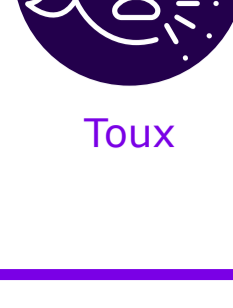


COMPRENDRE L'ASTHME SÉVÈRE NON CONTRÔLÉ

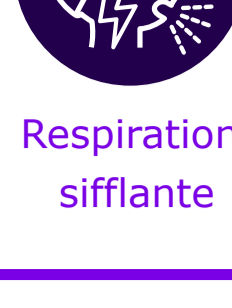
Chez les enfants

L'asthme est la **maladie chronique la plus courante** chez les enfants.¹

Une prise en charge médicamenteuse adaptée, comme les inhalateurs, permet de soigner la plupart des enfants. Cependant, lorsque l'asthme est non contrôlé, le suivi doit être réévalué par le pneumologue.²



Toux



Respiration sifflante



Difficultés respiratoires

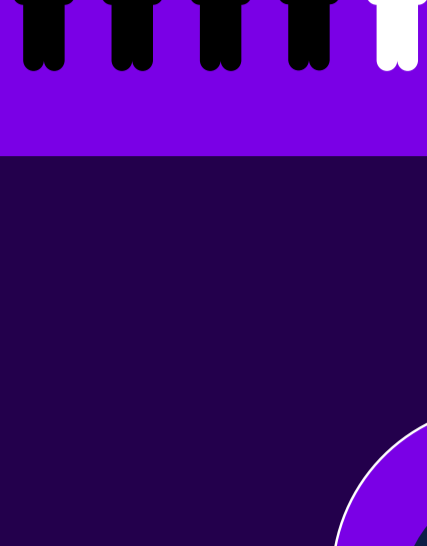


Dans une étude européenne menée sur **73 000 foyers**, 753 enfants asthmatiques de moins de 16 ans ont été identifiés. **Plus d'un enfant sur 10** serait donc atteint de cette maladie chronique.³

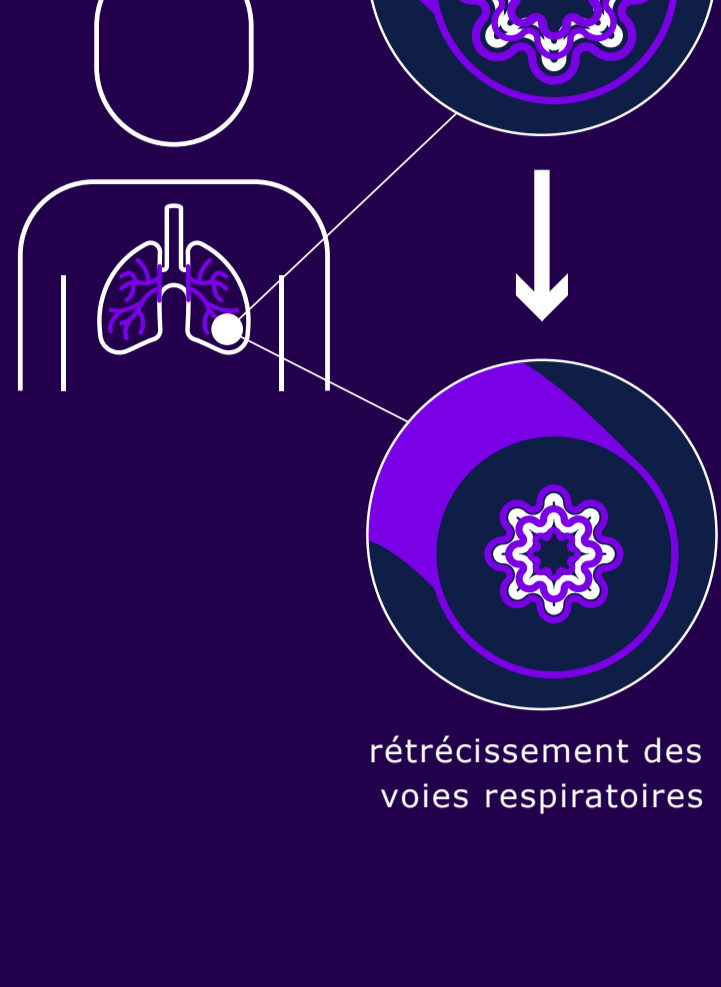


Chez les patients atteints d'asthme sévère non contrôlé, les symptômes sont fréquents et invalidants. Ces patients sont sujets à des consultations aux urgences et à des hospitalisations plus fréquentes, mais également à un **risque de complications à long terme**.^{2,4,5}

L'INFLAMMATION DE TYPE 2 PEUT CONTRIBUER À L'ASTHME PÉDIATRIQUE



Jusqu'à **85 %** des enfants asthmatiques (âgés de 6 à 17 ans) présentent une inflammation de type 2 sous-jacente.⁶



rétrécissement des voies respiratoires

L'inflammation de type 2 est une réponse excessive du système immunitaire à l'origine d'une hyperréactivité bronchique qui contribue aux symptômes de l'asthme. Ainsi quand l'asthme n'est pas contrôlé, il est plus difficile pour le patient de respirer normalement, ce qui contribue aux symptômes de l'asthme sévère non contrôlé.^{6,7,8,9}

Lorsque les enfants sont asthmatiques sévères avec une signature inflammatoire de type 2, ils deviennent alors plus à risque d'avoir une altération de la fonction respiratoire, des crises d'asthme et une mauvaise qualité de vie.^{2,11,12,13}

L'asthme associé à une inflammation de type 2 peut être allergique et/ou éosinophilique. Dans l'asthme éosinophilique, le taux de certaines cellules immunitaires appelées éosinophiles est élevé.^{6,14,15}

Lors de la consultation chez le pneumologue, la réalisation d'un examen de la fonction respiratoire (EFR) est recommandé chez les enfants asthmatiques sévères non contrôlés dès l'âge de 3 ans.^{10,37,38}



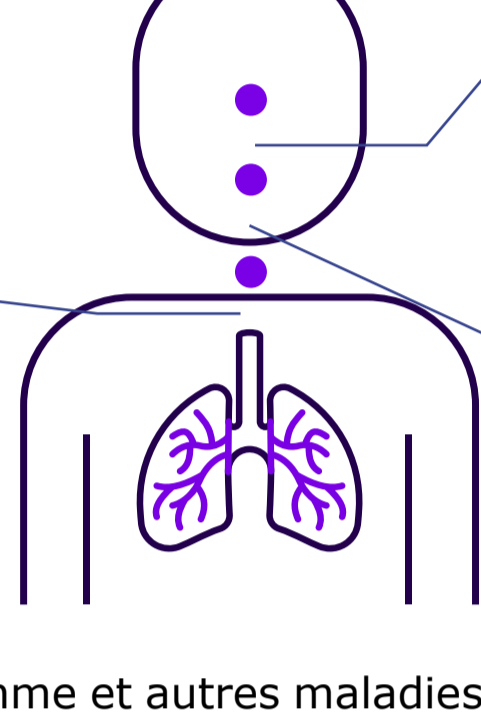
L'inflammation de type 2 peut provoquer d'autres maladies, ce qui peut expliquer que certains enfants atteints d'asthme peuvent également souffrir de :^{1,16,17,18}

Dermatite atopique

Maladie inflammatoire chronique qui se manifeste souvent par une éruption cutanée avec des démangeaisons

Œsophagite à éosinophiles

Maladie inflammatoire chronique et progressive qui endommage l'œsophage



Rhinite allergique

Maladie inflammatoire des voies respiratoires supérieures provoquée en réponse à divers allergènes

Allergie alimentaire

Réponse inflammatoire à un aliment

Les enfants qui cumulent asthme et autres maladies inflammatoires de type 2 sont plus à risque d'avoir des répercussions délétères, notamment un **asthme non contrôlé qui peut conduire à une altération de la fonction respiratoire**.^{19,20}

LES IMPACTS PERSONNELS ET SOCIÉTAUX DE L'ASTHME PÉDIATRIQUE

La chronicité et le caractère imprévisible de l'asthme pédiatrique signifient qu'il peut avoir de nombreuses conséquences négatives dans la vie de l'enfant :^{1,21,22,23}



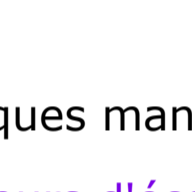
Baisse de participation aux activités extrascolaires



Augmentation des problèmes de sommeil



Baisse des résultats scolaires



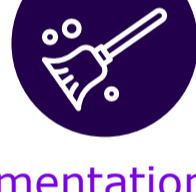
Augmentation de l'anxiété et risque de dépression



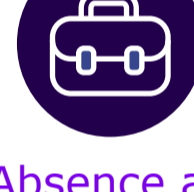
Les enfants asthmatiques manquent **1,5X** plus de jours d'école par an.^{24,25}

Ce fardeau s'accroît lorsque l'asthme de l'enfant est incontrôlé et sévère.^{21,26}

En plus de l'impact chez l'enfant, l'asthme peut avoir des conséquences sur toute la famille :^{21,24,27,28}



Augmentation des tâches ménagères pour réduire l'exposition à un environnement potentiellement déclencheur



Absence au travail pour prendre soin de son enfant malade



Augmentation des problèmes de sommeil dans toute la famille



Augmentation de l'anxiété et risque de dépression

L'asthme est l'une des **10 maladies les plus fréquentes** chez les enfants et les adolescents âgés de 5 à 14 ans dans le monde. Elle est associée à des coûts sociétaux directs et indirects :^{24,29,30}



Les besoins en matière de santé (médicaments, hospitalisations...)



Absences ou baisse de productivité à l'école pour les enfants et au travail pour les parents

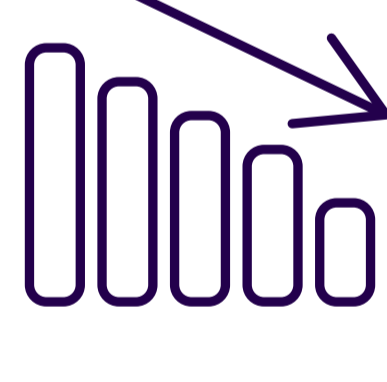
En Europe, toutes tranches d'âges confondues, on estime que l'asthme coûte chaque année **72 milliards d'€** avec **100 millions de journées d'école et de travail perdues**.²⁶

QUATRE OBJECTIFS CLÉS DU CONTRÔLE DE L'ASTHME^{31,32}

1 Réduire les crises d'asthme graves et potentiellement mortelles

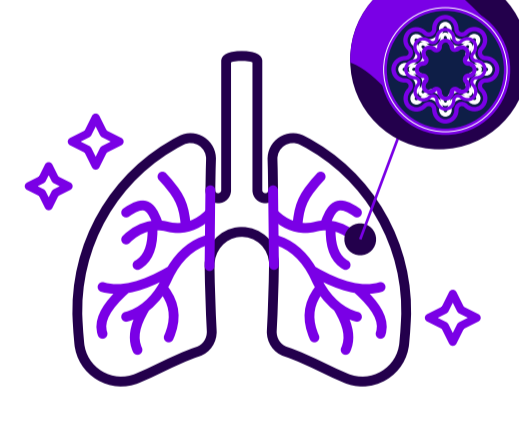
Malgré un traitement standard, les enfants peuvent continuer à présenter des crises qui peuvent évoluer rapidement et devenir fréquentes et graves.²

Les exacerbations fréquentes de l'asthme pendant l'enfance ont un **impact négatif sur la fonction respiratoire en développement**.³³



2 Améliorer la capacité respiratoire (fonction respiratoire)

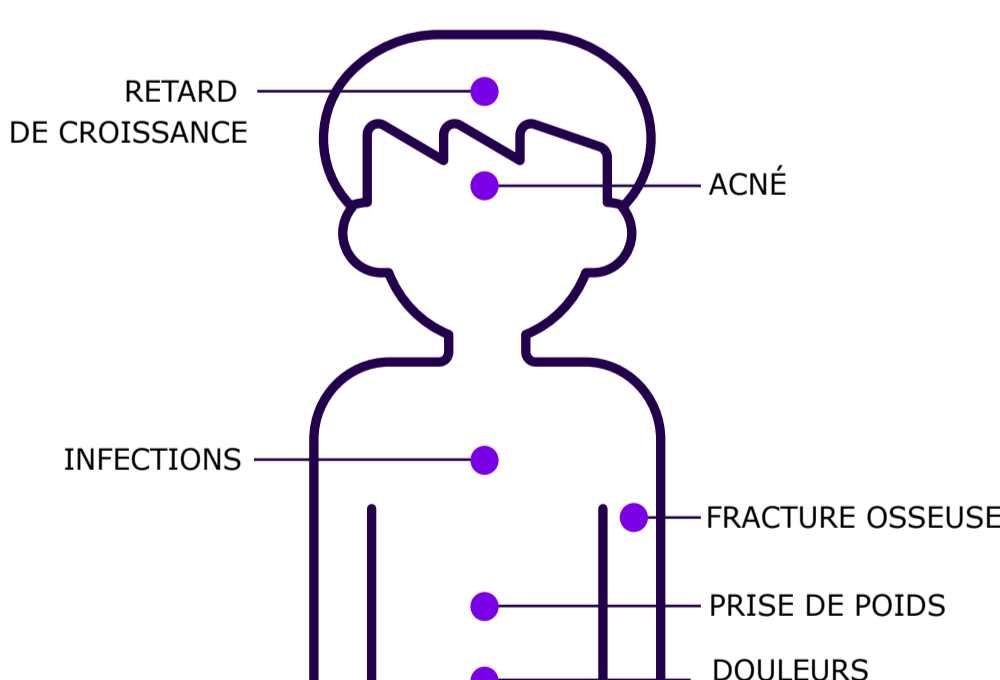
Les enfants qui souffrent d'un asthme sévère non contrôlé peuvent avoir une **perte progressive de la fonction respiratoire**, qui peut rester altérée tout au long de leur vie adulte.^{5,10,34}



3 Réduire la dépendance aux corticostéroïdes oraux (CSO)

Chez les patients asthmatiques sévères, des doses fortes de corticostéroïdes inhalés associés à un autre traitement de fond de l'asthme sont nécessaires pour maintenir le contrôle de la maladie. Cependant, chez certains patients, l'asthme reste non contrôlé malgré ce traitement maximal bien pris, ce qui oblige à recourir à des corticoïdes oraux au long cours. Ceux-ci peuvent affecter leur croissance de manière négative.^{2,35}

Les corticostéroïdes oraux (CSO) peuvent être nécessaires pendant quelques jours en cas de crise grave, mais les directives actuelles sur l'asthme **ne recommandent pas une utilisation à long terme** en raison des potentiels effets secondaires graves suivants :^{2,36}



4 Améliorer les symptômes de l'asthme et la qualité de vie

L'asthme sévère non contrôlé et ses comorbidités potentielles peuvent limiter considérablement la qualité de vie d'un enfant.² L'amélioration de la qualité de vie est un objectif clef dans la prise en charge de l'asthme pédiatrique.



Pour plus d'informations, consultez le site www.asthme-severe.fr

1. Von Mutius E. Le fardeau de l'asthme infantile. Arch Dis Child. 2000;82 Suppl 2(Suppl 2):II2-II5.
2. Initiative mondiale pour l'asthme (GINA). Stratégie mondiale pour la gestion et la prévention de l'asthme. 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://ginasthma.org/gina-reports/>. Accessible : Mai 2021.
3. Santé sur le net. Fiche d'information sur l'asthme et les enfants atteints de Covid-19, 8 décembre 2021. <https://www.sante-sur-le-net.com/asthme-facteur-dhospitalisation-chez-les-enfants-atteints-de-covid-19/#:~:text=Les%20enfants%20asthmatiques%20pr%C3%A9sentent%20un%20effet%20de%20taux,fois%20plus%20se%20la%20la%20s%C3%A9v%C3%A9rit%C3%A9%20de%20l%20E2%80%99%20asthme%29.>
4. Wu AC, Tantibirik, U L, et al. Les facteurs prédictifs des symptômes sont différents des facteurs prédictifs des exacerbations sévères de l'asthme chez les enfants. PLoS One. 2011;14(1):100-107.
5. McGeachie MJ, Yates KP, Zhou X, et al. Modèles de croissance et de déclin de la fonction pulmonaire dans l'asthme infantile persistant. N Engl J Med. 2016;374(19):1842-1852.
6. Tran TN, Zeiger RS, Peters SP, et al. Chevauchement des phénotypes de l'asthme atopique, éosinophilique et TH2-élevé dans une population générale souffrant d'asthme actuel. Ann Allergy Asthma Immunol. 2016;116(1):37-42.
7. Fahy JV. L'inflammation de type 2 dans l'asthme : présente dans la plupart des cas, absente dans de nombreux cas. Nat Rev Immunol. 2015;15(1):57-65.
8. Duncan EM, Fahy JV. Le rôle de l'inflammation de type 2 dans la pathogenèse des exacerbations de l'asthme. Ann Am Thorac Soc. 2015;12 Suppl 2(Suppl 2):S144-S149.
9. Keen C, Olin AC, Wennergren G, et al. Association des petites voies respiratoires, différents des facteurs prédictifs des exacerbations sévères de l'asthme pédiatrique. Respir Med. 2011;105(10):1476-1484.
10. Moeller A, Carlsen KH, Sly PD, et al. Suivi de l'asthme dans l'enfance : fonction pulmonaire, réactivité bronchique et inflammation. Eur Respir Rev. 2015;24(136):204-215.
11. Mogensen I, Alving K, Jacinto T, et al. L'élévation simultanée de la FeNO et des éosinophiles sanguins est liée à la morbidité de l'asthme chez les asthmatiques de la NHANES 2007-12. Clin Exp Allergy. 2018;48(8):935-943.
12. Malinovschi A, Janson C, Borres M, et al. L'augmentation simultanée de la fraction du taux d'oxyde nitrique expiré et du nombre d'éosinophiles dans le sang est liée à une morbidité accrue de l'asthme. J Allergy Clin Immunol. 2016;138(5):1301-1308.e2.
13. Hammer-Helmich L, Linneberg A, Obel C, et al. Associations entre la santé mentale et l'eczéma, l'asthme et le rhume des foies chez les enfants : une enquête transversale. BMC Open. 2016;6(10):e012637.
14. Ray A, Orsif TB, Wenzel SE. Phénotypes moléculaires émergents de l'asthme. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol. 2015;308(2):L1120-L1140.
15. Muraro A, Lemanske RF Jr, Hellebrandt P, et al. La médecine de précision chez les patients atteints de maladies allergiques : Maladies de voies respiratoires et dermatite atopique - Document PRACtAll de l'Académie européenne d'allergie et d'immunologie clinique et de l'Académie américaine d'allergie, d'asthme et d'immunologie. J Allergy Clin Immunol. 2016 ;137(5):1347-1358.
16. Fleming L, Murray C, Bansal AT, et al. La charge de l'asthme sévère dans l'enfance et l'adolescence : résultats des cohortes pédiatriques U-BIOPRED [la correction publiée apparaît dans Eur Respir J. 2017 Jun 22;49(6)]. Eur Respir J. 2015;46(5):1322-1333.
17. Hill DA, Grundmeier RW, Ramos M, et al. L'œsophagite allergique est une manifestation tardive de la marche allergique. J Allergy Clin Immunol Pract. 2018;6(5):1528-1533.v
18. Sedaghat AR, Phipatanakul W, Cunningham MJ. Atopie et développement de la rhinosinusite chronique chez les enfants atteints de rhinite allergique. J Allergy Clin Immunol Pract. 2013;6(1):689-691.e2.
19. Arabkhanlou A, Vijverberg SJ, van Erp FC, et al. Caractéristiques et gravité de l'asthme chez les enfants avec et sans conditions atopiques : une étude transversale. BMC Pediatr. 2015;15:172. conditions : a cross-sectional study, BMC Pediatr.
20. Ledrup Carlsen KC, Mowinkel P, Hovland V, et al. Les trajectoires de la fonction pulmonaire de la naissance à la puberté reflètent les phénotypes de l'asthme avec comorbidité allergique. J Allergy Clin Immunol. 2014 Oct;134(4):917-923.e7.
21. Lenney W. Le fardeau de l'asthme pédiatrique. Pediatr Pulmonol Suppl. 1997 Sep;15:13-6.
22. L'académie européenne d'allergologie et d'immunologie clinique (EAACI). Manifeste de plaidoyer : S'attaquer à la crise de l'allergie en Europe - Une action politique concertée est nécessaire. Disponible à l'adresse suivante : http://www.eaaci.org/documents/EAACI_Advocacy_Manifesto.pdf. Accessible : Février 2021.
23. Walker VG. Exploration de l'influence des facteurs identifiés dans la littérature sur les réactions émotionnelles des enfants d'âge scolaire face à l'asthme. J Pediatr Nurs. 2021;33:54-62.
24. Sullivan PW, Ghushchyan V, Navaratnam P, et al. Le fardeau national de l'asthme mal contrôlé, de l'absence scolaire et de la perte de travail des parents chez les enfants d'âge scolaire aux États-Unis. J Asthma. 2018;55(5):659-667.
25. Milton B, Whitehead M, Holland R, et al. Les conséquences sociales et économiques de l'asthme infantile tout au long de la vie : une étude systématique. Soins aux enfants, santé et développement. 2004;30(6):711-728.
26. Société européenne de pneumologie. Livre blanc européen sur les poumons, chapitre 2 : La charge économique des maladies pulmonaires. Disponible sur : <https://www.erswhitebook.org/chapters/the-economic-burden-of-lung-disease/Accessed> : Février 2021.
27. Foronda CL, Jawid MY, Alhusen J, et al. Expériences des prestataires de soins de santé en ce qui concerne les lacunes, les obstacles et les facilitateurs auxquels sont confrontés les aidants familiaux d'enfants atteints de maladies respiratoires. J Pediatr Nurs. 2020;52:49-53.
28. Laforest L, Yin D, Koccevar VS, et al. Association entre le contrôle de l'asthme chez les enfants et la perte de jours de travail des soignants. Ann Allergy Asthma Immunol. 2004;93(3):265-271.
29. Serebrinsky D, Wozniak A. L'asthme pédiatrique : une épidémie mondiale. Ann Glob Health. 2019;85(1):6.
30. Sullivan PW, Ghushchyan V, Navaratnam P, et al. Le coût national de l'asthme chez les enfants d'âge scolaire aux États-Unis. Ann Allergy Asthma Immunol. 2017 Sep;119(3):246-252.e1.
31. ERS. Directives internationales ERS/ATS sur la définition, l'évaluation et le traitement de l'asthme sévère. Disponible à l'adresse suivante : <https://erj.ersjournals.com/content/erj/43/2/343.full.pdf>. Accessible : Mars 2021.
32. Programme national d'éducation et de prévention de l'asthme. Rapport du groupe d'experts 3 : Lignes directrices pour le diagnostic et la prise en charge de l'asthme. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7230/>. Accessible : Mars 2021.
33. Lantz MJ, Gilbert I, Szefer NJ, et al. L'intervention précoce dans l'asthme pédiatrique peut-elle améliorer les résultats à long terme ? Une question qui appelle une réponse. Pediatr Pulmonol. 2019;54(3):348-357.
34. Sánchez-Zolis M. Fonction pulmonaire précoce et asthme futur. Front Pediatr. 2019;7:253.
35. Loke YK, Blanco P, Thavarajah M, et al. Impact des corticostéroïdes inhalés sur la croissance des enfants asthmatiques : examen systématique et méta-analyse. PLoS One. 2015;10(7):e0133428.
36. Manson SC, Brown RE, Cerulli E, et al. La charge cumulative des effets secondaires des corticostéroïdes oraux et les implications économiques de l'utilisation des stéroïdes. Respir Med. 2009;103(7):975-994.
37. Les symptômes et le diagnostic de l'asthme chez l'enfant de plus de 3 ans, 11 janvier 2022 <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/asthme-enfant-plus-3-ans/symptomes-diagnostic#:~:text=Les%20sympt%C3%B4mes%20et%20le%20diagnostic,de%20plus%20de%203%20ans&text=L'asthme%20de%20l'enfant%20se%20manifeste%20par%20des%20crises,asthme%2C%20la%20respiration%20est%20normal.e>
38. Gaillard EA, Kuehni CE, Turner S, et al. European Respiratory Society clinical practice guidelines for the diagnosis of asthma in children aged 5-16 years. Eur Respir J 2021; 58 : 2004173 [DOI: 10.1183/13993003.04173-2020].

Coordonnées de l'information médicale : Sanofi-Aventis France | 82 Avenue Raspail | 94250 Gentilly
Formulaire de contact : www.sanofimedicalinformation.com/sz/?language=fr
MÉTROPOLE : 0 800 394 000 (service & appel gratuits) | DOM TOM : 0 800 626 626 (service & appel gratuits)