

Week-end des familles - Samedi 26 juin 2016

Atelier « Problèmes respiratoires, trachéomalacie »

Par le Professeur Ralph Epaud, Pneumo-pédiatre - Centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC)

** Atrésie de l'œsophage*

La prise en charge de l'AO* doit être globale.

Essayez de choisir un médecin référent ou un pédiatre qui au départ ne connaît pas forcément l'AO mais qui va apprendre à connaître l'AO avec votre enfant. Ce référent pourra ainsi suivre votre enfant dans le temps.

Partie 1 - La trachéomalacie

Dans certaines formes d'AO, on constate des problèmes respiratoires provoqués par la présence de fistules (communication entre l'œsophage et la trachée) et qui endommage la trachée. Le terme de trachéomalacie correspond alors à une trachée « anormale », molle.

A l'observation (par fibroscopie), une trachée normale bouge un peu mais ne se ferme jamais.

Dans le cas d'une trachéomalacie, la trachée dont le cartilage est mou, s'écrase complètement.

Quelles sont les conséquences de la trachéomalacie ?

1 - Le bruit : une toux rauque

On observe une toux très particulière, une toux rauque que l'on peut facilement confondre avec la toux de la laryngite (parfois même la toux de la trachéite).

Cette toux si particulière peut provoquer (dans les espaces publics par exemple) des regards inquiets, des regards curieux, parfois même des remarques bienveillantes (« oh lala ça doit lui faire mal ») mais aussi désagréables (« cet enfant malade devrait rester chez vous ! »)

Mais cet enfant n'est pas malade ! il n'est pas contagieux

Il est important d'accepter cette différence et ne pas en avoir peur.



Il est aussi important d'expliquer à son enfant, que cette toux particulière lui appartient ; elle fait partie de lui et qu'il va vivre avec.

La démarche est simple : en tant que parents, il est important d'expliquer par des mots simples ce « bruit » étrange que fait votre enfant et ceci à toutes les personnes qui s'occupent de votre enfant : les grands-parents, la nounou, les responsables de la crèche, les maîtres et maîtresses à l'école, le moniteur d'activités, ...

On peut mimer ce bruit, expliquer que ça ressemble à un cri de lion, de tigre, de phoque ... et dire que ce n'est pas grave. L'enfant n'est pas malade, n'est pas contagieux (bien sûr en dehors des encombrements) et ça ne lui fait pas mal. C'est son bruit à lui.

C'est valable également quand vous vous présentez aux Urgences. L'interne de garde qui entendra tousser votre enfant et qui ne connaît pas forcément l'AO et la trachéomalacie aura tendance à conclure « c'est une laryngite ! » (Ce qui peut aussi arriver ...)

Prenez les devants quand vous arrivez aux urgences. Expliquez l'origine de cette toux rauque, que c'est habituel. En revanche ce qui n'est pas habituel c'est une forte température, son manque d'appétit ...

2 - L'encombrement

En cas d'encombrement, cette trachée molle au moment de la toux s'affaisse, et donc empêche les sécrétions (les glaires) logées dans les bronches de remonter dans la gorge. Par conséquent, ces sécrétions s'accumulent et stagnent dans les bronches (les poumons = un milieu baigné de germes). Les germes alors se multiplient dans les bronches. Le risque est que cette multiplication de germes provoque une surinfection bronchique (avec développement de bactéries : infection bactérienne).

L'objectif est d'éviter une dilatation des bronches des enfants nés avec AO, éviter que leurs bronches s'abîment.



Il existe 2 manières de faire sortir les sécrétions (expectorer)

a. Tousser

En toussant, l'enfant va essayer de se dégager les bronches. Il est important de respecter cette toux et laisser l'enfant tousser. Surtout ne pas lui donner de médicaments qui atténuent la toux

Cependant cette toux peut irriter la gorge. Pour calmer cette irritation de la gorge, vous pouvez lui donner du doliprane (si c'est douloureux pour l'enfant), du miel.

Pour aider son enfant à faire remonter les sécrétions, il est important de pratiquer des séances de kiné. Il existe différentes méthodes proposées par les kinés (exemple : la méthode auto-gène). Ce qui est important est de préciser au kiné (qui ne connaît pas l'AO et la trachéomalacie) de ne pas provoquer la toux de l'enfant. L'enfant toussera naturellement, à un moment qu'il choisira et pas forcément juste à la fin de la séance.

**** voir les techniques de kiné, et les jouets de souffle - Mâchouille n°11***

b. Vomir

Certains enfants nés avec AO vomissent pour dégager leurs glaires.

Partie 2 - Quels sont les traitements ?

1 - Les antibiotiques

Dans le cas d'un rhume (infection virale)

- Pour un enfant qui ne présente pas de trachéomalacie, avoir un rhume peut se soigner en quelques jours et sans prendre d'antibiotiques.
- Dans le cas d'un enfant qui présente une trachéomalacie, il est recommandé d'observer comment évolue ce rhume. Dans les 1ers jours, le nez coule, la toux arrive ... si au bout de 10 jours, le rhume n'est pas soigné, il faut avoir recours à un antibiotique.

Les antibiotiques les plus souscrits et qui provoquent le moins de résistances sont :

- L'amoxicilline
- L'Augmentin : amoxicilline associée à l'acide clavulanique dont l'action est plus large.



Cet antibiotique peut provoquer chez les enfants des maux de ventre, des diarrhées (en parallèle au traitement, les naturopathes conseillent d'associer des probiotiques)

- Bactrim. Peut provoquer des réactions cutanées.

La durée conseillée de prise d'un antibiotique est entre 10 et 15 jours. C'est important de maintenir la pression pour faire baisser la pullulation des germes)

Dans certains cas, pour stopper la pullulation des germes, on est obligé de donner 3 antibiotiques à la suite

2 - Les aérosols avec nébuliseur

a. Les bronchodilatateurs

Noms: ventoline, salbutamol

Leur rôle est d'ouvrir la bronche

Exemple dans le cas d'une crise d'asthme

Attention : souvent, il y a confusion entre l'asthme et l'AO (car ressemblance) et la ventoline peut aggraver l'état de l'enfant, rendant les tissus encore plus mous

b. Les atropiniques

Noms : Atrovent, Ipratropium

Leur rôle : diminuer les sécrétions

3 - Les corticoïdes

Prise sous 2 formes :

a. les corticoïdes inhalés

En traitement de fond : minimum 3 mois à 6 mois

Leur rôle : diminuer l'inflammation, diminuer l'hyperactivité bronchique

On observe les résultats

b. les corticoïdes avalés

Nom : solupred

