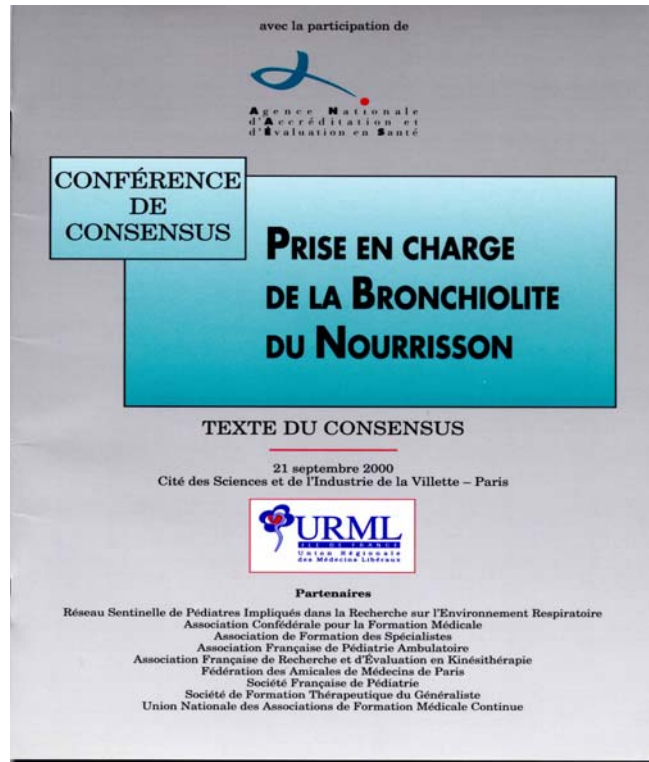


Actu Kiné Resp



Conférence de Consensus ANAES (21 Septembre 2000)

Prise en Charge de la Bronchiolite du Nourrisson

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé maintenant rebaptisée HAS (Haute Autorité de Santé).

LES QUESTIONS POSEES

En France , on estime que 460 000 nourrissons par an (30% de la population des nourrissons) sont touchés par cette infection , ce qui constitue un problème de santé publique .

Il existe des pics épidémiques hivernaux augmentant régulièrement d'une année sur l'autre

1° QUELLE EST L'HISTOIRE NATURELLE DE LA MALADIE ?

Les données épidémiologiques

Le terme de bronchiolite aiguë englobe l'ensemble des bronchopathies obstructives liées au virus respiratoire syncycial humain (VRS).

Survient en période épidémique chez le nourrisson de 1 mois à 2 ans.

Le maximum de fréquence entre 2 et 8 mois est bien établi.

L'épidémie débute à la mi-octobre pour atteindre un pic unique en décembre.

Le nombre d'enfant atteints augmente de 9% par an depuis 1996.

Le virus et les lésions anatomiques

Au cours d'une même épidémie, les deux sous-types A et B du virus VRS coexistent.

D'autres virus peuvent être à l'origine de bronchiolites : virus *para-influenzae* (5 à 20% des cas), virus *influenzae*, *adénovirus*, *rhinovirus*.

Le VRS se transmet soit directement, par les sécrétions contaminées (toux, éternuement), soit indirectement, par les mains ou le matériel souillé ; le virus survit 30 minutes sur la peau et 6-7 heures sur les objets ou le linge.

Après une incubation de 2 à 8 jours, le virus se multiplie au niveau de la muqueuse nasale avant de gagner les voies respiratoires inférieures.

L'élimination du virus dure de 3 à 7 jours mais peut se prolonger jusqu'à 4 semaines.

L'accumulation des cellules nécrotiques desquamées, des sécrétions muqueuses et de l'exsudat séro-fibrineux constitue un véritable bouchon muqueux obstruant plus ou moins complètement la lumière bronchiolaire déjà réduite par l'inflammation pariétale. 3 à 4 semaines sont nécessaires pour rétablir une activité mucociliaire efficace.

Les facteurs favorisant l'atteinte bronchiolaire

La primo-infection est quasi obligatoire avant l'âge de 2 ans.

L'existence de facteurs favorisant la survenue d'une bronchiolite au cours d'une primo-infection à VRS est discutée. Il pourrait notamment s'agir :

- D'anomalies respiratoires préexistantes, telles que l'étranglement des voies aériennes inférieures ou la bronchodysplasie de l'ancien prématuré.
- Déséquilibre lymphocytaires Th 1/ Th2 à la naissance.
- Du tabagisme passif.
- Facteurs environnementaux, favorisant les récurrences (mode de garde en collectivité, résidence en zone urbaine, bas niveau socio-économique, fratrie nombreuses).

Les signes cliniques

Premiers signes ORL, la rhinite s'accompagne d'une toux, plutôt sèche.

L'enfant est peu ou pas fébrile.

Dans 20% des cas, la rhinopharyngite précède la bronchiolite de 24 à 72 heures.

La bronchiolite se manifeste par une dyspnée avec polypnée à prédominance expiratoire.

L'expiration est active, poussée, plus ou moins bruyante, grésillante ou sifflante, « freinée ».

La distension thoracique et les signes de lutte sont proportionnels au degré de l'obstruction.

L'alimentation perturbée et les fausses routes sont fréquentes.

L'auscultation initiale est dominée par crépitations (secs, inspiratoires) et/ou les sous-crépitations (humides, expiratoires).

Des wheezings apparaissent rapidement.

Les examens complémentaires

Mesure de la SaO₂, radiographie : ne sont pas indiqués.

La recherche de VRS après écouvillonnage n'a d'intérêt que dans le cadre d'étude épidémiologiques.

L'évolution

L'acmé est atteinte en 2 à 4 jours.

Les signes d'obstruction durent 8 à 10 jours.

Une toux résiduelle peut persister une quinzaine de jours.

L'hospitalisation peut s'avérer nécessaire chez les enfants de moins de 6 semaines.

Dans 40 à 50% des cas une colonisation bactérienne est associée à l'infection à VRS (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*)

Les critères retenus comme marqueurs d'une infection sont :

- Fièvre élevée > 38,5°C.
- Otite moyenne aiguë.

- Sécrétions bronchiques mucopurulentes.
- Foyer pulmonaire radiologique.
- Elévation de la CRP.

Une fois sur cinq les signes respiratoires persistent au-delà des 2 à 3 semaines. Les wheezings perdure de façon chronique, élément dominant du syndrome de bébé siffleur.

Les rechutes de bronchiolite concernent 23 à 60% des enfants.

A partir du troisième épisode obstructif, on peut parler de crise d'asthme.

25 à 30 % des patients évoluent vers l'asthme du grand enfant.

2° QUELS SONT LES CRITERES DE L'HOSPITALISATION

la bronchiolite est une pathologie d'évolution bénigne, cependant 20% des enfants sont hospitalisés, et peut dans quelques cas mettre en jeu le pronostic vital de l'enfant.

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

- Aspect « toxique ».
- Survenue d'apnée, cyanose.
- Fréquence respiratoire > 60/mn.
- Âge < 6 semaines.
- Prématurité < 34 SA, âge corrigé < 3mois.
- Cardiopathie sous-jacente, pathologie pulmonaire chronique grave.
- Saturation artérielle transcutanée en oxygène (SpO_{2tc}) < 94%.
- Troubles digestifs avec perte de poids > 5%.
- Difficultés psychosociales.
- Trouble de ventilation confirmé par une radiographie.

L'oxymétrie de pouls paraît être un élément intéressant dans l'évaluation de la gravité de la bronchiolite du nourrisson.

Une saturation inférieure à 94% est un des indicateurs de gravité.

Le médecin dispense à la famille les signes d'aggravation tels que :

- Refus alimentaire.
- Troubles digestifs.
- Changement de comportement.
- Détérioration de l'état respiratoire.
- Elévation thermique.

3° QUELS TRAITEMENTS PROPOSER ?

Mesures générales

Hydratation, nutrition en rapport aux besoins de base du nourrisson, 100 à 110 ml/kg/j pour les nourrissons de moins de 6 mois, et de 80 ml/kg/j au-delà.

Désobstruction nasopharyngée avant l'alimentation, le fractionnement des repas, voire l'épaississement des biberons sont recommandées (quelque fois alimentation parentérale ou entérale par sonde gastrique).

Le couchage : la position idéale est le proclive dorsal à 30%, avec la tête en légère extension.

La désobstruction nasale : la respiration du nourrisson étant à prédominance nasale le maintien de la liberté des voies aériennes supérieures est essentiel. L'utilisation des instillations nasales doivent être associées au désencombrement rhinopharyngé.

Environnement : l'inhalation passive de tabac est un facteur aggravant pouvant conduire à l'hospitalisation. Aération correcte de la chambre de l'enfant et température n'excédant pas 19°C.

Traitements médicamenteux

Bronchodilatateurs

Epinéphrine, théophylline, anticholinergiques de synthèse et bêta-2mimétiques. Aucune de ces thérapeutiques n'a l'AMM dans cette indication.

Corticoïdes

La revue de la littérature suggère l'inefficacité des corticoïdes par voie systémique, à l'inverse de ce qui a été démontré dans l'asthme.

Antiviraux

L'action de la ribavirine sur le VRS a été démontré in vitro et chez l'animal. Chez l'homme son efficacité est mise en doute.

Antibiothérapie

Elle n'est pas indiquée en première intention.

Leur utilisation est préconisés en cas de surinfection aux germes les plus fréquents (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*).

Antitussifs

La toux de la bronchiolite, permettant l'évacuation des sécrétions bronchiques doit être respectée.

Pas d'indication pour les antitussifs.

Mucolytiques et mucorégulateurs

Il n'existe pas d'indication de prescription des mucolytiques et des mucorégulateurs per os.

Les fluidifiants bronchiques ne doivent pas être utilisés en nébulisateurs car ils sont inutiles et peuvent induire un bronchospasme.

Oxygénothérapie

En milieu hospitalier l'oxygénothérapie est indiquée pour les bronchiolites entraînant une désaturation inférieure à 94 %.

QUELLE EST LA PLACE DE LA KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA BRONCHIOLITE ?

Le recours de la kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites aiguës du nourrisson repose sur l'observation de l'amélioration clinique franche qu'elle entraîne et sur un avis d'experts.

Elle utilise des techniques de désencombrement bronchique recommandées par la conférence de consensus de Lyon de 1994.

Le kinésithérapeute ne se borne pas à l'exécution de gestes itératifs. Son rôle est essentiel dans la surveillance de nourrisson et l'éducation des familles.

Les Européens francophones privilégient les techniques expiratoires passives et lentes, associées à la toux provoquée.

Techniques

Techniques de désobstruction des voies aériennes supérieures.

- La désobstruction rhinopharyngée rétrograde (DRP) par reniflement passif.
- Le recueil des sécrétions par la technique d'antépulsion pharyngobuccale.
- Mouchage.

L'aspiration nasopharyngée au moyen d'une sonde est un geste invasif réalisé le plus souvent en milieu hospitalier.

Techniques de désobstruction des voies aériennes inférieures.

- L'expiration lente prolongée (ELPr) à laquelle on peut assimiler l'augmentation lente du flux expiratoire (AFE lente).
- La toux provoquée.

Réalisation pratique et modalités de prescription

Ces techniques sont codifiées. L'évaluation de leur efficacité et de leur tolérance au cours de la séance repose sur l'état clinique, l'auscultation et un score d'encombrement.

La tolérance des séances doit être appréciée sur la coloration cutanée, la dyspnée, le tirage, la fatigabilité au cours de la séance. Le jury propose de développer le contrôle oxymétrique (SpO_{2tc}) .

Les séances doivent être poursuivies jusqu'à l'amélioration clinique franche du nourrisson.

Leur fréquence est fonction de l'évolution clinique individuelle : deux séances par jour peuvent être nécessaires à la phase d'acmé.

Formation

Les médecins généralistes et les pédiatres devraient être en mesure de confier leurs patients à des kinésithérapeutes spécifiquement formés à ces techniques, à l'évaluation de l'état respiratoire du nourrisson et au respect des règles d'hygiène.

5° COMMENT ORGANISER LES SOINS ?

Quelle est l'organisation actuelle des soins ?

Le système de santé répond mal à l'épidémie de bronchiolite. Chaque année apparaissent des problèmes d'organisation, dont témoignent l'afflux massif d'enfants aux urgences hospitalières et le nombre trop fortement croissant de transferts inter hospitaliers.

Certaines structures libérales ont organisé des permanences de soins de leur propre initiative améliorant la collaboration médecins / kinésithérapeutes / hôpital.

Comment améliorer l'organisation des soins ?

La mise en place d'une organisation efficace implique une anticipation des événements et une planification sanitaire cohérente.

Celle-ci doit inclure, à l'échelon régional, tous les intervenants du système de soins (médecins libéraux, pédiatres, kinésithérapeutes, services d'urgences et d'hospitalisation, PMI, crèches...) et sa coordination devrait être assurée par les autorités sanitaires régionales.

L'objectif est la prise en charge plus efficace des nourrissons malades :

- En diminuant l'afflux d'enfants à l'hôpital.
- En gérant le surcroît d'activité aux urgences.

Comment y parvenir ?

En ville

- Promouvoir des études épidémiologiques.
- Dédramatiser la maladie par des campagnes d'information.
- Donner aux médecins traitant une place centrale au sein de la filière de soins.
- Favoriser la constitution de réseaux ville-hôpital.
- Favoriser le regroupement des kinésithérapeutes.
- Développer les relations kinésithérapeutes / médecins de ville.
- Améliorer l'accessibilité aux soins.

Aux urgences hospitalières

- Accorder des moyens financiers, humains, matériels.
- Organiser la prise en charge en priorité des nourrissons.
- Orienter après la consultation vers des thérapeutes de ville.
- Mettre en place une garde de kinésithérapeute spécialisés.
- Aménager un secteur de surveillance.

En hospitalisation

- Assurer la coordination des différents services.
- L'hospitalisation à domicile.

6° QUELS SONT LES MOYENS DE PREVENTION

La bronchiolite du nourrisson représente un vrai problème de santé publique. La prévention de cette maladie est donc fondamentale et repose actuellement, pour l'essentiel sur des mesures générales, dans les familles et dans les structures de soins.

La prévention vise deux objectifs :

- Limiter la transmission du virus en cause.
- Reculer l'âge de la primo-infection.

Les mesures communes

Le simple lavage des mains à l'eau et au savon est la première protection efficace. La décontamination des objets et des surfaces (alcool à 70°, hypochlorite de soude). Le port de gants n'a pas montré son efficacité propre.

A domicile

Eviction des nourrissons des lieux enfumés, allaitement maternel prolongé, lavage du nez.

Ne pas échanger sucettes, biberons, couverts.

Ne pas embrasser les enfants sur le visage.

Température des locaux aérés inférieure à 19°.

Information sur la maladie.

En structure de soins

L'application de mesures communes est essentielle : lavage des mains et surfaces, salle d'attente dépourvue de jouets, information.

En hospitalisation

Limitation des hospitalisations et durée de celle-ci.

« Plan bronchiolite » mis en place dans les services de pédiatrie.

Prise en charge des enfants par des équipes spécifiques.

Regroupement géographique.

Prévention médicamenteuse
Antiviraux reste chers et peu efficace.
Vaccins inexistant.
Corticothérapie inhalée ne présente aucun argument pertinent.

COMITE D'ORGANISATION :

L.REFABERT / A.ARSAN / M.COSTA / P.REINERT : Pédiatres .PARIS
F.ABRAMOVICI : Médecin généraliste .LAGNY
M.COLETTI : Médecin généraliste.VIROFLAY
G.BELLON/ J.STAGNARA : Pédiatre .LYON
F.CARPENTIER : Méthodologie.ANAES.PARIS
P.JOUD :Kinésithérapeute.LYON

JURY :

J.STAGNARA :PRESIDENT :Pédiatre.LYON
E.BALAGNY : Infirmière .PARIS
B.COSSALTER : Kinésithérapeute . Saint Egrève
JP.DOMMERMUES / B.LAGARDERE/ E. LESPRIT /M.MAIDENBERG/ : Pédiatre.PARIS
C.DOURNEL : Cadre puériculteur . LILLE
E.DRAHI :Généraliste .Saint Jean de Braye
H. GAUCHEZ : Kinésithérapeute.LILLE
F.GUILLOT :Pédiatre Villeneuve Saint Georges
D.JAVAUT : Responsable Petite Enfance .VERSAILLES
A.LE MASNE : Journaliste . PARIS
M.MAIDENBERG : Pédiatre .CRETEIL
D.MAUFROY : Généraliste.PARIS
G.PICHEROT : Pédiatre.Saint Nazaire
H.RENAUD : Pédiatre .MONTLUCON
J.ROBERT :Pédiatre. DECINES
F . UNREINER :Pédiatre. STRASBOURG

EXPERTS :

G.BELLON /D.FLORET :Pédiatre .LYON
B.CHEVALLIER/G.DAHAN/J.DE BLIC/C.DELACOURT :Pédiatre.PARIS
G.DUTAU :Pédiatre.TOULOUSE
F.FREYMUTH : Virologue.CAEN
A.GRIMFELD/E.GRIMPREL : Pédiatre.PARIS
A.LABBE : PédiatreClermont Ferrand
P.LE ROUX : Pédiatre .Le HAVRE
J.MARCHAL : Conseiller Médical.PARIS
I.PIN :Pédiatre .GRENOBLE
G.POSTIAUX : Kinésithérapeute . Courcelles (Belgique)
A.SARDET : Pédiatre .LENS

GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE :

E.BEAUVOIS :Kinésithérapeute . LYON

P.CHATAIN DESMARQUE :Pédiatre .LYON

P.CLAVEIROLE :Généraliste. CHELLES

A.FILLY : Pédiatre .LILLE

I.HAU RAINSSARD/ N.SANNIER /C.THUMERELLE/S.TIMSIT : Pédiatre .PARIS

Ref : Conférence de consensus. Janvier 2001. page 1 à 30. Résumé : NICOLAS. E