

Définition : l'ESA (ex-AAG) est une exacerbation d'asthme susceptible de mettre en jeu le pronostic vital ou nécessitant une prise en charge urgente.

Recherche de critères de gravité :

- ATCD d'hospitalisation et de recours à la ventilation mécanique pour asthme,
- Prise récente de corticoïdes oraux,
- Consommation importante ou croissante de bêta-2 mimétiques,
- Âge > 70 ans,
- Difficulté à parler,
- Troubles de la conscience, état de choc,
- Fréquence respiratoire > 30 cycles/min,
- Existence d'arguments en faveur d'une pneumopathie infectieuse.

Bilan :

- Rien de systématique
- RT et GDS (veineux ou artériels) en cas de doute diagnostique ou en cas de non-réponse au traitement.

Traitement :

- Bêta-2 mimétiques en nébulisation continue au cours de la première heure (pas d'intérêt de la voie IV) : de type terbutaline 5mg/15 min x4 sur 1h, puis en discontinue en fonction de la réponse (surveillance de la kaliémie).
- Associer un anticholinergique inhalé s à la dose de 0,5 mg de bromure d'ipratropium toutes les 8 heures.
- Corticothérapie IV ou PO (1 mg/kg d'équivalent méthylprednisolone, maximum 80 mg).
- Pas d'intérêt du sulfate de magnésium en première intention.
- ATBthérapie que si critères pour une PNP.
- Oxygénothérapie titrée pour un objectif de SpO₂ de 94 à 98%.

Aggravation

Surveillance : SAUV, UHCD, USC ou réanimation en fonction de l'évolution

Amélioration

Ventilation :

- Intérêt de la VNI et de l'oxygène haut débit non établi.
- IOT sur ISR si d'échec d'un traitement médical bien conduit ou en cas de présentation clinique grave d'emblée (troubles de conscience, bradypnée), par un médecin expérimenté.
- VAC avec prévention de la sur-distension thoracique : réduction VT (6-8mL kg de poids théorique), FR (6-10/min) et absence PEP, augmentation du le débit inspiratoire (80-100 L/min), augmentation du temps expiratoire. Limitation de la P_{plat}<30 cm H₂O. FiO₂ à adapter (SaO₂>90%).
- Sédation profonde et curarisation chez les patients les plus sévères.

RAD si amélioration en fonction :

- Des caractéristiques du patient, la fréquence des exacerbations, la sévérité du tableau clinique initial, la réponse au traitement, dont l'évolution du DEP (≥60% de la théorique)
- De la capacité de gestion du patient au domicile (recours au médecin traitant).
- Ordonnance de sortie des patients : bêta-2 mimétique de courte durée d'action, corticothérapie PO pour une durée courte (5-7 jours) et une corticothérapie inhalée si non prescrite auparavant.