

PROFIL ET PRISE EN CHARGE DE LA CRISE D'ASTHME EN MILIEU HOSPITALIER PEDIATRIQUE A ABIDJAN (COTE D'IVOIRE)

AMON TANOHI-DICK F.*, HAYATHE A.*, NGOAN A.M.*, ADONIS-KOFFI L.*, LASME E.*, TIMITE-KONAN M.*

RESUME

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée à Abidjan dans le service de pédiatrie médicale du CHU de Yopougon portant sur 69 enfants hospitalisés pour crise d'asthme du 1er janvier 1992 au 31 décembre 1994. La prévalence hospitalière était de 1 % environ avec un âge moyen de 7 ans. Sur le plan clinique la classification utilisée a permis d'individualiser une majorité de crises modérées. La radiographie pulmonaire a été le seul examen paraclinique réalisé, objectivant des images de distension thoracique et d'atteinte bronchique diffuse.

Sur le plan thérapeutique, les nébulisations de salbutamol représentaient la forme galénique la plus utilisée. La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,55 jours avec un taux de succès de 98,55 %.

Mots-clés : Asthme, crise, enfant, thérapeutique, nébulisation.

ABSTRACT

Profile and management of asthma attack in Pediatric Hospital

This is a retrospective study realized in the Abidjan medical Pediatrics Department of the CHU Yopougon, concerning 69 children hospitalized for asthma attack from the 1st January 1992 to the 31st December 1994. Hospital frequency was about 1 % with an average age of 7 years. The clinical classification used made possible to individualise the majority of moderate attacks. Pulmonary radiography was the only paraclinic test used, bringing into focus the pictures of thoracic distension and diffused broncho affections.

As a therapy salbutamol nebulisations was the galenic form most commonly used. The average period of hospitalization was 2,55 days with a success rate of 98,55 %.

Key-words : Asthma, attack, infant therapeutic, nebulisation.

INTRODUCTION

L'asthme est aujourd'hui la maladie chronique la plus fréquente chez l'enfant (1). Sa prise en charge inclut le traitement de l'asthme en crise et en intercritique. Les thérapeutiques utilisées durant la crise sont actuellement bien codifiées, se basant sur les modifications physiopathologiques. L'évaluation de la sévérité de la crise d'asthme et la décision d'hospitalisation, constituent un problème auquel sont confrontés les praticiens. En Côte d'Ivoire, très peu de travaux ont été effectués sur l'asthme chez l'enfant. Notre objectif a été de décrire le profil et la prise en charge des enfants asthmatiques en crise admis en milieu hospitalier.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective couvrant une période de 3 ans, allant du 1er janvier 1992 au 31 décembre 1994 ; incluant tous les dossiers de malades hospitalisés en pédiatrie générale pour crise d'asthme dont l'âge était compris entre 1 mois et 15 ans. Chez les enfants de moins de 24 mois les dossiers cliniques retenus étaient ceux qui répondaient à la définition de la crise d'asthme selon LEVINSON et TABACHNIK (2). Les facteurs épidémiologiques recherchés étaient les fréquences mensuelles et annuelles, l'âge, le sexe, la nationalité, l'ethnie, le lieu de résidence. Les antécédents familiaux d'atopie, l'ancienneté de la maladie, l'âge des premières manifestations cliniques, les prodromes antérieurs à la crise ont également été inclus. L'appréciation de la sévérité de la crise d'asthme avait tenu compte des paramètres cliniques de la classification du score de HUE et coll. (3). La prise en charge comportait le bilan paraclinique, les types de médicaments et leurs modes d'administration. Le salbutamol a été utilisé en solution à la dose de 50 mg/10 ml dilué dans 4 ml de sérum physiologique propulsé par un débit d'oxygène de 6 l/mn à l'aide d'un aéroliseur durant 10 minutes.

Une nébulisation toutes les 6 heures à la dose de 0,03 ml/kg sans dépasser 1 ml de salbutamol était effectuée (10).

*Service de pédiatrie

** Service de radiologie

Après utilisation, le masque de nébulisation et les raccords ont subi une décontamination par immersion dans une solution détergente désinfectante à base d'aldéhyde. On a respecté un temps de contact de 15 minutes suivi d'un lavage avec une solution savonneuse, puis rinçage à l'eau courante. Les éléments ont été trempés dans une solution désinfectante à base de glutaraldéhyde à 2 % ou à défaut de chlore à 5 % pendant 30 minutes et reconditionnés, après séchage. Selon la marque de référence du masque de nébulisation une stérilisation à l'autoclave à 125° pendant 25 minutes a été possible sans détérioration du matériel. Les éléments de surveillance, la durée d'hospitalisation et les modalités de sortie ont été pris en compte.

RESULTATS

Pour ce qui est des données épidémiologiques, la fréquence de l'asthme était de 1 % soit 69 cas sur 7470 malades hospitalisés. Les fréquences mensuelles montraient trois pics de distribution, le mois de mars correspondant à la saison sèche et les mois de septembre et octobre à la période de petites saisons des pluies.

Le sex-ratio était de 1,87 (45/24). L'âge moyen était de 7 ans avec des extrêmes de 1 an et 14 ans. Les données cliniques ont révélé que les antécédents familiaux d'asthme et d'atopie étaient recherchés une fois sur deux par les médecins. Ils étaient retrouvés dans 45 % des cas (tableau 1).

Tableau 1 : Répartition selon les antécédents familiaux d'asthme et d'atopie

	Effectif	%
Asthme	29	42,02
Atopies diverses	2	2,9
Pas d'ATCD particuliers	8	11,6
Non précisé	30	43,47
Total	69	100

L'âge de la première manifestation clinique se situait en dessous de 10 ans dans 49,7 % (34/69) avec un maximum entre 5 et 9 ans. Dans 72,46 % des cas (50/69), il s'agissait d'asthme connu, néanmoins le suivi n'était régulier que dans 22 % des cas (11/69), cette donnée n'est pas précisée chez 58 % des malades. Les prodromes les plus fréquemment retrouvés étaient la toux, la rhinite et la fièvre. La toux a été retrouvée dans 69,56 % des cas (48/69), elle était

le maître symptôme. La porte d'entrée ORL venant en deuxième position était retrouvée dans 27,53 % (19/69). La fièvre était associée dans 26,08 % des cas. Selon les critères cliniques de la classification de HUE et coll, les crises modérées étaient majoritaires.

Tableau n°2 : Répartition en fonction de la gravité

Crise	Effectif	%
Minime	5	7,25
Modérée	49	71,01
Sévère	15	21,74
Total	69	100

La radiographie pulmonaire a été effectuée chez 49 malades sur 69.

Les anomalies radiographiques (tableau n°3) retrouvaient essentiellement des images de distension thoracique et d'atteinte bronchique diffuse à type d'épaississement pariétal. Dans 44,92 % des cas (31/69) les enfants n'avaient reçu aucun traitement avant l'hospitalisation. En hospitalisation les classes thérapeutiques utilisées étaient les bronchodilatateurs, les corticoïdes et les antibiotiques en association. Les antibiotiques administrés étaient ceux du groupe des bêta-lactamines dans 84,05 des cas (58/69). L'hémisuccinate hydrocortisone a été le corticoïde le plus couramment utilisé soit 97,1 % (67/69). Les bêta 2 adrénergiques ont été prescrits dans 75,36 % des cas (52/69) et les nébulisations de salbutamol constituaient la forme d'administration dans 71,15 % des cas (37/52). La surveillance a été efficace chez la majorité de nos patients. Elle a été purement clinique (tableau n°4).

Tableau n°3 : Répartition selon les résultats de la radiographie pulmonaire

	Effectif n = 49	%
Radiographie normale	14	28,57
Distension thoracique	17	34,69
Bronchopathie	18	36,73
Bronchopneumopathie	4	8,16
Emphysème + pneumomédiastin	1	2,04

Tableau n°4 : Appréciation des éléments de surveillance

		Effectif	%
Surveillés	Conscience	47	68,11
	Température	56	81,16
	FR	47	68,11
	TA	4	5,8
	Utilisation des intercostaux	36	52,17
	Auscultation	61	88,40
Non surveillés		5	7,24

La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,55 jours quelle que soit la gravité de la maladie. Un décès a été déploré dans notre série, chez un enfant hospitalisé pour état de mal asthmatique.

COMMENTAIRES

Les limites du travail sont l'insuffisance de certaines données étant donné le caractère rétrospectif. La fréquence de l'asthme de l'ordre de 1% dans notre étude est faible, comparativement à la fréquence de l'asthme en Côte d'Ivoire. Celle-ci était de 10 % en milieu scolaire en 1992 (4). Le cadre restreint de l'étude, le niveau socio-économique modeste de nos patients, le caractère récidivant des crises et les habitudes de soins traditionnels pourraient expliquer une fréquence hospitalière peu élevée. Les périodes de recrudescence des crises retrouvées durant les mois de mars, septembre et octobre ne semblent pas totalement en accord avec les données de la littérature. De nombreux auteurs retrouvent une recrudescence des crises spastiques durant les périodes de grandes saisons sèches et pluviales (5, 6). Le type de climat tropical intervient dans la répartition mensuelle des crises d'asthme. La prédominance masculine retrouvée chez nos patients est connue dans la maladie asthmatique (1, 7). La moyenne d'âge de 7 ans concorde avec les données de la littérature (1). Le diagnostic d'asthme avant 12 mois n'a pas été fait dans notre série reflétant la difficulté du diagnostic à cet âge de vie. Nos résultats concernant la recherche d'antécédents familiaux d'asthme et d'atopie, étaient en deçà de ceux retrouvés par BENNIS et coll. à Rabat (8). Cette donnée n'est mentionnée dans les dossiers qu'une fois sur deux. L'âge du diagnostic de la maladie asthmatique est presque similaire aux données de la littérature (7, 8). Pour ce qui est de la prise en charge de ces malades, il n'existait pratiquement pas de

suivi antérieur alors que la majorité des patients étaient des asthmatiques connus. Un suivi en intercritique se justifie et demande une sensibilisation de l'équipe médicale et des parents. Sur le plan clinique, les équivalents asthmatiques caractérisés par une toux sont une symptomatologie fréquente chez l'enfant pouvant être prise pour des prodromes. L'étiologie allergique et/ou infectieuse des manifestations ORL n'a pu être précisée. La fièvre relativement fréquente dans 26,08 % des cas pose un problème étiologique : syndrome grippal, accès palustre associé, asthme surinfecté. La prise en charge de la crise d'asthme en fonction des stades de gravité est actuellement standardisée (1). La majorité des malades admis en hospitalisation avaient des crises modérées ou sévères. Ces décisions vont dans le sens des propositions thérapeutiques en fonction du stade. Les images radiographiques retrouvées correspondaient à celle d'une crise légère ou modérée sans complication (9). L'utilisation des antibiotiques dans notre série était excessive (84,05 %) et non justifiée. L'hémisuccinate d'hydrocortisone a été le plus utilisé, du fait de sa disponibilité à la pharmacie de l'hôpital. Le traitement des crises d'asthme par nébulisation de bêta 2 adrénergique n'est pas de pratique courante dans la sous-région, elle a montré son efficacité de par le monde. La disponibilité du produit et le coût du masque à usage unique semble limiter son utilisation.

Une décontamination puis désinfection a été possible dans notre expérience. Les masques de nébulisation de marque PETERS ont subi une stérilisation sans dommage.

CONCLUSION

L'asthme est une situation d'urgence fréquente en milieu hospitalier. Evaluer la gravité par une classification basée sur des critères cliniques est intéressante dans notre contexte de travail. Le coût engendré par l'achat de masque de nébulisation à usage unique nous a fait opter pour une stérilisation après chaque utilisation. La nébulisation s'est avérée une thérapeutique efficace de réalisation possible dans nos structures hospitalières en pays sous développés.

Remerciements

A l'équipe de Médecine d'Hygiène Hospitalière du CHU de Yopougon.

Au Chef de Service Docteur J. COLINSON et son adjointe Madame M. PEN

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - DUTAUT G.
L'asthme de l'enfant.
Ellipses 1996, p.5.
- 2 - DUTAUT G.
Asthme du nourrisson et de l'enfant.
Paris : Division Sandoz Pharma, 1991, 69 p.
- 3 - HUE V. et coll.
Asthme de l'enfant : qui hospitaliser et où ?
Arch Pédiatr. 1994, 1, (4) : 340-345.
- 4- ROUDAUT et coll.
Prévalence de l'asthme et des maladies respiratoires en milieu scolaire à
Bouaké (Côte d'Ivoire).
Médecine Tropicale, juil-sept. 1992, 52 (3) : 279-283.
- 5 - TIDJANI O. et coll.
Aspects épidémiologiques de l'asthme en milieu scolaire dans la com-
mune de Lomé.
Med. Afrique Noire, 1994, 41 (6) : p.331-335.
- 6 - BAH KEITA, TOURE A., SANGARE S.
Facteurs étiopathogéniques et aspects cliniques de l'asthme à Bamako.
Cahier de Santé, 1992 : 2 : 29-34.
- 7 - CHARPIN D.
Définition et épidémiologie de l'asthme.
Encycl. Med. Chr (Paris) Poumon - plèvre - médiastin 6039 A 20, 11,
1984, 6 p.
- 8 - BENNIS A. et al.
Prévalence de l'asthme de l'adolescent à Rabat (enquête de
l'enseignement secondaire).
Rev. Mal. Resp. (Paris) 1992, (9) : 163-169.
- 9 - GRIMFELD A.
Asthme in AUJARD Y., BOURRILLON A., GAUDELUS J.
Ed. Pneumologie Paris : Ellipses AUPELF, 1986, Pédiatrie, p. 486-489.
- 10 - SCHEINMANN P.
Asthme aigu et nébulisation chez l'enfant.
Pneumologie (Paris), 1989, n° spécial : p. 5-6.