



RÉSUMÉS EM CASES

Épisode 192 Stratégies de prise en charge de l'asthme chez l'adulte à l'urgence pour améliorer le pronostic - Une approche par étapes

Avec Dr Leor Sommer & Dr Sameer Mal

Préparé par Kate Dillon et Anton Helman, mars 2024

Traduction libre par Sirin Chami, mai 2024

5 étapes simples pour gérer les exacerbations de l'asthme aux urgences

Étape 1 : Étudier soigneusement le diagnostic différentiel de l'asthme

« La respiration sifflante n'est pas toujours synonyme d'asthme, et l'asthme ne se manifeste pas toujours par une respiration sifflante. »

Malgré que le diagnostic d'asthme est souvent simple, en particulier chez les patients ayant des antécédents d'exacerbations et de visites répétées aux urgences, il est essentiel d'envisager plusieurs autres pathologies chez les patients se présentant aux urgences avec une respiration sifflante :

- Insuffisance cardiaque (« asthme cardiaque »)
- Embolie pulmonaire
- Pneumonie

- Pneumothorax
- Aspiration d'un corps étranger
- Bronchiolite
- Anaphylaxie
- Stridor (principalement inspiratoire, mais pouvant être expiratoire, pouvant être confondu avec une respiration sifflante)

En l'absence de respiration sifflante, en particulier chez les patients soupçonnés d'avoir une exacerbation de l'asthme, il faut garder à l'esprit que les patients peuvent présenter un *thorax silencieux*, signe d'une exacerbation grave ou potentiellement mortelle, où les patients sont incapables de générer un débit d'air suffisant pour produire un sifflement audible.

Utilisez des outils complémentaires tels que l'échographie de chevet et la radiographie pulmonaire pour développer votre diagnostic différentiel, tout en procédant à une anamnèse et à un examen physique approfondis. Évitez toute fermeture prématurée du diagnostic qui pourrait vous amener à envisager exclusivement l'asthme en entendant le terme « respiration sifflante ».

Étape 2 : Stratification du risque sur la base des antécédents

Une stratification efficace du risque des patients se présentant aux urgences avec une exacerbation de l'asthme, fondée sur une évaluation complète de leurs antécédents médicaux et des résultats de l'examen physique, est essentielle pour orienter les décisions relatives à la prise en charge et au traitement. Les patients présentant un plus grand nombre des facteurs de risque suivants ont un risque accru de subir une exacerbation sévère et d'avoir des complications.

Variables les plus prédictives dans les antécédents :

- Visite aux urgences au cours de l'année écoulée (>3/an est un facteur de risque de mortalité plus élevé)
- Hospitalisation antérieure (>2/an est un facteur de risque de mortalité plus élevé)
- Intubation antérieure ou nécessité de soins intensifs
- Aggravation du débit expiratoire de pointe ou VEMS (L/min) pendant le séjour aux urgences ou < 25 % de la valeur prédite ou < 40 % de la valeur prédite après le traitement
- Pas d'utilisation actuelle ou mauvaise observance du traitement par aérosol-doseur
- Utilisation de >2 boîtes de médicaments de secours par mois
- Allergie alimentaire concomitante (risque accru de réactions graves)
- Utilisation actuelle de stéroïdes ou arrêt récent des stéroïdes oraux.

Autres facteurs de risque à prendre en compte :

Comorbidités : Maladie cardiovasculaire, autres maladies pulmonaires, maladie psychiatrique

Antécédents sociaux : Faible niveau socio-économique, usage récréatif de drogues

Débit expiratoire de pointe (DEP) aux urgences- est-ce utile?

L'efficacité de la surveillance du débit expiratoire de pointe (DEP) aux urgences pour améliorer les résultats reste incertaine. Alors que certaines directives préconisent l'intégration de mesures du DEP, visant >60-80% de la meilleure valeur personnelle (ou prédite) dans leurs algorithmes de sortie, l'American College of Emergency Physicians

(ACEP) a mené une revue complète de la littérature et a conclu que la surveillance du DEP aux urgences n'améliore pas les résultats, ne prédit pas la nécessité d'une hospitalisation et ne réduit pas la mortalité chez les adultes souffrant d'exacerbations de l'asthme.

Selon nos experts, la décision d'utiliser le monitoring du DEP doit être adaptée à chaque patient et considérée comme un facteur parmi d'autres dans l'évaluation clinique pour éclairer les décisions de disposition.

Un bref aperçu de l'utilisation d'un débitmètre de pointe et des informations sur l'utilisation du DEP pour la surveillance de l'asthme à domicile.

<https://www.youtube.com/watch?v=6NBeSbigeOo>
<https://asthma.ca/get-help/living-with-asthma/peak-flow-meters/>

Étape 3 : Évaluer la sévérité de la maladie pour orienter les choix thérapeutiques

Illness Severity	Clinical Features and Physical Exam	HR	SpO2 (RA)	Peak Flow (% of predicted or best)
Moderate	Talking in full sentences, not agitated Prefers sitting to lying flat Tachypnea (20-30 breaths per min) No accessory muscle use	100-120 bpm	90-95%	>50%
Severe	Speaking in words not full sentences Agitation Respiratory Rate >30 breaths per min Accessory muscle use	>120 bpm	<90%	≤50%
Life-Threatening	Drowsiness Confusion Silent chest on auscultation			Likely not able to perform PF

Étape 4 : Options de traitement des urgences en fonction de la gravité de la maladie

	MDI with spacer (preferred) OR Nebulizers	Steroids *takes a few hours to work	Additional Medications	Supplemental Oxygen & Ventilation Strategies
Mild	SABA (i.e. Salbutamol) • MDI: 6-12 puffs q10-20min x 1 hour • Neb: 2.5 mg q10-20min x 1 hour			
Moderate	SABA (i.e. Salbutamol) • MDI: 6-12 puffs q10-20min x 1 hour • Neb: 2.5 mg q10-20min x 1 hour PLUS Anticholinergic (i.e. ipratropium) • MDI: 6 puffs q10-20 min x 3 doses • Neb: 0.5mg q10-20 min x 3 doses	Prednisone 40-60 mg PO OR Dexamethasone 12-16 mg PO OR Methylprednisolone 100-125 mg IV (if unable to tolerate PO)	MgSO4 IV 2g q20min x 1 hour	Supplemental O2 to target SpO2 of 93-95%
Severe	SABA (i.e. Salbutamol) • MDI: 6-12 puffs x3 back-to-back • Neb: 2.5 mg x3 back-to-back PLUS Anticholinergic (i.e. ipratropium) • MDI: 6 puffs x 3 back-to-back • Neb: 0.5mg x 3 back-to-back	Prednisone 40-60 mg PO OR Dexamethasone 12-16 mg PO OR Methylprednisolone 100 – 125 mg IV (if unable to tolerate PO)	MgSO4 IV 2g q20min x 1 hour Epinephrine Ketamine Consider mixed gases	Supplemental O2 to target SpO2 of 93-95% Consider NIPPV Consider Intubation (very severe cases)

*Bien que le début d'action des stéroïdes soit traditionnellement considéré comme retardé, il existe des preuves suggérant que lorsqu'ils sont administrés dans la première heure de la présentation, les résultats sont meilleurs qu'après une heure. Il a été proposé que les stéroïdes puissent avoir un effet synergique avec les agonistes B et l'épinéphrine, ce qui pourrait expliquer pourquoi les résultats sont

meilleurs lorsque les stéroïdes sont administrés tôt, alors que l'on pense traditionnellement que le début de l'action est retardé de plusieurs heures.

*Dans la mesure du possible, réévaluez fréquemment ces patients (toutes les 15 à 20 minutes), en particulier ceux chez qui vous craignez une exacerbation sévère.

Inhalateurs doseurs ou nébuliseurs - quel est le meilleur choix ?

Il y a eu un changement significatif dans la pratique clinique en faveur de l'utilisation d'inhalateurs-doseurs plutôt que de nébuliseurs pour le traitement de l'asthme chez les urgentistes, principalement en raison des préoccupations liées à l'aérosolisation lors de la pandémie de COVID. Les aérosols-doseurs délivrent plus de médicament aux alvéoles que les nébuliseurs. De plus, la question du gaspillage potentiel de médicaments dans l'environnement lors de l'utilisation de nébuliseurs par rapport aux aérosols-doseurs avec un dispositif d'espacement a également été soulevée.

Un autre avantage de l'utilisation d'aérosols-doseurs aux urgences est qu'elle permet aux patients de recevoir des instructions sur les techniques d'inhalation appropriées, ce qui les prépare à une autogestion réussie à leur sortie de l'hôpital. Cependant, il est essentiel de reconnaître que les aérosols-doseurs peuvent représenter une charge de travail plus importante pour le personnel infirmier ou les infirmières auxiliaires si les patients ont besoin d'aide pour l'administration de l'aérosol-doseur. Dans les cas où les patients sont trop malades pour s'administrer eux-mêmes un aérosol-doseur, un nébuliseur peut offrir une option de traitement plus pratique et plus efficace.

Étape 5 : De bons conseils de départ et des médicaments appropriés améliorent les résultats pour les patients souffrant d'exacerbations de l'asthme.

Il convient de consacrer suffisamment de temps aux patients souffrant d'une exacerbation de l'asthme pour leur fournir de bons conseils de départ et des médicaments appropriés, car il est prouvé que ces soins améliorent les résultats. Il s'agit de l'un des aspects les plus importants des soins aux urgences qui est trop souvent négligé dans nos urgences surchargées.

Critères de congé (il est à noter qu'il n'a pas été démontré que la mesure du DEP aux urgences améliore les résultats lorsqu'elle est utilisée seule, mais qu'elle peut être prise en compte pour aider à la prise de décision en même temps que d'autres critères) :

1. Amélioration des symptômes, ne nécessitant pas de traitement bêta-agoniste continu
2. Amélioration du DEP >60-80% de la valeur prédite ou de la meilleure valeur personnelle
3. SpO₂>94% sur air ambiant
4. Ressources à domicile adéquates

Médicaments de sortie

- **SABA (c.-à-d. Salbutamol)** : tant que le patient présente des symptômes d'asthme ; ne pas utiliser en monothérapie.
- ***Corticostéroïde inhalé** (rincer et cracher avec de l'eau après utilisation, pour éviter le muguet buccal)
 - Budésonide 200-400 mcg par jour x 3 - 6 semaines
 - Fluticasone 100-250 mcg par jour x 3 - 6 semaines
- **+/- Stéroïdes oraux**
 - Prednisone 40-60 mg PO par jour x 5-7 jours
 - Dexaméthasone 12-16 mg PO par jour x 1-2 doses

- **Éducation/observance du traitement** : s'informer sur la couverture des médicaments et faire appel à l'assistance sociale si nécessaire pour aider les patients à accéder à leurs médicaments. Éduquer les patients sur le rôle de chaque médicament dans la gestion de l'asthme.

***Piège** : Les données d'observation montrent clairement que les médecins urgentistes prescrivent rarement des corticostéroïdes inhalés à la sortie de l'hôpital. Les stéroïdes inhalés utilisés comme traitement de contrôle améliorent la fonction pulmonaire et le contrôle des symptômes, réduisent l'inflammation des voies respiratoires, le risque d'exacerbation, la nécessité de visites répétées aux urgences et l'exposition totale aux stéroïdes systémiques. Les inhalateurs de stéroïdes doivent être systématiquement prescrits, même lorsque des stéroïdes oraux sont également prescrits.*

Technique d'inhalation

Assurez-vous que les patients disposent d'un espaceur ; demandez à un membre de l'équipe ou à vous-même de leur expliquer la bonne technique d'inhalation avant leur sortie de l'hôpital. Fournir aux patients des ressources auxquelles ils peuvent accéder s'ils ont besoin d'un rappel (vidéo sur la technique correcte de l'inhalateur-doseur). <https://www.youtube.com/watch?v=sQUUJHzO-XQ>

Instructions pour le retour aux soins

Les patients doivent consulter leur équipe de soins primaires ou leur pneumologue dans les jours qui suivent leur sortie pour une réévaluation à la suite d'une exacerbation de l'asthme. Il faut conseiller aux patients de revenir d'urgence aux s'ils présentent l'un des symptômes suivants :

- Difficulté à parler à cause de l'asthme
- Essoufflement au repos

- Les lèvres ou les ongles deviennent bleus
- Les bouffées de soulagement (par exemple SABA) ne sont pas efficaces.

Identification des facteurs déclenchants

Encouragez les patients à identifier et à éviter ou atténuer les déclencheurs possibles de leur asthme (animaux domestiques, allergènes, exercice physique, médicaments, tabagisme/irritants ou exposition sur le lieu de travail).

Plan d'action contre l'asthme

Des données probantes suggèrent que les plans d'action contre l'asthme améliorent les résultats pour les patients, mais ils sont rarement fournis aux patients par les services d'urgence. Les patients devraient être systématiquement encouragés à remplir **un plan d'action** contre l'asthme (voir ci-dessous), qui peut les aider à identifier l'aggravation des symptômes, à planifier l'augmentation des traitements à domicile et à reconnaître le moment où ils doivent se rendre à l'hôpital pour une prise en charge plus poussée.

The form is divided into three vertical columns:

- Column 1 (Green): Asthma is well controlled**
 - Symptoms: No night-time asthma symptoms, Daily symptoms less than 2 times/week, Can exercise with no symptoms, Need rescue inhaler less than 2 times/week.
 - Medication table with columns: Medication, Dose, Times per day.
 - Additional Notes & Instructions section.
- Column 2 (Yellow): Asthma is getting worse**
 - Symptoms: Disrupted sleep due to asthma symptoms, Daily symptoms 2 or more times/week, Can't exercise normally, Need rescue inhaler more than 2 times/week.
 - Medication table with columns: Medication, Dose, Times per day.
 - Additional Notes & Instructions section.
- Column 3 (Red): Time to get help**
 - Symptoms: Difficulty breathing due to asthma, Experiencing difficulty at work or school, Lips or nails turning blue, Rescue inhaler not working.
 - Medication table with columns: Medication, Dose, Times per day.
 - Additional Notes & Instructions section.
 - EMERGENCY** section: Severe breathing problems, Symptoms getting worse quickly, Call your doctor or call 911, **DIAL 911**.

Plan d'action contre l'asthme pdf : https://asthma.ca/wp-content/uploads/2020/06/Asthma-Action-Plan_optimized.pdf

En suivant cette approche simple en 5 étapes des exacerbations de l'asthme aux urgences, décrite ici, en prenant soin de considérer le diagnostic différentiel et de comprendre que « toutes les sifflantes ne sont pas de l'asthme et que l'asthme n'a pas toujours une respiration sifflante », en recueillant les antécédents qui permettent d'identifier les facteurs de risque d'exacerbations sévères nécessitant un traitement agressif, en classant correctement les patients en fonction des résultats de l'examen physique, en administrant les médicaments appropriés en fonction de ces catégories et en veillant à ce que les instructions de sortie, l'éducation, les prescriptions et le suivi soient adéquats, vous améliorerez très probablement les résultats de vos patients qui se présentent aux urgences avec des exacerbations de l'asthme.