

Conduite à tenir devant des encombrements bronchiques récidivants

Ce protocole a été élaboré par le Conseil scientifique et pédagogique du RABAN, présidé par Dr Mickaël FAYON (chef de service de pneumologie pédiatrique du CHU de Bordeaux), dont les membres sont :

Dr Vincent BOISSERIE-LACROIX, pneumologue-pédiatre attaché au CHU de Bordeaux, vice-président du RABAN

Dr Jean BOISVERT, médecin généraliste, vice-président du RABAN

Marik FETOUH, kinésithérapeute, kinésithérapeute-coordonnateur du RABAN

Dr Lilia MALOT, pneumopédiatre attachée au CHU de Bordeaux, médecin-coordonnateur du RABAN

Dr Pascal PILLET, responsable des urgences pédiatriques

Philippe SAINT-MARC, kinésithérapeute, président du Comité de pilotage du RABAN

➔ En cas de 3 épisodes ou plus, il faut évoquer l'asthme du nourrisson et éliminer d'autres pathologies.

Depuis 1981, on considère comme un asthme "tout épisode de gêne respiratoire avec sifflement, qui se reproduit au moins 3 fois avant l'âge de 2 ans et cela quelques soient l'âge de début, l'existence ou non d'atopie et la cause apparemment déclenchante" (Réfabert - Tabachnik)

Le bilan du nourrisson va comporter les phases suivantes :

1- Interrogatoire

Il est capital. Il va chercher :

- Des antécédents d'atopie personnelle ou familiale (eczéma, asthme, allergies),
- Des antécédents personnels pour éliminer prématurité, antécédents de détresse respiratoire néonatale, hospitalisations, cardiopathie,
- Les circonstances de survenue et les différents traitements instaurés,
- Rechercher des symptômes pouvant évoquer une autre pathologie : diarrhées, syndrome de pénétration, fausses-routes, vomissements, toux de primo-décubitus, stridor permanent ou aux pleurs, infections ORL itératives,
- D'autres symptômes qui doivent aussi faire évoquer la présence d'un asthme :
 - Toux nocturne avec insomnie
 - Toux ou sibilants après l'effort (ou des rires ou des pleurs)
 - Toux, sibilants ou gêne respiratoire après exposition à des allergènes ou polluants
 - Rhume « descendant sur les bronches » ou durant plus de 10 jours.

2- Examen clinique

En dehors des périodes d'exacerbation et de crise, l'examen est normal ; l'état nutritionnel est bon.

Il va chercher des signes d'hypoxie, une déformation ou une distension thoracique, une polypnée.

L'auscultation peut détecter des sibilants, et/ou des râles bronchiques.

Un examen ORL complet doit être réalisé.

3- Examens complémentaires

L'examen de base est la radio de face des poumons en inspiration expiration pour éliminer d'autres pathologies.

En première intention, en l'absence de signes d'alarme clinique ou radiologique, les examens suivants sont à discuter :

- NFS, IgA IgM IgG,
- Recherche carence martiale : ferritinémie, coefficient saturation transferrine,
- Test de la sueur si pas de dépistage de la mucoviscidose fait en période néonatale ou si présence de signes évocateurs,
- Radio du cavum (à partir de 6 mois),
- Inutilité de la radio des sinus avant 4 ou 5 ans,
- Bilan ORL (spécialiste),
- Tests allergiques.

D'autres examens complémentaires (α 1anti-trypsine, pH-métrie, TOGD avec cinéma de la déglutition, scanner thoracique, fibroscopie bronchique, EFR du nourrisson) seront faits (souvent en hospitalisation) devant les signes suivants :

- ✓ *Formes sévères,*
- ✓ *Formes inhabituelles* : Stridor, dyspnée deux temps, polypnée, signes inter critiques, déformation thoracique, toux productive matinale, bronchorrhée,
- ✓ *Signes extra respiratoires associés,*
- ✓ Cassure pondérale, diarrhée chronique, cardiopathie, douleurs abdominales,
- ✓ *Terrains particuliers,*
- ✓ Trisomie 21-Atrésie œsophage...
- ✓ *Radio thorax anormale ou situs inversus.*

4- Tests allergiques : qui tester ?

Il convient de faire une enquête allergologique si :

- les symptômes sont évocateurs de réaction allergique (notamment alimentaire),
- le déclenchement d'exacerbations se fait hors de tout contexte d'infection virale,
- les symptômes respiratoires s'accompagnent d'une dermatite atopique ou s'il existe une notion familiale d'allergie.

L'enquête allergologique comporte :

- un interrogatoire précis,
- des tests cutanés et/ou des RAST orientés.

5- Traitement

➤ Traitement des épisodes aigus

La réponse aux bronchodilatateurs est variable à cet âge et il convient de faire un test thérapeutique lors de la consultation. Selon la sévérité de la crise, on peut faire appel aux corticoïdes oraux en cures courtes. La kinésithérapie respiratoire peut être indiquée selon le tableau clinique.

➤ Traitement de fond

La priorité est d'agir sur l'environnement intérieur, en particulier le tabagisme passif.

Un traitement anti-inflammatoire est habituellement prescrit, en particulier des corticoïdes inhalés pour une durée suffisante (> 6 semaines) et précocement pour éviter un remodelage bronchique. Le mode d'administration est toujours avec une chambre d'inhalation de petit volume, voire un nébuliseur pneumatique. N'administrer que des médicaments ayant une AMM pour la nébulisation (par exemple : pas de Salbutamol IV ni de dexaméthasone en nébulisation).

6- Traitement de la comorbidité

- Allergie respiratoire,
- Pathologie d'inhalation,
- Foyers infectieux ORL, et broncho-pulmonaire,
- Composante psychologique,
- Environnement.