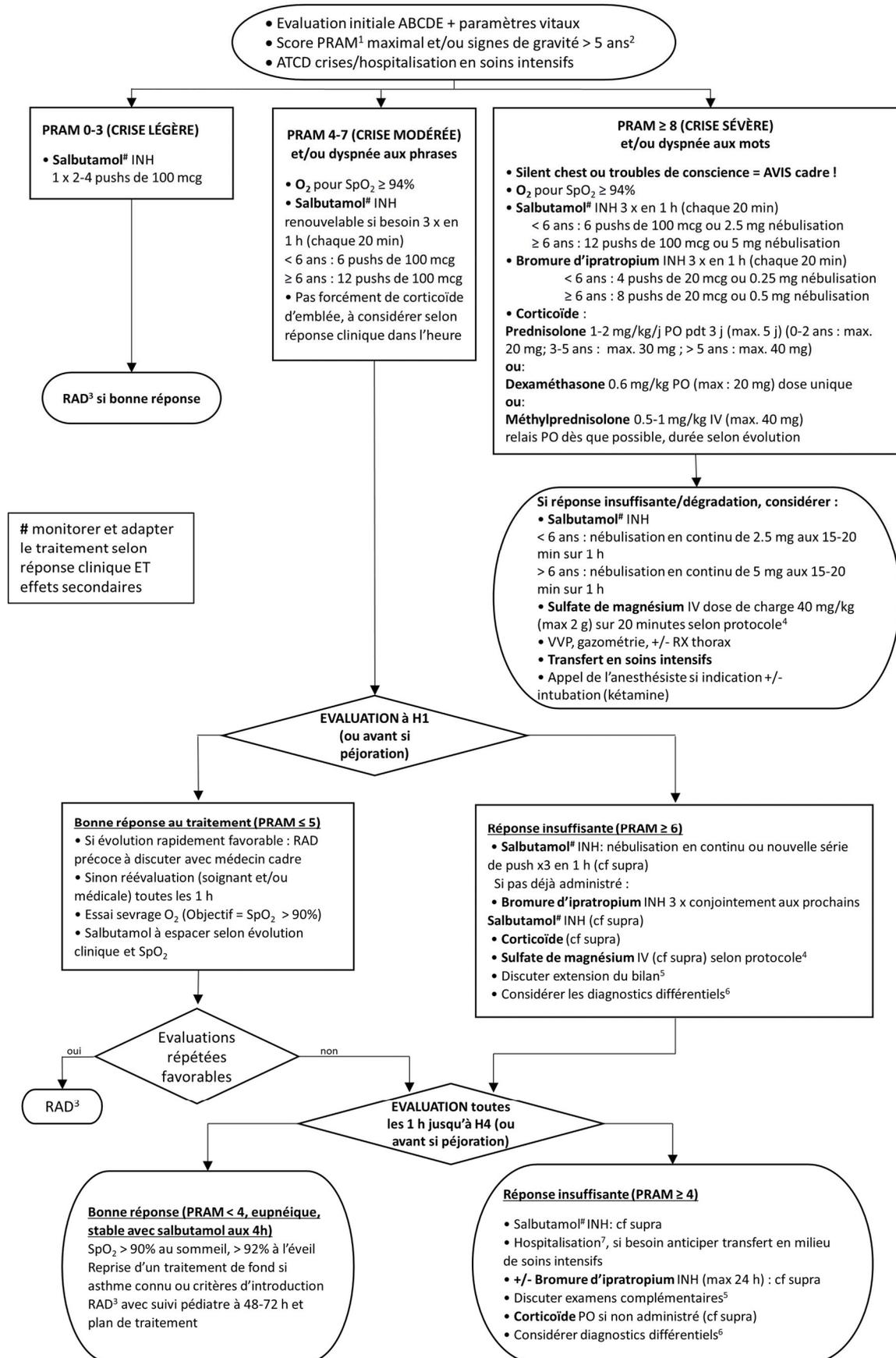


Asthme

Algorithme



Abréviations

ATCD : antécédents ; **H** : heure ; **INH** : inhalation ; **IV** : intraveineux ; **P** : push ; **PO** : per os **RAD** : retour à domicile ; **SpO2** : saturation périphérique en oxygène ; **VVP** : voie veineuse périphérique

Définitions/remarques

¹ PRAM (Paediatric Respiratory Assessment Measure) :

	0	1	2	3
Tirage sus sternal	Absent	-	Présent	-
Contraction muscles scalènes	Absent	-	Présent	-
Murmure vésiculaire	Normal	Diminué aux bases	Diminué apex et bases	Absent / très réduit
Sibilances	Absentes	Expiratoires	Inspiratoires et expiratoires	Audibles à l'oreille ou thorax silencieux
Saturation O ₂	≥ 95%	9-94%	< 92%	-

² Signes de gravité > 5 ans selon GINA :

Paramètre	Crise modérée	Crise sévère
Langage	Phrase par phrase	Mot par mot
Position du corps	Préfère position debout à couchée	Assis avec tête penchée en avant
Agitation	Non	Oui
Utilisation musculature respiratoire accessoire (tirages)	Non	Oui
Fréquence respiratoire	Augmentée (cf normes PALS)	> 40/min
Fréquence cardiaque	Augmentée (cf normes PALS)	5-10 ans > 140/min > 10 ans > 120/min
Saturation O ₂ (air ambiant)	92-94%	< 92%

Conduite à tenir

³ Retour à domicile

- Vérifier avec la personne en charge de l'enfant la bonne compréhension de la technique d'inhalation et le bon fonctionnement du matériel, qui doit être adapté à l'âge (masque vs embout buccal)
- Établir un plan de traitement de sortie de crise (p.ex. Contrôle chez le pédiatre à 48-72 h ou schéma dégressif salbutamol selon protocole local) ; traitement corticoïde au besoin (pas nécessaire avec *dexaméthasone, car dose unique suffisante) et discuter de l'introduction d'un traitement de fond selon le contexte (le plus souvent par le pédiatre traitant).
- Plan de traitement en cas de récurrence de crise (cf. document institutionnel)

4 Protocole sulfate de magnésium 10% (préparation selon protocoles du service)

- **Dose de charge IV : 40 mg/kg sur 20 minutes (dose max. 2 g)**
- **Réévaluation à T0, T30 et T60 min.** : si pas d'amélioration, transfert en soins intensifs pour perfusion continue
- Perfusion continue IV = 40 mg/kg/h pendant 4 h (max. 2 g/h)
- **Effets indésirables** : Hypotension et bradycardie
- **Surveillance infirmières** : Toutes les 15 min pendant 1 h : FC, TA, FR et état général

5 Examens complémentaires : (facultatifs, si jugés nécessaires)

- Rx thorax : p.ex. crise sévère, suspicion d'une autre pathologie/complication (pneumothorax, pneumonie, corps étranger, atélectasie, cardiopathie)
- Gazométrie
- Glucose, lactates, Na⁺, K⁺ (si doses importantes de salbutamol)

6 Diagnostics différentiels (non-exhaustif) :

- Corps étranger dans les voies aériennes
- Anaphylaxie
- Pneumothorax
- Cardiopathie (CAVE : myocardite)
- Diabète type 1 (respiration de Kussmaul)
- Pneumonies (atypique, virale)
- Acidose lactique sur intoxication au salbutamol

7 Critères d'hospitalisation et/ou surveillance prolongée > 4 heures

- Impossibilité d'espacer salbutamol aux 3-4 h
- Oxygène-dépendance : SpO₂ < 92% à l'éveil ou < 90% au sommeil
- Difficultés d'hydratation
- Consultations multiples dans les 24-48 h précédentes
- Patients à hauts risques (ancien prématuré, bronchodysplasie pulmonaire, cardiopathie non compensée, maladie neuromusculaire)
- Situation socio-familiale complexe, risque de mauvaise observance thérapeutique, pas de moyen de transport
- Crises d'asthme sévère et/ ou hospitalisation antérieure en soins intensifs pour crise d'asthme

Aspects cardio-circulatoires

- Garantir un bon état d'hydratation
- Eventuel « remplissage » par NaCl 0.9 % iv.

Références/liens

Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2022).

www.ginasthma.org

Prise en charge et traitement de la crise d'asthme de l'enfant aux urgences - pédiatrie suisse. [Prise en charge et traitement de la crise d'asthme de l'enfant aux urgences - pädatrie schweiz \(paediatricschweiz.ch\)](http://www.paediatricschweiz.ch)

Keeney, G. E., Gray, M. P., et al. (2014). Dexamethasone for acute asthma exacerbations in children: a meta-analysis. *Pediatrics*, 133(3), 493-499. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2273>

Dahan, E., El Ghazal, N., et al. (2023). Dexamethasone versus prednisone/prednisolone in the management of pediatric patients with acute asthmatic exacerbations: a systematic review and meta-analysis. *J Asthma*, 60(8), 1481-1492. <https://doi.org/10.1080/02770903.2022.2155189>

Becker, S. M., Job, K. M., et al. (2019). Prospective study of serum and ionized magnesium pharmacokinetics in the treatment of children with severe acute asthma. *Eur J Clin Pharmacol*, 75(1), 59-66. <https://doi.org/10.1007/s00228-018-2557-7>

Mots-clés

Asthme, bronchite obstructive, détresse respiratoire

Domaine	Auteurs	Date de validation	Date de révision
Ped-Ro*/Urgences	Clara Bouchez Ludivine Coulon Manuel Martinez Jean-Yves Pauchard Johan N. Siebert	12.12.2024	12.12.2026

* Ped-Ro , les recommandations du réseau romand de pédiatrie : Centre Hospitalier du Valais Romand - Sion, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Lausanne, Ensemble Hospitalier de la Côte - Morges, Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois - Yverdon, Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique - Nyon, Hôpital cantonal - Fribourg, Hôpital de la Tour - Meyrin, Hôpital du Jura - Delémont, Hôpital Intercantonal de la Broye - Payerne, Hôpital Riviera-Chablais - Rennaz, Hôpitaux Universitaires de Genève, Réseau Hospitalier Neuchâtelois