

Asthme et urgence

Plan

- L'asthme : maladie chronique
- Reconnaître la gravité d'une crise
- Traiter la crise
- Préparer la sortie
 - Critères de sorties
 - Avec quel traitement
- Organiser le suivi : diminuer le risque de récurrence
 - Mettre en place une consultation précoce, un suivi pneumologique
 - Prévenir le retour : le Plan d'Action d'Urgence
- Cas particulier de la femme enceinte

Asthme : maladie chronique

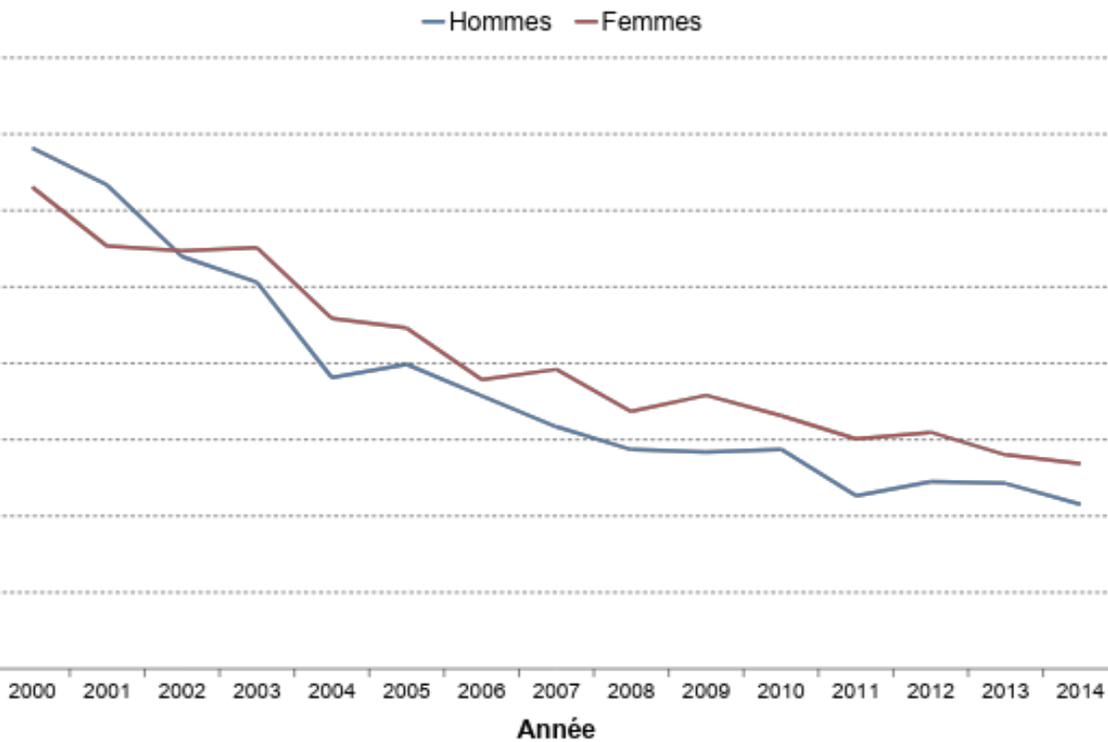
- L'asthme est une maladie chronique entrecoupée d'épisodes aigus.

Traiter la crise c'est bien, l'éviter c'est mieux!

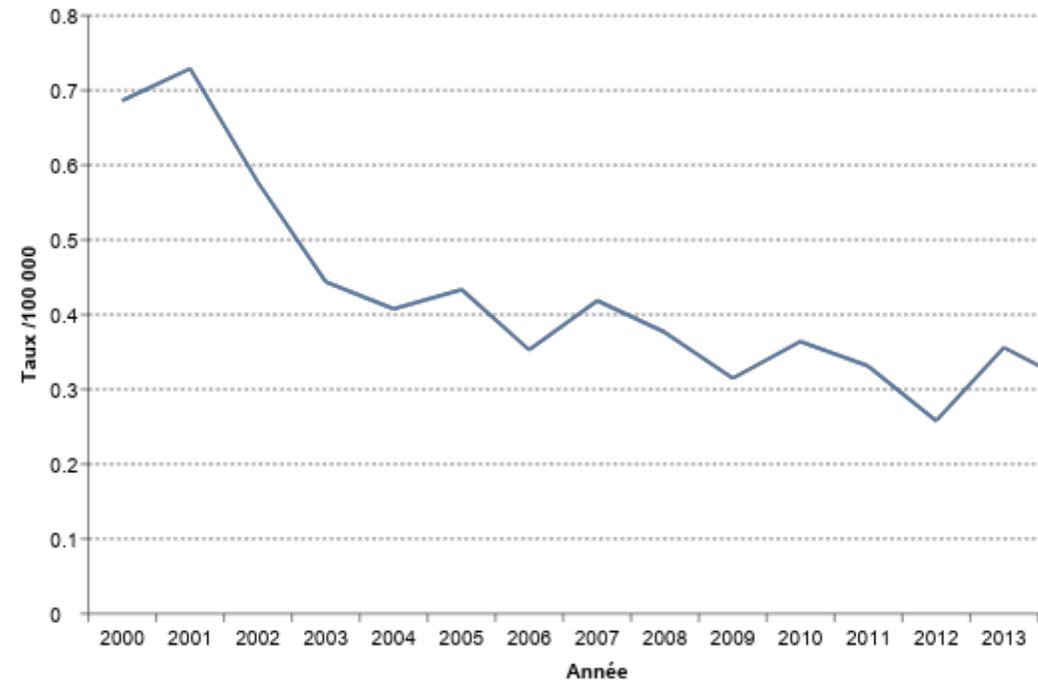
- La meilleure prise en charge de la maladie chronique a permis une diminution des hospitalisations et de la mortalité par asthme en France.
- Mais de nombreux décès sont évitables et un effort constant doit être fait pour les prévenir.

La mortalité par asthme diminue

Taux annuels standardisés de mortalité par asthme
Tous âges, France, 2000-2014



Taux annuels standardisés de mortalité par asthme
Enfants et adultes <45 ans, France, 2000-2014



Données épidémiologiques de l'InVS / <http://invs.santepubliquefrance.fr>
Fuhrman C. J Asthma 2009;46:402-6.

- L'hospitalisation et les décès par asthme sont associés à une insuffisance de traitement et d'éducation thérapeutique.
- Une étude systématique des décès par asthme en Angleterre montre que des facteurs évitables sont présents chez 2/3 des patients décédés:
 - 60% n'avaient pas de suivi spécialisé
 - 47% avaient déjà été hospitalisés pour asthme
 - 77% n'avaient pas de Plan d'action d'urgence
 - 80% n'avait pas ou pas suffisamment de traitement de fond par corticoïde inhalé

Reconnaitre la gravité de l'exacerbation

- Une exacerbation est une perte du contrôle de l'asthme.
- Les crises deviennent plus fréquentes et plus sévères, diurnes et nocturnes.
- Une dégradation du contrôle nécessite la majoration précoce du traitement
- La reconnaissance précoce de la gravité de la crise permet une prise en charge rapide et adéquate.

Plus le traitement est précoce, plus l'amélioration est rapide

- Les critères de contrôle de l'asthme

Évaluer le contrôle

Critères	Asthme contrôlé	Asthme partiellement contrôlé	Asthme non contrôlé
Symptômes diurnes	Aucun (deux ou moins/semaine)	Plus de 2 fois par semaine	
Symptômes ou réveils nocturnes	Aucun	Au moins 1 fois par semaine	
Fréquence du traitement de secours	Aucun (deux ou moins/semaine)	Plus de 2 fois par semaine	Au moins 3 critères d'asthme partiellement contrôlé
Retentissement sur les activités	Aucun	Au moins une fois	
Exacerbations	Aucun	Au moins une exacerbation	
VEMS ou DEP	Normale	< 80 % valeur théorique ou de la meilleure valeur personnelle si connue	

Un asthme non contrôlé impose une majoration rapide du traitement

En cas d'exacerbation, il faut identifier :

- Les patients à risque de décès par asthme
- Les critères de gravité de la crise justifiant d'un recours aux Urgences.

Identifier les patients à risques de décès

- Antécédent d'asthme aigu grave avec séjour en réanimation
 - Mauvais contrôle de l'asthme dans les 12 mois précédents
 - Prise de corticothérapie orale
 - Absence de traitement de fond par corticoïde inhalé ou mauvaise observance
 - Utilisation fréquente de β 2 mimétiques de courte durée d'action (plus d'un dispositif par mois)
 - Allergie alimentaire associée
 - Comorbidités et problèmes psychosociaux
- Ces patients doivent être traités rapidement et suivis de manière rapprochée

Identifier les critères de gravité d'une crise

- Lorsqu'une crise s'installe, certains critères imposent un recours immédiat aux urgences
- les signes d'une crise sévère:
 - Dyspnée de repos
 - Parole difficile avec phrases hachées
 - Polypnée
 - DEP < 60% des valeurs habituelles.
 - Résistance au traitement : persistance de la crise malgré la prise de bronchodilatateurs de secours
- Les signes d'asthme aigu grave nécessitant un recours immédiat au SAMU
 - Parole impossible
 - Silence auscultatoire
 - Polypnée > 30, Tachycardie > 120
 - Cyanose
 - Troubles de conscience, agitation
 - DEP < 150 (a fortiori infaisable)

La prise en charge initiale aux Urgences

- Evaluer la gravité
 - Mesure systématique du DEP à l'arrivée et lors de la réévaluation
 - Recherche des critères d'asthme aigu grave
 - GDS : la normo ou l'hyper capnie sont des signes d'asthme aigu grave
- Une évaluation précise de la gravité de la crise permet une réévaluation efficace
- Le DEP est une mesure objective facile à répéter qui doit être systématique (sauf en cas de détresse respiratoire)
- La recherche de tous les signes d'asthme aigu grave doit être systématique.

La prise en charge initiale aux Urgences

- le traitement d'urgence:

Le trio gagnant : Aérosol de β 2 mimétique + O2 + Corticoïdes

- Aérosol de β 2 mimétique : sur O2, en continu ou répété la première heure
 - Oxygénothérapie systématique
 - Corticoïdes per os (ou IV si difficulté à la prise orale) : 40 à 60 mg (1 mg/ kg)
- Ce traitement doit être administré à tous les asthmatiques

**Il n'y a pas de risque à surtraiter un asthme pas grave,
il y a un risque majeur à sous traiter un asthme grave**

Malgré les recommandations les asthmatiques ne reçoivent pas tous le traitement optimal

- Etude ASUR : 3772 asthmatiques aux urgences:
 - 40% ne recevaient pas de Corticothérapie systémique

	Total	AAG	Sévère	Léger/ modéré
N	3772	975	1834	963
(%)		(26%)	(49%)	(26%)
BD (%)	93	95	93	89
CS (%)	60	68	61	49
Admission	54	77	55	29

Même constatations sur des articles internationaux plus récents :

Malgré des recommandations anciennes, connues, stables, 33% des asthmatiques ne recevaient pas l'association aérosols et corticoïdes

Autres traitements

- Aérosol d'anti-cholinergique (atrovent : 0,5mg) sur le 1^{er} aérosol si DEP<50%
- Antibiothérapie en cas d'infection (l'infection n'est pas une contre indication à la corticothérapie, mais une indication à l'antibiothérapie)
- Traitement des comorbidités (diabète,...)

Evaluer l'évolution et décider de l'orientation

- Après 1 h et 3 aérosols : Evaluation de tous les paramètres dont le Débit Expiratoire de Pointe.
 - En cas de non amélioration ou de dégradation : hospitalisation et poursuite des traitements.
 - En cas d'amélioration, la sortie est décidée en tenant compte :
 - De la gravité initiale : garder en hospitalisation les patients initialement sévères (DEP < 40%, ou signe d'asthme aigu grave)
 - Du terrain : garder facilement les patients à risque d'asthme mortel
 - Des conditions sociales : garder les patients isolés, qui ont des difficultés à revenir, qui ne pourront pas obtenir tout de suite leur traitement.
 - Critères de sortie variables : DEP > 60 ou 70%, après 2 à 4 h de surveillance.
 - Les critères de sortie doivent être protocolisés dans les services d'urgences.

Préparer la sortie = Eviter la récurrence

- 30% des asthmatiques récidivent dans le mois suivant leur passage aux urgences.

Prévenir la Récurrence doit être la priorité de prise en charge à la sortie des urgences.

- Poursuivre la corticothérapie orale (3 à 7 jours)
- Mettre en place ou renforcer le traitement de fond
- Vérifier la disponibilité et la bonne prise des dispositifs d'inhalation
- Réévaluer précocement en adressant sur une consultation spécialisée avec un circuit préétabli et facile d'accès

ASUR2

- 2002 à 2003. 3153 asthmes aux urgences
- Randomisation du retour à domicile selon 2 protocoles
- Parmi les résultats : plus d'1 patient /3 refait une crise dans le mois suivant sa sortie (quels que soient les critères de sortie)
- Il faut réévaluer précocement le patient pour adapter son traitement

Rechutes à 1 mois

Patients sortis

Type de rechute	Group A N = 695	Group B N = 700	P (équivalence)
Rechute %	38	39	< 0.007
Retour aux urgences	24	26	< 0.006
Visite en urgence MG	23	23	< 0.02

Traitement présent à la sortie

Près de 50% des patients n'avaient pas de corticothérapie orale à la sortie des urgences
33% des patients n'avaient pas de corticoïdes inhalés à la sortie des urgences

	Groupe A N = 695	Groupe B N = 700
Corticoïdes oraux	51	54
Corticoïdes inhalés*	44	45
β_2 agonistes LD	17	17
Corticoïdes inhalés et β_2 agonistes LD	13	13
Association fixe*	22	21
Théophylline	2	2
Aucun traitement	17	18

* Total CSI (seul ou en association fixe) = 66%

Traitement de sortie

- Poursuivre la corticothérapie orale 5 à 7 jours
- Traitement par corticoïdes inhalés introduit ou augmenté.
 - L'introduction des CSI dès les urgences améliore la compliance et réduit le risque de récurrence.
- Un traitement protocolisé améliore l'adéquation aux recommandations

Jones AM. Respir Med 2002;96:950-4

GINA : <http://ginasthma.org/>

Edmonds ML, Cochrane Database Syst Rev 2000;12:CD002311

Vérifier la prise des traitements

- Les erreurs de manipulation des dispositifs d'inhalation sont un motif fréquent d'échec de traitement et de mauvais contrôle de l'asthme.
- La vérification de la bonne utilisation des dispositifs est indispensable pour adapter les traitements
- Des outils d'aide à la prise des dispositifs sont facilement accessibles

Site de la SPLF : guide ZEPHIR et vidéo techniques d'inhalation (SPLF/Outils : vidéos éducatives)

Guide ZEPHIR : démonstration de tous les médicaments inhalés
instantanés sur vidéos courtes : vérification de la prise et
éducation du patient



ZEPHIR

Les thérapeutiques inhalées de l'asthme et de la BPCO chez l'adulte

Ces vidéos, réalisées sous l'égide de la SPLF (Revue des Maladies Respiratoires) sont la propriété de l'Université Paris 6 Pierre et Marie Curie
Pour les professionnels : <http://www.guidezephir.fr/medicaments>

>>> Cliquez sur les images pour voir les vidéos.



**Aérosol Doseur avec
Chambre d'Inhalation**



AIROMIR® AUTOHALER®
Salbutamol



ALVESCO®
Ciclésonide



ANORO® ELLIPTA®
Umeclidinium + vilanterol



Videos techniques d'inhalation: démonstration
la prise des différents dispositifs d'inhalation



Vidéos techniques d'inhalation

Avec l'aimable autorisation du Professeur Mathieu Molimard
Service de Pharmacologie Médicale
CHU de Bordeaux-Université de Bordeaux-INSERM CR1219 - 33076 Bordeaux



⚠ la vidéo peut mettre quelques dizaines de secondes avant d'apparaître



intro



Spray



Autohaler®

Réévaluer rapidement : mettre en place un réseau après les urgences

- Plus de 30% des patients récidivent dans le mois : ils faut les revoir rapidement
- La venue aux urgences est un accident aigu sur une maladie chronique : cet accident doit être rapidement analysé pour être prévenu
- La prise en charge après les urgences doit être facilitée et initiée aux urgences. Elle doit impliquer urgentistes, généralistes et spécialistes
- Le patient doit être activement orienté, idéalement avec un RDV donné dès les urgences.

Les moyens

- Le patient doit être activement orienté, idéalement avec un RDV donné dès les urgences.
 - Plusieurs études montrent un meilleur retour aux consultations si le RDV est donné par les urgences et dans un délai couvert par l'arrêt de travail.
- Le patient doit être identifié pour être rappelé par le consultant s'il ne vient pas
 - Un courrier envoyé au médecin qui rappelle le patient, améliore le suivi
- Le choix de l'organisation post urgence dépend des disponibilités locales

Baren JM. Chest 2006;129:257-265

Ducharme FM. Am J Respir Crit Care Med 2011;183:195-203

Castro M. Am J Respir Crit Care Med 2003;168:1095-1099

Exemple de réseau post urgence

- Consultation post urgence de l'asthme
 - RDV donné par les urgentistes 24h/24 dans la semaine qui suit le passage.
 - La liste est donnée en consultation. Les absents sont rappelés et un nouveau RDV leur est proposé
 - Après la consultation un RDV de suivi est donné
- Education thérapeutique aux urgences
 - par des infirmières urgentistes formées à l'éducation thérapeutique et travaillant avec le centre d'éducation thérapeutique
 - incitation et inscription à la séance d'éducation thérapeutique après les urgences.
 - Rappel des absents
- Suivi téléphonique
 - contact téléphonique régulier après passage aux urgences pour inciter à la prise de rendez vous, au suivi et à l'observance.
- D'autres solutions impliquant généralistes, pneumologues libéraux ou hospitaliers et urgentistes existent et doivent être développées

Réévaluer précocement

La réévaluation précoce a pour but d'éviter la récurrence et de prévenir la crise grave :

Tout asthmatique devrait avoir un plan d'action d'urgence personnalisé

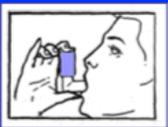
Tout asthmatique ayant fait une crise sévère DOIT avoir un plan d'action d'urgence personnalisé

Le plan d'action d'urgence personnalisé (PAU)

- Il est indispensable pour
 - Reconnaître les signes d'exacerbation
 - Réagir précocement pour adapter le traitement
 - Il est personnalisé : adapté aux attentes et aux impératifs du patient
- Il comporte
 - Une autoévaluation des symptômes +/- du DEP
 - Un plan d'action écrit et expliqué
 - Une réévaluation pour vérifier la compréhension et l'application
- De nombreux exemples en une ou plusieurs étapes existent (écoles de l'asthme, internet...).
- L'assurance maladie en propose dans son programme sophia

Exemples de Plan d'action

Ecole du souffle, CHI Montfermeil, Dr Maurer

Ce que vous ressentez	Débit Expiratoire de Pointe (DEP)	Ce que vous devez faire	
Pas de gêne respiratoire	[] à []	Suivez rigoureusement votre traitement de fond	en cas de gêne
oux, sifflements, oppression thoracique ou difficulté pour respirer	①	   <p>Toutes les 15 mn si besoin jusqu'à 1 heure</p> <p>Contrôle respiratoire entre chaque prise</p>	1 heure au plus après la première prise du bronchodilatateur
Mesure DEP après 1h au plus	> []	Essayer d'identifier la cause de la crise récente	surveillance DEP pendant 48h
OU	entre [] et []	   <p>Prendre cp de [] pendant 7 jours</p> <p>double dose de [] pendant 1 mois</p> <p>Médecin Traitant dans les 48h + Consulte à J7</p>	surveillance DEP jusque retour zone VERTE
difficulté pour parler, aucune efficacité des traitements de la crise, crise d'emblée très intense	< []	   <p>Appel SAMU (15) en précisant "asthme grave"</p> <p>1 injection sous cutanée de BRICANYL</p> <p>Prendre cp de []</p>	Attendez calmement l'arrivée du médecin

VOTRE TRAITEMENT QUOTIDIEN

- Chaque jour, je prends : _____
- Avant de pratiquer une activité physique, je prends : _____

QUAND AUGMENTER LE TRAITEMENT

Je vérifie si mon asthme est contrôlé. Durant la semaine écoulée :

- J'ai ressenti des symptômes diurnes, plus de deux fois sans la semaine
- J'ai eu du mal à pratiquer mes activités quotidiennes à cause de mon asthme
- Je me suis réveillé(e) la nuit à cause de mon asthme
- J'ai dû utiliser mon traitement de crise plus de 2 fois dans la semaine
- Mon débit expiratoire de pointe était de _____ inférieur à la valeur recommandée et définie avec mon médecin (_____)

Si j'ai répondu OUI à au moins 3 questions, mon asthme n'est pas contrôlé → Il est peut-être temps d'augmenter mon traitement.

COMMENT AUGMENTER MON TRAITEMENT? (selon la prescription de mon médecin)

- J'augmente mon traitement de la façon suivante : _____
- Je vérifie chaque jour que mes symptômes s'améliorent.
- Je maintiens ce traitement pendant _____ jours.

QUAND APPELER MON MÉDECIN ?

J'appelle mon médecin au __/__/__/__

Si mes symptômes persistent ou s'aggravent après _____ jours.

Instructions complémentaires : _____

URGENCE

Si je me trouve dans l'une des situations suivantes :

- ✓ Si vous êtes très essouffé et avez des difficultés pour parler.
- ✓ Si vous faites une attaque d'asthme sévère et vous avez peur
- ✓ Si vous avez besoin de votre traitement de secours plus que toutes les 4 heures et vous n'êtes pas soulagé.

- Je prends 2 à 4 bouffées de mon traitement de crise.
- Je prends _____ mg de _____ [corticoïdes en comprimés si prescrits par mon médecin]
- J'appelle le Samu en composant le 15 d'un poste fixe ou le 112 d'un téléphone portable
- Je continue à utiliser mon traitement de crise jusqu'à l'arrivée des secours

La femme enceinte

- La grossesse peut dégrader la maladie asthmatique
- L'asthme peut entraîner des conséquences graves pour le foetus et la mère
- Une grossesse impose le renforcement de la surveillance et du traitement des maladies chroniques préalables, dont l'asthme
- Il ne faut jamais arrêter les traitements sans évaluation attentive et rapprochée

L'asthme peut compliquer la grossesse

- L'asthme non contrôlé est associé à un plus grand risque de
 - Prééclampsie, placenta praevia, hémorragie
 - Césarienne
 - Fausses couches spontanées
 - Diabète gestationnel

- Petit poids de naissance, prématurité

- Le contrôle de l'asthme diminue les risques de prématurité

La grossesse peut aggraver l'asthme

- L'asthme s'aggrave chez 1/3 des femmes enceintes
 - Plus d'exacerbations
 - Plus de viroses
 - Plus d'inobservance
- L'inobservance est en partie liée à la peur du risque tératogène et à un discours discordant des professionnels de santé

Traitement de l'asthme pendant la grossesse

- La majorité des traitements de contrôle de l'asthme sont sans risque pendant la grossesse.
- CSI et β 2 mimétiques de longue durée d'action ont montré leur haut rapport bénéfice risque pendant la grossesse et doivent être utilisés sans réserve selon les recommandation du GINA

le danger c'est le non contrôle de l'asthme, pas les médicaments

Médicaments et Grossesse

CRAT : Centre de référence sur les Agents Tératogènes

- Le CRAT offre une base de données abondantes et fiables sur les médicaments lors de la grossesse : lecrat.fr, rappelant l'innocuité des médicaments de contrôle de l'asthme

Une récente signalisation sur certains médicaments antiasthmatiques soulignant le risque lors de la grossesse risque d'induire des arrêts de traitement dangereux.

Le CRAT alerte sur ce risque majeur

Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
C R A T

Pictogrammes "Grossesse" sur les conditionnements extérieurs des médicaments.

Mise à jour : 6 février 2018

L'intention est bonne, le résultat est calamiteux.

Depuis le 17 octobre 2017, un décret (14 avril 2017 n° 2017-550), complété par deux décrets (14 mai 2017 et 9 août 2017), impose aux firmes pharmaceutiques d'apposer un pictogramme spécifique sur le conditionnement extérieur des médicaments « **tératogènes** » ou « **foetotoxiques** ».

Deux modèles de pictogrammes sont prévus (cf. ci-dessous). Un modèle « **Médicament + Grossesse = Danger** » pour les médicaments « **tératogènes** » et un modèle « **Médicament + Grossesse = Interdit** » pour les médicaments « **foetotoxiques** », même s'il n'existe pas d'alternative thérapeutique ». Un troisième pictogramme a été spécifiquement prévu pour les produits à base de valproate de sodium.

	XXX + GROSSESSE = DANGER		XXX + GROSSESSE = INTERDIT
Ne pas utiliser chez [mentionner les personnes concernées], l'absence thérapeutique	les personnes concernées], sauf en d'alternative	Ne pas utiliser chez [mentionner les personnes concernées]	

Exacerbation et Grossesse

- C'est le même traitement :
 - Oxygène
 - Aérosols de β 2 mimétique
 - Corticoïdes
- Il faut être encore plus vigilant sur l'hypoxie
- Il faut être encore plus vigilant sur le suivi post urgence
- Toute asthmatique enceinte doit avoir un plan d'action d'urgence

Conclusion

- L'asthme est une maladie chronique entrecoupée d'accès aigus
- Ces exacerbations peuvent être évitées si le traitement est adapté rapidement en cas de dégradation
- Une crise amenant le patient aux urgences est un accident grave imposant
 - une majoration du traitement de fond à la sortie des urgences
 - Une réévaluation précoce par la mise en place d'un réseau urgence/ pneumologie/ médecin généraliste d'accès facile et rapide.
 - La mise en place ou la réévaluation d'un plan d'action d'urgence personnalisé
- La grossesse est une situation à risque de déstabilisation et les femmes enceintes doivent avoir un renforcement de leur surveillance et une adaptation de leur traitement.