Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

Revue française d'allergologie 56 (2016) 573–578

Revue critique

Diagnostic et prise en charge de l'asthme chez les enfants âgés de 5 ans et moins. Mise à jour 2015 du Global Initiative for Asthma (GINA)

Diagnosis and management of asthma for children aged of 5 years and younger. Global Initiative for Asthma (GINA) Edition 2015

G. Dutau [a,*], F. Lavaud [b]

[a] *9, rue Maurice-Alet, 31400 Toulouse, France*
[b] *Service des maladies respiratoires et allergiques, CHU de Reims, 51092 Reims, France*

Reçu le 17 février 2016 ; accepté le 6 juin 2016
Disponible sur Internet le 6 octobre 2016

Résumé

L'asthme débute très tôt dans l'enfance chez un asthmatique sur deux. C'est la première cause de morbidité chez l'enfant âgé de 5 ans et moins à cause des absences scolaires, des admissions aux urgences et des hospitalisations qui sont fréquentes. Bien que plusieurs facteurs de risque soient identifiés, en particulier les sensibilisations aux allergènes de l'intérieur des maisons, aucune mesure n'a démontré sa capacité à prévenir, à elle seule, le développement de l'asthme ou à modifier sensiblement son histoire naturelle à long terme. La mise au point du Global Initiative for Asthma 2015 (GINA), un document de 22 pages, a pour but d'informer les professionnels de santé, les autorités de Santé publique et la communauté, pour améliorer la prévention et la prise en charge de l'asthme des enfants âgés de 5 ans et moins dans le monde. Elle aborde successivement : (i) les connaissances acquises sur l'asthme à cet âge ; (ii) le diagnostic ; (iii) le contrôle de la maladie ; (iv) l'évaluation de l'asthme ; (v) la prise en charge ; (vi) les exacerbations. Cette mise au point se termine par un glossaire des classes de médicaments antiasthmatiques. Ces nouvelles recommandations, résumées dans cette analyse, seront très utiles à tous les pneumologues, en particulier ceux qui s'occupent des jeunes enfants atteints d'asthme léger, modéré et sévère.
© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Asthme du jeune enfant ; Pédiatrie ; Pneumologie pédiatrique ; Traitement de l'asthme

Abstract

The onset of asthma begins very early in one over two asthmatic children. It is the most important cause of death in infants 5 years old and younger, and a frequent cause of absence from school, emergency room visits and hospital admissions. Although several risk factors have been identified, in particular, sensitivity to indoor allergens, no particular means has been shown to have the capacity to prevent the development of asthma or to modify significantly over a long term its natural history. An up-to-date version of the 22-page document Global Initiative for Asthma 2015 (GINA) has as its objective to inform health professionals, public health authorities and the community as a whole how they can ameliorate the prevention and management of asthma in such young children. It deals with the subject in the following order: (1) available information on asthma at this age; (2) its diagnosis; (3) control of this disease; (4) evaluation of asthma; (5) management of asthma; (6) exacerbations. This new edition finishes with a glossary of the types of anti-asthmatic drugs. These new recommendations, summarized in this analysis, should be very useful to pneumologists, in particular those who are responsible for the management of young children with mild, moderate or severe asthma.
© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Infantile asthma; Pediatrics; Pediatric Pneumology; Asthma therapy; GINA 2015

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : guy.dutau@wanadoo.fr (G. Dutau).

http://dx.doi.org/10.1016/j.reval.2016.09.001
1877-0320/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

L'asthme débute très tôt dans l'enfance chez la moitié des asthmatiques. Les absences scolaires, les admissions aux urgences et les hospitalisations font de l'asthme la première cause de morbidité chez le jeune enfant. Bien que plusieurs facteurs de risque soient identifiés, en particulier les sensibilisations aux allergènes de l'intérieur des maisons, aucune mesure n'a démontré qu'elle pouvait à elle seule prévenir le développement des symptômes d'asthme ou modifier significativement son histoire naturelle à long terme. La mise au point du Global Initiative for Asthma 2015 (GINA) a pour but d'informer les professionnels de santé, les autorités de Santé publique et la communauté, pour améliorer la prévention et la prise en charge de l'asthme des enfants âgés de 5 ans et moins dans le monde. Depuis sa création, le GINA a fait l'objet de nombreuses mises au point. Le but de cette analyse est d'informer les médecins sur ces nouvelles recommandations car nombreux sont ceux qui s'occupent de jeunes enfants atteints d'asthme léger, modéré et sévère. Certes, l'asthme du jeune enfant peut régresser, voire disparaître au bout de quelques années mais il est nécessaire de connaître ses phénotypes pour essayer de prévoir sa gravité et son évolution.

2. Que sait-on sur l'asthme du jeune enfant ?

L'asthme de l'enfant de moins de 5 ans présente des similitudes, mais aussi des différences avec les autres formes d'asthme survenant aux autres âges de la vie. Le GINA 2015 rappelle que les symptômes de l'asthme du jeune enfant sont surtout le *wheezing* (sifflements thoraciques audibles à distance), la respiration courte, la striction thoracique et la toux [1].

Les principaux facteurs qui peuvent aggraver les symptômes sont les infections virales, l'exposition aux allergènes (acariens, pollens, moisissures, blattes), l'inhalation passive de fumée de tabac, l'effort physique[1], les stress. Ces facteurs sont surtout nocifs lorsque l'asthme n'est pas contrôlé. Le *wheezing* peut survenir au cours d'affections autres que l'asthme, en particulier les viroses respiratoires, les corps étrangers bronchiques, la mucoviscidose, la dyskinésie ciliaire primitive, etc.

Les exacerbations et les attaques d'asthme peuvent se développer même si l'enfant reçoit un traitement antiasthmatique. Lorsque l'asthme n'est pas contrôlé, ces épisodes peuvent être graves et mêmes fatals chez certains enfants à risque.

Le traitement nécessite une approche par paliers, adaptée à chaque enfant, en fonction des particularités des médicaments et de leur coût. Le traitement par corticoïdes inhalés (CI) diminue la fréquence et la sévérité des symptômes et le risque de développer une exacerbation.

À cet âge, aucun test d'exploration de la fonction respiratoire (EFR) n'est disponible. Heureusement, l'asthme des jeunes enfants peut être traité avec efficacité et la plupart d'entre eux peuvent bénéficier d'un bon contrôle. Lorsque celui-ci est bon, les patients n'ont pas de symptômes pendant le jour et la nuit, n'ont besoin que d'une faible quantité de médicaments de secours, ont une activité physique normale et n'ont pas d'exacerbations ou d'attaques d'asthme.

[1] Chez le nourrisson, les efforts liés à l'alimentation ou à la tétée sont assimilables à des efforts physiques et peuvent entraîner des symptômes d'asthme chez le très jeune enfant.

Tableau 1
Symptômes suggérant le diagnostic d'asthme chez l'enfant de moins de 5 ans.

Toux	Toux récidivante ou persistante non productive qui peut s'aggraver la nuit, à l'exercice, au rire, aux cris, à l'exposition à la fumée de tabac. Accompagnée le plus souvent de *wheezing*
Wheezing	Récidivant, peut survenir la nuit provoqué par les mêmes facteurs déclenchants que la toux, en particulier la pollution de l'intérieur et de l'extérieur des maisons
Difficultés respiratoires	Respiration difficile et courte. Facteurs déclenchants : exercice, rire, cris. Fatigue rapide pendant la marche
Réduction de l'activité	L'enfant ne joue pas et ne court pas avec la même intensité que les autres enfants
Antécédents familiaux	Autres allergies (dermatite atopique, rhinite allergique). Antécédents d'asthme dans la famille nucléaire (parents, frères et sœurs)
Test thérapeutique	Une dose faible de CI et un B2CA entraînent une amélioration pendant 2–3 mois

CI : corticoïdes inhalés ; B2CA : bêta2 agonistes de courte durée d'action.

3. Porter le diagnostic d'asthme chez le jeune enfant

Le GINA 2015 précise les éléments du diagnostic [1]. Compte tenu du fait que les symptômes récurrents comme le *wheezing* et la toux sont fréquents chez les enfants qui n'ont pas d'asthme, surtout ceux de moins de 3 ans, le GINA insiste sur les *wheezings* viro-induits qui peuvent être : (i) un épisode viro-induit isolé ; (ii) un épisode d'asthme saisonnier ou induit par les allergènes ; (iii) un épisode non identifié d'asthme non contrôlé.

Le diagnostic d'asthme à cet âge de la vie est évoqué devant la présence d'un *wheezing* mais, malheureusement, il n'existe aucun test de certitude chez le jeune enfant. La mise au point du GINA insiste sur certains des éléments cliniques (Tableau 1) [1].

En pratique, un test diagnostique doit associer pendant au moins 2–3 mois un bêta2-agoniste de courte durée d'action (B2CA) et des doses régulières de corticoïdes inhalés (CI). L'efficacité de ce traitement est en faveur du diagnostic d'asthme surtout si l'enfant présente une aggravation clinique lorsque ces médicaments sont arrêtés. Étant donnée la variabilité des symptômes d'asthme, ce traitement peut être répété, si besoin, pour affirmer le diagnostic [2]. La décision doit être adaptée à chaque enfant.

Le GINA 2015 fournit un tableau des symptômes en trois parties en soulignant leur capacité à varier significativement dans le temps. La probabilité du diagnostic d'asthme en réponse au traitement antiasthmatique (CI + B2CA) est fonction du nombre annuel des épisodes et de la présence ou non de symptômes entre les épisodes (intervalle libre entre les crises). Les modalités de présentation clinique de l'asthme des moins de 5 ans vont des « formes modérées » (symptômes < 10 jours durant les

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/5669894

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/5669894

Daneshyari.com