



Asthme

I. Définition

OMS "L'asthme est un désordre inflammatoire chronique des voies aériennes dans lequel de nombreuses cellules et éléments cellulaires jouent un rôle. Cette inflammation est responsable d'une augmentation de l'hyperréactivité bronchique qui entraîne des épisodes récurrents de respiration sifflante, dyspnée, d'oppression thoracique et/ou de toux. Ces épisodes sont habituellement marqués par une obstruction bronchique, variable, souvent intense, généralement réversible, spontanément ou sous l'effet d'un traitement"

Les trois composantes physiopathologiques sont :

- Un bronchospasme
- Une hypersécrétion bronchique
- Un œdème bronchique

Il y a une réduction du calibre bronchique et une augmentation de la pression intrathoracique.

II. Diagnostic

L'interrogatoire est une étape essentielle (interrogatoire du patient et/ou de l'entourage)

- Antécédents, traitements suivis, allergie
- Début et mode d'évolution des symptômes

Clinique = dyspnée +/- oppression thoracique, respiration sifflante, toux, thorax distendu, cyanose, sueurs, tachycardie, hypertension artérielle

Paraclinique = le diagnostic peut être confirmé par des examens simples

- Mesure du débit expiratoire de pointe (DEP) ou Peak Flow. Cela permet d'évaluer de manière simple l'obstruction bronchique. Il existe des valeurs théoriques en fonction de l'âge, de la taille et du sexe.
- Exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), avec mesures des volumes renseigne sur les conséquences de l'obstruction bronchique.
- Gazométrie artérielle. Elle reflète les conséquences des variations aiguës de l'obstruction bronchique.
- Radio pulmonaire. Elle permet de mettre en évidence des signes de distension. Elle aide surtout à éliminer les diagnostics différentiels.

III. Diagnostics différentiels

Tumeurs de la trachée, BPCO, pathologies des cordes vocales, syndrome d'hyperventilation, œdème du poumon et insuffisance cardiaque gauche, embolie pulmonaire, corps étranger bronchique, mucoviscidose.

IV. Signes de gravité

Lors d'une crise d'asthme, il est essentiel de reconnaître les signes de gravité, définissant un asthme aigu grave :

- Débit expiratoire de pointe < 150 L/min
- Impossibilité de parler
- Fréquence respiratoire > 30/min
- Tachycardie > 120/min
- Tirage inspiratoire
- Insuffisance ventriculaire droite
- Troubles neurologiques (agitation, troubles de la conscience)

V. Traitement

Traitement de la crise simple

- Bouffées de β 2-mimétiques de courte durée d'action (Salbutamol, Terbutaline)
- En cas de non amélioration après 6 à 8 bouffées, il faut considérer qu'il s'agit d'un asthme aigu grave et appeler le 15
- En cas de crise sévère, il est nécessaire de débiter une corticothérapie orale

Traitement de l'asthme aigu grave

- Oxygénothérapie
- Nébulisations répétées de bronchodilatateurs (Ventoline ou Salbutamol, Bricanyl ou Terbutaline, Atrovent ou Ipratropium) +/- Adrénaline
- En cas de résistance, les β 2-mimétiques peuvent être administrés par voie SC ou IV (Salbutamol ou Terbutaline)
- Corticothérapie systématiquement associée (Solumédrol 1 à 2 mg/kg IV)
- Sulfate de Magnésium 1 à 2g IV
- Antibiothérapie probabiliste si signes infectieux

Traitement de fond

- Le but du traitement de fond est le contrôle de l'asthme (absence de symptômes chroniques, rares crises, absence de limitation des activités)
- Corticothérapie inhalée +/- bronchodilatateurs de longue durée d'action

Évaluation de l'efficacité thérapeutique

- Amélioration clinique et disparition des signes de gravité
- Amélioration du débit expiratoire de pointe
- Absence de récurrence

VI. Complications et pronostic

Le recours à la ventilation mécanique lors d'une crise d'asthme est un tournant dans la prise en charge car il s'agit d'une ventilation difficile du fait de l'obstruction bronchique, associée à de nombreuses complications. La crainte reste le décès par un bronchospasme aigu non amélioré par les traitements.

UE 2.8 – PROCESSUS OBSTRUCTIFS

DEFINITION

L'asthme est un désordre inflammatoire chronique des voies aériennes dans lequel de nombreuses cellules et éléments cellulaires jouent un rôle.

Cette inflammation est responsable d'une augmentation de l'hyperréactivité bronchique qui entraîne des épisodes récurrents de respiration sifflante, dyspnée, d'oppression thoracique et/ou de toux.

Ces épisodes sont habituellement marqués par une obstruction bronchique, variable, souvent intense, généralement réversible, spontanément ou sous l'effet d'un traitement

Les trois composantes physiopathologiques sont :

- Un bronchospasme
- Une hypersécrétion bronchique
- Un œdème bronchique

Il y a une réduction du calibre bronchique et une augmentation de la pression intra thoracique.

DIAGNOSTIC**Interrogatoire**

Antécédents, traitements suivis, allergie
Début et mode d'évolution des symptômes

Clinique = dyspnée +/- oppression thoracique, respiration sifflante, toux, thorax distendu, cyanose, sueurs, tachycardie, hypertension artérielle

Paraclinique = le diagnostic peut être confirmé par des examens simples

- Débit expiratoire de pointe (DEP) ou Peak Flow.
- Exploration fonctionnelle respiratoire (EFR)
- Gazométrie artérielle.
- Radio pulmonaire

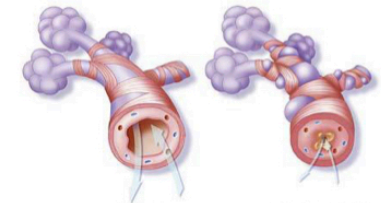
SIGNES DE GRAVITE

Débit expiratoire de pointe < 150 L/min
Impossibilité de parler
Fréquence respiratoire > 30/min
Tachycardie > 120/min
Tirage inspiratoire
Insuffisance ventriculaire droite
Troubles neurologiques

Asthme



fiches-ide.fr



Bronche saine

Bronche durant une crise d'asthme

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Tumeurs de la trachée, BPCO, pathologies des cordes vocales, syndrome d'hyperventilation, œdème du poumon et insuffisance cardiaque gauche, embolie pulmonaire, corps étranger bronchique, mucoviscidose.

EVALUATION THERAPEUTIQUE

Amélioration clinique et disparition des signes de gravité
Amélioration du débit expiratoire de pointe
Absence de récidence

TRAITEMENT**Crise simple**

- Bouffées de β_2 -mimétiques de courte durée d'action (Salbutamol, Terbutaline)
- En cas de non amélioration après 6 à 8 bouffées, il s'agit d'un asthme aigu grave et appeler le 15
- En cas de crise sévère, il est nécessaire de débiter une corticothérapie orale

Asthme aigu grave

- Oxygénothérapie
- Nébulisations répétées de bronchodilatateurs (Ventoline ou Salbutamol, Bricanyl ou Terbutaline, Atrovent ou Ipratropium) +/- Adrénaline
- En cas de résistance, les β_2 -mimétiques peuvent être administrés par voie SC ou IV (Salbutamol ou Terbutaline)
- Corticothérapie systématiquement associée (Solumédrol 1 à 2 mg/kg IV)
- Sulfate de Magnésium 1 à 2g IV
- Antibiothérapie probabiliste si signes infectieux

Traitement de fond

- Corticothérapie inhalée +/- bronchodilatateurs de longue durée d'action