



AAG

DES MI-MIT Allergologie

Lyon, le 10 01 2020



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

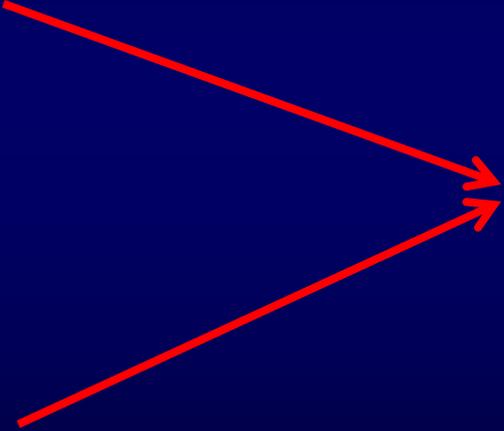
- **Facteurs liés au terrain:** asthme ancien, instable, non ou mal traité, déjà hospitalisé pour une crise grave et ATCD AAG
- **Facteurs liés aux faits récents**
 - Perte de contrôle de l'asthme
 - Moindre sensibilité aux thérapeutiques usuelles, consommation accrue de BD CDA
 - Episodes intercritiques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

CAT

Si

Troubles de la conscience, confusion, somnolence

Silence auscultatoire



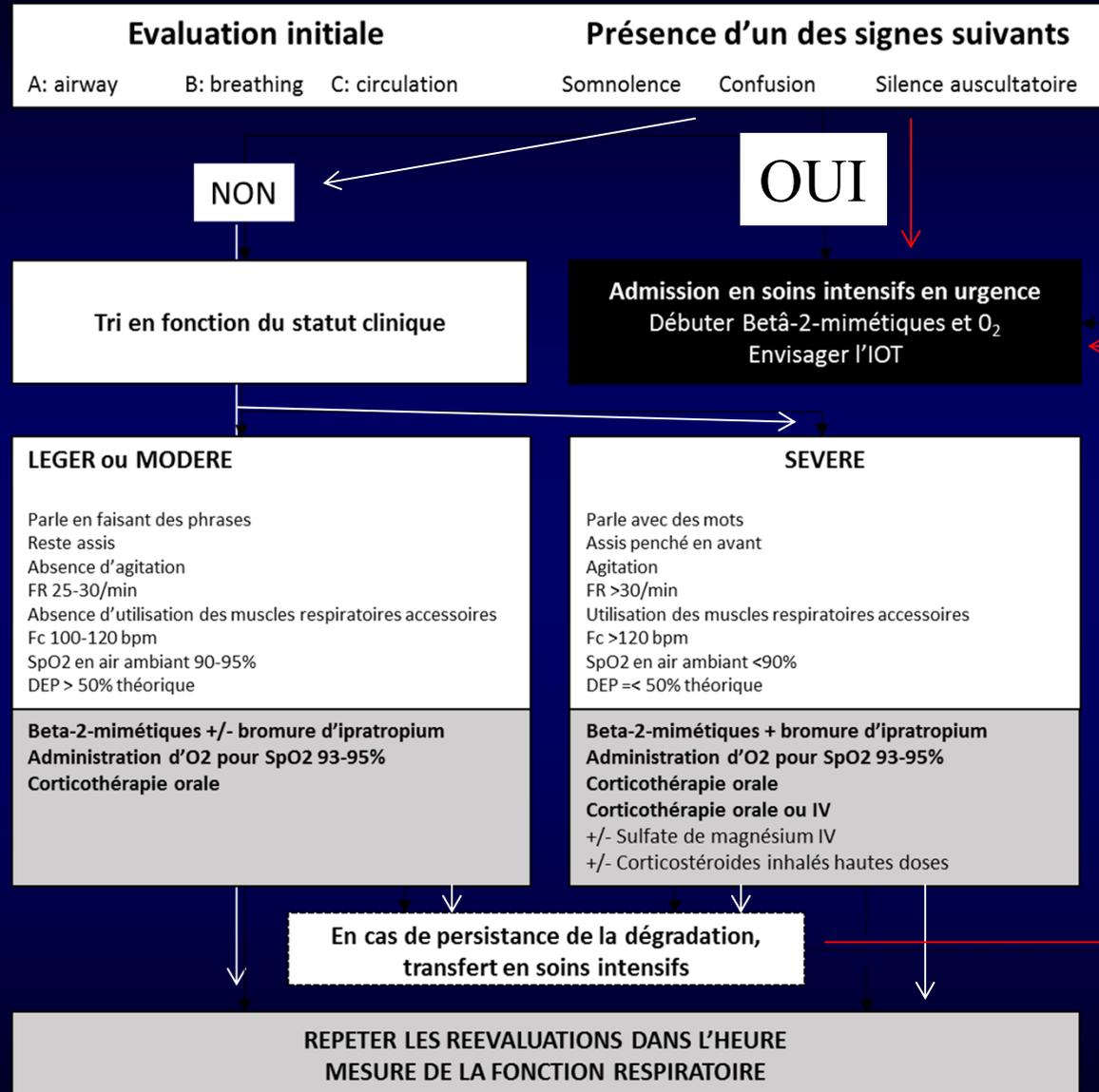
REANIMATION

Si

Non réponse aux traitements habituels

DEP, GDS et RxP (diagnostic différentiel, complications)

AAG: Algorithme de prise en charge



(GINA 2016)

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 β_2 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)