

P42 :Prise en charge des exacerbations d'asthme dans une unité d'urgence respiratoire



S. Khakha, F. Oussedik, R. Khelafi
Service de Pneumologie B, CHU BENI MESSOUS
Faculté De Médecine d'Alger, Algérie

INTRODUCTION :

L'exacerbation d'asthme est un phénomène paroxystique qui peut mettre en jeu le pronostic vital. Les exacerbations sont un problème dans la prise en charge de l'asthme, indépendamment de la sévérité de l'asthme et de la pression thérapeutique, le risque de survenue d'une exacerbation persiste. Les exacerbations sévères sont responsables de nombreuses hospitalisations, d'une éviction scolaire et d'un coût élevé pour la société. Elles sont un facteur important de morbidité dans l'asthme mais également un facteur de mortalité. Parmi les facteurs déclenchant les exacerbations, les infections virales ont un rôle majeur.

Objectif :

Le but de l'étude est d'évaluer le profil épidémiologique et les modalités de prise en charge de l'exacerbation d'asthme chez l'adulte dans une unité d'urgence respiratoire.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a concerné 208 hospitalisés pour exacerbation d'asthme modérée à sévère durant une période d'un an allant de décembre 2022 à novembre 2023, L'évaluation de la sévérité de l'exacerbation d'asthme s'est basée sur les recommandations GINA 2022.

Résultats :

Les exacerbations d'asthme chez nos patients ont représenté 38% des motifs d'hospitalisation dans l'unité d'urgence respiratoire.

L'âge moyen du patient est de 65ans dont le plus jeune est de 17ans et le plus âgé de 55ans. On note une prédominance masculine 63% avec un sexe ratio de:02., des pics d'hospitalisations ont été constatés en Avril, Septembre et Décembre. Le minimum d'hospitalisations a été observé au mois d'Aout. Le délai de consultation aux urgences après le début de l'exacerbation d'asthme variait de quelques heures à 7 jours avec une moyenne de 1,8 jour.

Avant leur admission, 18% des patients avaient reçu un traitement bronchodilatateur seul et 30% des patients avaient reçu un traitement bronchodilatateur et une corticothérapie orale. L'exacerbation d'asthme était modérée à sévère dans 88% des cas. Un asthme aigu grave a nécessité un transfert en réanimation dans 8% des cas.

Une infection virale a été suspectée dans le déclenchement de l'exacerbation d'asthme chez 70% des patients. Un reflux gastro-oesophagien était associé à l'asthme chez 3% des patients. Une obésité a été retrouvée chez 10% des patients. Un traitement de fond à base de corticothérapie inhalée ou corticothérapie inhalée associé à un bêta-2-mimétique inhalé à longue durée d'action était institué chez 38% des patients durant les 3 mois précédant l'exacerbation, 15% des patients avaient arrêté leur traitement de fond. Tous les patients ont été traités selon le protocole du service avec une corticothérapie per os ou par voie intra-veineuse et des nébulisations de salbutamol. Le recours à l'oxygénothérapie a été nécessaire chez 25% des patients. L'évolution a été favorable chez tous les patients et 03 cas de décès ont été enregistré dans notre série. Le séjour hospitalier variait de 7 à 18 jours. Un traitement de fond de l'asthme a été instauré ou renforcé chez 25% des patients qui présentaient des critères de non contrôle de l'asthme. Un plan d'action à adopter en cas d'exacerbation d'asthme dument expliqué aux patients et des explications leurs ont été également prodiguées sur le mode d'emploi du dispositif d'inhalation. Enfin, tous les patients ont été adressés en consultation spécialisée de pneumoallergologie pour prise en charge de leur asthme.

DISCUSSION

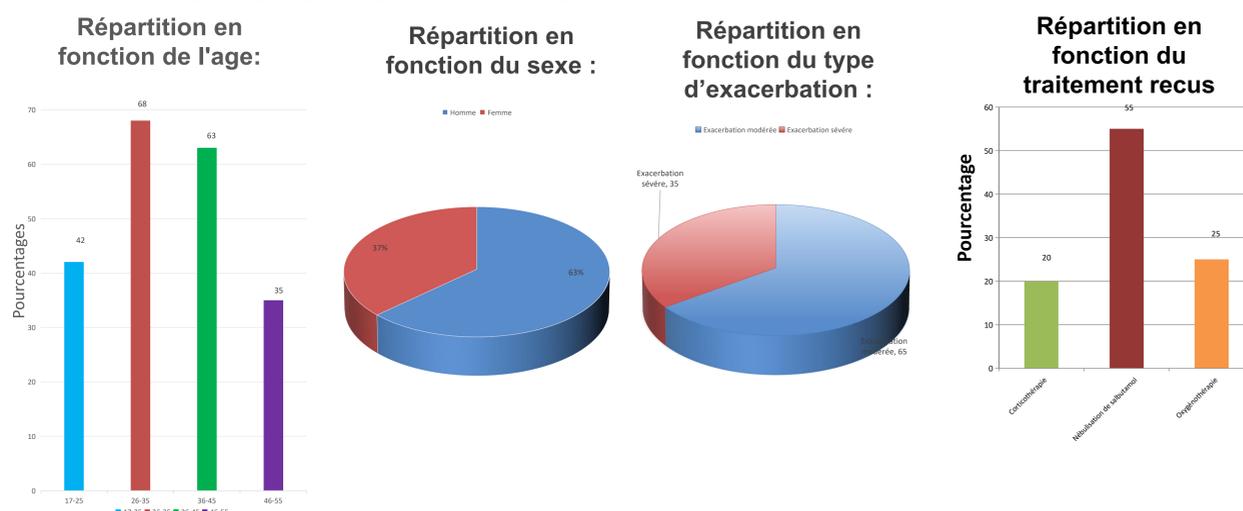
Les exacerbations d'asthme chez nos patients ont représenté une proportion importante des motifs d'hospitalisation dans notre unité d'urgence. Le pic du mois de décembre coïncide avec la recrudescence des infections respiratoires virales, notamment à rhinovirus, coïncide avec le maximum de pollen saisonnier, auxquels se rajouterait parfois l'arrêt du traitement de fond.

La proportion élevée d'hospitalisations pour la tranche d'âge entre 20-35 ans peut être expliquée par la non observance du traitement de fond, entraînant des hospitalisations plus fréquentes.

La prédominance masculine était évidente dans notre série. Plusieurs études épidémiologiques ont noté une proportion plus élevée des hospitalisations pour exacerbation d'asthme chez les hommes. L'association asthme et rhinite allergique est fréquente, certaines études suggèrent que le traitement de la rhinite allergique avec des corticostéroïdes nasaux améliore le contrôle de l'asthme chez les patients et pourrait par conséquent diminuer le risque d'exacerbation d'asthme. La prise en charge des exacerbations d'asthme en milieu hospitalier est bien codifiée. Les nébulisations de salbutamol, la corticothérapie et l'oxygénothérapie à la demande sont la base du traitement dans notre contexte. Une éducation thérapeutique bien menée et continue doit impérativement être intégrée au traitement de l'asthme puisqu'elle a montré son efficacité dans la prévention des exacerbations d'asthme en diminuant le recours aux urgences et aux hospitalisations.

CONCLUSION :

La prévalence des hospitalisations pour exacerbation d'asthme suit un profil saisonnier lié aux effets environnementaux. La plupart de ces hospitalisations pourraient cependant être évitées grâce à un meilleur contrôle de l'asthme et à l'amélioration de l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique et de son entourage. Ceci passe par la mise à leur disposition d'un plan d'action permettant une adaptation précoce du traitement dès la reconnaissance des signes d'exacerbation. Le but étant de diminuer la morbidité, les arrêts de travail et le cout très élevé des hospitalisations pour exacerbation d'asthme chez l'adulte.



BIBLIOGRAPHIE:

- Teach S.J., Gergen P.J., Szeffler S.J., Mitchell H.E., Calatroni A., Wildfire J., et al. Seasonal risk factors for asthma exacerbations among inner-city children. *J Allergy Clin Immunol.* 2015;135:1465–1473. doi: 10.1016/j.jaci.2014.12.1942.
- Engelmann I., Mordacq C., Gosset P., Tillie-Leblond I., Dewilde A., Thumerelle C., et al. Rhinovirus and asthma: reinfection, not persistence. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013;188:1165–1167. doi: 10.1164/rccm.201303-0585LE.
- Khetsuriani N., Kazerouni N.N., Erdman D.D., Lu X., Redd S.C., Anderson L.J., et al. Prevalence of viral respiratory tract infections in children with asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2007;119:314–321. doi: 10.1016/j.jaci.2006.08.041.