



## PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

# ASTHME AIGU GRAVE

### DEFINITION :

Obstruction bronchique sévère d'installation progressive ou aiguë qui n'est pas levée par le traitement habituel, prolongée > 24 - 48 h ou itérative ou potentiellement létale

### DIAGNOSTIC :

Dyspnée, tachypnée, inspiration brève, expiration prolongée et sifflante, sibilants à l'auscultation

### Signes de gravité :

Sexe masculin, ATCD d'hospitalisation dans l'année, d'intubation, de corticothérapie < 3 mois Crise inhabituelle, débit expiratoire de pointe (DEP) < 150 l / min (**ne pas faire si DRA majeure**)

Difficulté à parler, agitation, sueurs, cyanose, tachypnée > 30, silence auscultatoire, coma Tachycardie > 120 / min, collapsus

### PIEGES :

Pseudo asthme cardiaque

### TRAITEMENT :

**Oxygénothérapie** : MHC QSP  $SpO_2 \geq 95 \%$

Voie veineuse périphérique

**Aérosols** à renouveler si nécessaire :

Adulte : **Bricanyl**<sup>®</sup> 5 mg + **Atrovent**<sup>®</sup> 0,5 mg dans 10 ml

Enfant : **Bricanyl**<sup>®</sup> 0,1 mg / kg + **Atrovent**<sup>®</sup> 0,25 mg dans 10 ml

**Solumédrol**<sup>®</sup> IV :

Adulte : 120 mg

Enfant : 1,5 mg / kg

En l'absence d'amélioration :

Adulte : **Salbumol**<sup>®</sup> **Fort** 0,5 mg en IVL, puis PSE 5 ampoules pur (1 mg / ml) vit 0,5 - 5 mg / h à adapter en fonction de la FC < 120 - 130 / min et de l'intensité du bronchospasme

**Adrénaline** en aérosol 10 mg

Enfant : **Salbumol**<sup>®</sup> **Fort** 0,5 ÷ g / kg / min, puis ↑ par paliers de 0,2 / kg, max 5 ÷ g / kg / min

**Adrénaline** en aérosol 5 mg

Si inefficace : **Sulfate de magnésium**

Adulte : 2 g en perfusion de 20 min

Enfant : 40 mg / kg en perfusion de 20 min

En dernier recours :

Intubation sous ISR : **Kétalar**<sup>®</sup> 3 - 5 mg / kg + **Célocurine**<sup>®</sup> 1 mg / kg

Sédation **Hypnovel**<sup>®</sup> / **Sufenta**<sup>®</sup> QSP

Curarisation : **Nimbex**<sup>®</sup> 0,15 mg / kg

**VC** : FR basse = 6 - 10 / min chez l'adulte et 8 - 12 / min chez le grand enfant,  $V_t = 6 - 8 \text{ ml / kg}$ ,  $I / E = 1 / 3$  voire 1 / 4, respecter les hautes pressions d'insufflation (**réglage P max**), sinon risque

d'hypoventilation majeure

Si nécessaire, demander un renfort **Elisée 350**<sup>®</sup> ou l'utiliser systématiquement en TIH afin d'optimiser les réglages pour obtenir une  $P_{plat} \leq 30 \text{ cm H}_2\text{O}$  et  $SpO_2 \geq 94 \%$  sans que la  $P_{etCO_2}$  ne soit un élément de décision (hypercapnie permissive)

### TRANSPORT :

**Surveillance** : paramètres vitaux,  $SpO_2$ , DEP 30 min - 2 h après traitement initial

**Position** : demi-assise ou décubitus dorsal si intubé

### ORIENTATION :

Réanimation ou UHCD, SAU si sédation complète de la crise (DEP > 150)