

Prise en charge de l'asthme

n'oubliez pas de rallumer vos téléphones en sortant

Dr BOUGUessa Sami
Assistant pédiatre
CHU de SETIF
Médecin Chef: Pr BIOUD

Prise en charge de l'asthme

- Traitement de la crise d'asthme
- Traitement de la maladie asthmatique

Prise en charge de la crise d'asthme

- **Evaluation de la gravité**

Paramètres	Légère	Modérée	Sévère	Arrêt respi imminent
Dyspnée ←	Peut marcher, peut s'allonger ,	Peut parler, doit rester assis.	Au repos, penché en avant	
Parle	parle normalement	Morceaux de phrases	Mots	
coloration ←	normale	Légère pâleur	cyanose	Cyanose marquée
Vigilance ←	Peut être agité	Souvent agité	Souvent agité	Confus/somnolent
Fréquence Respiratoire ←	Normale ou augmentée	Augmentée	Augmentée ++	Pauses
Tirage - M respi accessoires MRA ←	Non	Oui	Oui	Mvts paradoxaux thoraco-abdo
Sibilants ←	Modérés, expiratoires	Bruyantes aux 2 temps	Bruyantes ou diminuées	Silence
F .Cardiaque ←	Normale	légère	Importante	Bradycardie
DEP après BD ←	>70- 80%	50- 70%	<50%	
PaO2 et/ou PaCO2 ←	Normal (test non nécessaire) <45mmHg	> 60mmHg < 45mmHg	< 60mmHg >45mmHg	
SpO ₂ % ←	>95	91-95	<90	

• **Prise en charge de la crise d'asthme**

- Objectifs du traitement :

- Prévenir le risque d'asthme mortel
- Restaurer l'état clinique et fonctionnel en levant l'obstruction
- Prévenir la rechute précoce en traitant l'inflammation

Moyens thérapeutiques

Oxygénothérapie : crises modérées et sévères (3L/mn), assurer Sa O₂ ≥ 95%

Beta 2 mimétiques : plus efficaces et moins toxiques par voie inhalée

Corticoïdes : autant efficaces par voie orale que par voie intraveineuse

Anti cholinergiques : (Bromure d'Ipratropium): indiqués dans les crises sévères.

Adrénaline : n'est pas recommandé si des beta 2 mimétiques sont disponibles

Autres :

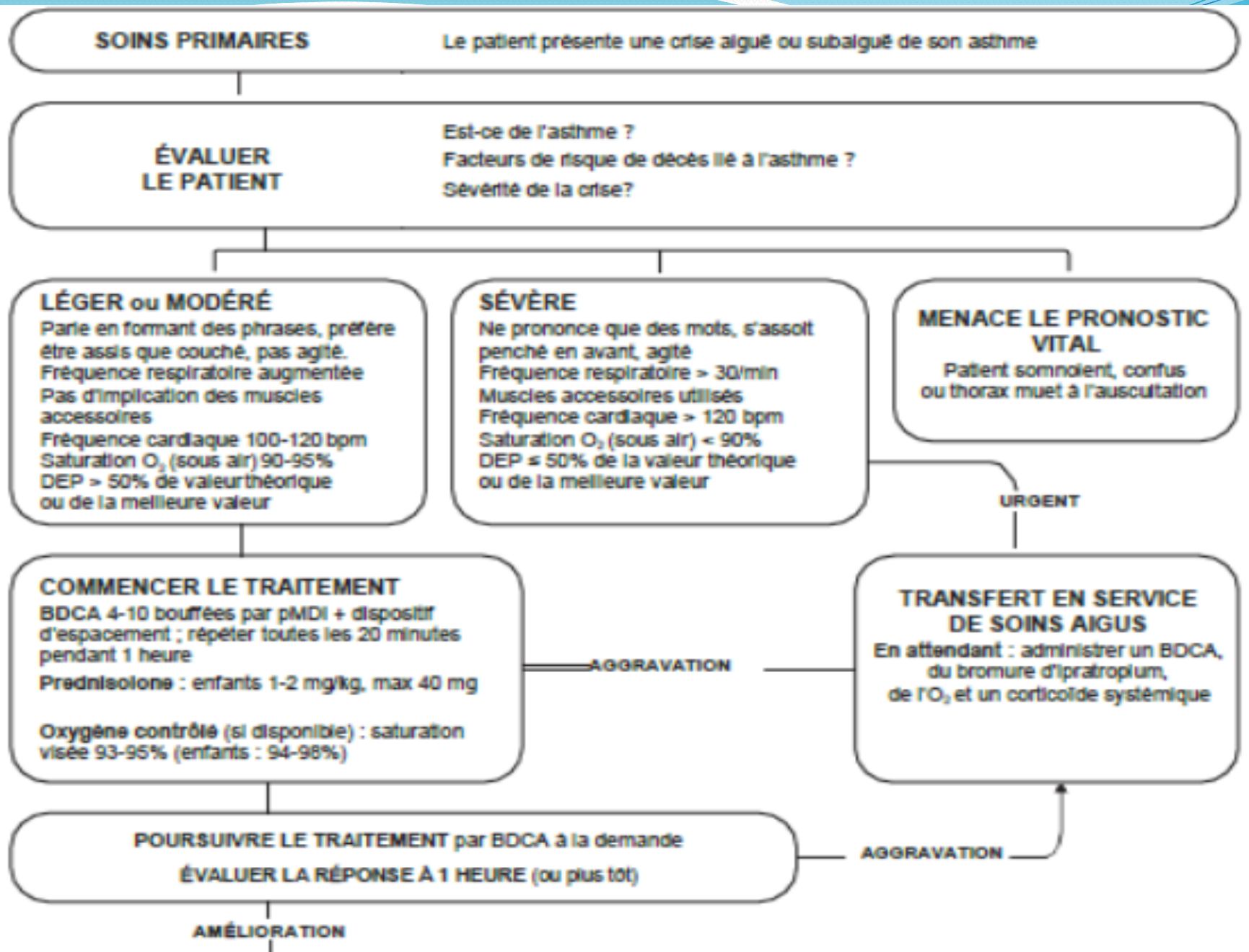
- mucolytique , antitussif ,antihistaminiques : aucun rôle
- Antibiotiques: signes d'infection bactérienne

Critères d'hospitalisation

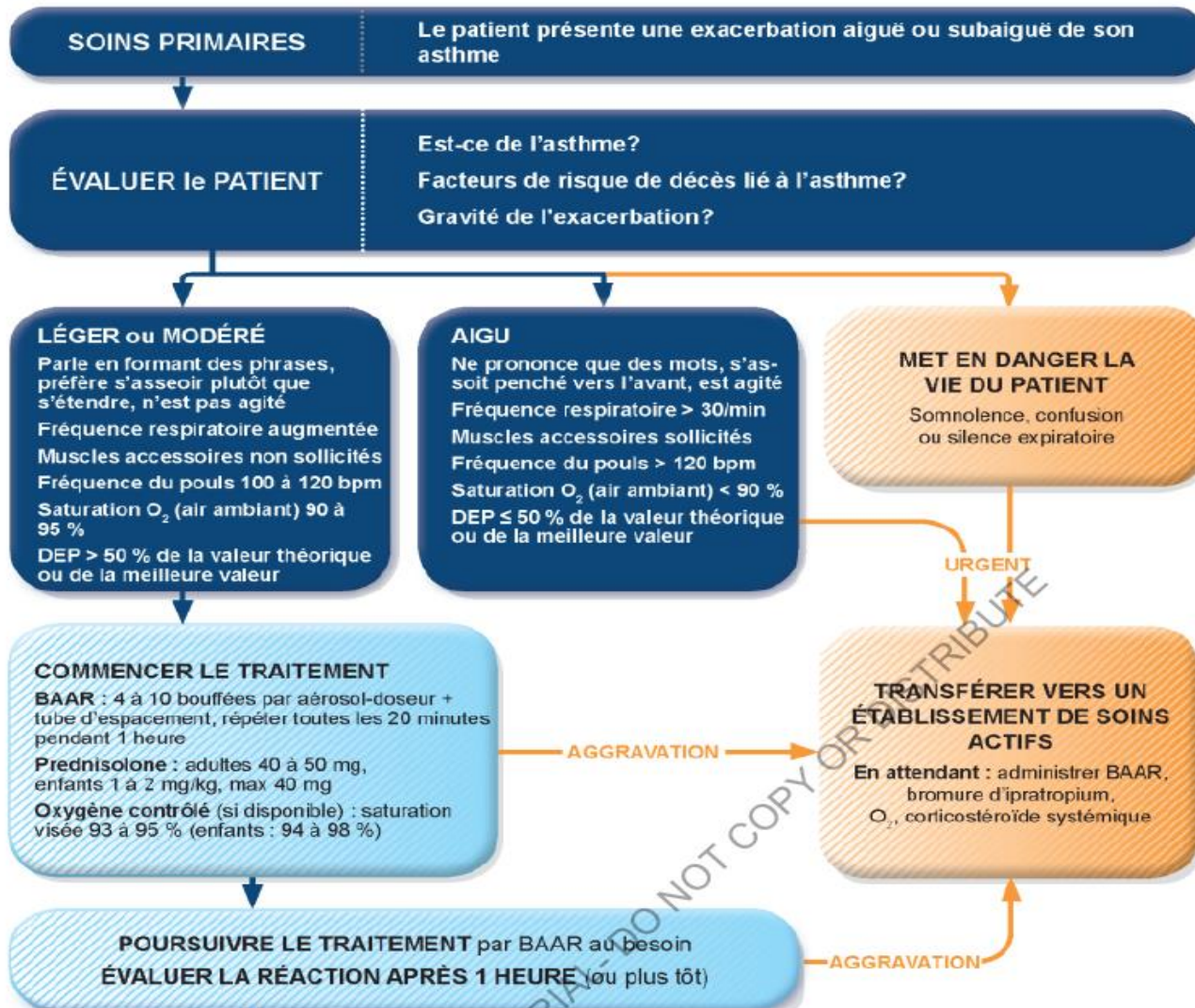
- Crise grave
- Intolérance orale (hydratation)

De plus, selon les situations:

- Consultations multiples aux urgences
- Comorbidités (bronchodysplasie pulmonaire, cardiopathie congénitale, maladie neuromusculaire)
- Situation socio-familiale inadéquate
- Facteurs de risques lié au patient



Prise en charge des exacerbations de l'asthme en soins primaires



AMÉLIORATION

ÉVALUER EN VUE DE LA SORTIE

Amélioration des symptômes, BDCA non nécessaire
Amélioration du DEP et > 60-80% de la meilleure valeur personnelle ou de la valeur théorique
Saturation en oxygène > 94% en air ambiant
Ressources à domicile adéquates

PRESCRIPTIONS de SORTIE

Traitement aigu : continuer à la demande
Traitement de contrôle : instaurer ou augmenter la dose. Vérifier la technique d'inhalation, l'observance
Prednisolone : continuer, généralement pendant 5-7 jours (3-5 jours chez les enfants)
Suivi : dans les 2 à 7 jours

SUIVI

Traitement aigu : réduire si besoin,

Traitement de contrôle : continuer une dose plus élevée à court terme (1-2 semaines) ou à long terme (3 mois), suivant le contexte ayant mené à la crise.

Facteurs de risque : rechercher et corriger les facteurs de risque modifiables susceptibles d'avoir contribué à la crise, y compris la technique d'inhalation et l'observance du traitement

Plan d'action : Est-il bien compris ? A-t-il été utilisé correctement ? Doit-il être modifié ?

ÉVALUER AVANT LE CONGÉ

Symptômes atténués, BAAR non nécessaire

DEP qui s'améliore et > 60 à 80 % de la meilleure valeur personnelle ou de la valeur théorique

Saturation en oxygène > 94 % (air ambiant)

Ressources à domicile adéquates

PRENDRE DES DISPOSITIONS au MOMENT DU CONGÉ

Traitement de secours : continuer au besoin

Traitement de contrôle : instaurer ou augmenter la dose. Vérifier la technique d'inhalation et l'observance du traitement

Prednisolone : continuer, généralement pendant 5 à 7 jours (3 à 5 jours chez les enfants)

Suivi : dans les 2 à 7 jours (1 à 2 jours chez les enfants)

SUIVI

Examiner les symptômes et les signes : l'exacerbation diminue-t-elle? Le traitement à la prednisone devrait-il être poursuivi?

Traitement de secours : réduire au besoin **Traitement de contrôle** : continuer une dose plus élevée à court terme (1 à 2 semaines) ou à long terme (3 mois), selon le contexte ayant mené à l'exacerbation.

Facteurs de risque : repérer et corriger les facteurs de risque modifiables susceptibles d'avoir contribué à l'exacerbation, y compris la technique d'inhalation et l'observance du traitement. Aiguiller le patient vers un spécialiste si > 1 à 2 exacerbations dans une année.

Plan d'action : est-il bien compris? A-t-il été suivi correctement? Doit-il être modifié?

O₂ : oxygène; DEP : débit expiratoire de pointe; BACA : Beta₂-agoniste à courte durée d'action (les doses sont pour le salbutamol)



Traitement de la maladie asthmatique

« traitement de fond »



- Objectifs :

- Obtenir et maintenir le contrôle des symptômes (l'absence de symptômes intercritiques diurnes et nocturnes)
- Permettre une activité normale y compris à l'exercice
- Prévenir les exacerbations et diminuer la prise de corticostéroïdes oraux
- Prévenir la mortalité par asthme
- Chez l'enfant plus grand, obtenir une fonction respiratoire aussi proche que possible de la normale (DEP, VEMS, VEMS/CVF)



Évaluation du contrôle de l'asthme selon GINA

Evaluation du contrôle de l'asthme à partir de 6 ans



A. Evaluation des symptômes

Niveau de maitrise de l'asthme

Durant les 4 dernières semaines, l'enfant a t il eu :

- Symptômes diurnes **plus de 2 fois** par semaine ?
OUI NON
- Un réveil nocturne liés à l'asthme?
OUI NON
- Besoin d'un traitement aigu **plus de 2 fois** par semaine? OUI NON
- Une limitation d'activité à cause de son asthme ?
OUI NON

bonne
maitrise

Maitrise
Partielle

Aucune
maitrise

Aucun

1-2

3-4

B. Facteurs de risque d'évolution défavorable

Evaluation du contrôle de l'asthme avant 6 ans



A. Evaluation des symptômes

Niveau de contrôle de l'asthme

Durant les 4 dernières semaines, l'enfant a t il eu :	Bien contrôlé	Partiellement contrôlé	Non contrôlé
• Symptômes d'asthme transitoires la journée <u>plus d'une fois par semaine</u> ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
• Une limitation d'activité à cause de son asthme ? (court, joue moins que les autres, se fatigue plus vite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Aucun	1-2	3-4
• Besoin de <u>BD plus d'une fois par semaine?</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
• Un réveil ou une toux nocturne liés à l'asthme? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

B. Facteurs de risque d'évolution défavorable

Facteurs de risque d'exacerbation

- Exacerbation sévère dans l'année précédente (≥ 1)
- Antécédent d'intubation
- Symptômes non contrôlés
- Consommation excessive de BD (1AD/mois)
- Défaut de traitement par les CSI
- VEMSbas (surtout si $< 60\%$)
- Technique défectueuse, mauvaise compliance
- Problèmes psychosociaux ou économiques
- Tabagisme passif ou actif, persistance d'allergènes
- Comorbidité : obésité, rhinosinusite, RGO, allergie alimentaire vraie

les moyens de la Prise en charge :

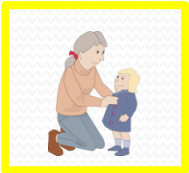
4 axes stratégiques



Contrôle de l'environnement



Pharmacothérapie adaptée



Programme d'éducation enfants,
parents soignants



Immunothérapie spécifique

Contrôle de l'environnement

- Lutter contre les acariens
- lutter contre le tabagisme
- Lutter contre les blattes
- Ne pas autoriser la présence d'animaux domestiques
- Eviter tous les produits irritants (peinture ,laque , insecticides en spray..)
- Lutter contre les moisissures(humidité) en aérant les chambres , la salle de bain ,la cuisine , et nettoyer les murs à l'eau de javel.

Traitement pharmacologique

les médicaments de l'asthme sont classés en fonction de leur action principale

➤ **Bronchodilatateur (BD)**

✓ **BD à action rapide**

✓ **BD à longue durée d'action (BDLA)**

- Salmétérol , formotérol
- Durée d'action atteint 12heures
- Début d'action du salmétérol est de 20 min, celui du formotérol est de 5 min
- Ils ne peuvent être utiliser qu'en association avec les CSI
- Ils ne doivent pas être utilisés pour le traitement de la crise
- Leur utilisation n'est pas recommandée chez l'enfant de moins de 5ans

Corticostéroïdes inhalés(CSI)

- Médicaments les plus efficaces pour contrôler l'asthme
- Action anti-inflammatoire

Antagonistes des récepteurs des leucotriènes

- Montelukast bloque l'action des leucotriènes au niveau des récepteurs cysteine leucotriènes de type 1
- Diminue l'inflammation bronchique
- Protège contre l'asthme d'effort
- Administré par voie orale
 - comprimé 04 mg (2 à 5 ans)
 - Comprimé 05mg (> 5ans)

Avant de commencer le traitement de contrôle initial

- Consignez si possible les données démontrant le diagnostic d'asthme
- Documentez la maîtrise des symptômes et les facteurs de risque
- Évaluez si possible la fonction respiratoire
- Apprenez au patient comment utiliser correctement l'inhalateur et vérifiez sa technique
- Programmez une visite de suivi

A partir de quelle fréquence de symptômes un traitement de fond est-il justifié ?

L'indication d'un traitement de fond doit être envisagée chez tout enfant asthmatique de plus de 6 ans, car :

- Les corticoïdes inhalés ont une grande efficacité sur les symptômes et les exacerbations
- Une inflammation peut être présente dans les voies aériennes, même en cas de symptômes mineurs
- Le bénéfice fonctionnel respiratoire est d'autant plus important que le traitement est précoce

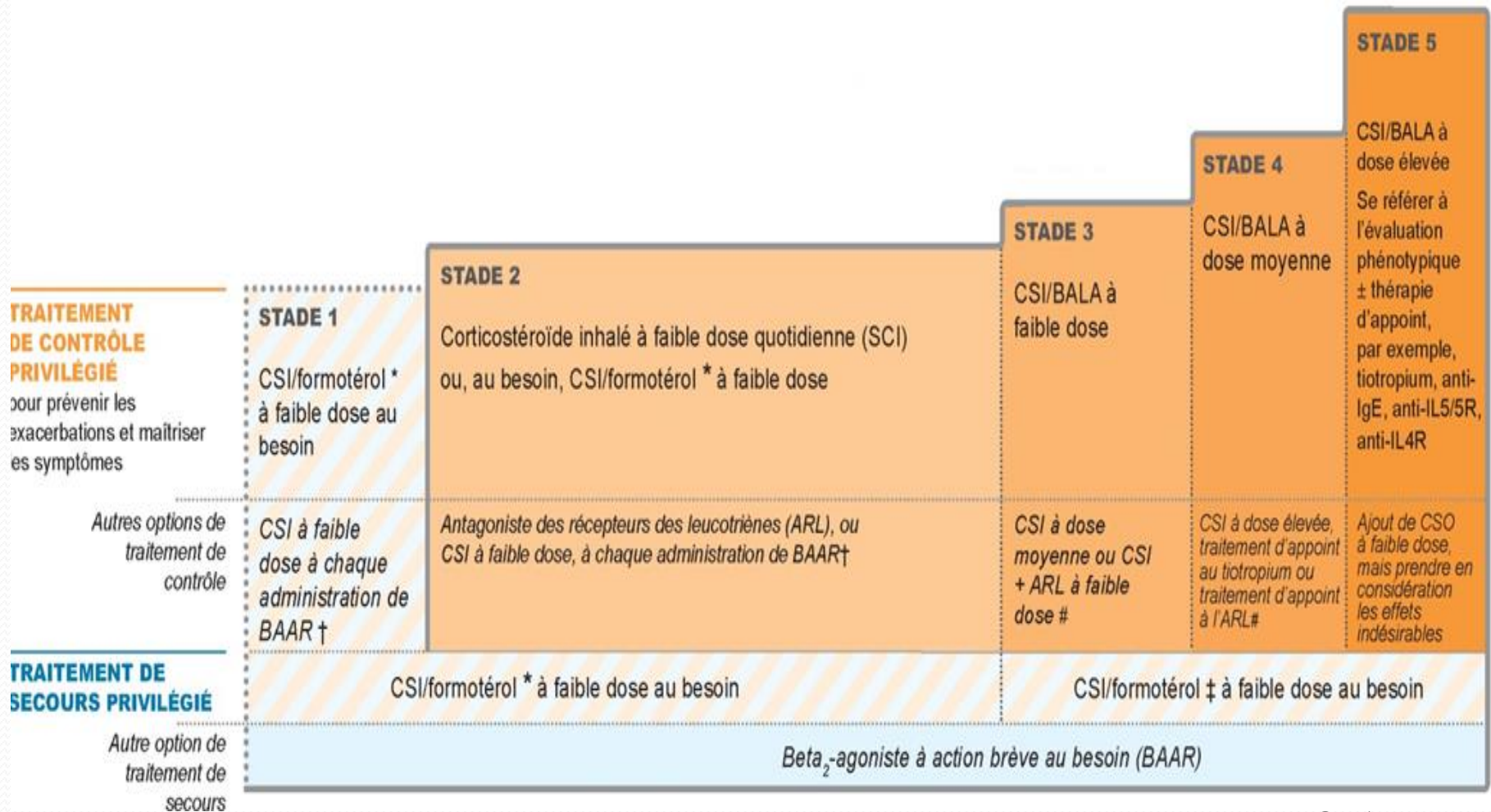
- **Une corticothérapie inhalée continue a un bénéfice démontré chez l'enfant scolaire dès que :**
 - Symptômes d'asthme ou recours aux b2 : 2/mois à 2/sem
OU
 - ≥ 1 réveil nocturne lié à l'asthme dans le dernier mois
- **Une corticothérapie inhalée continue peut être justifiée si :**
 - Symptômes peu fréquents
MAIS
 - 1 facteur de risque d'exacerbation sévère

A partir de quelle fréquence de symptômes un traitement de fond est-il justifié chez le pré-scolaire ?

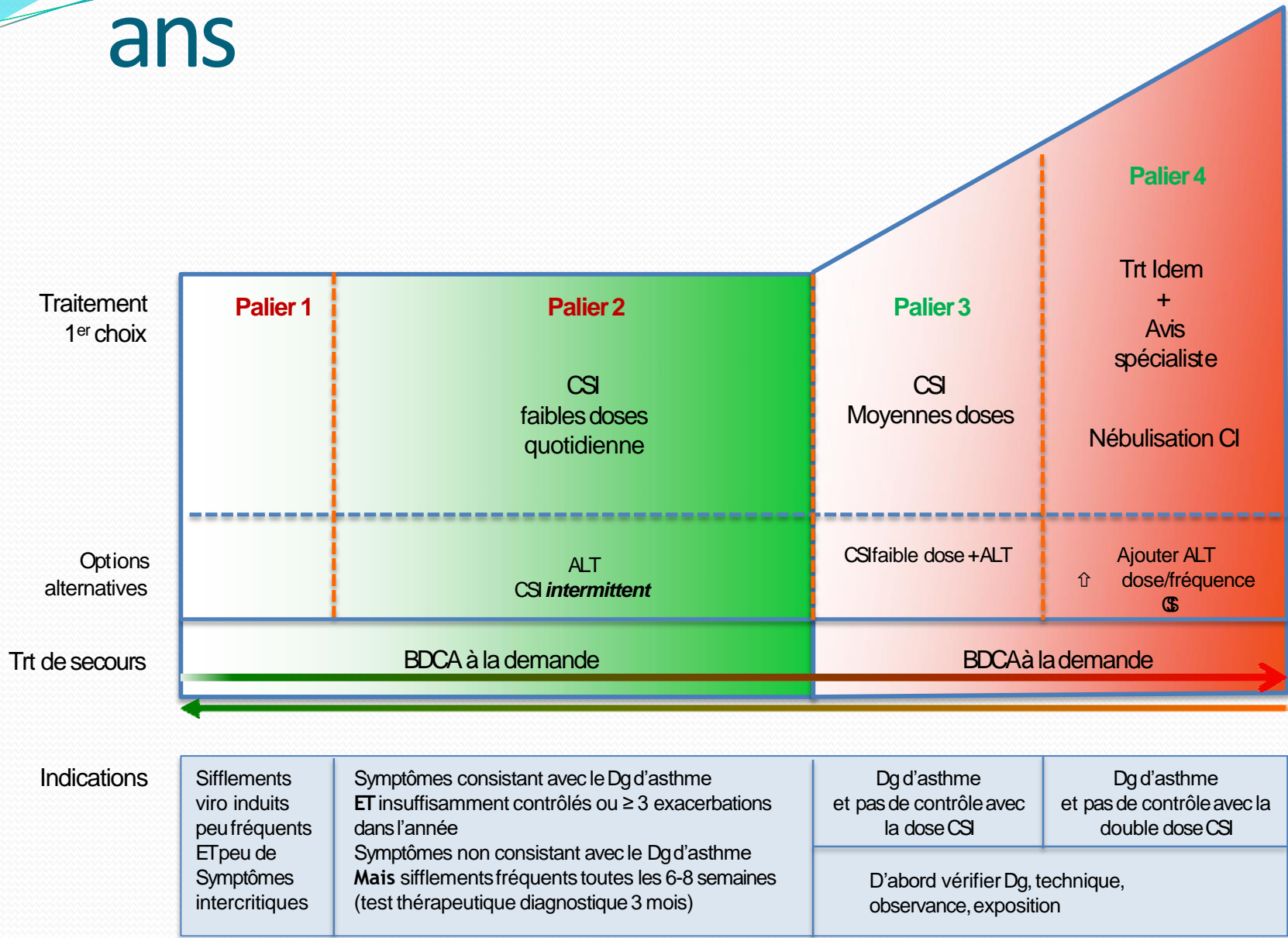
- Les notions essentielles préalables à la décision :
 - On ne peut améliorer que des enfants « malades » *L'efficacité des corticoïdes inhalés (vs placebo) est mieux démontrée chez les enfants avec des symptômes fréquents*
 - En méta-analyse, la réduction des exacerbations sévères par les corticoïdes inhalés ne dépasse pas 40% chez l'enfant pré-scolaire

- **Une corticothérapie inhalée continue doit être initiée chez l'enfant pré-scolaire si :**
 - **Symptômes consistant avec le Dg d'asthme ET :**
 - insuffisamment contrôlés,
 - ou ≥ 3 exacerbations dans l'année
 - **Symptômes non consistant avec le Dg d'asthme, mais sifflements fréquents toutes les 6-8 semaines (test thérapeutique diagnostique 3 mois)**

Approche thérapeutique par paliers à partir de 6 ans



par paliers avant 6 ans



Après avoir commencé le traitement de contrôle initial

- Évaluez la réaction au bout de deux à trois mois ou suivant l'urgence clinique
- Envisagez une diminution progressive lorsque l'asthme est bien maîtrisé depuis trois mois

Doses journalières faibles de CSI

	0-5 ans	6-11 ans	12-18 ans
Béclométasone CFC		100-200	200-500
Béclométasone HFA *	50-100	50-100	100-200
Budésonide Néb	250-500	250-500	
Budésonide DPI	100-200	100-200	200-400
Fluticasone HFA**	100	100-200	100-250
Fluticasone DPI**	100-200	100-200	100-250

Mode d'administration des traitements: chez l'enfant

Âge	Systèmes à privilégier	Systèmes alternatifs
3-4 ans	AD avec chambre d'inhalation adaptée munie d'un masque adapté	Nébulisation à visée bronchique
4-6 ans	AD avec chambre d'inhalation adaptée, embout buccal	Garder le masque de la chambre d'inhalation si inspiration nasale ou ouverture de la bouche autour de l'embout
≥ 7 ans	Poudre à inhaler AD auto déclenché	Reprendre la chambre d'inhalation en cas de décompensation

Cycle thérapeutique basé sur le contrôle

- Symptômes
- Exacerbations
- Effets secondaires
- Satisfaction enfant/famille
- Fonction respiratoire



- Diagnostic
- Contrôle des symptômes et facteurs de risque (avec EFR)
- Technique d'inhalation et observance du traitement
- Préférence du patient et des parents

- Traitements anti-asthmatiques
- Stratégies non pharmacologiques
- Facteurs de risques modifiables et des affections concomitantes
- Éducation et formation aux techniques d'utilisation



Ablespacer



Aerochamber plus



Babyhaler



L'Espace



Arrow ou Flo +



Funhaler



Inhaler



Itinhaler



Optichamber diamond



Tipshaler



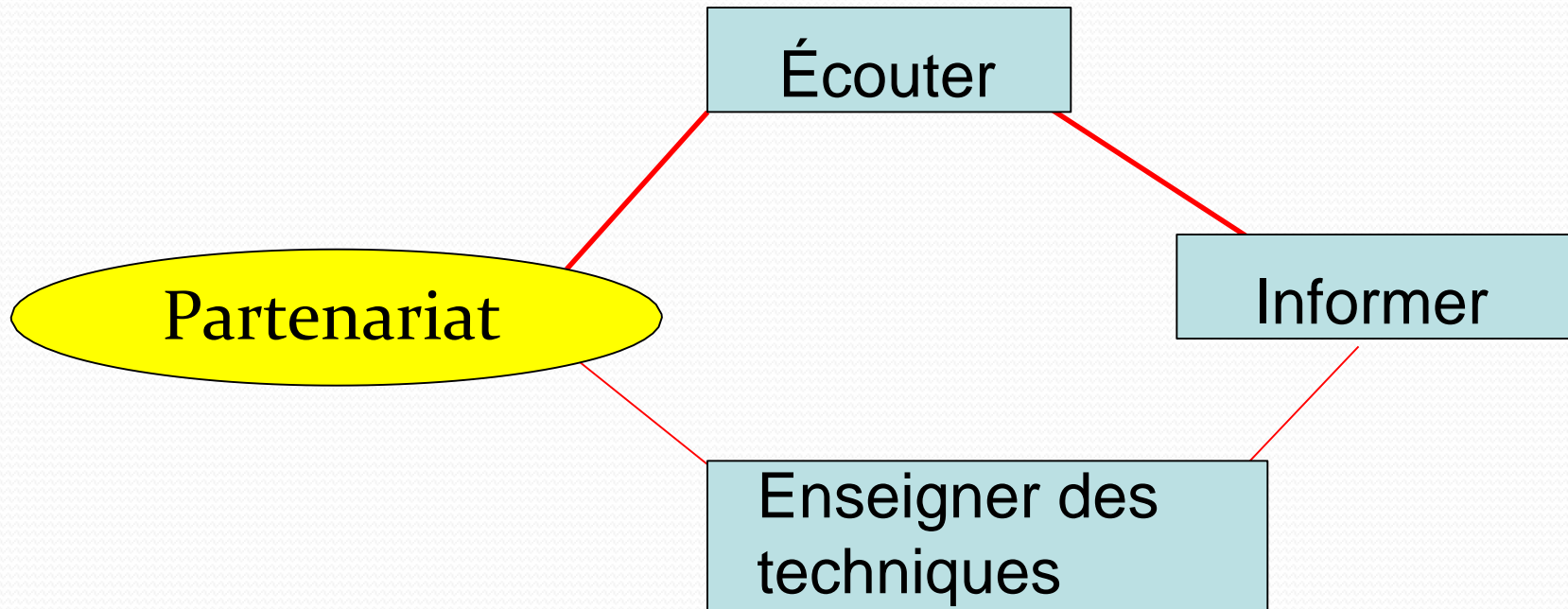
Vortex

Education thérapeutique

Médecins, Infirmiers



Patient et/ou famille



Immunothérapie spécifique

Introduction d'extraits allergéniques purifiés et standardisés et les indications plus sélectives ont grandement contribué à améliorer l'efficacité de ce traitement .

Merci

- E-MAIL : BOUGUESSA.SAMI@GMAIL.COM
- Page FB: BOUGUESSA SAMI بوقصة سامي