

## L'asthme chez l'adolescent, l'enfant et le nourrisson



Actualités

Informations

Para-médical

La pédiatrie

Sites web

Les medecins

### Consultez le sujet qui vous interesse

[accidents](#)[acquisitions](#)[adolescents](#)[alimentation](#)[allaitement](#)[allergies](#)[antibiotiques](#)[asthme](#)[dents](#)[dermatologie](#)[diabète](#)[environnement](#)[fièvre](#)[génétique](#)[grossesse](#)[infections](#)[insectes](#)[jumeaux](#)[mort subite](#)[nouveau né](#)[ori](#)[sport](#)[vaccins](#)[vision](#)

### Les 10 pédiatres formant le GPSR

[Dr ALT](#)[Dr BROCHARD](#)[Dr CHARTON](#)[Dr JERNITE](#)[Dr KHOURI](#)[Dr MENGUS](#)[Dr OURISSON](#)[Dr PFERSDORFF](#)[Dr PFLIEGER](#)

- L'air des **piscines couvertes**, un nouveau suspect qui déclenche les crises d'asthme
- Recommandations pour les enfants asthmatiques à la **montagne**
- Les **piscines** et l'asthme: facteur favorisant (juillet 2004)
- Qu'est-ce que l'**asthme**?
- **L'asthme**: ça va et ça vient...
- **L'asthme** est-il surtout une maladie psychologique?
- **L'asthme** : peut-on en guérir?
- On dit que l'asthme guérit à la puberté
- L'asthme est-il contagieux?
- S'agit-il d'une affection **héréditaire**?
- L'asthme est-il une maladie **bénigne**?
- Mon enfant a de l'**asthme et de l'eczéma**: faut-il vraiment traiter son eczéma puisque l'asthme réapparaît lorsque l'eczéma disparaît?
- L'asthme est-il plus fréquent chez ceux qui ont un **rhume allergique**?
- Qu'est-ce que la **crise d'asthme** et comment apprécier sa gravité?
- Quels sont les principaux mécanismes de la crise d'asthme?
- Tousser la nuit, est-ce que c'est de l'asthme?
- Quelles sont les principales **causes** des crises d'asthme
- Les **changements de temps** peuvent-ils provoquer une crise d'asthme
- La fumée de **tabac** peut-elle provoquer des crises?
- Et une peur? une émotion?
- Et si cela venait de l'alimentation?
- Un **nourrisson** peut-il avoir de l'asthme?
- A quoi servent les **tests cutanés**?
- Les **tests cutanés** sont-ils douloureux et dangereux?
- Peut-on faire des tests cutanés chez l'enfant avant 6 ans?
- Est-ce qu'on peut voir quelque chose à la **radio**?
- Qu'est-ce qu'une "**EFR**" et pourquoi faut-il la réaliser?
- Qu'est-ce qu'un "**peak-flow**" et pourquoi l'utiliser?
- La crise peut-elle passer toute seule et faut-il attendre un peu pour la **traiter**?
- Lorsque mon enfant fait une **crise**, dois-je appeler mon pédiatre? Peut-on commencer le traitement avant qu'il arrive?
- Le traitement de la crise peut-il être **risqué**?
- Donner de la **cortisone** au moment de la crise est-il

dangereux?

- Mon enfant fait de l'asthme à l'effort. Faut-il le dispenser de **sport**?
- Qu'est-ce qu'un **traitement de fond**?
- Est-ce que ce traitement de fond est à prendre sans arrêt?
- Quand et comment peut-on arrêter le traitement?
- Et la **désensibilisation** ?
- Mon enfant a de l'asthme. Doit-il suivre un **régime particulier**?
- Comment éviter les **acariens** ?
- Faut-il se séparer des **animaux** ?
- Faut-il changer de **climat** ? aller à la mer ou à la montagne ?
- Mon enfant va bien. Faut-il tout de même mesurer son **souffle** ?
- Que faut-il prévoir avant de partir en **vacances** ?
- La **prévention** de l'asthme: il y a des choses simples à faire
- Pourquoi nous prescrivons des **corticoïdes** inhalés à votre enfant
- **L'asthme** : comment le reconnaître ?  
Que faire à l'école ? Avant le sport ?
- L'asthme à l'école : les conseils des **pneumologues canadiens**
- **Les conseils aux parents** d'un enfant asthmatique pour l'école et le sport mai 2000
- **L'enfant asthmatique en milieu scolaire**: difficultés rencontrées, solutions envisagées...
- De la **dermatite** atopique vers l'asthme ?
- De la **rhinite** à l'asthme ?
- Le **stress chronique** majore le risque de crise d'asthme chez l'enfant
- Comment inciter les parents d'enfants asthmatiques à ne plus **fumer** ?

---

### Recommandations pour les enfants asthmatiques à la montagne

---

- Avoir un asthme stabilisé.
- Le traitement de fond ne doit pas être arrêté et doit être pris régulièrement (même si l'enfant est en vacances !), et un traitement de la crise doit être disponible immédiatement. L'utilisation de chambres d'inhalation pourrait diminuer le risque d'évaporation du spray.
- Une prise de B2 mimétiques de courte durée d'action est nécessaire avant un effort intense ou connu comme déclencheur de BIE (bronchospasme induit par l'exercice) chez le sujet concerné.
- En cas de temps très froid et venteux, prévoir une protection du visage (plus particulièrement la bouche) par une écharpe pour réchauffer l'air froid et l'humidifier avant qu'il n'atteigne les voies aériennes.
- S'échauffer avant l'effort et adapter son effort en fonction de sa tolérance spécifique (type, durée et intensité de l'effort prévu).
- En cas de trekking en haute altitude, la présence d'un médecin est conseillée.
- Les enfants ayant un asthme de stade 3 ou 4, selon le Gina 2004 (<http://www.ginasthma.com>) , doivent éviter de monter brutalement audessus de 3 000

mètres.

- Une fois ces conditions requises, ne pas contre indiquer le sport aux asthmatiques, car il participe à leur bien-être physique, physiologique et psychologique



## L'enfant asthmatique en milieu scolaire: difficultés rencontrées, solutions envisagées...

### Résumé

L'asthme concerne en moyenne un enfant scolarisé sur dix. L'absentéisme scolaire est fréquent. témoin du mauvais contrôle de la maladie asthmatique. Ce mauvais contrôle est d'autant plus net que le milieu scolaire nest pas indemne des habituels facteurs favorisant ou aggravant l'asthme. Ainsi, le risque allergique ait contact des phanères d'animaux véhiculés par les autres enfants, on la pratique régulière des cours d'éducation physique et sportive, sont autant de situations à risque pour l'enfant asthmatique scolarisé. Stabiliser l'asthme, informer l'école et dialoguer avec les enseignants, notamment par la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI), devraient éviter tin absentéisme responsable d'un pourcentage de retard scolaire élevé et de difficultés à plus long ternie d'orientation professionnelle.

L'asthme, maladie chronique la plus fréquente en pédiatrie, touche entre 7 et 10 % de la population scolaire, soit deux à trois enfants par classe. En moyenne, un enfant passe tin tiers de son temps en milieu scolaire, et tant la maladie que l'environnement scolaire peuvent mettre le jeune asthmatique en situation d'échec. **Les principaux problèmes rencontrés sont l'absentéisme et le retard scolaire, le risque allergénique de l'école, la pratique du sport et l'orientation professionnelle.** La mise en place du projet d'accueil individualisé (PAI) permet d'aider à l'intégration de l'enfant asthmatique à l'école.

### 1. Absentéisme et retard scolaire

L'asthme reste une pathologie dont la prise en charge est malheureusement déficiente. La très récente étude AIRE [1] démontre que seuls 5,8 % des enfants asthmatiques de sept pays européens, dont la France, ont un asthme parfaitement contrôlé. Ainsi, en raison de leur asthme, près de 30 % des enfants voient leur sommeil perturbé plus d'une fois par semaine, la moitié présente une crise d'asthme dans le mois précédant l'enquête, un tiers a une limitation de l'activité sportive, et 42,7 % (52 % en France!) manquent l'école au moins une fois par an. L'absentéisme est même souvent plus important dans d'autres études, de l'ordre de 5 % du temps total d'école, voire 20 % pour un peu plus d'un asthmatique sur dix. Un asthme mal équilibré, donc symptomatique, responsable d'absentéisme, favorise l'apparition du retard scolaire. Un retard de 1 à 3 ans concerne 30 % des enfants asthmatiques tout venant. Il augmente au fil des années pour atteindre 54%au collège et 61% an lycée. En cas d'hospitalisation pour crise d'asthme, ce retard touche 63 % des enfants. Négligé ou accepté, un tel retard scolaire sera responsable d'une orientation professionnelle trop précoce, souvent inadaptée chez l'enfant asthmatique. débonchant vers des métiers manuels, bien plus pourvoyeurs d'asthme professionnel que d'autres professions.

### 2. Risque allergénique de l'école

Le risque allergénique est réel en milieu scolaire, même s'il est globalement moindre qu'à domicile. On retrouve, dans la poussière de salle de classe, des allergènes de blatte, acariens, chat, chien et souris. Ainsi, le risque pour un enfant d'avoir un test cutané positif aux phanères de chat. alors qu'il n'a pas de contact habituel avec un chat, est directement proportionnel an nombre «élèves qui, dans sa classe, possèdent un chat à domicile. L'allergène est retrouvé sur les vêtements. en chat, des élèves possédant un chat, mais aussi sur leurs bureaux et chaises de classe, on encore sur les rideaux de celle-ci ou les tapis. Si un élève présente un asthme allergique au chat, son risque de crise d'asthme est multiplié par 9 si sa classe est composée d'au moins quatre ou cinq possesseurs de chats. Le risque allergénique est parfois plus visible, avec présence d'animaux, dont l'intérêt éducatif reste à déterminer, dans la classe. Il peut y avoir aussi des contacts allergéniques plus particuliers lors de classes vertes ou de sorties de fin d'année, qui ne sont en tout cas sûrement pas à contre-indiquer, sauf situation très à risque. Enfin, l'école émet des polluants, toxiques pour l'asthmatique, comme le formaldéhyde. notamment retrouvé pour ce dernier dans les écoles les plus neuves. Le tabagisme passif ne devrait pas être

un souci car le tabac est normalement interdit à l'école, y compris dans les lieux découverts fréquentés par les élèves (loi Evin du 10 janvier 1999).

### 3. Facteurs psychologiques

L'asthme n'est pas une maladie psychosomatique, mais certains facteurs psychologiques, comme l'appréhension de la rentrée scolaire, peuvent jouer un rôle dans la survenue de crises d'asthme à l'école.

### 4. Pratique du sport

La pratique sportive, longtemps interdite ou déconseillée chez l'enfant asthmatique, est maintenant une thérapie, avec à la fois des bénéfices physiologiques et psychologiques. L'enfant entraîné physiquement verra son « essoufflement » ou dyspnée d'effort diminuer, la fréquence de ses crises d'asthme d'effort diminuer, sa socialisation au sein des camarades de son âge s'améliorer progressivement, et avec sa qualité de vie d'enfant. Plus encore, le sport est un moyen efficace d'aborder avec l'enfant la prise en charge globale de sa maladie asthmatique « Pour jouer au foot avec ses copains, l'enfant n'oubliera pas son traitement de fond ».

Aider l'enfant asthmatique à participer au cours d'éducation physique et sportive (EPS), c'est avant tout l'aider à affronter son asthme. Les dispenses sportives, sauf cas particulier, ne devraient plus être rédigées pour l'asthme il faut en revanche conseiller l'enfant asthmatique pour réussir une pratique sportive en toute sécurité. Sur le plan physiopathologique, l'enfant asthmatique présente à l'exercice deux types de symptômes

- un asthme d'effort. La crise d'asthme d'effort survient à l'arrêt de l'exercice, elle est la traduction clinique d'un bronchospasme. Pendant l'effort, les voies aériennes se refroidissent et se déshydratent, de façon d'autant plus importante que l'environnement est sec et froid et l'intensité de l'exercice élevée, générant un grand débit ventilatoire. À l'arrêt de l'effort, le réchauffement et la réhydratation brutale de ces mêmes voies aériennes, provoque la libération de médiateurs (dont les leucotriènes), entraînant à la fois la contraction du muscle bronchique et un œdème local, c'est le bronchospasme induit par l'exercice
- une dyspnée d'effort ou essoufflement anormal, qui témoigne à la fois de l'hyperventilation d'effort caractéristique d'un niveau de débit ventilatoire trop élevé pour l'intensité de l'effort requis (hyperventilation) et d'un déconditionnement physique secondaire au manque d'activité physique, fréquent chez l'asthmatique.

**Le sport est une thérapie.** En effet, l'entraînement physique va permettre une diminution de l'hyperventilation d'effort, une majoration de la bronchodilatation pendant l'effort (effet protecteur par anticipation de la bronchoconstriction post-effort) et un reconditionnement physique. L'enfant verra diminuer l'intensité et la fréquence de son asthme d'effort, diminuer sa dyspnée d'effort. Il vivra avec moins d'anxiété la crise d'asthme, aura moins recours aux bronchodilatateurs de secours.

**Pour sécuriser la pratique sportive,** différents moyens sont à la disposition du médecin et de l'enfant :

- tout d'abord, ne pas hésiter à dire à l'école que l'enfant est asthmatique. Le certificat médical ou le PAT facilitent la collaboration avec l'enseignant d'EPS
- vérifier le bon équilibre de l'asthme (traitement de fond, fonction respiratoire...)
- prescrire un bronchodilatateur de secours pour traiter une éventuelle crise d'asthme d'effort, traitement que l'enfant doit toujours avoir à sa disposition
- prescrire si nécessaire un traitement préventif de l'asthme d'effort, habituellement un , de courte durée d'action qui sera pris 15 min avant le début de la séance sportive. Mais adapter le traitement de fond en ajoutant un antileucotriène ou un beta2 de longue durée d'action peut également être envisagé.

**Si l'enfant participe à des compétitions, il faut savoir que tous les médicaments, à l'exception des anticholinergiques, des corticoïdes inhalés, des cromones et des antileucotriéniques, sont considérés comme des substances dopantes.** Ainsi, les beta2-agonistes de courte ou de longue durée peuvent être

prescrits, à doses thérapeutiques, mais l'enfant doit en informer les responsables de la compétition avant le début de celle-ci le médecin quant à lui aura fait la preuve de l'asthme de l'enfant (test de réversibilité aux beta2 positif ou test d'hyper-réactivité bronchique spécifique ou non spécifique positif).

**Pour sécuriser la pratique sportive**, différents moyens sont également à la disposition de l'enseignant d'EPS et de l'enfant:

- le début et la fin des exercices doivent être progressifs. L'échauffement général par des exercices respiratoires contribue à la maîtrise du souffle. Les échauffements fractionnés ou séquentiels (alternance de course et de marche) sont protecteurs 1161
- si l'air ambiant est froid et sec, l'enfant asthmatique peut porter un foulard de soie sur le nez.

**Le choix d'une activité sportive moins asthmogène** peut éventuellement être envisagée les sports les moins asthmogènes sont brefs et intenses ou très prolongés (> 15 mm) mais peu intenses. Ainsi la **course de longue durée (endurance) est habituellement asthmogène**, car son intensité est élevée, entraînant un débit ventilatoire important. Il n'est évaluable pas souhaitable de contre-indiquer cette activité, mais plutôt d'en adapter l'intensité : l'enfant courra à une vitesse sous-maximale qui ne déclenche pas d'essoufflement avec les entraînements successifs, la vitesse de course augmentera.

## 5. Mise en place du projet d'accueil individualisé

La circulaire du 22 septembre 2003 a créé le PAI. C'est un accord écrit et signé entre l'établissement scolaire (par un représentant enseignant), l'enfant asthmatique et sa famille et le médecin scolaire. Ce protocole est établi selon les recommandations du médecin traitant de l'enfant, il permet à l'enseignant d'administrer à l'enfant les médicaments d'urgence. Les traitements de fond de l'asthme, pris à domicile (habituellement le matin et le soir), restent sous la seule responsabilité des parents, et ne peuvent pas être inclus dans le PAI.

Au-delà de l'asthme, le PAI s'applique à toute pathologie chronique nécessitant la prise de traitements au long cours (épilepsie, diabète...) ou d'urgence (asthme, allergie alimentaire) à l'école, pendant le temps scolaire.

Par extension, le PAI a été appliqué au temps périscolaire (cantine, garderie, centre aéré...), mais son application n'est pas une obligation légale. La majorité des municipalités l'acceptent ; cependant, en cas de refus, il faut favoriser le dialogue réciproque pour éviter une situation de blocage qui tient le plus souvent à la peur des enseignants due à la mauvaise connaissance de la pathologie et des modalités d'administration des médicaments. L'enseignant d'EPS, quant à lui, avait une obligation institutionnelle d'accueillir l'enfant asthmatique pendant les cours. Le PAI a accentué cette obligation.

!! est donc important de détailler ce PAI, car implicitement il est demandé à l'enseignant d'assumer une responsabilité médicale, n'est donc important qu'il possède des connaissances sur l'asthme et son traitement préventif et curatif. L'intégration de l'enfant ne pourra qu'en être améliorée. A noter que 43 % des PAI sont ainsi rédigés pour asthme.

## 6. Orientation professionnelle

Celle-ci doit être discutée le plus précocement possible. Avant toute décision. l'adolescent doit bénéficier d'une évaluation par le médecin scolaire. Un questionnaire, rempli par la famille, recherche les antécédents familiaux et personnels de l'élève. L'asthme doit être le mieux caractérisé possible: fréquence des crises, facteurs déclenchants, traitements, résultats des examens paracliniques.

Suivent l'examen clinique et surtout le dialogue sur les projets personnels de l'adolescent. Le médecin doit être au courant des professions les plus à risque d'asthme professionnel, éventuellement s'appuyer sur un bilan allergologique et une spirométrie avec test de provocation bronchique non spécifique, et exprimer par écrit un avis qui émet, après concertation avec le médecin traitant ou spécialiste, une aptitude avec ou sans réserve. **Les quatre métiers les plus à risque d'asthme professionnel sont ceux de boulanger-pâtissier, peintre-carrossier, coiffeur et travailleur du bois**, mais aucun métier n'est contre-indiqué a priori. Les professions à haut risque d'inhalation d'allergènes de haut poids moléculaire (latex, farines de céréales, phanères d'animaux, enzymes protéolytiques ...) seront plus facilement déconseillées chez l'allergique que celles à risque d'inhalation d'allergènes de bas poids moléculaires (poussière du bois, sulfites, isocyanates...) ou de substances irritantes (formaldéhyde).

En pratique, la motivation de l'adolescent pour exercer le métier

choisi et son évolution professionnelle possible (exemple du boulanger devenant chocolatier-glacier exclusif) sont toujours à prendre en considération dans la décision finale. En cas de contre-indication médicale formelle, une solution de remplacement adaptée doit être trouvée.

## 7. Conclusion

D'éventuels facteurs favorisant la crise d'asthme, tels les allergènes ou l'activité sportive, sont présents à l'école. Cependant, un bon contrôle de la maladie asthmatique, évitant dispenses et absentéisme, ainsi qu'un dialogue concerté entre l'école et le médecin traitant, permettront d'aplanir les difficultés rencontrées par l'enfant asthmatique à l'école.

C.Karila, C.Luc, JC Dubus- Service de pneumologie et allergologie pédiatriques, hopital Necker enfants-malades-Paris et Unité de médecine infantile CHU Timone-Marseille

paru dans Archives de pédiatrie- 11(2004) 120s-123s



## Les piscines favorisent les crises d'asthme

### Le chlore des piscines augmente la perméabilité pulmonaire et ... l'asthme

Cette enquête, réalisée par l'Unité de Toxicologie de l'université Catholique de Louvain, est la première à mettre en évidence la possibilité d'effets délétères des produits chlorés utilisés dans les piscines couvertes sur l'épithélium pulmonaire des nageurs. La chloration est le moyen le plus utilisé pour détruire les microorganismes pathogènes et les matières organiques dans les piscines. Quels que soient les produits utilisés, la substance active qu'ils dégagent dans l'eau est un antioxydant puissant qui, en réagissant avec les matières organiques apportées par les nageurs, génère un mélange complexe de dérivés potentiellement délétères (trihalométhanes, chloramines, etc). **Ces dérivés sont inhalés par les nageurs**, en quantité variable selon leur concentration dans l'eau et leurs propriétés volatiles: le plus volatil, et aussi le plus concentré, est le trichlorure d'azote (NCI3), irritant puissant probablement responsable des irritations oculaires et respiratoires hautes constatées chez les nageurs et le personnel de surveillance, ainsi que des lésions pulmonaires aiguës provoquées par les expositions accidentelles.

### Des marqueurs de perméabilité pulmonaire CC16, SP-A et SP-B ...

Les auteurs ont récemment mis au point des tests non invasifs afin de détecter les modifications infracliniques de l'appareil respiratoire causées en particulier par la pollution atmosphérique. Il s'agit de la recherche dans le sérum de protéines pulmonaires spécifiques sécrétées dans les voies aériennes distales et reflétant l'état de l'épithélium pulmonaire. Trois protéines ont donc été validées comme marqueurs sériques de l'hyperperméabilité pulmonaire : une protéine antioxydante des cellules de Clara (CC16) et deux protéines associées au surfactant, sécrétées par les pneumocytes, (SP-A et SP-B).

### ...augmentés chez les enfants fréquentant la piscine !!

C'est à l'occasion d'une enquête destinée à évaluer grâce à ces marqueurs les effets chroniques de la pollution atmosphérique urbaine sur 226 enfants, à Bruxelles et dans des communes rurales voisines, que ses auteurs ont eu la surprise de constater que le facteur le plus fortement corrélé à ces modifications de l'épithélium pulmonaire était la fréquentation régulière d'une piscine utilisant des traitements à base de chlore, avec en outre une relation dose-réponse très nette pour SP-A et SP-B en outre, les augmentations de SP-B constatées chez les enfants fréquentant le plus la piscine sont du même ordre de grandeur que celles observées chez les fumeurs, ce qui rend compte du caractère non négligeable de l'atteinte répétée au NCI3.

### Une forte corrélation entre piscine et asthme

Enfin, poursuivant les investigations, les auteurs ont repris les résultats d'une enquête antérieure, menée à Bruxelles entre 1996 et 1999, sur 1881 enfants âgés de 7 à 14 ans cette recherche a révélé que la fréquentation régulière d'une telle piscine était fortement corrélée au risque de développer un asthme.

**En conclusion, alors même que la natation est un sport recommandé aux asthmatiques, du fait du caractère chaud et humide de l'air des piscines fermées, les produits chlorés contenus dans cet air pourraient favoriser le développement d'un asthme chez les enfants,** du fait de l'hyperperméabilité épithéliale pulmonaire qu'ils induisent. La pratique fréquente de la natation en piscine dans les pays développés pourrait donc être un des facteurs méconnus de l'incidence accrue de l'asthme qui y est observée à côté de l'occidentalisation du mode de vie.

Dr Danielle Caste Bernard A et al. Occup Environ Med 2003; 60 385-94



### Que faut-il prévoir avant de partir en vacances ?

Emporter avec soi des housses antiacariens (quand l'enfant y est allergique), tous les médicaments anti-asthmatiques, les chambres d'inhalation (employées pour l'administration des médicaments aux enfants qui ne peuvent pas utiliser correctement les inhalateurs), le peak-flow, les dernières ordonnances, la dernière radiographie thoracique et un résumé de l'histoire de l'enfant rédigé par le médecin. En cas de crise, le médecin appelé (ou le service d'urgence) disposera ainsi d'informations précieuses pour guider l'attitude thérapeutique. En cas de voyage en avion, ne pas oublier de prendre les médicaments avec soi dans la cabine.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>



### Mon enfant va bien. Faut-il tout de même mesurer son souffle ?

Mon enfant va bien. Faut-il tout de même mesurer son souffle? L'impression des parents sur l'état de santé de leur enfant asthmatique est une notion subjective, qui peut parfois être trompeuse. Il faut donc continuer à mesurer son souffle, car c'est le seul moyen de confirmer qu'il va bien.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>



### Faut-il changer de climat ? aller à la mer ou à la montagne ?

Non, un déménagement dans une autre région sous prétexte qu'un enfant de la famille est asthmatique ne peut entraîner que des désillusions. Le but du traitement anti-asthmatique est justement de permettre à l'enfant de vivre normalement là où il réside avec ses parents. Cela étant, les vacances à la montagne constituent un bon choix.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>



### Faut-il se séparer des animaux ?

Même si c'est une décision parfois difficile à prendre, les animaux doivent être éloignés de la maison lorsqu'ils sont directement responsables des troubles de l'enfant. La décision est prise au cas par cas en fonction des symptômes, de l'enquête allergologique et des épreuves d'éviction-réintroduction de l'animal.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>



### Comment éviter les acariens ?

La lutte contre les acariens, nécessaire en cas d'allergie aux acariens, passe essentiellement par l'utilisation de housses anti-acariens pour les éléments de la literie (oreillers, traversins, matelas). D'autres mesures sont également recommandées: utiliser un sommier à lattes; laver les éléments amovibles de la literie régulièrement et à l'eau chaude; éviter les garnissages de plumes car ils contiennent des acariens, ainsi que les tapis et la moquette;



pour le sol, préférer le lino, le parquet ou le carrelage; limiter le nombre de peluches et choisir des peluches lavables; passer souvent l'aspirateur et aérer quotidiennement toute la maison.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>

---

## Mon enfant a de l'asthme. Doit-il suivre un régime particulier?

---

La prise en charge de l'asthme ne comporte pas de régime, sauf, bien sûr, en cas d'allergie alimentaire associée. Contrairement à certaines idées reçues, il est inutile de soumettre l'enfant qui prend des corticoïdes inhalés à un régime sans sel et il n'y a pas lieu d'éviter les fruits rouges, la tomate, les oeufs, etc.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>

---

## Qu'est-ce qu'un traitement de fond?

---

Le traitement de fond est nécessaire si les crises se répètent souvent (ce qu'on appelle asthme persistant). Son but est de normaliser l'état respiratoire de l'enfant et d'éviter les crises ou l'aggravation de la maladie. Les médicaments de premier rang du traitement de fond sont les corticoides inhalés, auxquels on ajoute, en cas de besoin, d'autres produits comme les bronchodilatateurs à longue durée d'action et/ou, éventuellement, les antileucotriènes. Ce traitement repose également sur le contrôle de l'environnement domestique, les mesures contre les allergènes et le tabagisme passif puis actif à l'adolescence. Le tabac a des effets très néfastes sur les voies respiratoires de l'asthmatique fumer devant un enfant asthmatique est extrêmement néfaste.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>

---

## Quand et comment peut-on arrêter le traitement?

---

Après plusieurs mois de traitement, quand l'enfant va bien, le médecin tentera de diminuer progressivement les doses de corticoïdes inhalés. Un arrêt peut être envisagé lorsque les besoins en médicaments seront devenus minimes. Le traitement de fond pourra être arrêté si les EFR restent bonnes, si les signes comme la toux ne réapparaissent pas et si l'enfant peut mener une vie normale.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>

---

## Et la désensibilisation ?

---

La désensibilisation consiste à administrer de petites quantités d'allergènes soit par injection, soit par voie sublinguale (le médicament est placé sous la langue puis avalé). C'est un traitement de longue haleine. Une fois entreprise, la désensibilisation doit durer au moins trois ans. Aucun effet significatif n'est à espérer avant au moins un an. La désensibilisation, quand elle est indiquée, fait aussi partie du traitement de fond de l'asthme. Elle s'adresse surtout aux enfants ayant un asthme et/ou une rhinite allergiques modérés bien équilibrés par le traitement et, de préférence, qui ne sont allergiques qu'à un ou deux allergènes, acariens ou pollens.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>

---

## Est-ce que ce traitement de fond est à prendre sans arrêt?

---

Une fois institué, le traitement de fond doit être suivi pendant plusieurs mois, sans arrêt, même et surtout quand l'enfant va bien. Le médecin modifie l'ordonnance et adapte la quantité de médicaments en fonction des besoins de l'enfant, ce qui évite les surdosages. Lorsque l'effet bénéfique sera obtenu, le médecin de votre enfant pourra stabiliser son état avec une dose minimale de corticoïdes inhalés.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>



---

## Donner de la cortisone au moment de la crise est-il dangereux?

---

La crise d'asthme ne se résume pas à un simple spasme des bronches. Egalement provoquée par une inflammation et une production excessive de sécrétions, elle est à l'origine d'un encombrement des bronches. Lorsque celui-ci est important, il faut utiliser des corticoïdes (la cortisone) par la bouche (en comprimés ou en gouttes) ou, si l'enfant vomit, par injection intramusculaire. Ce sont les seuls médicaments qui permettent de lutter contre cette inflammation. Mais l'action de la cortisone par la bouche n'est pas immédiate et n'apparaît qu'au bout de quelques heures. Par conséquent il ne faut pas l'administrer trop tard. La fréquence des crises nécessitant des doses de cortisone par voie orale peut être réduite grâce à un traitement de fond pris régulièrement (voir plus loin traitement de fond).



publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>

---

## Mon enfant fait de l'asthme à l'effort. Faut-il le dispenser de sport?

---

Tous les enfants asthmatiques peuvent avoir des crises d'asthme à l'effort. Lors des efforts physiques, la respiration s'accélère La circulation de l'air dans les bronches et dans la trachée entraîne alors une inflammation et un spasme des bronches. La respiration d'air froid et sec aggrave ce phénomène. Grâce au traitement de fond, l'enfant asthmatique peut pratiquer une activité sportive, en l'occurrence celle qui lui plaît. Il existe toutefois des exceptions de bon sens par exemple, l'enfant allergique au cheval doit éviter l'équitation. Le seul sport contre-indiqué dans l'asthme est la plongée sousmarine avec bouteilles. Une dispense d'activités physiques ne se justifie que dans des cas très particuliers et temporairement, selon l'avis du médecin traitant. L'asthme à l'effort signifie que la maladie est active et qu'un traitement de fond est nécessaire. Pour éviter la crise d'asthme d'effort l'enfant peut prendre des médicaments bronchodilatateurs d'action rapide et de courte durée 15 à 30 minutes avant le début de l'activité physique. La course à pied et les sports de neige et de glace sont les activités les plus souvent en cause. Inversement, la natation, qui se pratique dans une atmosphère chaude et humide, est très bien tolérée par l'enfant asthmatique. Il existe des moyens pour évaluer la tolérance de votre enfant à l'effort. Dans certains cas, et en fonction des résultats de cette évaluation, un programme de réentraînement physique pourra lui être proposé.



publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>

---

## La crise peut-elle passer toute seule et faut-il attendre un peu pour la traiter?

---

Non seulement le traitement de la crise ne doit jamais être retardé, mais il doit même être mis en route avant qu'elle ne s'installe, dès l'apparition des signes annonciateurs. Ces signes «sentinelles», ou prodromes, sont toujours identiques pour un même enfant: un nez qui coule, une toux qui se répète, une fatigue, une altération de l'humeur. Il arrive que les prodromes ne soient pas repérés à temps ou que la crise s'installe trop vite. Les médicaments antiasthmatiques doivent alors être donnés immédiatement. Un traitement précoce permet de raccourcir la durée de la crise. C'est la raison pour laquelle les enfants asthmatiques doivent toujours avoir à leur disposition leurs premiers médicaments de secours. Constituez la trousse d'urgence de votre enfant avec son médecin.



---

## Lorsque mon enfant fait une crise, dois-je appeler mon pédiatre? Peut-on commencer le traitement avant qu'il arrive?

---

Peut-on commencer le traitement avant qu'il arrive ? L'appel au médecin est indispensable dans différentes circonstances: - le diagnostic de l'asthme de votre enfant est récent et vous ne savez pas encore ce qu'il faut faire; - vous êtes inquiets ainsi que votre enfant; - la crise vous paraît inhabituelle ou ne cède pas rapidement

aux médicaments, alors qu'ils étaient si efficaces à la crise précédente. Dans tous les cas, le traitement antiasthmatique doit être mis en route avant l'arrivée du médecin. Le médecin de votre enfant doit vous remettre un plan d'action écrit pour vous permettre de savoir précisément que faire lorsque les premiers symptômes de la crise apparaissent.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>



## Le traitement de la crise peut-il être risqué?

Non, c'est l'absence de traitement de la crise qui est risquée. Les bronchodilatateurs d'action rapide et de courte durée administrés rapidement contre la crise vont soulager votre enfant. Ils calment le spasme des bronches et leur redonnent un diamètre normal. L'air peut ainsi se remettre à circuler sans peine, la gêne respiratoire disparaît, et l'oxygénation du sang, qui était déficiente, redevient normale.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>



## Est-ce qu'on peut voir quelque chose à la radio?

Normalement, la radiographie pulmonaire ne montre pas d'anomalies au cours de l'asthme. Elle doit tout de même être réalisée systématiquement afin d'exclure une maladie autre que l'asthme. En effet toute gêne à l'écoulement de l'air dans les bronches peut faire siffler un enfant et surtout un nourrisson. Il est donc essentiel de vérifier l'absence de signes radiographiques qui feraient penser à d'autres affections (comme la mucoviscidose ou un corps étranger respiratoire).



## Qu'est-ce qu'une "EFR" et pourquoi faut-il la réaliser?

«EFR» signifie exploration fonctionnelle respiratoire. C'est un examen qui évalue de façon objective l'état respiratoire de l'enfant et permet d'apprécier la gravité de l'asthme. Certains enfants se plaignent de leur gêne respiratoire, et les parents peuvent donc penser que l'enfant est peu gêné. C'est pourquoi il est indispensable de réaliser une EFR. L'EFR a également un intérêt pour le traitement, car elle permet de contrôler son efficacité et aussi de s'assurer que la fonction respiratoire s'améliore ou même s'est normalisée. Les EFR nécessitent un appareillage particulier et sont donc réalisés dans des services ou cabinets spécialisés, selon une périodicité estimée par le médecin en fonction de la gravité de l'asthme.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>



## Qu'est-ce qu'un " peak-flow " et pourquoi l'utiliser?

Le peak-flow, appelé également débitmètre de pointe, est un petit appareil portable qui enregistre le débit respiratoire de pointe. Plus simplement il permet de mesurer le souffle de l'enfant. C'est une méthode beaucoup plus accessible que l'EFR, utilisable par l'enfant luimême, à partir de l'âge de cinq ou six ans. Le mode d'emploi du peak-flow est simple: après avoir gonflé ses poumons au maximum, bouche ouverte, placer l'embout de l'appareil entre ses dents, refermer ses lèvres autour, et souffler le plus fort et le plus rapidement possible. La manoeuvre est répétée trois fois de suite, la valeur retenue étant la plus élevée. Le souffle est mesuré tous les jours et ses résultats doivent être consignés sur un carnet de suivi. La baisse du débit de pointe ou encore l'absence de retour à sa valeur de base après un premier traitement de la crise est un signe d'alarme. Tous les asthmatiques n'ont pas besoin d'avoir un peak-flow. La mesure quotidienne du débit de pointe n'est pas nécessaire chez les enfants qui ont des crises peu fréquentes, et, entre celles-ci, un état respiratoire normal.



## Peut-on faire des tests cutanés chez l'enfant avant 6 ans?

Les tests cutanés allergologiques sont réalisés selon la technique du prick, qui consiste à faire une petite piqûre superficielle, avec une lancette dont l'extrémité est munie d'une toute petite pointe, à travers une goutte de l'allergène préalablement déposée sur la peau. Ils sont quasiment indolores et entraînent tout au plus une sensation de picotements. Ces tests ne font courir aucun danger à l'enfant, car la quantité d'allergène injectée sous la peau est minime, calculée de façon à n'entraîner qu'une simple réaction locale.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>



## Les tests cutanés sont-ils douloureux et dangereux?

Les tests cutanés allergologiques sont réalisés selon la technique du prick, qui consiste à faire une petite piqûre superficielle, avec une lancette dont l'extrémité est munie d'une toute petite pointe, à travers une goutte de l'allergène préalablement déposée sur la peau. Ils sont quasiment indolores et entraînent tout au plus une sensation de picotements. Ces tests ne font courir aucun danger à l'enfant, car la quantité d'allergène injectée sous la peau est minime, calculée de façon à n'entraîner qu'une simple réaction locale.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>



## A quoi servent les tests cutanés?

L'objectif des tests cutanés d'allergie est de chercher à savoir si l'enfant est sensibilisé à un ou plusieurs allergènes\* et à les identifier. Les résultats de ces tests sont obtenus très rapidement, au bout d'une quinzaine de minutes. Associés aux informations concernant les circonstances d'apparition des symptômes de la maladie, ils permettent au médecin de tirer des conclusions pratiques. Si l'environnement intérieur est riche en allergènes (acariens de la poussière, animaux, moisissures) et que les tests cutanés sont positifs, il est pratiquement certain que l'enfant est allergique. Lorsque l'enfant a une rhinite et un asthme et qu'il est sensibilisé uniquement aux acariens, des mesures visant à supprimer les acariens de l'appartement et, surtout, de la chambre à coucher doivent être prises.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>



## Et une peur? une émotion?

Oui. chez un enfant asthmatique, les 'stress', en particulier affectifs (décès, divorce), peuvent provoquer une crise d'asthme: les mécanismes de ces crises sont mal connus. Les pleurs et le rire aussi provoquent parfois des crises. En fait ce n'est pas vraiment l'émotion qui déclenche la crise, mais un mécanisme un peu analogue à celui de l'asthme d'effort. Ce qui ne signifie pas que l'on ne peut pas réprimander (s'il le faut) l'enfant asthmatique ou qu'il faut lui interdire.., de rire!

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>



## Et si celà venait de l'alimentation?

Chez un même enfant, plusieurs de ces facteurs peuvent s'associer ou se succéder.

- L'allergie est une cause très importante. Les allergènes se trouvent à l'intérieur des maisons : acariens (matelas, oreillers, tapis, etc.), animaux (chats, chiens, petits animaux de compagnie), moisissures (murs humides, tapisseries décollées, plantes vertes), blattes. Ils sont aussi à l'extérieur: pollens, moisissures atmosphériques, animaux (cheval), etc.

- Les infections respiratoires de l'hiver (rhumes et bronchites) provoquent très souvent des crises d'asthme. Le rhume est habituellement suivi d'une toux et d'une gêne respiratoire sifflante: on dit que "le rhume tombe sur les bronches".

- Les polluants atmosphériques, en particulier l'ozone produit par la circulation automobile dans les villes, peuvent entraîner des crises.

- L'effort physique provoque aussi des crises d'asthme, en particulier les activités en endurance (type course de fond). L'asthme d'effort se manifeste par de la toux et une respiration sifflante à l'arrêt de l'effort et pendant la phase de récupération.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>

---

## Un nourrisson peut-il avoir de l'asthme?

---

Bien sûr! Un nourrisson asthmatique est un enfant (de moins de 24 mois) qui a présenté au moins trois épisodes de gêne respiratoire sifflante : c'est la définition. A cet âge (et jusqu'à 3-4 ans) l'asthme est dû à plusieurs causes: les infections virales (l'asthme commence souvent après une bronchiolite sévère), l'inhalation passive de fumée de tabac, des anomalies de structure des bronches, qui sont plus étroites, et l'allergie, qui peut débuter très tôt (succession d'eczéma et d'asthme). Votre pédiatre, au besoin avec l'aide d'un pneumologue-allergologue, pourra faire la différence entre ces différentes formes.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>

---

## Quelles sont les principales causes des crises d'asthme

---

Chez un même enfant, plusieurs de ces facteurs peuvent s'associer ou se succéder.

- L'allergie est une cause très importante. Les allergènes se trouvent à l'intérieur des maisons : acariens (matelas, oreillers, tapis, etc.), animaux (chats, chiens, petits animaux de compagnie), moisissures (murs humides, tapisseries décollées, plantes vertes), blattes. Ils sont aussi à l'extérieur: pollens, moisissures atmosphériques, animaux (cheval), etc.

- Les infections respiratoires de l'hiver (rhumes et bronchites) provoquent très souvent des crises d'asthme. Le rhume est habituellement suivi d'une toux et d'une gêne respiratoire sifflante: on dit que "le rhume tombe sur les bronches".

- Les polluants atmosphériques, en particulier l'ozone produit par la circulation automobile dans les villes, peuvent entraîner des crises.

- L'effort physique provoque aussi des crises d'asthme, en particulier les activités en endurance (type course de fond). L'asthme d'effort se manifeste par de la toux et une respiration sifflante à l'arrêt de l'effort et pendant la phase de récupération.

---

## Les changements de temps peuvent-ils provoquer une crise d'asthme

---

Si on pense à la pleine lune, non. En revanche, on connaît l'asthme d'été (action irritative de l'ozone). Une activité physique par temps froid et sec favorise les crises d'asthme, phénomène observé chez les skieurs de fond, les patineurs, les joueurs de hockey... Chez d'autres, c'est le brouillard qui sera nocif. Autre circonstance d'asthme sévère, les orages survenant après une période de beau temps : ils dispersent et déchiètent les grains de pollens en les projetant sur les surfaces dures (arbres, murs, sols). Cela libère des particules allergisantes très fines qui pénètrent profondément dans le poumon et déclenchent de véritables épidémies' d'asthme aigu grave. Les asthmatiques allergiques aux pollens doivent se méfier de l'orage!

---

## La fumée de tabac peut-elle provoquer des crises?

---

Oui, le tabagisme est un fléau redoutable à tous les âges, mais surtout chez les jeunes enfants qui ne peuvent le fuir. Oui, le tabagisme passif provoque des symptômes respiratoires multiples, conjonctivites, rhinopharyngites, bronchites et crises d'asthme, que les enfants soient allergiques ou non. Les parents ne doivent pas fumer dans la maison, ni en voiture, ni en promenant leur bébé.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>

---

## Qu'est-ce que la crise d'asthme et comment apprécier sa gravité?

---

On appelle crise d'asthme l'apparition brutale ou progressive d'une gêne respiratoire sifflante. Cette gêne est souvent précédée de symptômes avantcoureurs (ou prodromes) toux nocturne entraînant le réveil, toux à l'effort surtout à la respiration d'air froid. Il existe aussi des prodromes digestifs, comme des nausées ou des vomissements. Les enfants se plaignent parfois d'avoir mal à la poitrine, mais la crise, même si elle est angoissante, n'est pas réellement douloureuse. Au cours d'une crise légère, l'enfant peut parler et son activité est presque normale. En revanche, au cours d'une crise grave, il est obligé de s'asseoir dans son lit et ne peut dire que quelques mots. Le nombre de mouvements respiratoires est normal (ou peu modifié) dans une crise légère, augmenté au cours d'une crise préoccupante.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>

---

## Quels sont les principaux mécanismes de la crise d'asthme?

---

Les bronches sont entourées de petits muscles qui se contractent à chaque agression c'est le bronchospasme, principal responsable de l'obstruction bronchique au cours de la crise d'asthme. Cette obstruction peut aussi provenir du gonflement (oedème) de la muqueuse ou de la production excessive de mucosités (surtout chez le jeune enfant). Elle s'installe le plus souvent en quelques heures : il faut donc traiter la crise sans attendre, dès son début (et même dès l'apparition des prodromes) par des médicaments appelés « bronchodilatateurs d'action rapide et de courte durée ». La famille d'un enfant asthmatique doit posséder un plan écrit de traitement de la crise.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>

---

## Tousser la nuit, est-ce que c'est de l'asthme?

---

Les causes de la toux nocturne, symptôme très fréquent chez l'enfant, sont nombreuses. L'asthme est l'une d'entre elles, mais ce n'est pas la seule. Il faut penser à l'asthme si la toux est sèche, se répète plusieurs jours de suite, si les épisodes de toux reviennent souvent dans l'année. Les parents ne doivent pas hésiter à poser une oreille sur le dos de leur enfant : est ce que la respiration est sifflante, est-ce que l'enfant est oppressé après les quintes? Penser aussi à l'asthme s'il y a des antécédents familiaux d'asthme ou d'allergie, ou si l'enfant a de l'eczéma. S'il soupçonne de l'asthme, votre médecin fera réaliser les examens utiles : tests cutanés d'allergie, exploration fonctionnelle respiratoire (EFR). Mais, attention, les causes les plus fréquentes de toux nocturne sont les rhinopharyngites, l'hypertrophie des végétations, l'irritation respiratoire provoquée par le tabagisme passif, etc.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>

---

## L'asthme est-il une maladie bénigne?

---

Non, mais il faut nuancer la réponse. Souvenons-nous que l'asthme est classé en plusieurs stades de gravité. Si la plupart des asthmes sont dits intermittents (en raison d'un faible nombre de crises), environ 10 % sont persistants (car les crises sont fréquentes et graves). C'est dans ce dernier groupe que l'on trouve les asthmes capables d'entraîner un handicap respiratoire. Malgré le progrès des traitements, le pronostic global de l'asthme ne s'est pas amélioré autant qu'on l'aurait espéré. Pourquoi ? En grande partie parce que les traitements de fond ne sont pas assez bien suivis, ce qui permettrait d'éviter un grand nombre de consultations en urgence et même d'hospitalisations. L'enseignement délivré dans les « écoles de l'asthme » offre une aide précieuse pour mieux vivre avec l'asthme, c'est-à-dire mener une vie familiale, scolaire et sportive normale.

publié dans <http://www.medecine-et-enfance.net/>

---

Unité de Néonatalogie - Clinique Sainte Anne

