

## Commentaires aux recommandations suisses de la prise en charge des maladies respiratoires obstructives du nourrisson et de l'enfant

### Asthme bronchique et bronchite obstructive récidivante

A la demande du Groupe Suisse de Travail de Pneumologie Pédiatrique (SAPP)

Urs Frey, Pädiatrische Pneumologie, Universitäts-Kinderklinik, Bern

Stéphane Guinand, Pneumologie pédiatrique, Hôpital Universitaire des Enfants, Genève

Jürg Barben, Pädiatrische Pneumologie, Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen

Carmen Casaulta Aebischer, Pädiatrische Pneumologie, Universitäts-Kinderklinik, Bern

### Chers Collègues et Chères Collègues

L'asthme bronchique et les bronchites obstructives récidivantes font parties des maladies les plus fréquemment rencontrées dans notre pratique quotidienne. La distinction entre l'asthme bronchique, les bronchites obstructives induites par des virus et la toux dans le cadre d'un refroidissement bénin est parfois difficile. Il n'y a en particulier chez le petit enfant aucun test spécifique qui permette de poser de manière sûre le diagnostic d'asthme bronchique. La plupart du temps, l'asthme est un diagnostic clinique qui sera confirmé par l'observation de l'évolution de la maladie. De nos jours, à l'aide des nouvelles possibilités thérapeutiques, en se basant sur une bonne observation clinique, il est possible de prendre en charge de manière satisfaisante la plupart des maladies respiratoires apparentées à l'asthme. La continuité de la prise en charge de cette maladie chronique par un pédiatre expérimenté, qui agira en temps que personne de référence et de confiance est particulièrement importante.

Ces nouvelles recommandations sur de l'asthme bronchique et les bronchites obstructives et récidivantes ne doivent pas être seulement une liste de dosage de médicaments, mais doivent être un outil clinique utilisable et complet destiné au diagnostic et à la prise en charge des ces maladies. Le concept de ces recommandations est nouveau et sciemment extensif. Il donne un aperçu des nouveaux concepts thérapeutiques qui s'appuie sur les différents phénotypes de l'asthme. Ces recommandations se basent sur les évidences cliniques de la littérature la plus récente et sont corrélées aux recommandations internationales des autres pays. Elles doivent vous sensibiliser à mesurer l'abondance de littérature

et de publications sur ce sujet. Un groupe de travail de la SAPP a essayé avec son expérience clinique d'adapter les connaissances de la littérature aux conditions suisses liées à la qualité élevée de soin de premier recours. Par rapport aux recommandations de 1999, celles que nous présentons dans cette édition contiennent des changements fondamentaux, qui se basent sur les nouvelles connaissances diagnostiques et les phénotypes cliniques, ainsi que les nouveaux médicaments et nouveaux concepts thérapeutiques des 5-10 dernières années. La mise à jour des recommandations doit rester un processus toujours dynamique, d'autant plus que, dans les années à venir, sont attendues de nouvelles études en particulier sur les nouveaux groupes de médicaments.

Les changements fondamentaux de ces nouvelles recommandations concernent le concept de prise en charge par niveau de sévérité de la maladie et la classification de l'asthme en différents groupes d'âge et phénotypes. Le concept de niveaux, qui est déjà utilisé dans plusieurs pays avec succès, signifie l'adaptation de la prise en charge médicamenteuse à la sévérité de l'asthme: par exemple, un  $\beta_2$ -mimétique de courte durée d'action à la demande sera proposé comme premier niveau dans un asthme léger intermittent. En cas d'asthme léger persistant, le niveau suivant préconise en premier choix l'administration préventive, sur une période prolongée, d'un stéroïde inhalé. L'étape suivante propose comme thérapie additionnelle («add on therapy») pour un enfant d'âge scolaire, d'abord un  $\beta_2$ -mimétique de longue durée d'action ou comme deuxième choix un antagoniste des récepteurs des leucotriènes, et cela avant même d'augmenter les doses de stéroïdes inhalés. En ce qui concerne, l'utilisation d'un  $\beta_2$ -mimétique de longue durée ou

d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes chez l'enfant d'âge préscolaire, elle n'est en règle générale pas encore recommandée au vu de la littérature encore insuffisante et nous suivons en cela la majorité des recommandations internationales. Il en est de même pour l'utilisation en monothérapie de ces deux médicaments dans tous les groupes d'âge.

La recommandation de n'utiliser un  $\beta_2$ -mimétique plus qu'à la demande est un nouveau concept pour beaucoup d'entre nous. Il y a de plus dans la littérature de nouveaux éléments peu favorables à l'utilisation préventive de  $\beta_2$ -mimétiques de courte durée d'action chez des enfants asymptomatiques, comme nous le supposions jusqu'à maintenant. De même, la littérature n'apporte pratiquement pas d'arguments pour doubler la dose des stéroïdes inhalés en cas d'exacerbation infectieuse. C'est pour cette raison que nous recommandons actuellement, en cas d'exacerbation sévère, l'administration précoce d'un stéroïde systémique sur quelques jours. Toutefois, en cas d'utilisation de stéroïdes systémiques dans cette situation, il est important par la suite et en fonction de l'évolution clinique, de remettre en question le niveau de prise en charge en augmentant éventuellement sur une longue période la dose préventive de stéroïdes inhalés.

Ces nouvelles recommandations contiennent pour la première fois la conduite à tenir devant une crise d'asthme aiguë. Un nouvel élément sûr est que, dans cette situation, le Ventolin® n'a plus besoin d'être administré uniquement avec un nébulisateur, mais également avec une chambre à inhalation. En cas d'asthme très sévère, en plus de l'inhalation de Ventolin® concentré via nébulisateur et de l'administration de stéroïdes systémiques, l'adjonction de Salbutamol intraveineux en perfusion de courte durée s'avère très efficace. Cette mesure concerne toutefois des centres pédiatriques entraînés et équipés de matériel pour le monitoring et la prise en charge intensive.

Nous espérons en retour vos commentaires et remarques. Ces recommandations ont été conçues pour vous offrir plus d'autonomie dans la prise en charge de cette maladie.

### Correspondance:

PD Dr. Urs Frey

Pädiatrische Pneumologie

Universitäts-Kinderklinik Bern

Inselspital, 3010 Bern

Tel. 031 632 94 93, Fax 031 632 94 84

[urs.frey@insel.ch](mailto:urs.frey@insel.ch)