

Asthme : inflammation chronique des bronches – hyper réactivité – Syndrome obstructif

Etiologies de l'asthme : **Allergique ou Intrinsèque**

Diagnostic et surveillance :

EFR normale : test de provocation a la métacholine

Syndrome obstructif : test de bronchodilatation a la ventoline (asthme si VEMS augmente de 10%)

Surveillance par peakflow à domicile

LA BRONCHOMOTRICITE

Le parasymphatique (stimulation du vague) entraîne une bronchoconstriction

Pas d'innervation sympathique des muscles lisses, action de l'adrénaline circulante (Bronchodilatatrice + antiinflammatoire)

Non Adré/Non cholinergique : les neuropeptides, certains sont B+, d'autres B-

Epithélium : Rôle protecteur, production de facteurs B+ ou B-

ANESTHESIE PRATIQUE

Préop : Bilan clinique : stabilité de l'asthme

Rech Surinfection récente (augmente la réactivité)

Prémédication : Peu de risques si asthme stable.

ATARAX®

Perop : **Spray Béta2 prêt + Adrénaline à portée !**

ALR préférable, mais risque de problème vagal lié au stress (=bronchospasme, vomissements)

AG : **Induction profonde**

Spray à portée de main

Choix d'AA peu HL : Propofol, AAH (effet B+ des AAH)

Morphinique

Nimbex (peu HL)

POINTS CLES

SPRAY B2Mimétique à portée, Adrénaline 0.1mg/ml

INDUCTION PROFONDE

CHOIX D'AGENTS PEU HL (Propofol/Sufenta/Nimbex)

Réveil profond, ou extubation rapide – Eviter décurarisation

RETARDER LA CHIRURGIE SI INSTABILITE OU SURINFECTION RESPIRATOIRE

PRE OXYGENATION

Cf fiche bronchospasme