

Zoom sur...

LE MÉDECIN, LE KINÉSITHÉRAPEUTE ET L'ASTHME PRÉSCOLAIRE

QUELLES PRATIQUES COOPÉRATIVES ?

Quels sont les éléments clefs du diagnostic de l'asthme chez l'enfant de moins de 3 ans ? Quelle place pour la kinésithérapie respiratoire dans la prise en charge ? Point sur la base des dernières recommandations.

Dr Sydney Sebban, pédiatre, Paris ; Christian Fausser, kinésithérapeute, Paris ; Dominique Pelca, kinésithérapeute, Paris.

Un diagnostic délicat

Porter le diagnostic d'asthme avec certitude chez un nourrisson ou chez un enfant d'âge préscolaire est un exercice délicat. En effet, l'examen clinique est à cet âge peu contributif ; entre les épisodes d'asthme l'auscultation peut être normale et le bien-être d'un enfant dont les manifestations sont intermittentes peut être parfaitement respecté. Par ailleurs, la pratique d'exploration fonctionnelle respiratoire pour mettre en évidence, à cet âge, une obstruction bronchique et sa réversibilité nécessite une sédation et donc un environnement hospitalier. Cependant, la définition de Tabachnik et Levison (1) de l'asthme du nourrisson (au moins 3 épisodes de dyspnée expiratoire sifflante avant l'âge de 2 ans, quels que soient les facteurs déclenchants et l'âge de début) permet d'éviter le sous-diagnostic et le sous-traitement, même si elle ne fait pas le tri entre les présentations possibles : asthme viro-induit (« bronchite asthmatiforme » au décours d'une infection des voies aériennes supérieures) ou manifestations précoces (2) d'un asthme typique ("atopique") entre autres, et dont les pronostics sont différents. Enfin, les recommandations professionnelles édictées par la Société Pédiatrique de Pneumologie et d'Allergologie et la HAS en mars 2009 stipulent que la présence des signes suivants sont en faveur du diagnostic d'asthme chez l'enfant de moins de 36 mois (3) :

- la répétition des épisodes de toux et de sifflements (≥ 3) ;

« Le diagnostic d'asthme chez un enfant d'âge préscolaire est un exercice délicat »



- la prédominance nocturne des symptômes ;
- la normalité de l'examen entre les crises ;
- l'absence de retentissement sur le développement staturo-pondéral.

La présence de signes d'atopie personnels et/ou familiaux renforce la présomption d'asthme. Dans toutes ces situations, les recommandations sont de réaliser au moins une fois des radiographies du thorax de face (en inspiration et en expiration) afin d'éliminer un diagnostic différentiel tel que malformation ou inhalation de corps étranger.

Qui traiter ?

Le pronostic individuel de l'asthme du nourrisson reste la question centrale des parents (4). Les implications ultérieures pour l'enfant et sa famille d'un diagnostic d'asthme confirmé ou les problèmes à long terme qu'implique un diagnostic de non-asthme ne sont pas négligeables. Si un traitement de fond est prescrit, il doit être fondé afin de ne pas "surtraiter" les enfants qui n'en ont pas besoin : le suivi de la cohorte de Tucson montre en effet que 50 % des enfants présentent des épisodes de sifflements avant l'âge de 6 ans (5), et pourtant ils ne seront pas tous asthmatiques !

Ainsi, les situations devant faire initier un traitement de fond selon le *National heart lung and blood institute* (NHLBI) (6) sont les suivantes : 4 épisodes ou plus de *wheezing* dans l'année, ayant duré plus de 1 jour, ayant affecté le sommeil chez un enfant de moins de 5 ans, ayant des facteurs de risque de persistance d'asthme (asthme parental, dermatite atopique, sensibilisation aux aéroallergènes, sensibilisation à un aliment, *wheezing* sans rhinite, éosinophilie > 4 %).

Dans tous les cas, son ajustement est dépendant de l'évolution clinique de l'enfant et nécessite une participation active des parents, sa compréhension et la maîtrise de son administration. Les récentes recommandations françaises (3) insistent sur la stra-

tégie thérapeutique qui doit comporter :

- prise en charge médicamenteuse à base de corticostéroïdes inhalés (en chambre d'inhalation) ;
- prise en charge des facteurs aggravants ou associés par le contrôle de l'environnement (tabac, irritants respiratoires, exposition aux allergènes identifiés, moisissures visibles) ;
- éducation thérapeutique.

Pour ce faire, le médecin peut idéalement s'appuyer sur le kinésithérapeute (3).

Apport du kinésithérapeute et de la kinésithérapie respiratoire

Au-delà de l'aspect strictement technique de son intervention, le kinésithérapeute peut probablement constituer un partenaire efficace du médecin traitant, généraliste, pédiatre ou pneumo-pédiatre, et apporter sa contribution en accompagnant le jeune enfant et sa famille dans :

- la surveillance et la gestion des épisodes de sifflement ou d'essoufflement ;
- l'évaluation de l'évolution et du niveau de contrôle de la pathologie.

En effet, le kinésithérapeute est en capacité de mettre en évidence la présence de sécrétions dans l'arbre bronchique de l'enfant. Les techniques de désencombrement des voies aériennes, basées sur le concept d'"augmentation du flux expiratoire", permettent au kinésithérapeute de s'assurer de la liberté des voies aériennes, et de confirmer ou d'infirmer la présence de sécrétions dans celles-ci. Elles permettent ainsi de dissocier inflammation, bronchospasme et présence de sécrétions, tous trois générateurs du symptôme clinique équivoque que constitue l'obstruction bronchique. Cette évaluation de la présence et de la tolérance à l'encombrement, mais aussi de la cinématique de la résolution des épisodes dyspnéiques, de l'efficacité du traitement médical, de l'observance des façons de faire et des façons d'être des parents vis-à-vis de l'impact de la maladie sur leur

enfant, prend du sens à travers la consultation de kinésithérapie.

Apprécier l'efficacité des thérapeutiques inhalées, accompagner les parents dans la maîtrise de leur administration, enseigner à ces parents à repérer les prodromes d'une crise, les former à interpellier les professionnels de santé à bon escient, éviter les auto-prescriptions quelquefois exotiques, éviter l'encombrement, éviter l'abandon prématuré d'un traitement de fond au prétexte que la symptomatologie n'est plus aussi prégnante, évaluer l'acquisition des connaissances et consigner ces observations dans la fiche du patient, sont autant de points qui doivent contribuer à l'amélioration de la santé de ces jeunes enfants.

La prescription de kinésithérapie se conçoit, dans ce contexte, comme une prescription d'indication et non pas comme une prescription "réduite" à un nombre de séances. Elle passe par l'échange objectif d'informations entre les partenaires. La mise en place d'outils de communication simple (fiche bilan) est probablement un préalable utile et indispensable à l'appropriation de cette démarche de travail en commun et constitue un ciment incontournable à sa généralisation. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Tabachnik E, Levison H. Postgraduate course presentation. Infantile bronchial asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1981 ; 67 : 339-47.
2. Just J. Les différents phénotypes d'asthme. *Rev Fr Allergol Immunol Clin* 2009 ; 49 : 250-3.
3. Haute Autorité de santé (HAS). Asthme de l'enfant de moins de 36 mois : diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigus. Recommandations professionnelles, 2009.
4. Delacourt C. *Rev Fr Allergol Immunol Clin* 2005 ; 45 : 530-2.
5. Martinez FD, Wright AL, Taussig LM et al. Asthma and wheezing in the first six years of life. *N Engl J Med* 1995 ; 332 : 133-8.
6. National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI). Guidelines for the diagnosis and management of asthma. National Asthma Education and Prevention Program. US Department of Health and Human Services, 2007.