

# Prise en charge de l'asthme aigu grave après le milieu de réanimation : expérience du service de pneumologie de l'hôpital 20 Août

Moumni S., El Khattabi W., Bamha H., Msika S. Bougteb N., Arfaoui H. Jabri H., My Afif H.  
Service des Maladies Respiratoires, Hôpital 20 Août 1953, Casablanca, Maroc

## INTRODUCTION

L'asthme aigu grave (AAG) est définie comme une exacerbation inhabituelle avec obstruction bronchique sévère, responsable d'une insuffisance respiratoire aiguë, pouvant mettre en jeu le pronostic vital à court terme, nécessitant une hospitalisation en milieu de réanimation avant d'adresser le patient vers un service de pneumologie pour suite de prise en charge et suivis adapté.

## MATERIELS ET METHODES

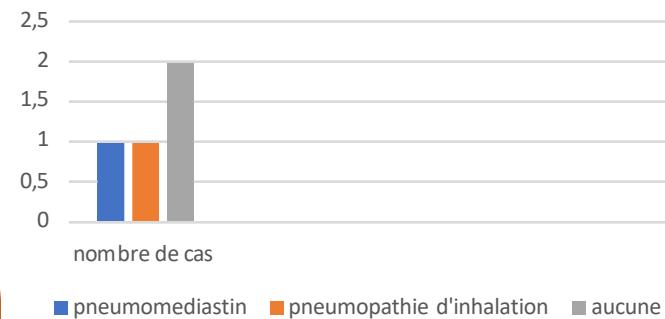
étude rétrospective portant sur 10 cas d'AAG transférés de la réanimation au service de pneumologie de l'hôpital 20 Août de Casablanca sur une période allant de Avril 2022 à septembre 2024.

## RESULTATS

La moyenne d'âge était de 32 ans, avec une prédominance féminine (60%). La moyenne d'âge d'évolution de la maladie astmatique était de 18,3 ans. Tous les patients étaient non observant de leur traitement de fond.

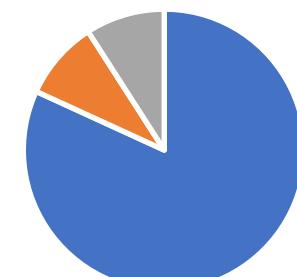
Un antécédent d'hospitalisation en réanimation pour AAG a été retrouvé dans 30% des cas. La durée moyenne du séjour en milieu de réanimation était de 5 jours.

Graph 1: Complications de l'AAG



### Au service de pneumologie 20 Aout :

- Durée moyenne d'hospitalisation: 6 jours.



Graph 2:  
Facteurs déclenchant

## ✓ La prise en charge thérapeutique:

### ✓ Traitement d'exacerbation:

- bronchodilatateurs de courte durée d'action en nébulisation en nébulisation dans tous les cas, associés aux anticholinergiques de courte durée d'action dans 1 cas
- corticothérapie orale (1mg/kg/jour) : tous les cas

### ✓ Antibiothérapie: tous les cas

- Bi-antibiothérapie: 50 % des cas

Tous nos patients ont bénéficié :

### ✓ Instauration traitement de fond

### ✓ Education thérapeutique

### ✓ Sensibilisation: facteurs déclencheurs

### ✓ Plan d'action personnalisé écrit

\*Prescrire des corticostéroïdes oraux (CSO) 5 à 7 jours pour les adultes (exp: prednisolone: 40 à 50 mg/jour) va réduire le risque de rechute, si le CSO est la dexaméthasone, le traitement ne dure que 1 à 2 jours, mais si échec de résolution des symptômes, envisager de passer à la prednisolone.

\*Identifiez les facteurs de risques de l'exacerbation et mettre en œuvre des stratégies pour réduire les facteurs modifiables (4).

\* Autogestion de l'asthme par l'élaboration de plan d'action écrit

\*Revoir le patient dans les 2 à 7 jours suivant la sortie et revoir la technique d'inhalation.

## Discussion

Global initiative for Asthma (GINA) a revue lors de sa dernière édition 2024 la gestion de l'AAG après hospitalisation en soins intensifs (1), elle préconise de:

\* commencer le traitement de fond à base de corticostéroïdes inhalés (CSI) s'il n'a pas été prescrit auparavant, avec de préférence la stratégie MART à base de CSI-formotérol en commençant par l'étape 4 (2), cela réduirait le risque d'exacerbations futures. Il faudrait augmenter progressivement la dose d'entretien pendant 2 à 4 semaines (3) si l'on prescrit le schémas classique.

## Conclusions

La prise en charge de l'AAG au-delà du milieu de réanimation détient une importance cruciale, l'éducation du patient et le plan d'action sont primordiaux.

## Références

- (1) GINA 2024(Main report), Box 9-5, P 170
- (2) GINA 2024(Main report), Box 4-5, p.76, Box 4-6, p.77 , Box 4-8, p.84
- (3) GINA 2024(Main report) Box 9-2, p.162
- (4) GINA 2024(Main report) encadré 3-5, p. 55