

Asthme du nourrisson et du jeune enfant : de quoi parle-t-on ?

Asthma in infants and young children: What are we talking about?

J.-C. Dubus^{a,b,*}, M. Baravalle-Einaudi^a, B. Sterling^b, A. Carsin^a

^a Unité de pneumologie et allergologie pédiatriques, CHU Timone-Enfants, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 5, France

^b Service de médecine infantile, hôpital Nord, 13915 Marseille cedex 20, France

Reçu le 28 janvier 2016 ; accepté le 30 janvier 2016

Disponible sur Internet le 14 mars 2016

Mots clés : Asthme ; Diagnostique ; Préscolaire

Keywords: Asthma; Preschool children; Diagnosis

L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente et la première cause d'absentéisme scolaire, de consultation d'urgence et d'hospitalisation liée à une maladie chronique. Chez plus de la moitié des asthmatiques, l'asthme débute dans la petite enfance. Il est plus fréquent chez le garçon que la fille. Une atopie est notée chez la plupart des enfants asthmatiques de plus de 3 ans et la sensibilisation allergénique, en particulier combinée à un tabagisme environnemental, est un des facteurs de risque de développement d'asthme les plus importants. À noter aucune action n'a montré une quelconque efficacité pour prévenir le développement de l'asthme ou modifier son histoire naturelle à long terme [1,2].

1. Un diagnostic clinique de l'asthme préscolaire

L'asthme de l'enfant préscolaire est de diagnostic à la fois simple et difficile. Il est simple car le fait de « siffler » trois fois quel que soit le facteur déclenchant affirme le diagnostic mais il est difficile car nombreuses sont les causes pouvant induire au moins 3 épisodes sifflants, en particulier chez les 0–2 ans [1]. Comme la fonction respiratoire n'est pas évaluable en routine dans cette tranche d'âge, une approche basée sur la probabilité d'avoir de l'asthme est requise. Les dernières recommandations GINA de 2015 [2] proposent ainsi d'évaluer le nombre d'épisodes respiratoires (2–3/an vs >3/an et/ou des épisodes sévères et/ou s'aggravant la nuit), le type de symptômes (toux, sibilants, difficultés respiratoires de moins de 10 jours vs plus

de 10 jours lors d'épisodes infectieux des voies aériennes supérieures), l'état intercritique (absence de symptômes vs toux ou sibilants occasionnels aux rires ou efforts vs symptômes fréquents aux rires ou efforts), la présence d'une atopie ou d'une histoire familiale d'asthme (non vs oui). Plus les symptômes sont fréquents ou graves, nombreux, présents en intercritique chez un enfant atopique ou ayant une histoire d'asthme, plus la probabilité d'être asthmatique avoisine les 80–90 % et plus un traitement prophylactique d'épreuve mérite d'être tenté.

2. Les symptômes évocateurs d'asthme

Les sibilants sont les signes les plus fréquemment rapportés chez les enfants asthmatiques de moins de 6 ans. Leur observation récurrente ou pendant le sommeil ou lors de déclencheurs comme l'activité physique, les pleurs, le rire (pleurs et rires sont souvent des équivalents d'activité physique chez les plus jeunes), l'exposition au tabagisme environnemental ou à une source de pollution est très évocatrice d'asthme. Une confirmation médicale est souvent nécessaire pour différencier des sibilants de bruits transmis parfois rapportés comme « sifflements » par la famille.

La toux chronique est un autre mode de présentation de l'asthme, en augmentation probable de fréquence chez les préscolaires. Cette toux est classiquement non productive, récurrente ou persistante, et parfois accompagnée de sibilants. Un horaire matinal (réveil vers 1–2 h du matin) ou un déclenchement aux rires, pleurs, efforts et contrariétés, en dehors de tout contexte infectieux, sont hautement évocateurs. À noter qu'une

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean-christophe.dubus@ap-hm.fr (J.-C. Dubus).

Tableau 1
Principaux diagnostics différentiels de l'asthme de l'enfant préscolaire.

Diagnostic différentiel	Signes cliniques évocateurs
Infections respiratoires virales itératives	Toux de moins de 10 jours, intercrise négative, sibilants modérés
Reflux gastro-œsophagien	Toux aux repas, infections respiratoires récidivantes, vomissements post-prandiaux, bêta2 inefficaces
Inhalation de corps étranger	Début brutal, ou infections respiratoires répétées et localisées, signes unilatéraux
Dyskinésie trachéale	Toux rauque, tirage aux 2 temps, symptômes souvent précoces, aggravation possible avec bêta2
Tuberculose	Toux persistante, contact avec adulte bacillifère
Cardiopathie congénitale	Souffle, cyanose aux efforts (repas), croissance altérée, tachypnée, tachycardie, hépatomégalie
Mucoviscidose	Toux grasse le plus souvent et malabsorption (existence de faux négatifs du dépistage !)
Dyskinésie ciliaire primitive	Détresse respiratoire néonatale inexplicite, otites répétées, puis tableau de bronchectasie (50 % d'« asthme »)
Anomalie des arcs vasculaires	Respiration plutôt bruyante, difficultés à déglutir les morceaux souvent associées
Dysplasie bronchopulmonaire	Prématurité, ventilation assistée, oxygénodépendance de 28 jours
Déficit immunitaire	Infections respiratoires répétées, croissance altérée

rhinite allergique ou un rhume simple peuvent s'accompagner de toux en l'absence d'asthme.

Parfois les parents peuvent aussi rapporter une gêne respiratoire récurrente et déclenchée par l'effort.

Dans certains cas, l'histoire familiale (asthme chez les parents ou dans la fratrie de l'enfant) ou personnelle (dermatite atopique, rhinite allergique), ou encore la réponse clinique aux thérapeutiques anti-asthmatiques (amélioration sous traitement et aggravation lors de son arrêt) peuvent aussi orienter le diagnostic.

3. Le bilan paraclinique minimal

Tout enfant dont le diagnostic d'asthme est douteux ou chez qui un traitement prophylactique doit être entrepris mérite une

radiographie de thorax pour éliminer un diagnostic différentiel. Selon le contexte d'autres explorations peuvent être nécessaires.

Une recherche de sensibilisation aux aéroallergènes est recommandée à partir de 3 ans par prick-tests ou dosage des IgE spécifiques.

Les explorations fonctionnelles respiratoires peuvent s'envisager chez les enfants les plus dégourdis dès 3–4 ans en particulier si le technicien est expérimenté et que le côté ludique l'emporte (maintien de montgolfière à un certain niveau en fonction du souffle sur un écran d'ordinateur par exemple). La mesure du NO expiré n'est pas faite en routine mais pourrait, en cas d'élévation à distance d'un épisode infectieux ORL, guider le clinicien vers le diagnostic d'asthme.

4. L'arrière-pensée constante : celle du diagnostic différentiel

Nombreux sont les diagnostics différentiels possibles de l'asthme de l'enfant préscolaire (Tableau 1). Toute situation comprenant un des éléments suivant doit y faire penser et doit faire proposer des investigations complémentaires : retard staturo-pondéral, début néonatal ou très précoce des symptômes, vomissements, sibilants continus, mauvaise réponse aux traitements anti-asthmatiques délivrés de façon adéquate pour l'âge, absence de facteurs déclenchants typiques (comme par exemple une infection virale des voies aériennes supérieures), signes respiratoires localisés ou cardiovasculaires, hippocratisme digital, hypoxémie hors épisode aigu.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] HAS. Asthme de l'enfant de moins de 36 mois : diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigus. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/asthme_de_l'enfant_de_moins_de_36_mois_-_recommandations.pdf.
- [2] Global Strategy for Asthma Management and Prevention. ginasthma.org/loc/uploads/files/GINA_report_2015_Aug11.pdf.