

# Wheezing disorders, ça siffle !



Tout ce que vous auriez toujours  
aimer savoir sur  
Comment les gérer ?



**Bronchiolite**



**Bronchite  
obstructive**

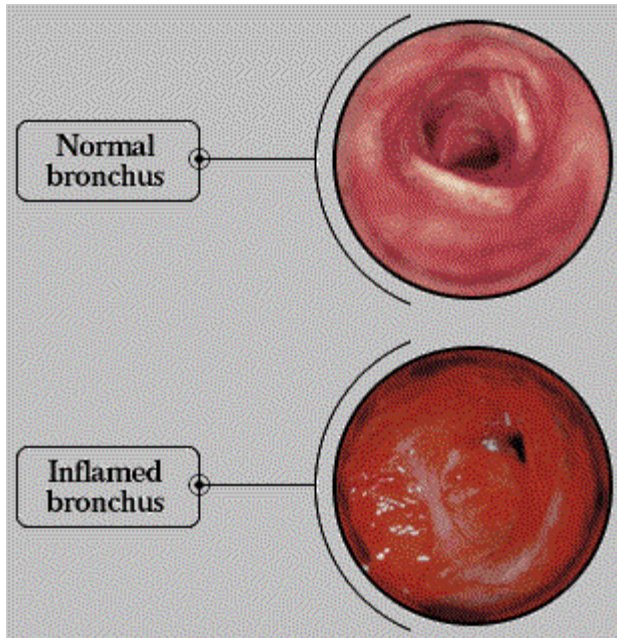
épisodique  
multiple trigger



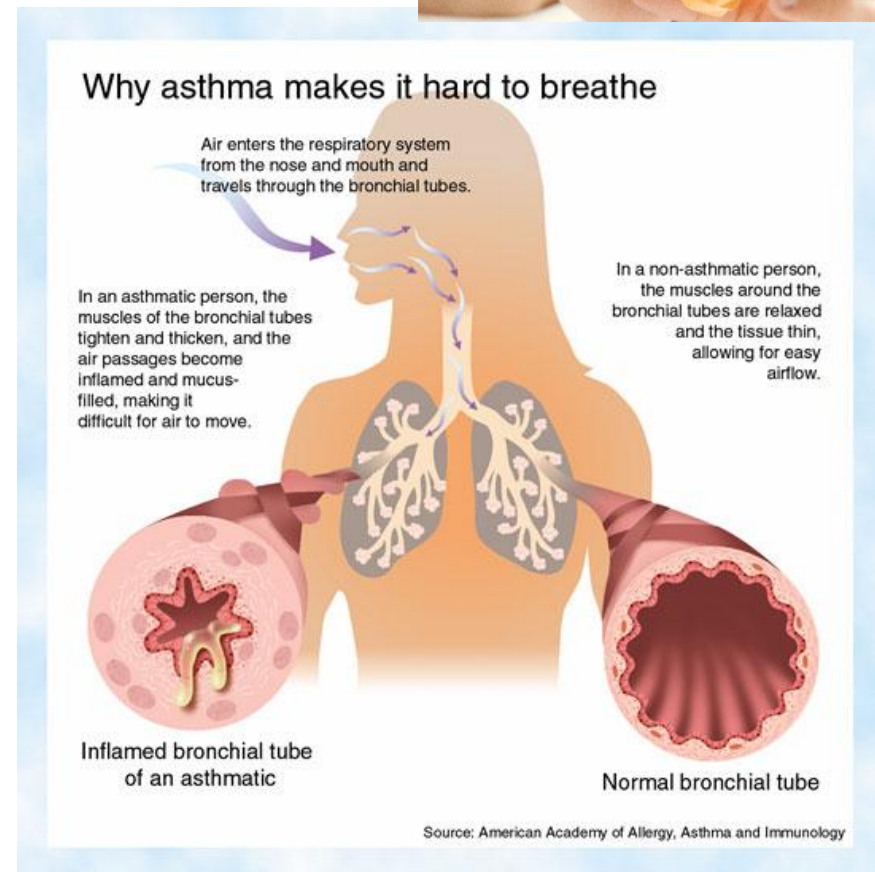
**Asthme**



# Asthme



Asthme:  
inflammation : broncho-  
spasme, œdème,  
hypersécrétion



# score PRAM (Pediatric Respiratory Assessment Measure ):

Signes	0	1	2	3	Points
<b>Tirage susternal</b>	Absent		Présent		0 ou 2
<b>Tirage muscles scalènes (susclaviculaire)</b>	Absent		Présent		0 ou 2
<b>Entrée d'air (murmure vésiculaire)</b>	Normal	Diminuée aux bases	Diffusément diminuée	Absente/ très réduite	0,1, 2, ou 3
<b>Wheezing/ Sibilances</b>	Absent	Expiratoire seulement	Inspiratoire et Expiratoire	Audible sans stéthoscope ou thorax „silencieux „	0,1, 2, ou 3
<b>Saturation O2</b>	≥95%	92-94%	<92%		0,1, 2
<b>TOTAL</b>					<b>0 à 12</b>

**PRAM 0-4 : légère**

**PRAM 5-8 : modérée**

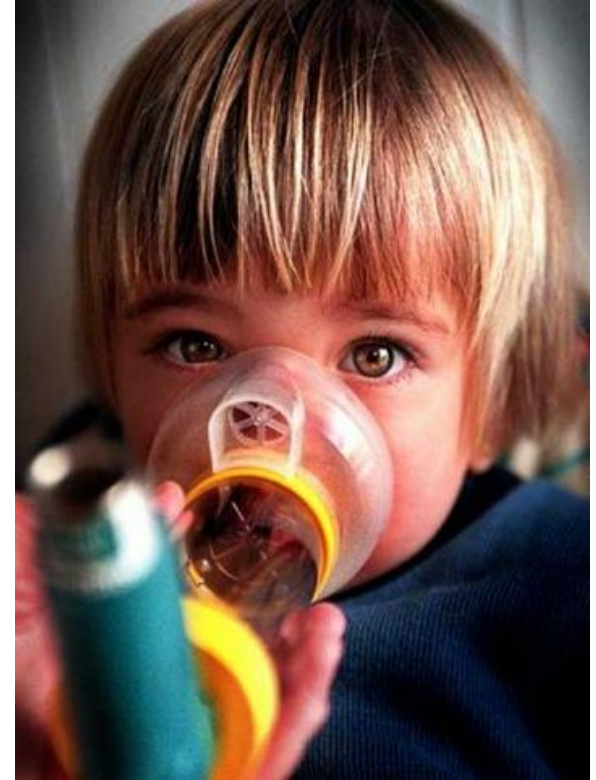
**PRAM 9-12 : sévère**

# TT crise asthme

- Oxygène
- B2 mimétique
- Corticoïde
- Anticholinergique

# B2 mimétique

- Broncho-dilatateur:
  - « celui qui soulage »
- VENTOLIN
  - Crise légère (PRAM 0-3)
    - 2 à 4 push
  - Crise modérée ou sévère (PRAM  $\geq$  4)
    - < 5 ANS: 6 PUSH
    - > 5 ANS: 12 PUSH
  - Par chambre
  - Train de Ventolin (3 fois au 20 minutes)



# Anti-cholinergique

- Broncho-dilatateur,
- Effet additif en cas de crise sévère
- De 2 à 4 push
- Dès 2 ans
- SAUP: Peut-être répété aux 20 minutes pendant les premières heures si réponse B2 insuffisantes,
- À l'étage: ensuite 4 à 6 fois par jour pdt 48 h



# corticoïde

- Anti-inflammatoire « celui qui soigne »
- Par voie générale
- Action en 3 heures: timing!
- Prednisone 1-2 mg/kg pour 3 jours (max 60 mg) (max 5 jours)
- Ou dexaméthasone 0.6 mg/kg dose unique (demi-vie de 36 à 72 heures) si rentre à domicile

# Que contrôlez-vous au status ?

- Évaluez effet du bronchodilatateur
  - FR, satu, entrée d'air, tirage
- Y a-t-il besoin d'une seconde série de spray ?

# sortie

- Prévoir un plan de sortie !
  - Arriver au SAUP= **échec** de la prise en charge de l'asthme...
- Traitement de sortie:
  - Bronchodilatateur espacés aux 4 h.
  - Continuer les 3 jours de corticoïde
  - Débuter tt cortico en inhalation ?
  - Prévoir rv chez pédiatre
  - Check technique d'inhalation
  - Revoir le **programme crise à la maison**:
    - 10 push toute les 4 heures si non réponse: ad consultation



# Bronchite obstructive



Bronchospasme déclenché par infection virale

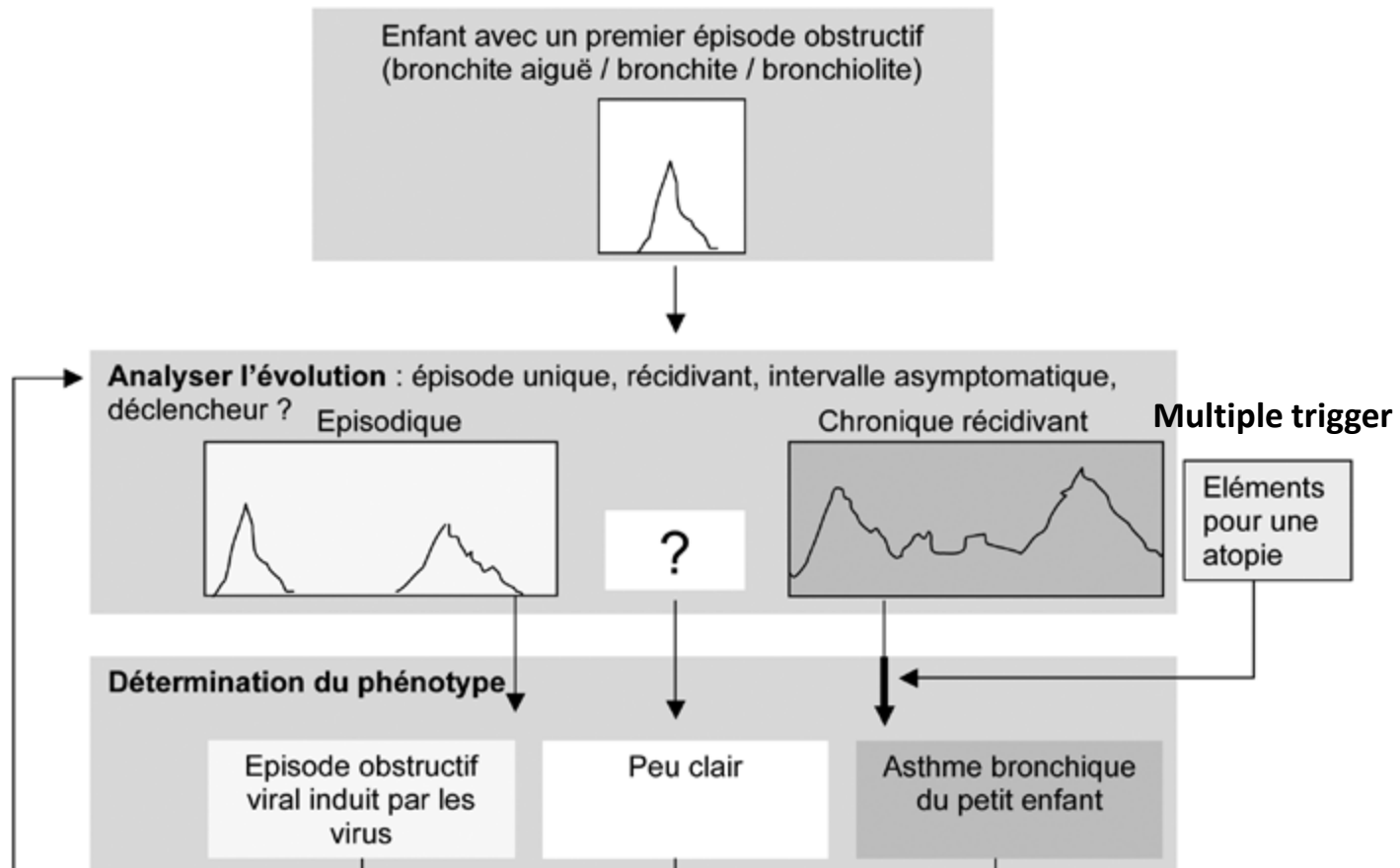
# Maladies obstructive en **pré-scolaire** !

- 50 % des enfants qui sifflent à l'âge pré-scolaire ne vont **plus siffler** par la suite
- 80% des enfants qui sifflent à l'âge scolaire commencent à siffler **dans la première année** de vie

## – **Comment faire ??**

- Pour ne **pas surtraiter** un bébé qui ne sifflera que qq fois lors d'IVRS et
- Ne **pas sous-traiter** un asthme pré-scolaire
- ! âge pré-scolaire

# Phénotype- classification présentation clinique



# Symtômes intercurrents pour diagnostic multiple trigger/chronique récidivant

- **Toux / sifflement entre les crises**
  - Facteurs déclenchants:
    - effort, rire, air froid, fumée, allergène,
  - Risque augmenté si
    - Atopie familiale/personnelle
    - > 3 épisodes dans les 3 derniers mois
    - Hosp pour sifflement

Posez ces questions pour pouvoir classier l'enfant !!!

# Prise en charge crise – c/o épisodique

- Tt **seulement épisode !**
- **B2 mimétique**
  - + Anticholinergique (au besoin)
- Corticoïde per os
  - Efficace seulement si hosp !
- Anti-leucotriène:
  - Possible dès début crise, évaluer l'effet...
- PAS de stéroïde inhalé



# Prise en charge crise - épisodique

- Traitement seulement durant les épisodes
- Réponse clinique parfois très individuelle
  - Stop en cas de non-réponse
- SABA en inhalation selon besoin en 1<sup>er</sup> choix (LL)
  - SABA oraux ou i.v. seulement exceptionnellement (effets secondaires) (LL)
  - évtl. en combinaison avec du bromure d'ipratropium en cas d'épisode obstructif sévère (LL), synergie d'action
- Evtl. LTRA au besoin dès le début des symptômes (LL)
- Les corticostéroïdes systémiques (LL) ne sont pas recommandés en ambulatoire : réservés en cas d'exacerbation sévère nécessitant une hospitalisation
- Les CSI fortement dosés ont peu d'effets, ils ne sont pas recommandés (LL)
- LABA → aucuns travaux à disposition

ERS Task Force, ERJ 2008,32(4):1096-1110, adapté

SABA: B2 mim courte durée, LTRA: antagoniste récepteur leucotriène,  
CSI: corticoïde inhalé, LABA: B2 mim à longue durée d'action

# TT – c/o chronique récidivant / multiple trigger?

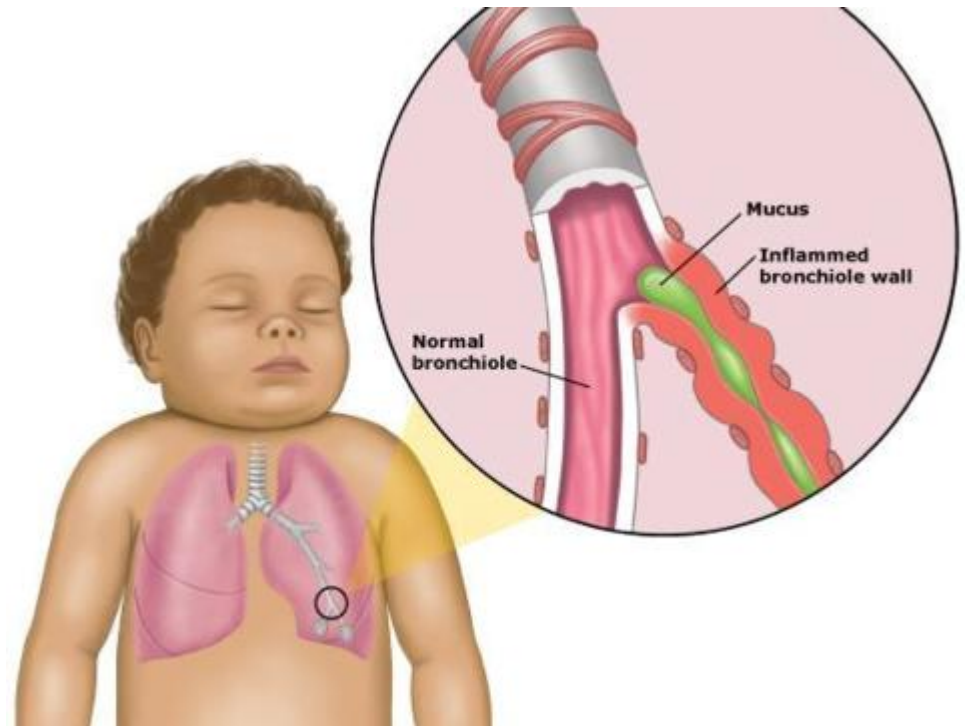
- Considéré comme **asthme bronchique du petit enfant**
- Tt crise aiguë comme prise en charge asthme
- Prévoir introduction corticoïde topique

# bronchiolite



# Bronchiolite

- Primo-infection RSV +++ ou d'autres virus respiratoire
- < 12 mois
- Inflammation bronchiole, nécrose, sécrétions
- Atélectasie vs hyperinflation



# Examens complémentaires

- Diagnostic clinique
- Saturation
- Evaluer apport et fatigue
- Pas d'examens de routine pour bronchiolite simple!
- FSC/CRP si DD pas clair
- RX si atteinte sévère ou DD pas clair
- Gazométrie si atteinte sévère et besoin de valeur de départ de CO<sub>2</sub>

# Recherche étiologique

- Antigène rapide RSV si hospitalisation pour cohortage
- PCR virus respiratoire seulement si immunosupprimé ou cas particuliers
- Ne pas oublier la coqueluche chez les petits non encore vaccinés, DD parfois difficile

# Critères d'hospitalisation

- SDR, tachypnée en augmentation
- SaO<sub>2</sub> < 90%, agitation croissante
- Incapacité de prendre >50% des apports hydriques
- Début déshydratation (diurèse, perte de poids)
- Apnées, bradycardie (< 6 semaines à risque)
- Maladie sous-jacente (BPD, mucoviscidose, malformation cardiaque)
- Situation sociale et domicile éloigné

# Traitement- hospitalier

- Minimal handling
- O<sub>2</sub> au besoin: satu < 90%
- Surveillance: saturation continu-matelas à apnée
- Sonde naso-gastrique si apports insuffisants
  - Apport iv si non toléré
- Désobstruction nasale:
  - toilette NaCl 0.9% mouche-bébé / Nasivine



- Ventolin essai:
  - Seulement si hyperréactivité bronchique, atopie
  - Pas < 6 mois, très peu de chance qu'utile
  - Toujours comparer avant-après: FR, détresse resp., satu, auscult
  - Ventolin presque jamais utile !
- Pas d'antibiotique de routine,
- corticoïdes inefficaces
- pas de physiothérapie

# TT - ambulatoire

- Contrôle pédiatre à 24 heures si début maladie
- Surveiller apport, fractionnement repas
- Physiothérapie éventuelle: permet une surveillance !
- Pas de fumée !!!

# Des questions ?

