



Introduction

L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente de l'enfant. L'exacerbation d'asthme est, par conséquent, un motif de consultation très rencontré aux urgences pédiatriques.

L'objectif de notre travail est d'évaluer le profil épidémiologique et clinique des patients consultant pour ce motif, de déterminer les facteurs de risque et leur corrélation avec la sévérité de l'exacerbation.

Résultats

L'échantillon a compris 305 patients avec un âge moyen de 6 ans et un sex-ratio de 1,5. La présence des sifflements thoraciques était le principal motif de consultation soit 83% des cas. Les autres symptômes étaient : la fatigue dans 71,6%, les troubles d'élocution dans 57,5% des cas et une gêne respiratoire dans 50,9% des cas. Un antécédent d'allergie a été retrouvé chez 48,2% des patients. Un taux de 68,5% avaient des antécédents de sifflements et 41,3% avaient une atopie familiale. Les signes cliniques étaient dominés par les sibilants (83%) et la dyspnée au repos (50,9%). Les facteurs déclenchants étaient l'humidité des foyers à 56,4%, l'exposition aux acariens à 40%, une infection virale à 87,5% et un arrêt du traitement à 22,4%. L'exacerbation était inaugurale chez 56% des cas, dont 48,5% avaient une crise légère, 43,9% avaient une crise modérée et 7,6% avaient une crise sévère, alors qu'elle était secondaire à un asthme connu chez 44% des cas dont 25,4% avaient une exacerbation légère, 69,4% avaient une exacerbation modérée et 5,2% avaient une exacerbation sévère. Tous les patients admis pour crise inaugurale ont été hospitalisés, quant à ceux admis connus asthmatiques : 47% sont sortis sous traitement et 49% ont été hospitalisés au service de pneumo-allergologie et 4% en réanimation pédiatrique.

Il a été mis en évidence que le risque d'exacerbation grave est plus important si : dans les antécédents il y a une atopie personnelle ou une prématurité, si le facteur déclenchant de l'exacerbation était une infection virale, une allergie alimentaire ou médicamenteuse ou une allergie au pollen, et si le patient est sous corticoïdes inhalés seuls et s'il a des symptômes diurnes.

Références bibliographiques

- 1- Shen A, et al. The economic burden of medical treatment of children with asthma in China. BMC Pediatr. 2020 ;20 :386.
- 2- BATOUL BENKIRANE. ASTHME DE L'ENFANT DE 2 à 15 ans. (A propos de 400 cas). Thèse en médecine. Marrakech.
- 3- Traitement de l'asthme de l'enfant : du consensus à la pratique Asthma treatment in childhood: from guidelines to practice, review of pneumonology et d'allergologie pédiatriques, hôpital Necker-Enfants-Malades, AP-HP, 149, rue de Sévres, 75015 Paris, France

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique, portant sur les enfants âgés entre 2 et 15 ans ayant consulté pour exacerbation d'asthme au service des urgences médicales pédiatriques de Rabat sur une période de 6 mois, allant de septembre 2022 à février 2023.

Discussion

- Notre étude a été réalisée au cours de la période Septembre-Février, qui est une période froide au Maroc et pendant laquelle le risque d'exacerbation d'asthme augmente. Cette période a été choisie car il existe des pics prévisibles d'exacerbations de l'asthme liés à la rentrée scolaire et à la reprise de la vie en collectivité avec une recrudescence des infections respiratoires virales, auxquels se rajouterait parfois l'arrêt du traitement de fond pendant les vacances.

- Dans notre étude 60% des cas étaient de sexe masculin. Les mêmes résultats ont été observés dans l'étude de Wu et al. ainsi que dans une thèse en médecine à Marrakech portant sur 400 enfants asthmatiques et dans laquelle le sexe ratio garçon/fille était de 1,5.

- Dans notre étude, presque la moitié de nos patients avaient une atopie familiale et 89% avaient une atopie personnelle, par contre une étude de cohorte Néerlandaise n'a trouvé aucune augmentation du risque d'exacerbation chez les enfants atteints d'eczéma, de rhinite allergique ou de conjonctivite, par rapport aux patients n'ayant pas de maladie allergique.

- L'asthme se caractérise par des symptômes respiratoires intermittents, apparaissant plus volontiers la nuit ou le matin au réveil : toux, sifflements, dyspnée, oppression thoracique. Dans notre étude, les signes cliniques des exacerbations étaient dominés par les sibilants.

Les exacerbations de l'asthme sont classées selon leur gravité et souvent catégorisées comme légères, modérées ou graves, en utilisant les directives GINA ou NIH.

Le traitement de l'asthme repose essentiellement sur la corticothérapie inhalée. L'association avec un β_2 -agoniste de longue durée d'action ou un antagoniste des leucotriènes est nécessaire dès lors que l'asthme n'est pas contrôlé par la seule corticothérapie inhalée.

- La prise en charge de l'enfant asthmatique ne doit pas se limiter à la seule prescription médicamenteuse, mais doit être globale et inclure tout autant l'apprentissage des schémas thérapeutiques que celui d'une hygiène de vie adaptée, une revue systématique et méta-analyse a montré que l'éducation dans l'asthme était associée à une amélioration de la fonction pulmonaire, à une réduction de l'absentéisme scolaire, du nombre de jours d'activité restreinte et du nombre de visites aux urgences.

Conclusion

Ces résultats ont permis d'identifier les facteurs influençant la gravité de l'exacerbation d'asthme, ce qui peut constituer une base solide pour guider les stratégies de prévention et d'intervention, avec un accent particulier sur les enfants présentant un risque élevé d'exacerbation grave.