

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Asthme de l'enfant de moins de 36 mois : diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigus

Mars 2009

DÉFINITION

L'asthme de l'enfant de moins de 36 mois est défini comme tout épisode dyspnéique avec râles sibilants, qui s'est produit au moins trois fois depuis la naissance et cela quels que soient l'âge de début, la cause déclenchante et l'existence ou non d'une atopie.

PRISE EN CHARGE INITIALE

Faire le diagnostic

- La stratégie diagnostique repose sur trois éléments :
 - ▶ la symptomatologie clinique, récidivante et à prédominance nocturne ;
 - ▶ la normalité de la radiographie de thorax ;
 - ▶ l'efficacité d'un traitement antiasthmatique d'épreuve.
- La présence de signes d'atopie personnels ou familiaux renforce le diagnostic ; l'enquête allergologique peut être proposée en seconde intention.
- L'avis du spécialiste peut être nécessaire pour éliminer un diagnostic différentiel et procéder à des investigations spécialisées.

Évaluer la sévérité

- L'évaluation repose principalement sur la fréquence des exacerbations et la présence ou non de symptômes intercritiques.
- Elle définit l'asthme intermittent, l'asthme persistant léger à modéré, l'asthme persistant sévère et l'asthme intermittent sévère.

Rechercher des facteurs aggravants, déclenchants ou associés

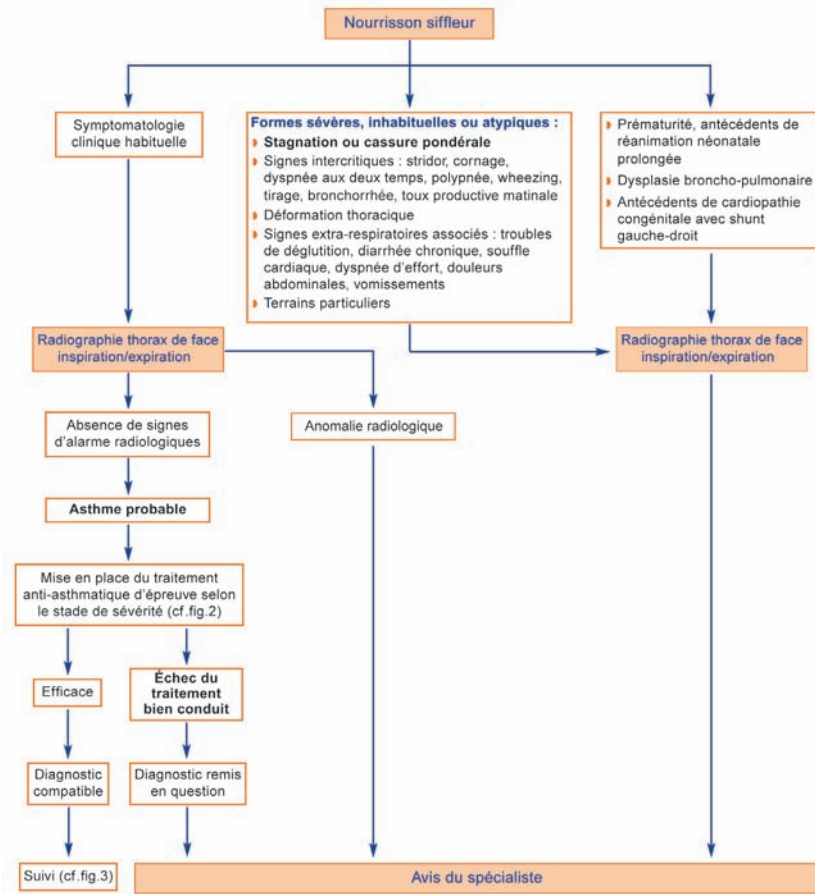


Figure 1. Démarche diagnostique et prise en charge initiale

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

Stratégie initiale

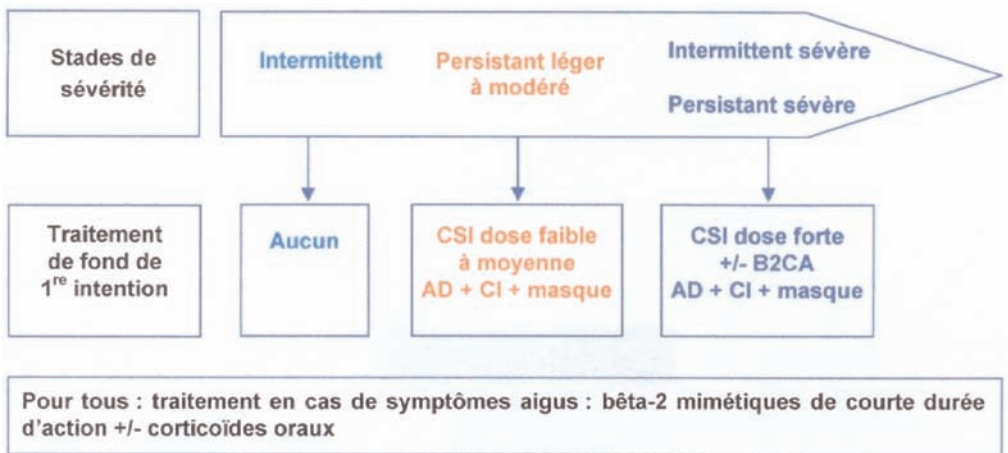
- La prise en charge médicamenteuse dépend de la sévérité initiale : lorsque les corticostéroïdes inhalés sont indiqués, ils doivent être poursuivis au moins trois mois.
- Les facteurs aggravants ou associés doivent être pris en compte :
 - ▶ éviter l'exposition au tabac ;
 - ▶ réduire l'exposition aux allergènes identifiés ;
 - ▶ traiter un reflux gastro-œsophagien en cas de signe évocateur, une pathologie rhinosinusienne ;
 - ▶ prévenir les infections virales.
- L'éducation thérapeutique est nécessaire (non détaillée dans cette recommandation).

Doses quotidiennes de corticostéroïdes inhalés chez l'enfant de moins de 36 mois ($\mu\text{g}/\text{jour}$)

	Doses faibles à moyennes	Doses fortes	Doses maximales
Béclométasone AD*	250-500	> 500	1 000
Budésonide AD*	200-400	> 400	800
Fluticasone AD*	100-200	> 200	400
Budésonide nébulisé	NA*	1 000- 2000	NA**

* AD : aérosol-doseur. Chez le nourrisson, il s'utilise obligatoirement avec une chambre d'inhalation : les parents doivent être formés à l'utilisation des chambres d'inhalation chez leur enfant.

** NA : non applicable

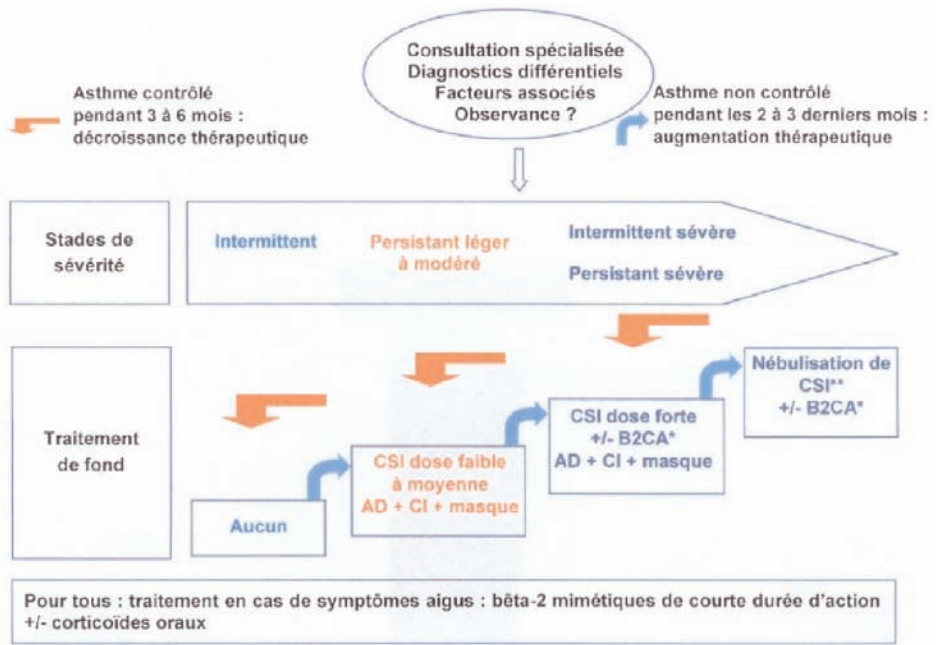


AD : aérosol-doseur ; CI : chambre d'inhalation ; CSI : corticostéroïdes inhalés ; B2CA : Bêta-2 mimétiques de courte durée d'action.

Figure 2. Stratégie médicamenteuse initiale

Adaptation de la stratégie en fonction du contrôle de l'asthme

- L'objectif est d'obtenir le contrôle total de l'asthme, c'est-à-dire l'absence de symptôme et de recours aux soins, avec la dose minimale de corticostéroïdes inhalés.
- En cas de non-contrôle de l'asthme :
 - ▶ s'assurer qu'il s'agit bien d'un asthme ;
 - ▶ rechercher des facteurs associés ;
 - ▶ augmenter la posologie des corticostéroïdes inhalés tous les 2 à 3 mois sans dépasser la dose maximale quotidienne ;
 - ▶ en cas de persistance du non-contrôle malgré un traitement bien conduit, adresser l'enfant au spécialiste.



AD :aérosol-doseur ; CI : chambre d'inhalation ; B2CA : bêta-2 mimétiques de courte durée d'action ; CSI :corticostéroïdes inhalés

* B2CA ; ils sont donnés en association avec le corticostéroïde inhalé quand l'asthme persistant sévère ou intermittent sévère n'est pas contrôlé avec le CSI seul à dose forte (en spray ou en nébulisation). L'administration se fait :
 - soit en aérosol-doseur avec chambre d'inhalation : salbutamol 200 µg deux fois par jour
 - soit en nébulisation : salbutamol (posologie par nébulisation : 1,25 mg si poids < 10 kg ; 2,5 mg si poids 10 à 16 kg) ou terbutaline (posologie par nébulisation : 0,1 à 0,2 mg/kg).

** CSI en nébulisation : budésonide 0,5 à 1 mg x 2/j ou béclométasone 0,4 à 0,8 mg x 2/j

Figure 3. Stratégie médicamenteuse en fonction du contrôle

Mesures associées

- Proposer la kinésithérapie respiratoire en cas d'hypersécrétion bronchique et ce en dehors des épisodes aigus.
- Renforcer les mesures pour contrôler les facteurs aggravants de l'environnement.

SUIVI

- La survenue d'une exacerbation sévère ou la perte de contrôle nécessitent une consultation pour réévaluer le traitement.
- Chez l'enfant dont l'asthme est contrôlé avec des doses de corticostéroïdes inhalés faibles à moyennes, une consultation tous les 3 à 6 mois chez le médecin généraliste ou le pédiatre est recommandée.

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles :
 « Asthme de l'enfant de moins de 36 mois » – Mars 2009.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur

www.has-sante.fr et www.sp2a.fr