

14.1

BRONCHIOLITES ET BRONCHITES SPASTIQUES OBSTRUCTIVES

Définitions et généralités

- *Définition anatomo-pathologique*: inflammation aiguë touchant les bronchioles, de façon sinon exclusive, au moins largement prédominante.
- *Définition clinique*: infection virale saisonnière, épidémique, touchant le nourrisson de moins de 2 ans, avec toux et difficultés respiratoires (syndrome de détresse respiratoire). L'épisode est caractérisé par la présence de sibilances (wheezing).
- Bronchiolites et bronchites obstructives sont souvent considérées comme équivalentes.

Les infections à Virus Respiratoire Syncytial (RSV).

- Le RSV est l'agent en cause le plus fréquent (70% des cas), les autres agents en cause: *Adenovirus, Rhinovirus, Influenza A, virus Parainfluenza*
- Infections à RSV: pic épidémique en hiver et au début du printemps (novembre à avril). Cas sporadiques en dehors du pic. 80% des enfants font une infection à RSV lors de leur premier hivers et 99% durant les 2 premières années de vie. Environ 10% des enfants infectés font une bronchiolite et entre 1 et 2 % sont hospitalisés.
- Danger vital chez les enfants avec: cardiopathie congénitale, bronchodysplasie pulmonaire (BDP), affection pulmonaire chronique, mucoviscidose, prématurité, déficit immunitaire.
- 40 à 50 % des enfants ayant présenté une bronchiolite à RSV, auront des accès récurrents de respiration sifflante («wheezing») jusqu'à 2 à 3 ans. Certains développeront un asthme.
- Facteurs favorisants = sexe masculin, prédisposition génétique, milieu socioéconomique défavorisé, taille de la famille et place dans la fratrie, vie communautaire (crèche ou garderie), exposition à la cigarette (tabagisme passif), enfant nourri au biberon.

Diagnostic

Après un début marqué par une rhinite banale, plus ou moins fébrile, qui dure 2 à 3 jours, l'enfant présente une toux avec tachypnée et tirage, une hyperinflation thoracique, parfois une cyanose; à l'auscultation pulmonaire on note des râles crépitants fins et surtout des sibilances. Chez le nourrisson de moins de 3 mois, la première manifestation peut être une apnée. La recherche de RSV par le test rapide dans les sécrétions naso-pharyngées n'est utile que pour des raisons d'hygiène hospitalière (cohortage des malades ou non, recommandations variant suivant le type de service hospitalier).

Diagnostic différentiel

Asthme / Broncho-aspiration / Mucoviscidose / Malformation cardiaque / Anomalies congénitales de la trachée et des bronches / Syndrome des cils mobiles.

Prise en charge

1^{ère} étape: Evaluation de la gravité – Critères d'hospitalisation

Elle permet de choisir le mode de prise en charge: soit hospitalier, soit en ambulatoire:

1. Terrain particulier:**Age gestationnel:** prématuré de < 34 semaines d'âge corrigé < 3 mois**Age:** âge postnatal < à 6 semaines**Etat morbide préexistant** = cardiopathie congénitale avec HTPA associée, maladie pulmonaire chronique (BDP, mucoviscidose, ...).**2. Critères cliniques de gravité: cf. tableau 1****Tableau 1: Degré de gravité de la bronchiolite aiguë**

	Léger	moyen	sévère
Fréquence respiratoire	<40/min	40-70/min	>70/min
SaO ₂ (air ambiant)	>92%	88-92%	<88%
Tirage(sternal/thoracique)	absent	+	++
Alimentation	OK	difficile	impossible

3. Critères d'hospitalisation: cf. tableau 2**Tableau 2: Critères d'hospitalisation**

Terrain particulier (cf supra)
 Degré de gravité moyen et sévère (cf tableau 1)
 Détresse respiratoire rapidement progressive
 Fièvre élevée prolongée (> 48 H) avec suspicion de complication bactérienne
 Agitation croissante
 Apnée ou malaise
 Signes de déshydratation
 Maladie sous jacente: DBD, malformation cardiaque
 Milieu social défavorisé et / ou accès aux soins difficiles

2^e étape: Prise en charge – Recommandations**1. Mesures générales:**

- Abstention des mesures inutiles: examens ou manipulations (= Minimal Handling)
- Apport liquidien suffisant
- Oxygène pour maintenir une SaO₂ > 92%
- Pas d'examens de routine (FSC, CRP inutiles, éventuellement recherche du RSV par le test rapide selon recommandations de l'hôpital), gazométrie dans les formes sévères, pas de radiographie du thorax systématique, pas d'antibiothérapie.
- La physiothérapie respiratoire n'est pas recommandée.

2. Traitement ambulatoire: La prise en charge est réalisée à domicile par les parents. Il est très important de les instruire sur les soins de base à effectuer:

- Eviter les manipulations inutiles «*minimal handling*»
- Position anti-reflux dans le lit (30°)
- Apports liquidiens et alimentaire suffisant en fractionnant les repas
- Aspiration régulière des sécrétions nasales, après lavage avec NaCl 0,9%; ne pas hésiter à avoir recours à des gouttes nasales décongestionnantes
- Traitement antipyrétique

- Protection stricte contre la fumée et d'autres toxiques de l'air
- Expliquer les signes de gravité nécessitant un recours au service d'urgence et planifier un contrôle (clinique ou au moins téléphonique)

3. Traitement hospitalier

La bronchiolite à RSV est très contagieuse (contamination directe par les sécrétions nasales ou indirecte: le virus survit 30 minutes sur la peau et 6-7h sur les objets ou les mains); il faut suivre strictement les recommandations délivrées par le service d'hygiène hospitalière. Le lavage des mains est impératif!

Le traitement hospitalier est résumé dans le **tableau 3**:

Tableau 3: Traitement hospitalier de la bronchiolite aiguë	
•	Position anti-reflux
•	Surveillance: oxymétrie, monitoring cardiaque selon la gravité clinique
•	«Minimal handling»
•	Oxygène aux lunettes pour maintenir une $\text{SaO}_2 > 92\%$
•	Apport hydrique suffisant Si les apports sont en dessous de 50% des apports habituels avec ou sans signes de déshydratation et/ou qu'il existe un SDR important assurer des apports liquidiens par voie intraveineuse ou SNG.
Cave:	intoxication à l'eau, hyponatrémie (SIADH)
•	Toilette nasale répétée avec NaCl 0,9% + gouttes décongestionnantes

Mesures annexes:

β_2 -agonistes	Non recommandés à l'exception des situations suivantes: – Enfants avec antécédents d'épisodes spastiques (anamnèse familiale d'atopie positive ou négative) – Enfants sans antécédents d'épisode spastique, mais SDR avec sibilances et réponse clinique évidente à un traitement d'essai. On continue alors au maximum 4 à 6 fois par jour.
Corticoïdes inhalés ou systémiques	Non recommandés à l'exception des situations avec hyperactivité bronchique préexistante (BDP, antécédents d'épisodes spastiques avec ou sans atopie familiale,...)
Antibiotiques	Non recommandés en dehors de situation avec complications bactériennes prouvées ou suspectées. Les indications suivantes sont généralement admises: – Fièvre élevée ($> 39^\circ \text{C}$) et prolongée (> 48 heures) associée à: – Otite moyenne aiguë – Consolidation alvéolaire ou atelectase à la RX thorax – Maladie cardiaque ou pulmonaire sous-jacente – Support ventilatoire – CRP $> 60 \text{ mg/l}$ et/ou Leucos $> 15 \text{ G/l}$
Physiothérapie respiratoire	Non recommandée (exception: bronchiolite sévères nécessitant des mesures intensives [ventilation non-invasive, intubation])

Dès qu'il est sevré en oxygène et qu'il boit bien, le nourrisson peut rentrer à domicile avec des conseils et des recommandations aux parents; un contrôle chez son pédiatre doit être programmé avant la sortie de l'hôpital.

Prévention de la bronchiolite à RSV

- Palivizumab (Synagis®): anticorps monoclonaux humanisés contre le virus respiratoire syncytial, à la dose de 15 mg/kg/mois pendant 5 mois de novembre à mars en injection intra-musculaire à la face antérieure de la cuisse.
- La prévention s'adresse aux nourrissons qui ont une BDP sévère (éventuellement modérée) âgés de < 12 mois en début de saison RSV (voir texte réf. 1 pour les définitions et critères). L'administration de palivizumab peut être envisagée individuellement pour les enfants avec malformation cardiaque non corrigée, hémodynamiquement significative, associée à des facteurs de risque supplémentaires (cyanose, hypertension pulmonaire et insuffisance cardiaque manifeste). Le financement doit être réglé au préalable avec l'assurance.
- Les cardiopathies congénitales autres facteurs de risque, la mucoviscidose, et l'immunodéficience ne sont pas des indications à l'administration de palivizumab.

Références

- Traitement de la bronchiolite aiguë du nourrisson. Recommandations du groupe de travail de pneumologie pédiatrique (SAPP). *Paediatrica* 2003; 14 (6): 22-25.
- Mise à jour du Consensus sur la prévention de l'infection à virus respiratoire syncytial (VRS) avec anticorps monoclonal humanisé Palivizumab (Synagis®) chez le nouveau-né et nourrisson. *Paediatrica* 2002; 13 (6): 61-62.