

	FICHE TECHNIQUE	UP-FT-003
	<b>CONDUITE A TENIR DEVANT UNE CRISE D'ASTHME DE L'ENFANT</b>	
	Version 01 du 19/04/2013	
page 1/4		
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT \Urgences pédiatriques		

## I) EVALUER LA GRAVITE :

### A) Facteurs de risques :

<b>FDR liés à l'asthme</b>	<b>Facteurs déclenchant spécifiques</b>	<b>Facteurs liés au terrain</b>
Asthme instable avec conso élevée de B2 (1AD / mois), ATCD hospit en réa - USI, Sevrage récent en corticoïdes Augmentation de la fréquence et de la gravité des crises depuis 6 mois	Virus, Anesthésie, Introduction de nouveaux aliments, Stress psychologique Sport intensif	Adolescent et enfant de moins de 4 ans, obésité Multi allergies : respiratoire- alimentaire- médicamenteux, mauvaise perception de l'obstruction, non observance, Tabagisme

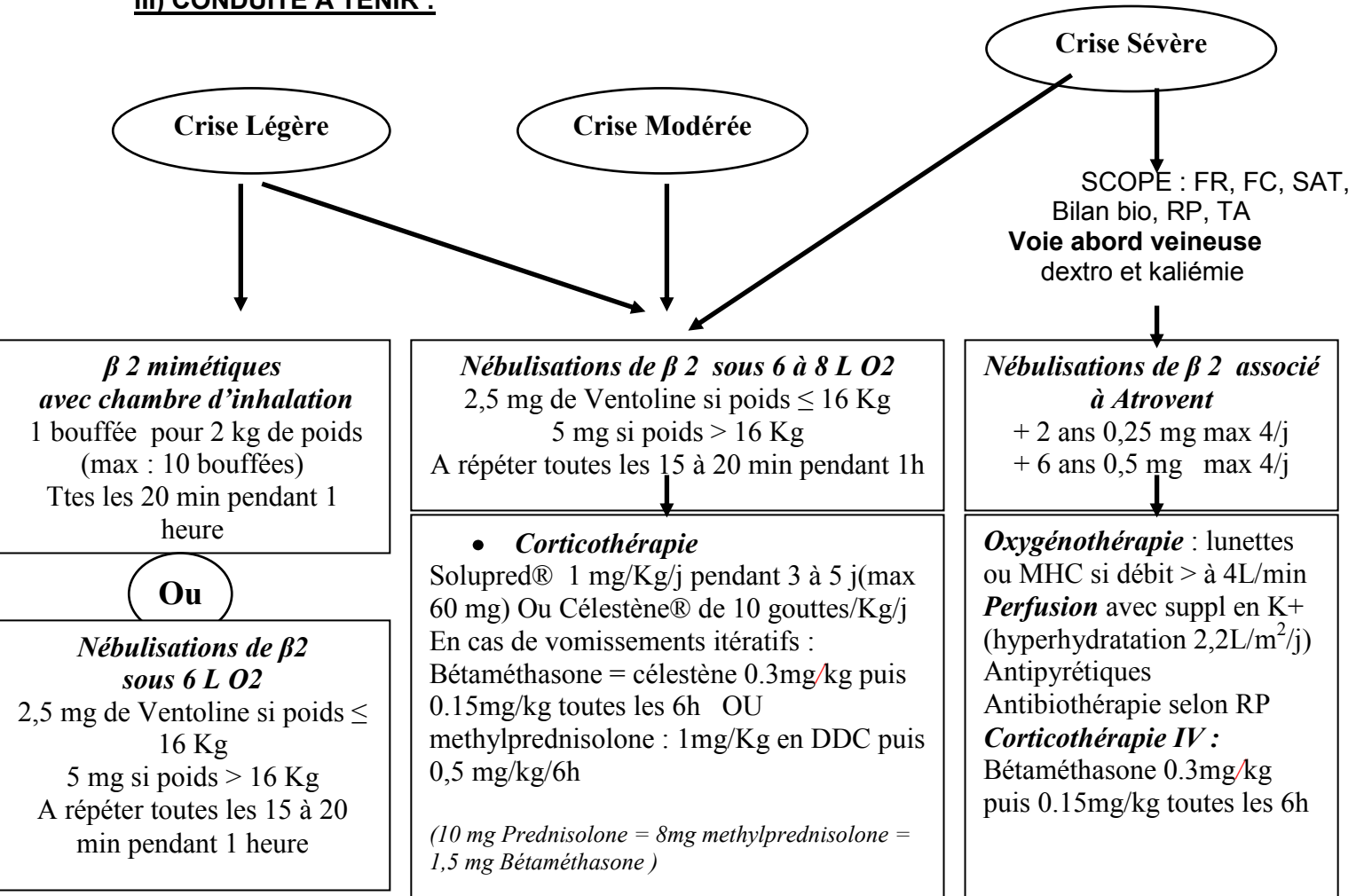
### B) Critères de Gravité :

<b>Crise Légère</b>	<b>Crise Modérée</b>	<b>Crise Sévère</b>
Sibilants expiratoires ou toux FR normale  Pas de DR  Activité et parole possible Réponse conservée et durable aux B2 DEP > 75 % SaO2 > 94 %	Sibilants aux 2 temps +/- toux FR augmentée, Mise en jeu muscles respiratoires accessoires  Chuchote 3 à 5 mots Réponse conservée B2 50 % < DEP < 75 % 91 % < SaO2 < 95 %	Sibilants rares MV diminué ou absent DR franche + cyanose FR > 40/min si 2-5 ans, FR > 30/min si > 5ans  Activité et parole impossible Faible réponse aux B2 DEP = 50 % Saturation < 91 %

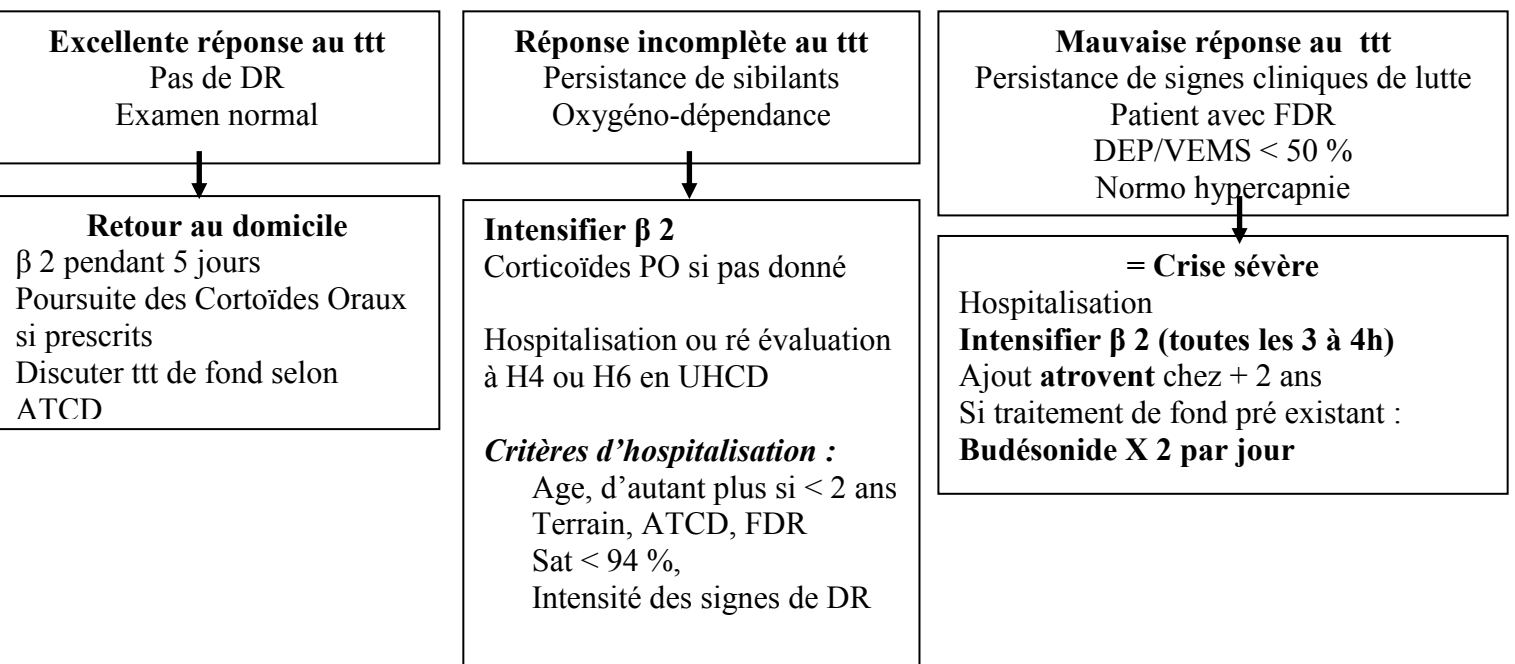
## II) PRISE EN CHARGE AUX URGENCES :

- **SYSTEMATIQUE** : FC, FR, SpO2, T°
- **Radio Pulmonaire** : NON SYSTEMATIQUE  
Indications : fièvre  $\geq 38,5^\circ$ , crise d'asthme sévère, RP jamais réalisée, foyer pulmonaire systématisé à l'auscultation ou asymétrie auscultatoire, oxygéo-dépendance plus de 24h
- **Bilan Biologique** :  
Indications : fièvre depuis plus de 24 h : CRP minute + / - , foyer pulm, vomissements  
Crise sévère : NFS, CRP (+/- PCT si foyer systématisé), Hémoc si T°, iono sang (K+)  
Si asthme chez enfant de moins de 3 ans : IgE totales + phadiatop si jamais réalisées
- **Prélèvements viraux et bactéri** :  
Viro nasale systématique si hospitalisation, PCR mycoplasme selon le contexte (si asthme connu > 2ans ++)  
Pas d'ECBC en routine sauf terrain particulier : immunodéprimé, muco ...

### III) CONDUITE A TENIR :



### Evaluation à H2 :



	FICHE TECHNIQUE	UP-FT-003
	<b>CONDUITE A TENIR DEVANT UNE CRISE D'ASTHME DE L'ENFANT</b>	Version 01 du 19/04/2013
		page 3/4
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT \Urgences pédiatriques		

#### **IV) ETAT DE MAL ASTHMATIQUE :**

Crise sévère avec Facteurs de risque (cf 1.) et tachycardie, tachypnée, mise en jeu des Sterno cleido mastoïdien, pouls paradoxal > 20 mmHg, abolition du murmure vésiculaire, PaCO<sub>2</sub> > 40 mmHg, installation de la crise sous corticoïde PO, hypotension artérielle, pauses respiratoires, troubles de conscience y compris agitation

- ***β 2 mimétiques sous cut :***

Terbutaline = Bricanyl® en SC au niveau abdominal en cas de silence auscultatoire

Posologie: ½ ampoule si < 25Kg, 1 ampoule si > 25Kg à répéter une fois si nécessaire (1 ampoule = 0,5 mg) ou 10 µg/Kg

- ***β 2 mimétiques IV : Salbutamol => Mutation en USI***

En présence de signes d'alarmes ou en l'absence d'amélioration après une heure

Dilution : 5 ml de salbutamol fort = 5 mg = 5000 µg, d'où 1 ml = 1000 µg à diluer dans 19ml de G5% soit 1 ml = 50 µg

Posologie : dose de charge 5 µg/Kg en IVL sur 10 min soit 0,1 ml/Kg de la solution

puis dose d'entretien de 0,5 µg/Kg/min soit 0,6ml/Kg/h de la solution à 2 µg/Kg/min à augmenter par palier de 0,25 µg/Kg toutes les 15 min si insuffisant (maxi 5mg/h)

- ***Aminophylline :***

En seconde intention en cas de réponse insuffisante au salbutamol, en association avec celui-ci. Nécessite une surveillance du taux sérique (entre 5 et 15 µg/ml)

Posologie : Dose de Charge 6 mg/kg puis de 0,5 à 0,9 mg/Kg/h

- ***Sulfate de Magnésium :***

En seconde intention

Posologie IV : 40 mg/Kg en 20 min (maximum 2g)

- ***Cas particulier : Bronchoconstriction lors réaction anaphylaxie alimentaire : ne pas oublier la Prise en charge du choc avec adrénaline***

#### **PRESCRIPTIONS DE SORTIE :**

- Ordonnance :

Corticothérapie = 3 à 5 jours si nécessaire

β 2 : 5 à 10 jours

Traitement de fond ⇨ oui si ATCDT asthme et crise sévère, durée MIN 3 mois

⇨ A évaluer : si pas d'ATCDT prouvé et crise modérée avec Facteur

déclenchant retrouvé

Si l'enfant possède déjà un ttt de fond : vérifier observance, chambre inhalation et contrôle de l'asthme

Si asthme contrôlé : poursuivre aux mêmes doses

Si asthme non contrôlé : majorer le ttt de fond et consultation pneumo pédiatrique


#### **Quel traitement de Fond ?** Corticostéroïdes inhalés++,

1- Débuter chez le nourrisson avec Flixotide 50 2.0.2

2- Anti leucotriènes (Singulair) : Pas de monothérapie chez l'enfant de moins de 2 ans

Indication Monothérapie : asthme induit à effort chez le plus de 2 ans ou asthme persistant léger sans ATCD de crise d'asthme ayant nécessité une corticothérapie orale au cours des 6 derniers mois.

Posologie : 1 sachet de 4 mg le soir dans une cuillère aliment froid de 6 mois à 5 ans

	FICHE TECHNIQUE	UP-FT-003
	<b>CONDUITE A TENIR DEVANT UNE CRISE D'ASTHME DE L'ENFANT</b>	Version 01 du 19/04/2013
		page 4/4
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT \Urgences pédiatriques		

1 cp de 5 mg à croquer chez les 6- 14 ans, 1 cp de 10 mg à avaler chez les plus de 15ans

- Plan d'action de crise
- Fiche technique d'utilisation des Système d'inhalation.

Bibliographie :

Prise en charge de la crise d'asthme de l'enfant, GRAPP, Rev mal respi 2007

Combined inhaled anticholinergic agents and  $\beta$  2 for initial treatment of acute asthma in children, Cochrane Database syst Rev 2000

Révision de la 3ème conférence de consensus : Prise en charge des crises d'asthme aiguës graves de l'adulte et de l'enfant, Réanimation 2002