

Bronchiolite du nourrisson : aperçu des futures recommandations 2017 (Source: Medscape 16 février 2017)

<http://français.medscape.com/voirarticle/3603009>

Marseille, France Les dernières recommandations françaises sur la prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson datent de l'an 2000 [1].

Or, en 17 ans, la prise en charge de cette affection infection virale, principale cause d'hospitalisation des enfants de moins d'un an, a évolué.

« Nous devrions publier de nouvelles recommandations actualisées cette année », a indiqué le Dr Ralph Epaud (pédiatre au Centre Intercommunal de Créteil) à Medscape à l'occasion du Congrès de Pneumologie de Langue Française (CPLF) 2017 [2].

En substance, si rien n'a beaucoup bougé sur le plan pharmacologique, la place attribuée à la kinésithérapie respiratoire a, elle, profondément changé.

Pas de traitement médicamenteux spécifique

En termes de traitement médicamenteux, aucun n'est indiqué dans la prise en charge de la bronchiolite hormis les antipyrétiques.

Les bronchodilatateurs (salbutamol ou terbutaline) et les corticoïdes oraux ne sont pas recommandés.

Les antibiotiques sont inefficaces en dehors des complications (otites moyennes aiguës ou surinfections pulmonaires).

Les sirops antitussifs ne sont pas indiqués, voire sont même désormais contre-indiqués chez les moins de deux ans.

Aussi, à l'hôpital, l'utilisation de la solution saline hypertonique en nébulisation a fait l'objet de nombreuses études sans convaincre de son réel intérêt.

Des recherches sur les antiviraux et sur les vaccins anti-VRS (le principal virus impliqué dans la bronchiolite), notamment chez la femme enceinte, sont en cours mais n'aboutiront pas avant plusieurs années. Pour l'instant, l'alvizumab, un anticorps anti-VRS peut être administré en prévention des infections respiratoires basses dues au VRS chez les prématurés et chez certains enfants à risque.

La fin de la kinésithérapie respiratoire systématique

Le vrai changement de ces futures recommandations par rapport à celles de l'an 2000 concerne en premier lieu l'utilisation de la kinésithérapie respiratoire.

Le vrai changement de ces futures recommandations concerne en premier lieu l'utilisation de la kinésithérapie respiratoire.

En quelques années, plusieurs études ont démontré l'absence d'efficacité de la kinésithérapie respiratoire systématique à l'hôpital.

D'après une revue de la Bibliothèque Cochrane de 2016 [3], la kinésithérapie respiratoire ne diminue pas la gravité de la maladie, n'améliore pas les paramètres respiratoires, ne réduit pas la durée du séjour à l'hôpital ni les besoins en oxygène chez les nourrissons hospitalisés atteints de bronchiolite aiguë n'étant pas sous ventilation mécanique. Aucune différence significative n'a été observée en fonction des modalités de la kinésithérapie respiratoire (les vibrations et la percussion ou les techniques expiratoires passives).

D'ailleurs, outre Atlantique, les recommandations de l' American Academy of Pediatrics ne la recommandent plus depuis 2014 [4].

En France, « l'étude BRONKINOU [5] réalisée dans des hôpitaux en Ile de France et à laquelle j'ai participé n'a pas montré, non plus, de supériorité de la kinésithérapie respiratoire par rapport à la désobstruction nasale simple sur des critères comme la durée d'hospitalisation, la durée d'oxygénation, les problèmes d'alimentation, quel que soit l'âge ou la technique utilisée », commente le Dr Epaud.

Mais que penser de son utilisation en ville ? « Les études réalisées sur son intérêt en ambulatoire sont de moins bonne qualité », indique le Dr Epaud. « En ville, elle peut toutefois avoir un intérêt en cas d'encombrement bronchique important pour améliorer l'expectoration et faciliter l'alimentation, notamment. Aussi, elle peut permettre de mieux surveiller les enfants. Le kinésithérapeute qui va ausculter l'enfant pourra éventuellement conseiller aux parents d'aller aux urgences. Après, est-ce que cela doit justifier une prescription systématique, je ne pense pas », ajoute-t-il.

Quelques règles à respecter

Au final, le traitement de la bronchiolite comporte des mesures d'ordre général :

- maintien d'un niveau d'hydratation correct (nutrition entérale si nécessaire) ;
- désobstruction nasopharyngée au sérum physiologique avant l'alimentation et aussi souvent que nécessaire ;
- fractionnement des repas et éventuellement épaissement des biberons (en cas de vomissements) ;
- couchage en proclive à 30°;
- aération correcte de la chambre avec une température ambiante n'excédant pas 19°C ;
- éviter le tabagisme passif.

Quand emmener les enfants aux urgences et quand les hospitaliser ?

Il faut porter une attention particulière aux enfants de moins de 6 mois car l'évolution de la maladie peut être rapide. Il ne faut pas oublier que chez les moins de 6 semaines, les signes respiratoires sont difficiles à repérer. Chez les tous petits, la recommandation est de surveiller l'alimentation.

« Il faut emmener les tous petits aux urgences s'ils mangent moins de la moitié des quantités habituelles sur un ou deux jours, s'ils ont des signes respiratoires qui se majorent ou s'ils ont de la fièvre qui est mal tolérée. Les grands ont des signes respiratoires qui sont souvent impressionnants mais qui sont en général tout à fait bien tolérés », indique le pédiatre.

L'hospitalisation s'impose en présence d'un des critères de gravité suivants :

- aspect toxique (altération importante de l'état général) ;
- survenue d'apnée, présence d'une cyanose ;
- fréquence respiratoire > 60/minute ;
- âge < 6 semaines ;
- prématurité < 34 semaines d'aménorrhée, âge corrigé < 3 mois ;
- cardiopathie sous-jacente, pathologie pulmonaire chronique grave ;
- saturation artérielle transcutanée en oxygène (SpO_{2tc}) < 94 % sous air et au repos ou lors de la prise des biberons ;

- troubles digestifs compromettant l'hydratation, déshydratation avec perte de poids > 5 % ;
- difficultés psychosociales ;
- présence d'un trouble ventilatoire détecté par une radiographie thoracique, pratiquée sur des arguments cliniques.

Le Dr Epaud n'a pas de liens d'intérêts en rapport avec le sujet.

REFERENCES :

1. Anaes, UMRL. Conférence de consensus. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Septembre 2000
2. Marguet C. Urgences respiratoires de l'enfant. CPLF 2017.
3. Roqué I et coll. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in children younger than two years of age. Cochrane Library. February 2016
4. From the American Academy of Pediatrics. Shawn L. Ralston, Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. Pediatrics October 2014
5. Effectiveness of chest physiotherapy in infants hospitalized with acute bronchiolitis: a multicenter, randomized controlled trial. Gadjos et coll. PLoS Med. 2010 Sep 28;7(9).