

# Prise en charge

## Status asthmaticus

# Status asthmaticus

- ❖ Crise d'asthme sévère aiguë représentée par une insuffisance respiratoire imminente.
- ❖ Correspond à un PRAM 11-12

# Insuffisance respiratoire

Incapacité de l'appareil respiratoire d'assumer son rôle, c'est-à-dire de transformer du sang veineux chargé en  $\text{CO}_2$  en sang artériel chargé en  $\text{O}_2$ .

# Insuffisance respiratoire

## Manifestations cliniques

- ❖ Désaturation ( $\text{SpO}_2 < 92\%$ )
- ❖ Tachypnée / Apnée
- ❖ Tirage important
- ❖ Tachycardie / Bradycardie
- ❖ Fatigue
- ❖  $\text{CO}_2$  en augmentation
- ❖ Altération de l'état de conscience
- ❖ Léthargie
- ❖ Cyanose

➤ URGENCE MÉDICALE!

# Salle de réanimation

- ❖ Position semi-assise
- ❖  $FiO_2$  pour maintenir  $SpO_2 \geq 98\%$
- ❖ Monitoring cardio-respiratoire

# Médication en inhalation

- ❖ Salbutamol 100mcg/inh via aérochambre
  - ❖ < 20kg = 500mcg Q20min x 3
  - ❖ ≥ 20kg = 1000mcg Q20min x 3
  
- ❖ Ipratropium 20mcg/inh via aérochambre
  - ❖ < 30 kg = 80mcg Q20min x 3
  - ❖ ≥ 30 kg = 160mcg Q20min x3

# Corticostéroïdes

## ❖ Méthylprednisolone I.V

❖ 2mg/kg (max 80mg) x1  
(si dexaméthasone P.O non reçue au préalable)

❖ Puis 1mg/kg (max 40mg) Q6h

# Sulfate de magnésium

- ❖ Si PRAM > 8 après 60 à 90 minutes de traitements
- ❖ MgSO4 I.V
  - ❖ 75mg/kg (max 2500mg) x 1 dose (sur 30 minutes)
  - ❖ Monitoring cardio-respiratoire x 1heure à partir du début de la dose
  - ❖ Prendre TA Q5min durant administration et Q15minx2 par la suite

\*Effets secondaires: Hypotension, bradycardie, nausées, faiblesse musculaire...

# Salbutamol en continu

- ❖ Après 90 minutes de Salbutamol Q20 via aérosol doseur...
- ❖ Salbutamol en continu
  - ❖ Patient < 20kg = Mélanger 9ml de Salbutamol 5mg/ml + 51ml de NaCl 0,9% et nébuliser à 10 ml/h
  - ❖ Patient  $\geq$  20kg = Mélanger 18ml de Salbutamol 5mg/ml + 42ml de NaCl 0,9% et nébuliser à 10 ml/h



- Consultation soins intensifs
- Transfert centre tertiaire

# Salbutamol intraveineux

- ❖ Dose initiale recommandée: 1mcg/kg/min
  - ❖ Augmentation par incrément de 0,5mcg/kg/min

\*Effets secondaires: Arythmies, tachycardie, hypertension artérielle, hypokaliémie, ↑ lactate...

- ❖ Examens complémentaires
  - ❖ Gaz capillaire
  - ❖ Rayon X poumon

- Consultation soins intensifs
- Transfert centre tertiaire

# Support ventilatoire

## ❖ CPAP / BiPAP

- ❖ Améliore l'insuffisance respiratoire (favorise la ↓ du CO<sub>2</sub> et ↑ SpO<sub>2</sub>)
- ❖ Améliore la détresse respiratoire clinique (↓ tirage, ↓ Fr, ↑ confort)
- ❖ Attention aux risques de pneumothorax

## ❖ INTUBATION

- ❖ Dernier recours
- ❖ Doit être fait par la personne disponible la plus expérimentée
- ❖ Jusqu'à 45% de risques de complications chez les asthmatiques
- ❖ Utiliser la KÉTAMINE comme agent inducteur et sédatif en continue

- Consultation soins intensifs
- Transfert centre tertiaire

# Héliox

- ❖ Gaz de faible densité qui voyage plus facilement au travers les résistances
- ❖ Mélange optimal 70% He pour 30% O<sub>2</sub>
- ❖ Si besoin O<sub>2</sub> plus élevé, possible d'administrer mélange 60% He/40% O<sub>2</sub>

# Gaz halogénés

- ❖ Consultation en anesthésie requise
- ❖ Patient intubé seulement
- ❖ Système ANACONDA disponible dans quelques centres au Québec (dont CHUSJ) permettant l'administration de gaz halogénés via respirateur standard avec circuit à double branche.

- Consultation soins intensifs
- Transfert centre tertiaire

# Transfert

Dès que vous constatez qu'une crise sévère ne répond pas aux traitements initiaux, il serait sage de contacter un centre tertiaire pour demander conseils ou bien organiser le transfert de votre patient.

# Sources

❖ Urgence CHU Ste-Justine

<http://www.urgencehsj.ca/protocoles/asthme-aigu/>

<http://www.urgencehsj.ca/protocoles/asthme-algorithme-status-asthmaticus/>

❖ Société Canadienne de Pédiatrie

<https://cps.ca/en/documents/position/managing-an-acute-asthma-exacerbation>