

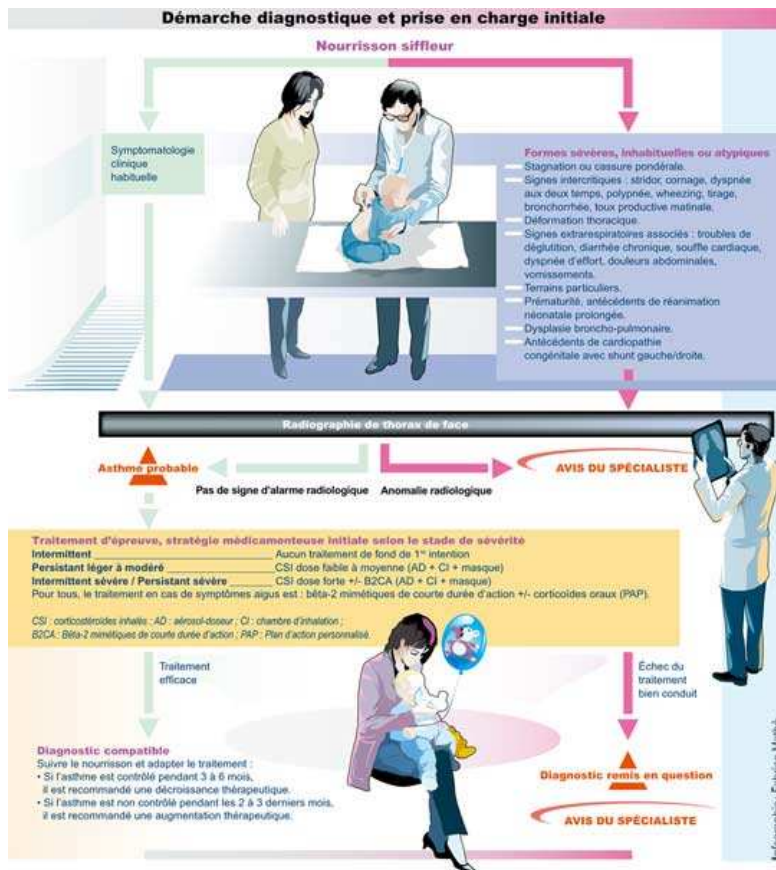
Asthme : des recommandations pour le nourrisson et le jeune enfant

D^r Caroline Latapy

Chef de projet – Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades – HAS

Pourquoi avoir élaboré des recommandations sur l'asthme, spécifiques à l'enfant de moins de 36 mois ?

Il existait des [recommandations pour l'asthme de l'enfant plus âgé](#), mais pas pour celui de l'enfant de moins de 36 mois. L'un des objectifs majeurs de ces nouvelles recommandations est d'améliorer le diagnostic de l'asthme du petit enfant pour éviter le risque de sous-traitement ou de suivi inadéquat. Avant l'âge de 36 mois, le mot « asthme » fait peur aux parents, car ils pensent que la maladie va durer toute la vie, et on parle plus volontiers de « bronchite asthmatiforme ». Or, la majorité de ces jeunes enfants ne restera pas asthmatique. Le deuxième objectif de ces recommandations est de préciser les stratégies diagnostique et thérapeutique à cet âge, en dehors des épisodes aigus.



[Afficher le schéma en grand format](#)
infographie : Fabrice Mathé

Quels sont les points importants pour le diagnostic ?

L'asthme de l'enfant de moins de 36 mois est défini par la répétition – au moins trois fois depuis la naissance – d'épisodes dyspnéiques avec râles sibilants. La toux ou les sifflements récidivants à prédominance nocturne orientent le diagnostic : la radiographie du thorax doit alors être systématique (après trois épisodes) pour éliminer les diagnostics différentiels (inhalation de corps étranger, mucoviscidose, cardiopathie...). L'efficacité du traitement antiasthmatique d'épreuve confirme le diagnostic. Il faut ensuite évaluer la sévérité de l'asthme, car elle détermine le choix du traitement. Cette évaluation repose surtout sur la fréquence des exacerbations et sur la présence ou non de symptômes intercritiques. Un avis spécialisé est utile dans les formes sévères ou lorsque le diagnostic est incertain.

Sur quoi repose le traitement médicamenteux ?

Un traitement de fond est indiqué dans les formes d'asthme à partir des stades persistant léger à persistant modéré. Il repose avant tout sur les corticostéroïdes inhalés, qui doivent alors être poursuivis pendant au moins trois mois. Il est important d'apprendre aux parents à bien utiliser les dispositifs d'inhalation et à respecter les doses et les durées du traitement. De plus, il est essentiel qu'ils évitent d'exposer leur enfant au tabac.



“ La définition de l'asthme du petit enfant est sans doute insuffisamment connue, d'où un risque de sous-diagnostic. ”

La récurrence de la toux ou des sifflements est souvent due à une infection virale qui doit être prévenue. Enfin, comme chez l'asthmatique adulte, il faut adapter le traitement au contrôle de la maladie.

Comment suivre les jeunes enfants asthmatiques ?

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 une dose minimale de corticostéroïdes inhalés (cf. tableau ci-dessous). La fréquence des consultations dépend de la sévérité et du contrôle de l'asthme : une consultation tous les trois à six mois lorsque l'asthme est contrôlé par des doses faibles à moyennes de corticostéroïdes inhalés. Si l'enfant est sous fortes doses, une consultation tous les un à trois mois chez le spécialiste est nécessaire. Enfin, pour les enfants qui n'ont pas de traitement de fond, le suivi habituel par le médecin généraliste ou le pédiatre convient.

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 ¹	250-500	> 500	1 000
Budésonide AD	200-400	> 400	800
Fluticasone AD	100-200	> 200	400
Budésonide nébulisé	NA ²	1 000-2 000	NA

1. AD : aérosol-doseur. Chez le nourrisson, l'aérosol-doseur s'utilise obligatoirement avec une chambre d'inhalation et un masque : les parents doivent être formés à l'utilisation des chambres d'inhalation pour leur enfant.

2. NA : non applicable.

> [Retour au sommaire](#)