

1. Mon enfant siffle en respirant : est-ce de l'asthme ?

Les épisodes de respiration sifflante sont fréquents chez les jeunes enfants (moins de 5 ans). De nombreux parents ont déjà entendu leur enfant « siffler » en respirant lors d'un rhume ou d'une bronchiolite. Cette situation est souvent source d'inquiétude : s'agit-il d'un simple épisode passager ou des premiers signes d'un asthme ?

Aujourd'hui, les médecins savent que l'asthme du jeune enfant est une maladie complexe dont l'évolution varie beaucoup d'un enfant à l'autre.

Pourquoi les jeunes enfants sifflent-ils ?

Chez le nourrisson et le jeune enfant, les bronches sont naturellement plus étroites que chez l'adulte. Lorsqu'une infection respiratoire survient, elles peuvent s'inflammer, produire davantage de mucus et se rétrécir temporairement. L'air circule alors plus difficilement, provoquant un sifflement caractéristique.

Ces épisodes sont fréquents : près d'un enfant sur trois présentera une respiration sifflante avant l'âge de 3 ans et environ un enfant sur deux avant l'âge de 6 ans.

Cependant, tous les enfants qui sifflent ne sont pas asthmatiques.

Tous les enfants qui sifflent ne deviendront pas asthmatiques

En effet, l'évolution est très variable. Certains enfants ne présenteront que quelques épisodes de sifflements lors d'infections virales puis ne seront plus jamais gênés.

D'autres développeront des symptômes plus fréquents qui pourront persister jusqu'à l'âge scolaire, voire au-delà.

La bonne nouvelle est que la majorité des enfants évoluent favorablement. Environ trois quarts des jeunes enfants présentant des épisodes de respiration sifflante verront leurs symptômes diminuer fortement ou disparaître au fil des années.

Pourquoi certains enfants sont-ils plus à risque ?

Plusieurs facteurs peuvent favoriser l'apparition ou la persistance de l'asthme : des antécédents familiaux d'asthme ou d'allergie, l'exposition au tabac, certaines infections respiratoires précoces, la présence d'allergies, des facteurs environnementaux comme la pollution.

Les chercheurs s'intéressent également au rôle du microbiote, c'est-à-dire l'ensemble des micro-organismes présents naturellement dans notre organisme. Certaines études suggèrent qu'il pourrait influencer le développement des maladies respiratoires dès les premières années de vie.

Pourquoi faut-il surveiller ces enfants ?

Les poumons se développent tout au long de l'enfance, et de ce fait, des épisodes respiratoires répétés peuvent parfois avoir des conséquences sur la fonction respiratoire à long terme.

Identifier précocement les enfants les plus à risque permet d'assurer un suivi adapté et de mettre en place une prise en charge lorsque cela est nécessaire.

Pour savoir si un enfant présente réellement un asthme et évaluer son risque d'évolution, les médecins disposent aujourd'hui de plusieurs outils diagnostiques.

2. Comment diagnostique-t-on l'asthme chez un jeune enfant ?

Chez les jeunes enfants, il n'existe pas un examen unique permettant de confirmer immédiatement le diagnostic d'asthme. Les médecins s'appuient sur plusieurs éléments afin de comprendre l'origine des symptômes et d'évaluer leur risque d'évolution.

La consultation reste l'étape la plus importante

Le médecin recherche notamment des épisodes répétés de respiration sifflante ; une toux récurrente, notamment la nuit ; des symptômes déclenchés par l'effort, les jeux, les pleurs ou le rire ; des antécédents personnels ou familiaux d'allergie.

L'objectif est de distinguer un asthme d'autres maladies pouvant provoquer des symptômes similaires.

Quels examens peuvent être proposés ?

Le bilan initial peut comprendre : une radiographie thoracique ; une prise de sang ; un bilan allergologique ; des explorations de la fonction respiratoire lorsque l'âge de l'enfant le permet.

La radiographie ne permet pas de confirmer l'asthme mais aide à éliminer d'autres diagnostics.

Les explorations respiratoires permettent quant à elles d'évaluer le fonctionnement des bronches. Les tests de souffle sont généralement réalisables à partir de l'âge de 6 ans, mais peuvent parfois être effectués dès 5 ans chez un enfant suffisamment mature et coopérant. Chez les plus jeunes, des examens adaptés peuvent également être réalisés dans certains centres spécialisés.

Pourquoi rechercher des allergies ?

Les allergies occupent une place importante dans de nombreuses formes d'asthme chez l'enfant. L'asthme est fréquemment associé à d'autres maladies allergiques, notamment la rhinite allergique (rhume des foins) et la conjonctivite allergique. Identifier une allergie aux pollens, aux acariens ou aux animaux permet non seulement de mieux comprendre l'origine des symptômes, mais aussi d'adapter la prise en charge. En effet, un mauvais contrôle de ces maladies allergiques peut rendre l'asthme plus difficile à contrôler et favoriser la survenue de crises.

Enfin, certains examens sanguins, notamment la mesure du taux d'éosinophiles, apportent également des informations utiles sur le type d'inflammation présent dans les bronches.

Quand faut-il pousser les investigations ?

Dans certaines situations, des examens plus spécialisés peuvent être nécessaires : symptômes persistants malgré le traitement ; crises sévères ou répétées ; croissance insuffisante ; infections respiratoires fréquentes ; évolution inhabituelle.

Le médecin peut alors rechercher d'autres maladies pouvant ressembler à l'asthme.

Cette approche personnalisée permet de mieux anticiper l'évolution de la maladie et de guider les choix thérapeutiques.

3. Pourquoi tous les enfants asthmatiques ne reçoivent-ils pas le même traitement ?

Pendant longtemps, l'asthme était considéré comme une maladie unique. Aujourd'hui, les médecins savent que plusieurs mécanismes différents peuvent être à l'origine des symptômes.

Cette meilleure compréhension permet de proposer des traitements plus adaptés à chaque enfant.

Les corticoïdes inhalés : le traitement de référence

Lorsqu'un traitement de fond est nécessaire, les corticoïdes inhalés constituent généralement la première option. Administrés directement dans les bronches, ils réduisent l'inflammation et diminuent le risque de crises. Ils sont particulièrement efficaces chez les enfants présentant une forme d'asthme associée à des allergies.

Tous les enfants ne présentent pas le même type d'asthme

Chez certains enfants, les allergies jouent un rôle majeur. Chez d'autres, les symptômes surviennent essentiellement lors des infections virales.

Les médecins tiennent compte de nombreux éléments : la présence d'allergies ; les résultats du bilan biologique ; la fréquence des crises ; les facteurs déclenchants ; l'environnement de l'enfant.

Cette évaluation permet d'adapter le traitement au profil de chaque patient.

Les bactéries et le microbiote : de nouvelles pistes

Les recherches récentes suggèrent que certaines bactéries présentes dans les voies respiratoires pourraient participer aux symptômes chez certains enfants.

Dans des situations particulières, après évaluation spécialisée, des antibiotiques peuvent parfois être proposés.

Les scientifiques étudient également le rôle du microbiote dans le développement de l'asthme et la réponse aux traitements.

Les traitements de demain

De nouveaux médicaments appelés biothérapies sont actuellement évalués chez les jeunes enfants présentant les formes les plus sévères.

Déjà utilisés chez certains enfants plus âgés et chez les adultes, ces traitements ciblent précisément certains mécanismes de l'inflammation.

L'objectif est non seulement de mieux contrôler les symptômes mais aussi, à terme, de modifier l'évolution de la maladie.

Ce qu'il faut retenir :

- **La respiration sifflante est fréquente chez les jeunes enfants et ne signifie pas systématiquement qu'ils sont asthmatiques. Cependant, certains facteurs augmentent le risque de développer un asthme persistant.**
- **Le diagnostic d'asthme repose sur un ensemble d'arguments cliniques et biologiques. Aujourd'hui, les médecins cherchent également à mieux comprendre le profil de chaque enfant afin de proposer une prise en charge adaptée.**
- **Tous les enfants asthmatiques ne présentent pas exactement la même maladie. Cette diversité explique pourquoi les traitements peuvent différer d'un enfant à l'autre.**
- **La prise en charge moderne repose sur une médecine de plus en plus personnalisée, visant à proposer à chaque enfant le traitement le plus adapté à son profil.**

Dr Rima DALATI – Allergopédiatre au CHRU de Nancy

Références :

- Jensen SK, Fischer-Rasmussen K, Eliassen A, Hesselberg LM, Brustad N, Melgaard ME, et al. From genotype to phenotype in early childhood asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2026;157(4):833-842.e13. doi:10.1016/j.jaci.2025.12.1006.
- Beaufils F, Mondenx M, Fayon M, Michelet M, Siao-Him-Fa V, Simon G, et al. Bronchial Remodeling-based Latent Class Analysis Predicts Exacerbations in Severe Preschool Wheezers. *Am J Respir Crit Care Med*. 2023;207(4):416-428. doi:10.1164/rccm.202205-0913OC.
- Fitzpatrick AM, Grunwell JR, Cottrill KA, Mutic AD, Mauger DT, Jackson DJ, et al. Blood Eosinophils for Prediction of Exacerbation in Preschool Children With Recurrent Wheezing. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2023;11(5):1485-1493.e8. doi:10.1016/j.jaip.2023.01.037.
- Papadopoulos NG, Apostolidou E, Miligkos M, Xepapadaki P. Bacteria and viruses and their role in the preschool wheeze to asthma transition. *Pediatr Allergy Immunol*. 2024;35(3):e14098. doi:10.1111/pai.14098.