

# Prise en charge de l'asthme aigu

**Prof Eric MARCHAND**

**Service de Pneumologie**

**CHU Mont-Godinne - UCL**

**[eric.marchand@uclouvain.be](mailto:eric.marchand@uclouvain.be)**

# Définition - Asthme aigu

- ❖ ↗ rapide des symptômes
  - ✓ Dyspnée
  - ✓ Toux
  - ✓ Sifflements
  - ✓ Oppression thoracique
- ❖ ↗ du trouble ventilatoire obstructif
  - ✓ ↘ V.E.M.S.
  - ✓ ↘ D.E.P.

# Evaluation de la sévérité

|                        | Légère                         | Modérée                   | Sévère                           |
|------------------------|--------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| <b>Dyspnée</b>         | En marchant<br>Peut se coucher | En parlant<br>Mieux assis | Au repos<br>Mieux assis en avant |
| <b>Conscience</b>      | Normale                        | (Agité)                   | Agité                            |
| <b>Tirage</b>          | Absent, léger                  | Souvent                   | Souvent sévère                   |
| <b>Fréq. Resp.</b>     | Polypnée                       | Polypnée                  | > 30 /'                          |
| <b>Fréq. Card.</b>     | < 100 /'                       | 100-120 /'                | > 120 /'                         |
| <b>Coloration</b>      | Normale                        | (Pâleur)                  | (Cyanose !)                      |
| <b>Auscultation</b>    | (Sibilants)                    | Sibilants +               | Sibilants +++                    |
| <b>D.E.P.</b>          | > 80%                          | 60- 80%                   | < 60% (< 100 L/')                |
| <b>SpO<sub>2</sub></b> | > 95%                          | 90-95%                    | <90%                             |

# Arrêt respiratoire imminent



- † Confus, Stuporeux
- † Respiration paradoxale
- † Bruits diminués ou absents
- † Épuisement
- † Cyanose
- † Bradycardie
- † (D.E.P. < 30%)

# Traitement

## Arrêt respiratoire imminent



- ✓ Hospitalisation indispensable
- ✓  $\beta$ 2-agonistes et anti-cholinergiques en nébulisation, avec oxygène
- ✓ Appel immédiat au S.M.U.R.
- ✓ Corticoïdes par voie générale (I.V.)
- ✓ Surveiller le patient dans l'attente

# Traitement

## Asthme aigu sévère

- ✓ Traitement peut être débuté à domicile
- ✓  $\beta$ 2-agonistes (nébul. ou A-D+chambre)  
+ Corticoïdes p.o. ou I.V. + Oxygène



15-30 '



Réévaluation: DEP > 50%, Dyspnée ↘ ?

**OUI**

**NON**

Corticoïdes v. générale  
Majoration R/. de fond



Auto-Monitoring  
Revoir dans les 24 h

Demander hospitalisation  
Répéter  $\beta$ 2-agonistes  
+ Anti-cholinergiques

# Traitement

## Asthme aigu modéré

- ✓ Traitement à domicile souvent possible
- ✓  $\beta$ 2-agonistes (nébul. ou A-D+chambre)



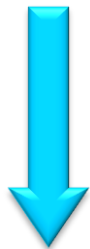
**15-30'**

**Réévaluation: DEP > 80%?**

**OUI**

**NON**

**Majoration R/. de fond**



**Auto-Monitoring, Revoir à 48 h, Adapter R/ de fond**

**Corticoïdes v. générale**

**Majoration R/. de fond**

**Considérer hospitalisation**



# Traitement

## Asthme aigu léger

- ✓ **Traitement à domicile**
- ✓ **Peut (doit) être géré par le patient**
- ✓  **$\beta$ 2-agonistes (aérosol-doseur)**
- ✓ **La fréquence des crises conditionnera le traitement de fond**
- ✓ **L'adaptation rapide du traitement de fond et/ou l'éviction de facteurs précipitants évitera souvent l'évolution vers un asthme aigu plus sévère**

# Quand hospitaliser ?



- ❖ **Arrêt respiratoire imminent**
  - **S.M.U.R.**
- ❖ **Asthme aigu sévère, le plus souvent**
- ❖ **Asthme aigu modéré, surtout si**
  - ✓ **Pas d'effet des bronchodilatateurs**
  - ✓ **Antécédents de séjour aux Soins Intensifs**
  - ✓ **Mauvaise observance thérapeutique**
  - ✓ **Autres: soirée, accès à une aide médicale, contexte social, anxiété, connaissance du patient, âge, ...**

# Armement thérapeutique - Bronchodilatateurs

- ❖ **But: traiter le bronchospasme avant effet des corticostéroïdes (4-12h)**
- ❖  **$\beta$ 2-agonistes à courte durée d'action**
  - ✓ Par nébuliseur (ex.: salbutamol 5mg) ou aérosol-doseur (ex.: salbutamol 4x100 $\mu$ g) avec chambre d'inhalation
  - ✓ A répéter / 20' en l'absence de réponse significative
  - ✓ Pas d'avantage à la voie I.V.
- ❖ **Anti-cholinergiques**
  - ✓ Si crise sévère ou mettant la vie en danger

# Armement thérapeutique - Corticoïdes

- ❖ **But: traiter la composante inflammatoire non influencée par les bronchodilatateurs**
- ❖ **Voie générale**
  - ✓ ↘ hospitalisations, ↘ récurrences
  - ✓ Pas d'avantage à la voie I.V. (sauf intubation ?)
  - ✓ Pas d'avantage à des doses > 40 mg/j (prednisolone)
  - ✓ Jusqu'à contrôle de la maladie asthmatique
  - ✓ Pas d'avantage aux doses lentement dégressives
- ❖ **Voie inhalée: surtout comme relais**

# Traitement - Autres

## ❖ Oxygène

- ✓ Asthme aigu sévère ou mettant la vie en danger
- ✓ Débit: 2 L/''
- ✓ Nébulisations avec oxygène à haut débit

## ❖ Sulfate de Magnésium

- ✓ En cas de non réponse au traitement

# Traitements non recommandés

- ✗ Sédatifs (strictement proscrits)**
- ✗ Antibiotiques (sauf pneumonie)**
- ✗ Théophylline**
- ✗ Corticoïdes dépôt**
- ✗ Anti-histaminiques**
- ✗ Anti-leucotriènes**
- ✗ Mucolytiques**
- ✗ Kinésithérapie**

# La toux

**Prof Eric MARCHAND**  
**Service de Pneumologie**  
**CHU Mont-Godinne - UCL**  
**[eric.marchand@uclouvain.be](mailto:eric.marchand@uclouvain.be)**

# Toux – Plainte fréquente !

- ❖ Le symptôme le plus fréquemment responsable d'une visite ambulatoire
- ❖ 3% des consultations ambulatoires
- ❖ Dans le top 8 des motifs de consultation à tous les âges
- ❖ 10% des consultations en pneumologie générale

*Schappert SM et al. Vital Health Stat 13. 2006; 159: 1*

*McGarvey L et al. Int J Clin Pract. 1998; 52: 158*

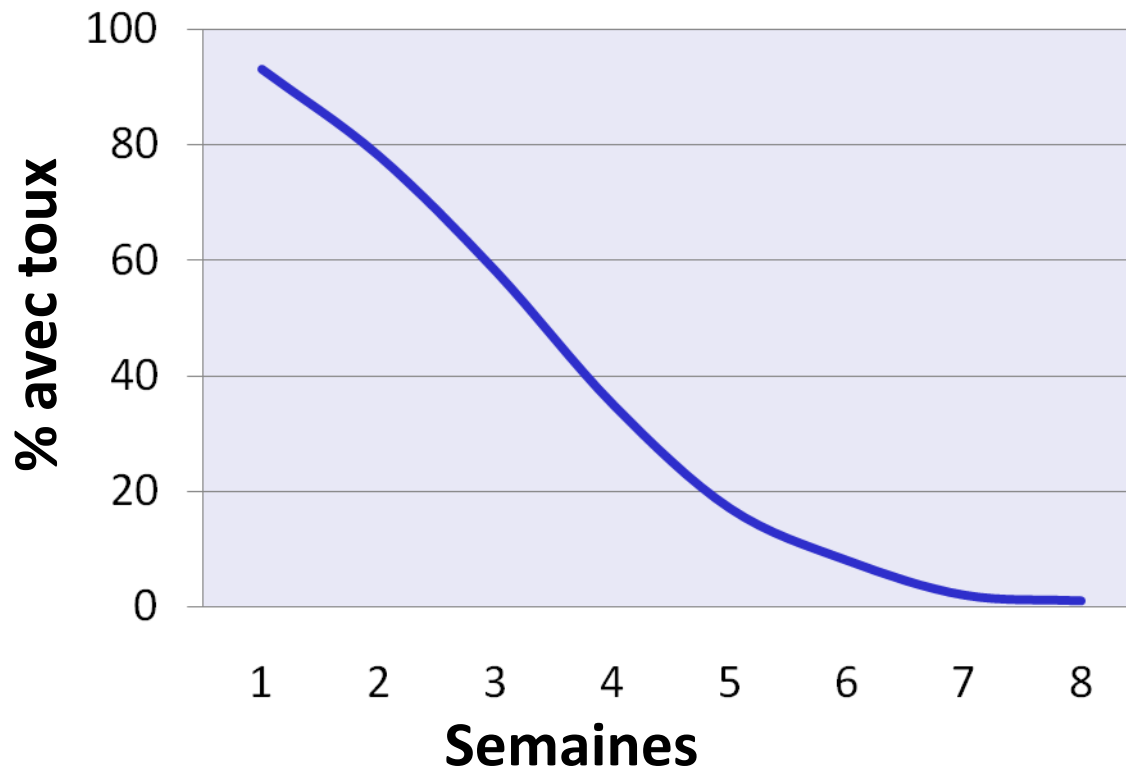
# Toux - Classification

Trois catégories selon durée

- ❖ Toux aiguë  $\leq 3$  semaines
- ❖ Toux subaiguë 3 – 8 semaines
- ❖ Toux chronique  $\geq 8$  semaines

# Toux aiguë

❖ Cause n°1 – Rhinosinusite aiguë



# Toux – Signes d'alerte

## Anamnèse

- ✓ Hémoptysies
- ✓ Dyspnée
- ✓ Douleurs thoraciques
- ✓ Fièvre
- ✓ Perte pondérale



## Examen clinique

- ✓ Tachypnée
- ✓ Cyanose
- ✓ Sibilances
- ✓ Crépitants
- ✓ Souffle cardiaque
- ✓ Matité

# Toux aiguë

**« L'art de la médecine  
consiste à distraire le  
malade pendant que  
la nature le guérit »**

***Voltaire***

1694-1778



# Toux aiguë - Antibiotique?

- ❖ Rhinosinusite aiguë ne répondant pas à un traitement symptomatique (7j) et
  - ✓ Douleur faciale
  - ✓ Sécrétions purulentes
  - ✓ Fièvre
- ❖ Exacerbation BPCO
- ❖ Exposition à coqueluche

# Toux subaiguë

## ❖ Toux post-infectieuse

- Coqueluche, ...

## ❖ Sinusite bactérienne

## ❖ Asthme

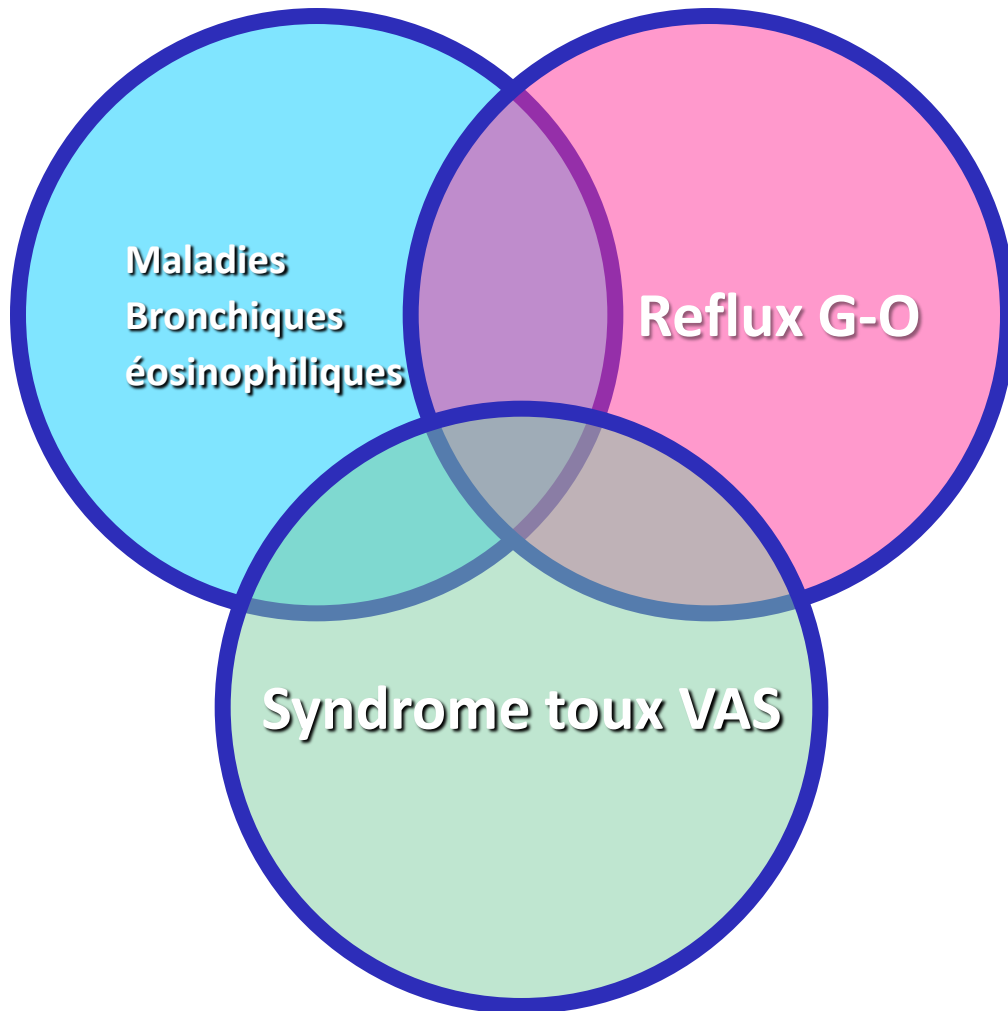
**Attention aux signes d'alerte**

# Toux chronique

Le postulat:

- ✓ Toux sèche ou productive  $\geq 2$  mois
- ✓ Immunocompétent
- ✓ Non fumeur
- ✓ Pas d'exposition environnementale
- ✓ Pas de prise d'IEC
- ✓ Examen clinique thoracique normal
- ✓ Radiographie thoracique normale

# Toux chronique

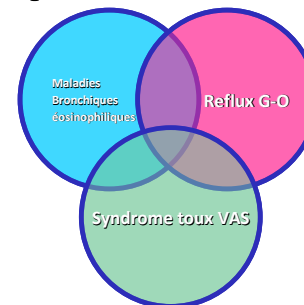


- ✓ **3 causes responsables de la plupart des cas chez le non fumeur**
- ✓ **Causes mixtes dans ~40% des cas**

# Toux chronique - Anamnèse

Tabac, environnement, médicaments

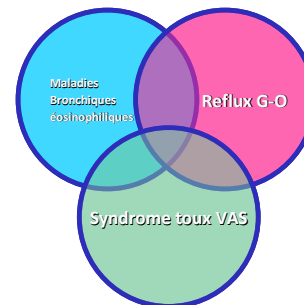
- ❖ **Asthme**: toux nocturne, précipitée par l'exposition au froid ou aérosols, par l'exercice
- ❖ **Syndrome de toux des VAS**: gorge encombrée, sensation de rhinorrhée postérieure, rhinorrhée antérieure, antécédent de sinusite
- ❖ **Reflux gastro-oesophagien**: pyrosis, dyspepsie, toux majorée après les repas, selon position



# Toux chronique - Examen

❖ **Auscultation cardio-pulmonaire**

❖ **Examen pharyngé**



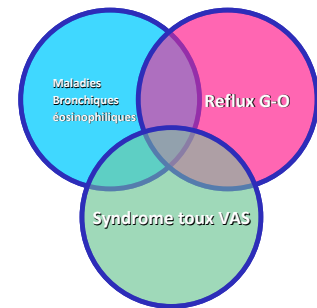
# Toux chronique – Bilan complémentaire

1. Radiographie thoracique

2. Spirométrie

Test de provocation non spécifique:  
histamine, métacholine

Mesures itératives du DEP  
(Mesure du NO exhalé)



La présence d'une hyperréactivité bronchique non spécifique est nécessaire au diagnostic d'asthme; son absence l'exclut

# Toux chronique – Maladies bronchiques éosinophiliques

Asthme

Variant  
asthmatique

Bronchite à  
éosinophiles

NO exhalé ↗



Hyperréactivité  
bronchique



Variation DEP



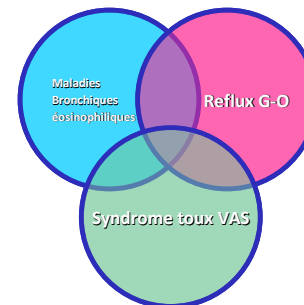
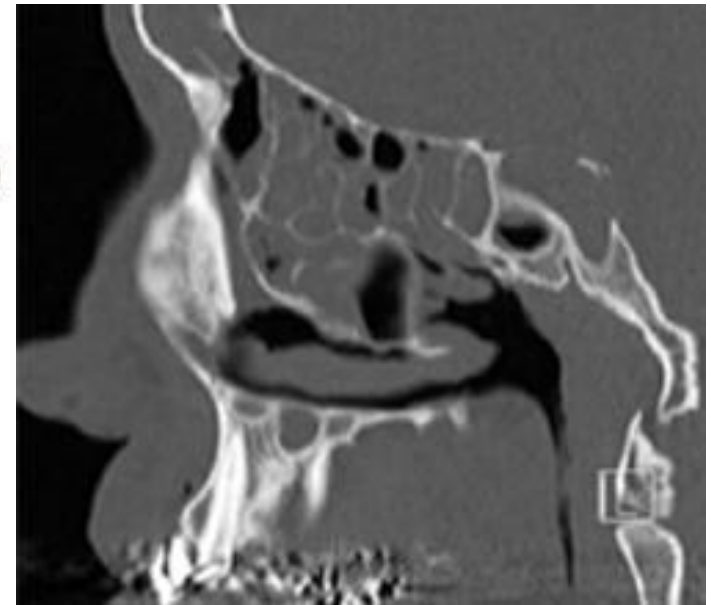
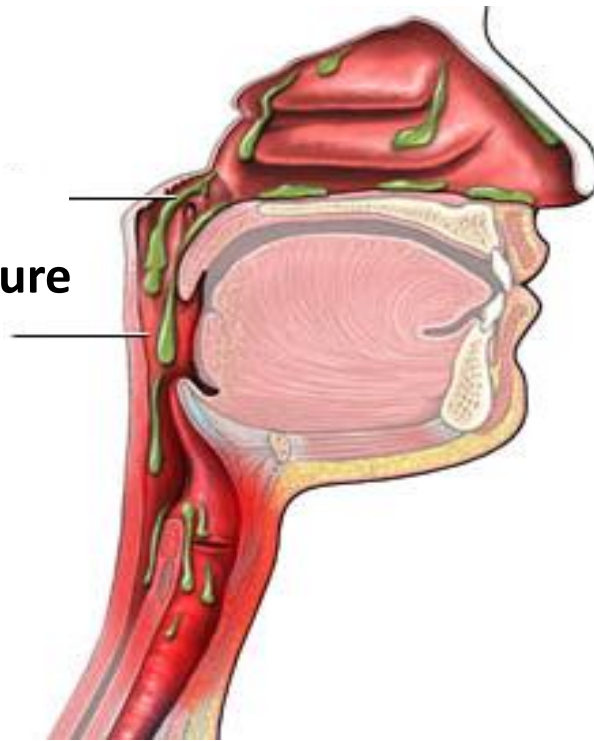
Réponse aux C.I.



# Toux chronique – Bilan complémentaire

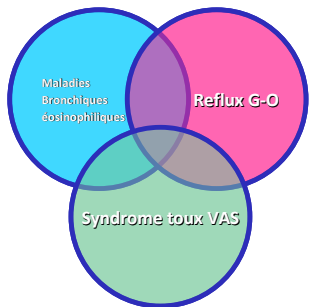
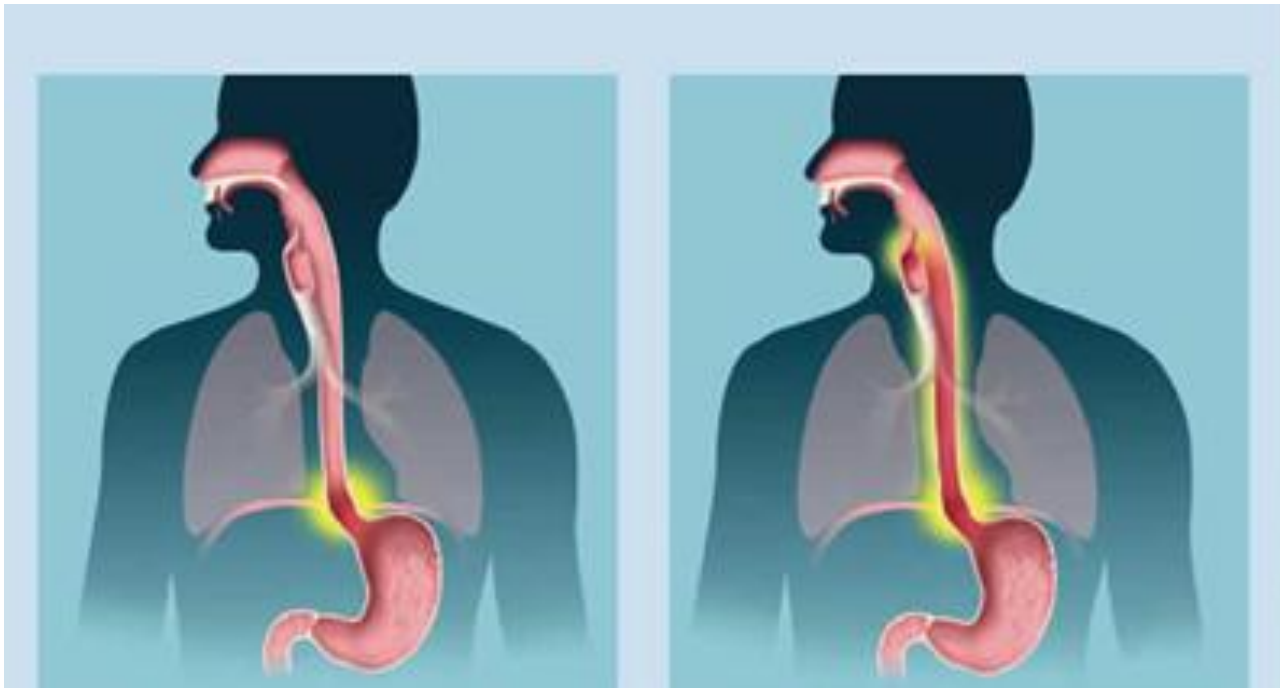
## 3. Examen ORL +/- TDM sinus

Rhinorrhée postérieure



# Toux chronique – Bilan complémentaire

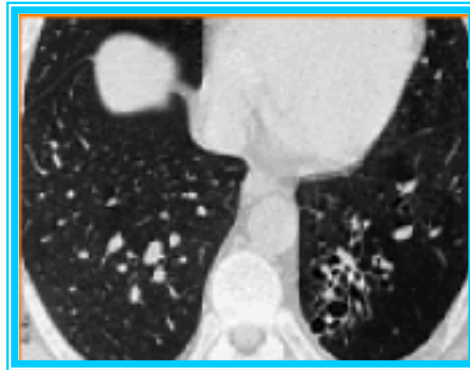
## 4. Oesophagoscopie – pHmétrie oesophagienne



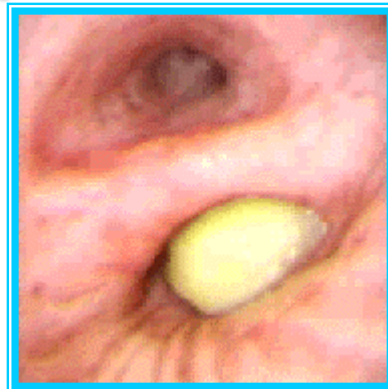
# Toux chronique – Bilan complémentaire

## 5. Rarement nécessaires:

- Tomodensitométrie thoracique



- Fibroscopie bronchique



# Toux – Prise en charge thérapeutique

- ❖ **Arrêter agents causaux**
  - **Tabac, IEC**
- ❖ **Prise en charge maladies bronchiques éosinophiliques**
  - **Corticoïdes inhalés!**
  - **Education, observance, minimum 2 mois**

# Toux – Prise en charge thérapeutique

## ❖ **Prise en charge syndrome de toux des voies aériennes supérieures**

- **Traitement dirigé (allergie, infection, rhinite vasomotrice, anomalie anatomique, ...)**
- **Si non, spray nasal stéroïdes +/- atropinique topique ou anti-H1 topique**
- **Patience dans les rhino-sinusites chroniques non allergique; 3 mois!**
- **Rôle controversé des antibiotiques dans la sinusite chronique**

# Toux – Prise en charge thérapeutique

## ❖ Prise en charge reflux gastro-oesophagien

- Un traitement empirique peut être justifié
- Mesures hygiéno-diététiques
- IPP hautes doses (Omeprazole 40 mg/j x 3 mois)
- Si facteur étiologique certain et absence de réponse, discuter fundoplicature

# Toux – Traitement symptomatique

- ❖ **Codéine**  
**10-15 mg jusque 4x/j**  
**Bronchodine sirop**
- ❖ **Dihydrocodéine (Paracodine)**
- ❖ **Ethylmorphine (Codethyline)**
- ❖ **Dextrometorphane**

**Le plus souvent moins efficaces que traitement causal!**

# Les messages importants

- ✓ En l'absence de symptômes d'alerte et de cause évidente, patienter 8 semaines
- ✓ En l'absence de tabagisme et d'anomalie radiographique, près de 90% des cas de toux chroniques sont liées à
  - ❖ Maladies bronchiques éosinophiliques
  - ❖ Syndrome de toux des voies aériennes supérieures
  - ❖ Reflux gastro-oesophagien
- ✓ Plusieurs étiologies peuvent être présentes (25-40%!)
- ✓ Réponse au traitement peut nécessiter 2-3 mois
- ✓ Anti-tussifs non spécifiques moins efficaces