

EVALUATION DE LA GRAVITE D'UNE CRISE D'ASTHME

Souheil ELATROUS, Jalel KNANI**, Fekri ABROUG**

I. Introduction - Définition:

L'asthme continue à générer une mortalité élevée malgré les progrès conséquents enregistrés ces dernières années tant dans la compréhension de ses mécanismes et sa physiopathologie qu'en matière de médicaments visant à contrôler la crise ou l'activité de fond de la maladie (1,2). La réduction de cette mortalité passe essentiellement par l'amélioration substantielle de la prise en charge de la crise.

La reconnaissance rapide, sur des arguments cliniques fiables, des crises d'asthme potentiellement létales est la première des mesures contribuant à l'amélioration de la prise en charge des crises

Une crise d'asthme correspond à la survenue rapidement progressive d'une dyspnée sibilante éventuellement associée à une toux plus ou moins rapidement régressives sous traitement ou spontanément. Toute crise d'asthme recèle un potentiel de gravité qu'il s'agit de reconnaître précocement pour s'entourer du maximum de garanties de succès. L'absence de profil précis du malade à risque impose une surveillance étroite de toute crise d'asthme. Dès que seront réunis les arguments de gravité, un traitement anti-inflammatoire et bronchodilatateur généralement efficace sera institué d'emblée afin d'assurer au malade les chances maximum de succès.

II. Arguments de gravité de la crise d'asthme:

Les arguments de gravité d'une crise d'asthme pourraient être groupés en quatre rubriques (tableau I):

- arguments anamnestiques permettant de mieux appréhender le génie évolutif de la maladie de fond et le mode d'installation de la crise.

- signes de détresse vitale

- signes de menace d'asthme aigu grave

- arguments de gravité tirés de l'examen clinique.

* Service de Réanimation Polyvalente, CHU Monastir

** Service de Pneumologie, CHU Monastir

Tableau I: Signes de gravité d'une crise d'asthme

1- Antécédents

- asthme ancien
- asthme instable nécessitant une corticothérapie au long cours d'autant que celle-ci a été récemment interrompue
- hospitalisation récente pour crise aiguë grave
- ventilation mécanique
- intolérance à l'aspirine

2 Signes de détresse (d'installation brutale ou progressive)

- Troubles de conscience
- Collapsus
- Pause respiratoire
- silence auscultatoire

3- Syndrome de menace de l'Asthme Aigu Grave (s'installant en plusieurs jours) **et caractérisé par:**

- l'augmentation de la fréquence des crises
- l'augmentation de la gravité des crises
- la résistance des crises au traitement
- l'augmentation de la consommation de médicaments à intervalle de moins en moins libre
- la diminution progressive du débit expiratoire de pointe

4- Signes de gravité immédiate (relevés par l'examen clinique)

- difficulté à parler ou à tousser
- agitation
- sueurs et/ou cyanose
- muscles sterno-cleido-mastoïdiens contractés en permanence
- fréquence respiratoire > 30c/min
- fréquence cardiaque > 120/min
- pouls paradoxal > 15 mmHg
- débit expiratoire de pointe < 50% de la théorique
- PaCO₂ > 40 mmHg
- SaO₂ < 92%

Pris séparément, aucun de ces arguments cliniques ne permet d'affirmer la nature grave de la crise. Cependant, plusieurs combinaisons de ces paramètres peuvent se rencontrer dans les crises graves. L'attitude consensuelle actuelle, consiste à considérer grave toute crise dans laquelle un DEP < 50% de la théorique est associé à deux des autres critères cliniques de gravité.

III. Critères d'hospitalisation:

Une des grandes préoccupations du médecin des urgences en charge d'un asthmatique en crise, est la décision d'hospitalisation. Il est en effet très fréquent que le patient reste encore symptomatique après un traitement optimum conduit au sein du service d'urgences. Qui doit-on alors autoriser à rentrer au domicile avec un minimum de risques encourus et qui doit-on hospitaliser en toute sécurité?

Les arguments d'hospitalisation généralement admis sont les suivants (3,4):

- *La persistance d'une saturation artérielle < à 92% en air ambiant malgré les thérapeutiques administrées.*
- *La persistance de la contraction des muscles respiratoires accessoires.*
- *La présence d'un pouls paradoxal supérieur à 15 mmHg.*
- *Une hypercapnie > à 50 mmHg ou bien un pH < à 7,35.*
- *Un débit expiratoire de pointe inférieur à 50% de la valeur prédite ou bien un débit expiratoire qui ne s'améliore que légèrement sous traitement (gain de moins de 10% de la théorique).*

Fischl et coll ont proposé un score (Annexe 1) utilisable dans les services d'urgence permettant la prédiction des récurrences des crises dans les 10 jours suivant la consultation en urgence, aidant ainsi à la décision d'hospitalisation (5). Un score à 4 avait la meilleure valeur prédictive de récurrences et de la nécessité d'hospitalisation.

Nous avons récemment analysé la valeur prédictive de deux scores (Fischl et Salmeron (6), annexe 2) qui se sont révélés à fort pouvoir discriminant (figure). Un score de Salmeron > 9 et de Fischl > 5 sont fortement prédictifs de la nécessité d'hospitalisation.

REFERENCES

1. NINAN TK, RUSSELL G.

Respiratory symptoms and atopy in Aberdeen school children: evidence from two surveys 25 years apart.

BMJ 1992; 304: 873-875.

2. SERAS MR.

Descriptive epidemiology of asthma.

Lancet 1997; 350(suppl II): 1-4.

3. CORBRIDGE TC, HALL JB.

The assessment and management of adults with status asthmaticus.

Am J Respir Crit Care Med 1995; 151: 1296-1316.

4. LEVY BD, KITCH B., FANTA CH.

Medical and ventilatory management of status asthmaticus

Intensive Care Med 1998; 24: 105-117.

5. FISCHL MA, PITCHENIK A, GARDNER LB.

An index predicting relapse and need of hospitalisation in acute bronchial asthma.

N Engl J Med 1981; 305: 783-789.

6. SALMERON S, BROCHARD L, MAL H.

Nebulized versus intravenous salbutamol in hypercapnic acute asthma. A multicenter double-blind randomized study.

Am J Respir Crit Care Med 1994; 149: 1466-1470.

Annexe 1: Score de Fischl (5)

<i>Paramètres</i>	<i>Score=0</i>	<i>Score=1</i>
Fréquence cardiaque	< 120	= 120
Fréquence respiratoire	< 30	= 30
Pouls paradoxal (mmHg)	< 18	= 18
DEP (L/min)	> 120	= 120
Dyspnée	absente ou légère	modérée ou sévère
Contraction des muscles respiratoires accessoires	absente ou légère	modérée ou sévère
Sibilants	absents ou légers	modérés ou sévères

Annexe 2: Score de Salmeron et al (6)

	<i>Paramètres</i>			
	0	1	2	3
Dyspnée	0	+	++	+++
Sibilants	0	+	++	+++
Muscles accessoires	0	+	++	+++
Fréquence respiratoire (min)	<20	21-25	26-30	>31
Pouls paradoxal (mmHg)	<18	18-30	31-50	>51

La dyspnée est cotée de 0 à +++ allant depuis l'absence de dyspnée (0) à la détresse respiratoire franche (+++). L'importance des râles sibilants: ils sont de 0 (absence de râles) à +++ correspondant au stade le plus grave où le murmure vésiculaire devient presque inaudible traduisant le passage extrêmement difficile de l'air à travers des bronches obstruées. Les muscles respiratoires accessoires (sterno cleido-mastoïdiens principalement) sont également cotés de 0 à 3 en fonction du degré de leur contraction. La fréquence respiratoire et l'importance du pouls paradoxal constituent les deux derniers éléments de ce score. Les extrêmes du score peuvent ainsi aller de 0 pour la crise pas grave du tout (voire même absence de crise) à 15 pour la crise extrêmement grave.

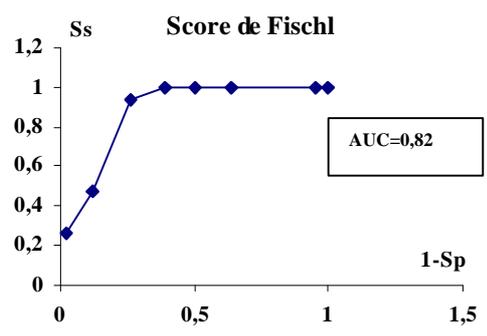
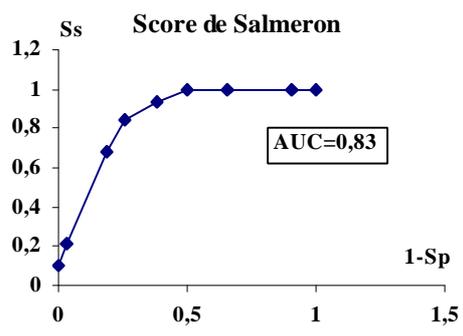


Figure I: Courbe ROC pour les deux scores