



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RUBRIQUE PRATIQUE

Prise en charge de l'asthme en urgence

Management of acute asthma



Jennifer Truchot^{1,*}, Albéric Gayet, Patrick Plaisance

Service des urgences, hôpital Lariboisière, AP-HP, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

MOTS CLÉS

Asthme aigu ;
Traitement ;
Débit expiratoire de
pointe ;
Asthme aigu grave

KEYWORDS

Acute asthma;
Treatment;
Peak respiratory flow;
Fatal asthma

Résumé La maladie asthmatique reste un vrai problème de santé publique avec jusqu'à 100 000 hospitalisations en France par an. Le diagnostic de gravité d'une crise d'asthme nécessite la mesure du débit expiratoire de pointe. L'asthme aigu grave se définit par un débit expiratoire de pointe inférieur à 30% de la théorique. Les β_2 -agonistes inhalés associés au bromure d'ipratropium constituent le traitement de première intention de l'asthme aigu grave. Les corticoïdes sont à administrer le plus précocement possible et systématiquement. Les indications d'intubation se raréfient. L'éducation du patient est un élément fort de limitation des fréquences des crises.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary In hospital, admission related to acute asthma represents 100,000 cases a year in France. The peak flow measurement is the cornerstone of the evaluation of the severity of asthma crisis. Severe acute asthma is defined by a peak flow less than 30% of theoretical value. The first line treatment is based on inhalation of β_2 -agonists and ipratropium bromure. Corticosteroids need to be administered as soon as possible. Orotracheal intubation is less and less frequently required. Patient' education has an important preventive role on the occurrence of crisis.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : jenx73@hotmail.com, jennifer.truchot@inserm.fr (J. Truchot).

¹ Photo.

Introduction

L'asthme aigu est un problème majeur de santé publique à travers le monde, toutes classes d'âge confondues, avec des conséquences tant médicales (morbi-mortalité importante) qu'économiques [1]. Du fait des manifestations aiguës de la maladie, la population de patients asthmatiques a préférentiellement recours aux services de soins d'urgences intra- et extrahospitalières. Une gestion efficace de cette maladie au niveau de ces structures d'urgence demeure ainsi une préoccupation majeure.

Épidémiologie

On estime à 300 millions de personnes la population asthmatique dans le monde [2]. L'estimation de la prévalence globale de la maladie asthmatique – à partir de méthodes standardisées – serait de 1% à 18% de la population mondiale. En France, la prévalence de l'asthme chez l'adulte serait de 5,1% et de 10% à 18% chez l'adolescent. Globalement, l'incidence en France est, quant à elle, évaluée à 5,8 pour 1000 personnes année.

La mortalité annuelle a été estimée à 250 000 à l'échelle mondiale. En France, la mortalité attribuée à l'asthme semble avoir augmenté de 1970 à 1990 surtout dans la tranche des 15–34 ans : environ 0,4 pour 100 000 pour les deux sexes soit deux fois plus qu'en 1970 pour les jeunes hommes et trois fois plus pour les jeunes femmes. À partir de 1998, on note une nette baisse du taux de mortalité en raison d'une amélioration des prises en charge ainsi qu'une meilleure éducation des patients. On recense un taux de mortalité d'environ 1200 décès par an en France, dont la moitié chez les moins de 65 ans, bien que ces chiffres soient vraisemblablement surestimés.

L'OMS a estimé à 15 millions les *disability-adjusted life years* (années de vie corrigées du facteur d'incapacité) perdues, ce qui place la pathologie asthmatique en 25^e position des maladies en fonction du nombre d'années perdues en raison du handicap. On évalue le nombre d'hospitalisations annuelles entre 50 000 et 100 000 pour exacerbations aiguës de la maladie asthmatique et entre 8000 et 16 000 le nombre d'hospitalisations pour un asthme aigu grave (AAG). En cinq ans, les hospitalisations ont diminué de 18%. Pour ces

raisons, la maladie asthmatique engendre des conséquences économiques directes et indirectes. En effet, l'asthme est une cause importante d'absentéisme, aussi bien à l'école qu'au travail. À l'échelle française, la maladie asthmatique représente 1,5 milliards d'euros de dépenses de santé (38% liés à l'hospitalisation, 37% liés à l'absentéisme, soit une estimation de 7 millions de journées d'arrêts de travail par an).

Définitions

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes supérieures. La maladie asthmatique est définie suivant son niveau de contrôle. Jusqu'à maintenant, la maladie asthmatique était stratifiée en termes de sévérité selon les symptômes avant traitement. Cette classification permettait de proposer un traitement de première intention, mais ne prenait pas en compte le niveau de contrôle obtenu. Actuellement, la maladie asthmatique est à stratifier en 3 niveaux de sévérité basés sur le contrôle des symptômes (Tableau 1) [2].

Chaque épisode ou crise résulte d'un syndrome obstructif d'intensité variable. On évalue ainsi l'importance et la gravité d'une crise d'asthme suivant son degré d'obstruction bronchique qui se traduit par l'effondrement des débits expiratoires, volume expiratoire maximal en 1 seconde (VEMS) et débit expiratoire de pointe (DEP). En pratique clinique, seul le DEP est accessible en urgence pour évaluer la gravité d'une crise d'asthme. Ainsi, on catégorise différents stades de gravité clinique d'exacerbation aiguë d'asthme : AAG défini pour un DEP < 30% de sa valeur théorique ou de référence, une crise sévère pour un DEP compris entre 30 et 50%, et une crise modérée si DEP > 50%.

Physiopathologie

Il semble dorénavant bien établi qu'il existe de nombreux facteurs influençant le développement et l'expression de la maladie asthmatique. On distingue ainsi 2 catégories :

- les facteurs favorisant qui correspondent aux facteurs génétiques ;
- les facteurs dits « précipitants » qui correspondent aux facteurs environnementaux.

Tableau 1 Classification d'après les données des recommandations GINA des stades de sévérité de l'asthme selon les caractéristiques du malade avant traitement de fond.

| Niveau de contrôle | Contrôlé | Partiellement contrôlé | Non contrôlé |
|---|--------------------------------|-------------------------------|---|
| Symptômes diurnes | Absents | Plus de deux fois par semaine | Trois critères au moins d'asthme partiellement contrôlé |
| Limitation des activités | Absente | Modérée | |
| Symptômes et réveils nocturnes | Absents | Parfois | |
| Consommation de β_2 d'action rapide | Moins de deux fois par semaine | Plus de deux fois par semaine | |
| Débit expiratoire de pointe | Normal | < 80% | |
| Exacerbations | Absentes | Plus d'une fois par an | Une en une semaine ^a |

^a Par définition, une exacerbation au cours d'une semaine en fait une semaine non contrôlée.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2612424>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2612424>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)