

**HCL**  
HOSPICES CIVILS  
DE LYON



# AAG

## DES MI-MIT-Allergologie

Lyon, le 06 01 2023



**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

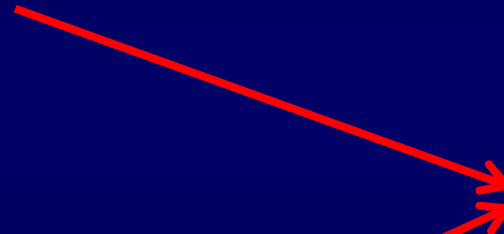
- **Facteurs liés au terrain:** asthme ancien, instable, non ou mal traité, déjà hospitalisé pour une crise grave et ATCD AAG
- **Facteurs liés aux faits récents**
  - Perte de contrôle de l'asthme
  - Moindre sensibilité aux thérapeutiques usuelles, consommation accrue de BD CDA
  - Episodes intercritiques 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

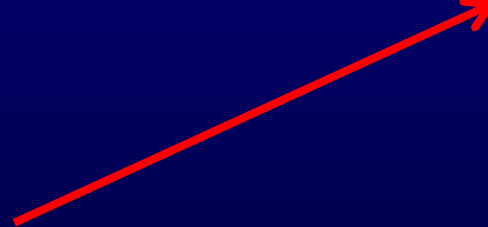
Silence auscultatoire



REANIMATION

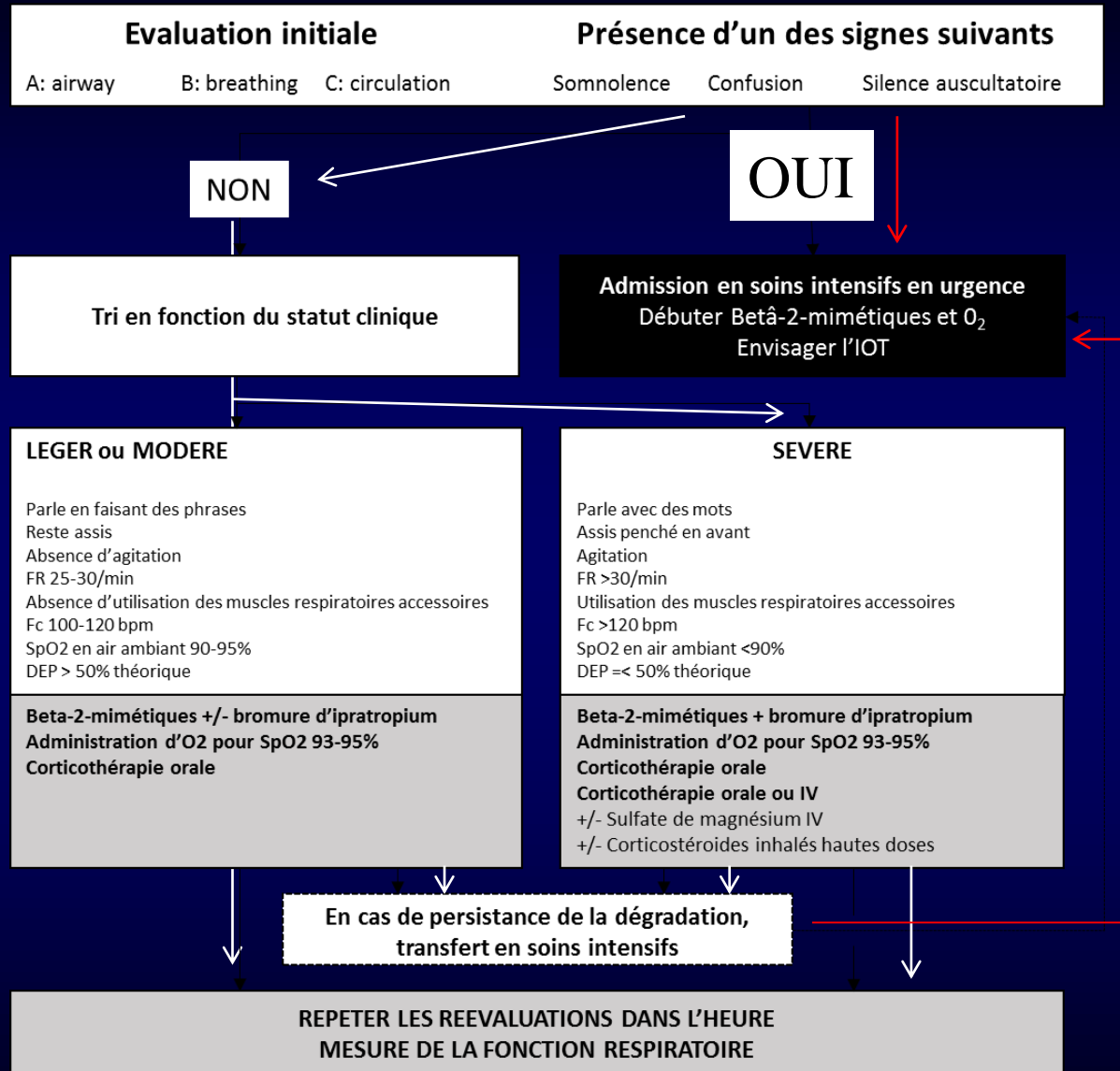
Si

Non réponse aux traitements habituels



DEP, GDS et RxP (diagnostic différentiel, complications)

# AAG: Algorithme de prise en charge



# AAG: Les moyens thérapeutiques

## **Oxygène**

Précoce, 6-8 l/min, masque facial, humidification

Objectif SpO<sub>2</sub> > 92%

## **Bronchodilatateurs**

Précoce, sous O<sub>2</sub> 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 O<sub>2</sub>-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 1/2 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 CO<sub>2</sub> (NOVALUNG)