

TRAITEMENT DE L'ASTHME

dr U de Pontbriand, Nantes le
3/12/2011

DEFINITION du GINA

(global initiative for asthma)

« **Maladie inflammatoire chronique des voies aériennes dans laquelle de nombreuses cellules jouent un rôle, notamment les mastocytes, les éosinophiles et les lymphocytes T. Chez les sujets prédisposés, cette inflammation entraîne des symptômes récidivants de sifflements, d'essoufflement et de toux particulièrement la nuit et au petit matin. Ces symptômes sont généralement associés à une obstruction diffuse, mais variable des voies aériennes, qui est au moins partiellement réversible soit spontanément, soit sous traitement. L'inflammation entraîne également une augmentation de la réactivité des voies aériennes à une multitude de stimuli. »**

MANIFESTATIONS CLINIQUES HABITUELLES

- Prodromes variables selon les enfants: rhinite claire, démangeaisons pharyngées, changement de comportement.
- Toux quinteuse initialement sèche, sibilants, dyspnée avec allongement du temps expiratoire répondant aux bronchodilatateurs de façon variable selon la sévérité de la crise
- **La crise peut parfois se traduire par un seul de ces symptômes: toux, sibilants ou tachypnée**

EQUIVALENTS D'ASTHME

- Toux et trachéite spasmodique: surtout toux sèche, nocturne ou déclenchée par émotions, humidité, sport.
- Bronchites répétées
- Foyers récidivants
- Manifestations d'effort: bronchospasme à l'arrêt de l'exercice physique, parfois toux isolée

DEUX ENTITES EN PRATIQUE

- **Asthme du nourrisson: concerne l'enfant de moins de 36 mois:** « tout épisode dyspnéique avec râles sibilants, qui s'est produit au moins trois fois depuis la naissance et cela quelque soient l'âge de début, la cause déclenchante et l'existence ou non d'une atopie »
- **Asthme du grand enfant**

PRISE EN CHARGE DU NOURRISSON

dr U de Pontbriand, Nantes le
3/12/2011

Qui traiter???

- Tout nourrisson pour qui chaque rhume ou chaque poussée dentaire « tombe sur les bronches »
- Surtout si persistance entre les épisodes de bronchiolites de toux (notamment nocturne ou quand il s'agit) ou de sibilants

Quels examens complémentaires???

Le seul examen indiqué en première
intention est la radio de thorax de face
Importance surtout si échec du traitement

Quel traitement proposé???

- Fluticasone 50 µg : 2 bouffées matin et soir
- Pendant 3 mois d'emblée
- En spray dans une chambre d'inhalation avec masque facial

En prévenant les parents que l'amélioration ne surviendra que dans une quinzaine de jours

Pourquoi ça ne marche pas?

- Parce que le traitement n'est pas donné ou arrêté à chaque amélioration
- Parce que la technique d'inhalation n'est pas maîtrisée +++
- Parce qu'il existe des facteurs aggravant: tabac, RGO, expositions aux infections virales répétées

Pourquoi ça ne marche pas?

Parce que ce n'est pas de l'asthme.....

Qui adresser au spécialiste?

- Terrains particuliers: prématurité ou réanimation néonatale prolongée, cardiopathie congénitale, maladie neurologique...

Formes sévères, inhabituelles ou atypiques

- **Stagnation ou cassure pondérale**
- Signes intercritiques: stridor, cornage, dyspnée aux deux temps, polypnée, weezing asymétrique, tirage, bronchorrhée, toux productive matinale
- Déformation thoracique
- Signes extra-respiratoires associés: troubles de déglutition, diarrhée chronique, souffle cardiaque, dyspnée d'effort, douleurs abdominales, vomissements

- Anomalie radiologique
- Échec d'un traitement bien pris

Quel place pour les anti-leucotriènes?

- Asthme du nourrisson dont les symptômes réapparaissent au moment des viroses respiratoires, malgré un tt bien pris et après avoir éliminé les facteurs aggravant

Quel place pour le bilan allergo?

- Pas chez le nourrisson (asthme viro induit)
- **NE PAS ARRÊTER LE LAIT** devant une symptomatologie habituelle d'asthme du nourrisson

PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME APRES 36 MOIS

dr U de Pontbriand, Nantes le
3/12/2011

Qui traiter???

- L'enfant qui fait des crises d'asthme fréquentes (plus de 3 dans l'hiver) et qui n'a pas de symptômes intercritiques...
- L'enfant qui présente: une toux nocturne au moins deux nuits par mois, une toux aux émotions, au rire, une gêne à l'effort (dyspnée ou toux) constatée fréquemment

Que donner???

- Chez les moins de 10 ans, un CTI en spray dans une chambre d'inhalation en utilisant l'embout buccal (on retire le masque facial si présent)
- Chez les plus de 10 ans, on peut utiliser les formes poudres à condition que l'asthme soit modéré, sinon on commence par spray + chambre

Quelle dose?

- Toujours démarrer par un corticoïde inhalé facilement associé à un BDLA
- Place des antileucotriènes à discuter secondairement
- Doses à adapter selon la sévérité de l'asthme et les tt précédemment entrepris (cf recommandations du GINA)

Quelle durée?

- On démarre pour trois mois et on prévoit une réévaluation clinique et EFR

Quels examens complémentaires?

- Radiographie de thorax de face
- EFR +++++
- Bilan allergologique

Qui adresser?

- L'asthme persistant (justifiant un traitement de fond) doit être suivi cliniquement + EFR au moins tous les 6 mois
- Asthme intermittent: un bilan annuel
- Rapidement en cas d'infections récidivantes, radio de thorax pathologique, mauvaise réponse au traitement...

CE QUI EST VALABLE POUR TOUT ENFANT

- Prescription systématique d'une chambre d'inhalation et d'un bronchodilatateur en spray
- CAT écrite datée et adaptée au poids de l'enfant

bethaméthasone: 15 gttes par kg

Prednisolone: 2 mg/kg (max 60 mg)

EDUCATION THERAPEUTIQUE+++

ET ENFIN....

RESEAU ASTHME DE LOIRE
ATLANTIQUE

02 40 48 22 41

dr U de Pontbriand, Nantes le
3/12/2011