentaire.
- Non compliance au traitement de fond (corticoïdes inhalés).

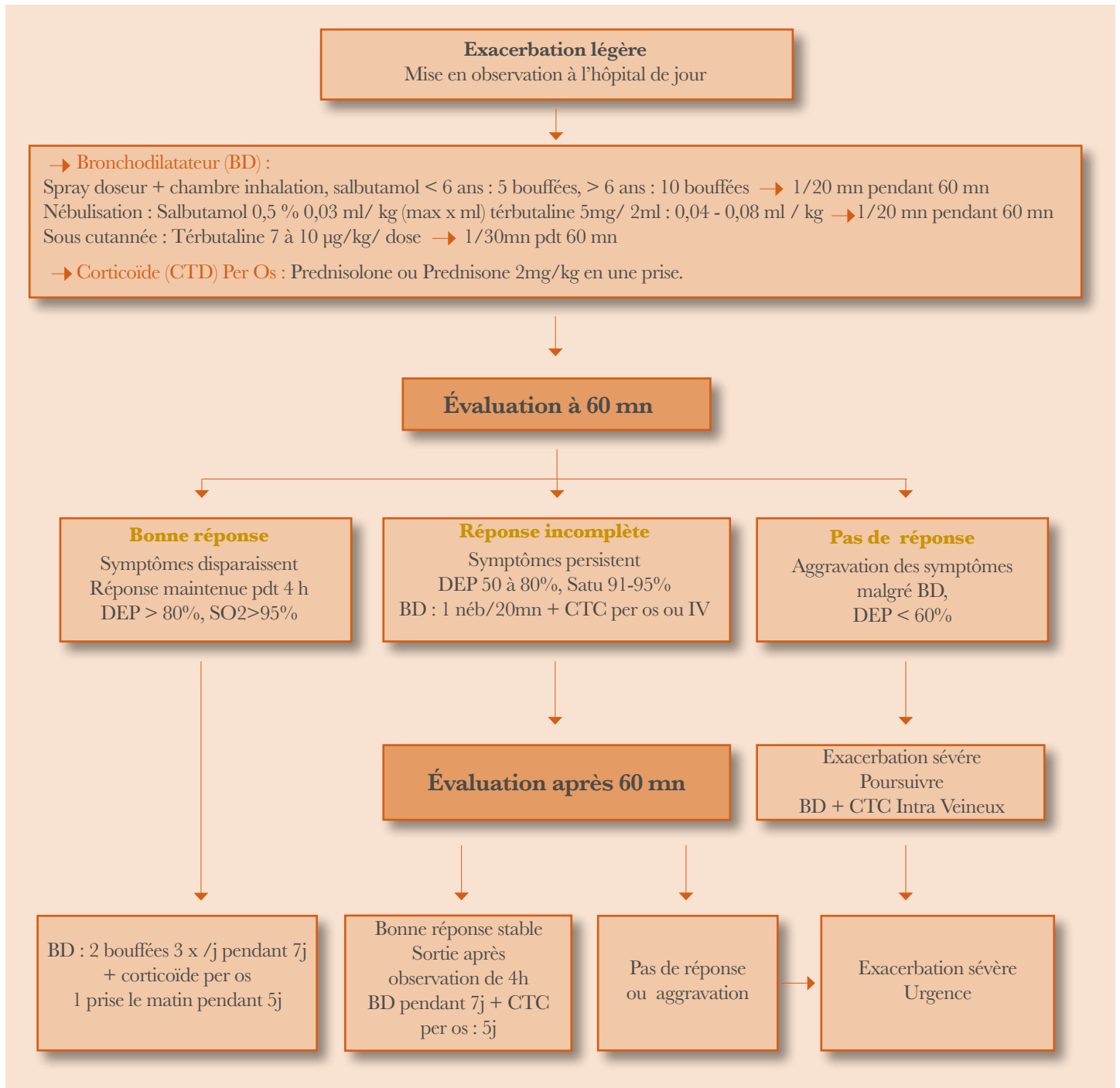
Évaluation de la gravité d'une exacerbation:

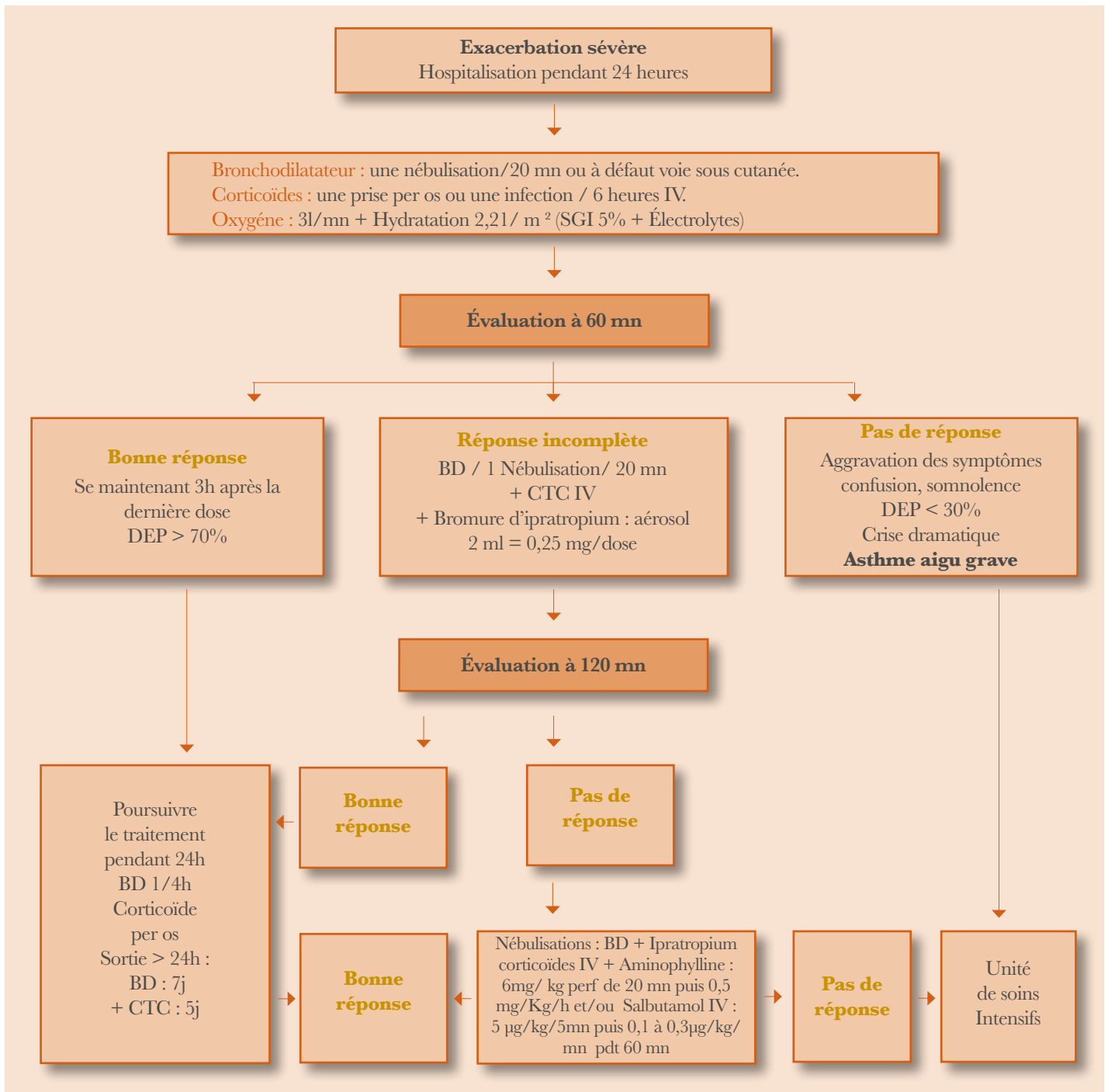
	Légère	Sévère	Asthme Aigu Grave (AAG)
Élocution	Phrases	Mots	-----
Comportement (Conscience)	Normale	Agitation, Confusion, Somnolence	Somnolence/Confusion Coma
FC	< 100/mn	> 200/mn (0-3 ans) > 180/mn (4- 5 ans)	bradycardie
Coloration	Normale	Cyanose	Sueurs et cyanose marquées
Sibilances	Variables	Bruyantes ou avec du MV	Silence auscultatoire
SaO2 ♦	> 95%	< 92%	< 91% sous OXYGENE

♦ Mesures effectuées en air ambiant avant l'usage de bronchodilatateurs

Traitement :







Surveillance :

Toute crise d'asthme doit être surveillée de façon permanente

Clinique :

Coloration des téguments (cyanose)
Sueurs (signe d'hypercapnie)
Fréquence respiratoire,
Fréquence cardiaque,

Intensité du tirage,
Wheezing, sibilants.
Conscience.

Saturation : maintenir une $SaO_2 \geq 92\%$

Gazométrie artérielle : dans une crise modérée qui s'aggrave, la crise sévère et l'Asthme Aigu Grave.

Remarques :

- Les corticoïdes utilisés en Intraveineux :

Solumedrol® 1 à 2 mg/Kg/6h, hémisuccinate d'hydrocortisone 5 Mg/Kg/4 heures

- **Les anticholinergiques** (Dibromure d'Ipratropium) associés aux bronchodilatateurs apportent un bénéfice dans la crise d'asthme sévère.

- **La théophylline** : peut être utilisée en deuxième intention dans le traitement de la crise sévère qui ne répond pas bien aux bronchodilatateurs associés aux anticholinergiques.

- **Le sulfate de Magnésium** : 25-75 mg/kg/jour en perfusion IV de 20 mn, peut être essayé dans le traitement de la crise d'asthme sévère qui ne répond pas au traitement bien conduit à base de bronchodilatateurs + anticholinergiques + corticoïdes.

- **L'adrénaline** : n'apporte pas de bénéfice supplémentaire. Elle est indiquée dans la crise d'asthme associée à un choc anaphylactique.

- **Les mucolytiques** : n'ont aucune indication.

- **Les antitussifs** : sont contre-indiqués.

- **Les antibiotiques** : indiqués en cas d'infection bactérienne suspectée ou prouvée.

- **Kinésithérapie respiratoire** : Peut être utile après la régression de la crise.

Traitement de fond :

A la fin du traitement de consolidation à base bronchodilatateurs et de corticoïdes per os, mettre en route le traitement de fond à base de corticoïdes inhalés après avoir bien expliqué à la famille :

- La technique d'inhalation (chambre d'inhalation).

- La maladie.

- L'éviction des facteurs déclenchant et du tabagisme passif.

Une éducation thérapeutique du patient et de sa famille est indispensable pour assurer un contrôle optimal de la maladie asthmatique.

Bibliographie

1. Guide sur le Diagnostic et la prise en charge de l'Asthme de l'Enfant. Groupe de Pneumologie et Allergologie. Société Algérienne de pédiatrie 2010. Available on www.sapediatrie-dz.com

2. Global Initiative for Asthma 2015 (GINA) Available on www.ginasthma.gov

3. British Guideline of management of asthma, a national guideline revised

2014. British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Available on www.sign.ac.uk/guidelines

4. Bacharier L.B and All. Diagnosis and treatment of asthma in childhood : a PRACTALL consensus report. Allergy 2008 ; 63 : 5-34

5. Papadopoulos N. G And All. International consensus on (ICON) pediatric asthma Allergy 2012 ; 67 : 976-997

Contrôlez vos connaissances !

1. La crise d'asthme légère est caractérisée par les éléments suivants :

- Accès paroxystique de toux et d'oppression thoracique avec une activité et un comportement normaux.
- Une fréquence cardiaque normale, une fréquence respiratoire un peu augmentée,
- Un tirage très discret ou absent et des sibilants discrets en fin d'expiration.
- Un débit expiratoire de pointe entre 70 et 80 % et une SaO2 Normale.
- Toutes ces réponses sont justes

2. Parmi les éléments qui suivent quel est celui qui n'est pas un facteur de risques d'Asthme Aigu Grave

- Non observance du traitement de fond de l'asthme à base de corticoïdes inhalés.
- Besoins fréquents de bronchodilatateurs inhalés avec une consommation ≥ 1 flacon/mois.
- Hospitalisation ou consultation aux urgences durant l'année.
- Antécédent d'asthme aigu grave ayant nécessité une ventilation mécanique.
- Sensibilisation aux acariens.

3. Parmi les propositions concernant le traitement de la crise d'asthme modérée, une est fautive :

- Le traitement est débuté après avoir mis le malade en observation à l'hôpital de jour.
- La voie d'administration privilégiée du bronchodilatateur est la voie inhalée.
- Un corticoïde doit être administré per os dès l'arrivée du patient.
- Une évaluation de l'état du malade est toujours faite à 60 mn après le début du traitement.
- Si l'évolution est favorable après 1 heure, le malade est hospitalisé pour la poursuite du traitement.

Réponses au quizz sur
www.el-hakim.net