



piqûre de rappel

Bronchiolite du nourrisson

Infection virale épidémique

Physiopathologie

- Obstruction mécanique des voies aériennes par des débris cellulaires ;
- infiltration cellulaire péribronchiolaire ;
- œdème sous-muqueux.

Symptômes

- Rhinopharyngite peu fébrile ;
- puis atteinte bronchiolaire :
 - polypnée,
 - freinage expiratoire,
 - crépitations et (ou) sibilants,
 - détresse respiratoire ou difficultés alimentaires, selon le degré de l'obstruction.

Mode épidémique

- Cas initiaux : en octobre-novembre.
- Acmé :
 - en décembre-janvier,
 - s'étale sur 3 à 5 mois.

Prévalence

- En 1998-1999, concerne 30 % des nourrissons de moins de 1 an (450 000 cas) en France.
- Nombre stable depuis 3 ans.
- Pic d'âge : entre 2 et 8 mois.
- L'accroissement du taux d'hospitalisations au cours de l'épidémie suggère une augmentation de la virulence au cours du temps.

VRS (virus respiratoire syncytial)

- Le plus fréquent (60 à 80 % des bronchiolites).

Transmission

- Très facile :
 - directe, par contacts étroits (< 1 m) avec de grosses particules aériennes contaminées ;
 - indirecte, par des mains infectées.
- Survie :
 - 30 minutes sur des vêtements ;
 - 1 heure et demi sur des gants ;
 - 7 heures sur des surfaces non poreuses.

- Voies d'entrée :

- nasale ;
- conjonctivale.
- Excrétion du VRS par voie nasale après une bronchiolite :
 - pendant 1 à 2 semaines ;
 - jusqu'à 6 semaines si immunosuppression ou corticothérapie.

Protection

- Transitoire :
 - les anticorps neutralisants sériques sont indétectables en quelques mois.
- Les réinfections sont :
 - inévitables ;
 - le plus souvent asymptomatiques ;
 - génératrices d'une diffusion large de l'infection.

Autres virus

- *Influenza* A et B.
- *Para-influenza* [Pi] 1, 2 ou 3 :
 - souvent avant l'âge de 6 mois ;
 - prédominance du Pi 3 (5 à 10 % des bronchiolites).
- Adénovirus :
 - manifestations plus sévères ;
 - plus souvent entre 6 mois et 1 an.
- Rhinovirus.
- Plus récent, le métapneumovirus.



Retour sur l'article de **Michèle Berlioz, Jean-Christophe Dubus, Laurent Mely et Marc Albertini***, publié dans le n° 560 du 21 janvier 2002 de *La Revue du Praticien-Médecine Générale*.

* Urgences pédiatriques, hôpital de l'Archet, 06202 Nice Cedex 3. berliozm@chu-nice.fr

Prévention : essentielle

Mesures d'hygiène

- Lavage des mains :
 - du personnel et des visiteurs ;
 - avant et après chaque soin ;
 - l'enveloppe du VRS est très sensible au savon et aux antiseptiques.
- Port de gants et de lunettes :
 - efficace ;
 - usage limité par coût et tolérance des enfants.
- Port d'une blouse individuelle et d'un masque :
 - efficace si associé au regroupement géographique des jeunes patients.

Modification de l'organisation hospitalière

- Sont indispensables en période épidémique :
 - limitation des visites ;
 - report des hospitalisations non urgentes ;
 - seniorisation des urgences.

Immunoprophylaxie

- Par anticorps monoclonaux contre le VRS (palivizumab ou Synagis).
- Diminution de 50 % de l'hospitalisation dans une population à risque (*v.* indications).
- Coût élevé.
- Modalités :
 - débuter fin octobre ;
 - injection intramusculaire ;
 - dose mensuelle unique de 15 mg/kg ;
 - pendant 5 mois.
- Indications :
 - enfants < 6 mois à la période épidémique, nés à \leq 32 SA et porteurs d'une dysplasie broncho-pulmonaire (oxygénéodépendance à 28 j) ;
 - enfants < 2 ans, nés à \leq 32 SA et traités dans les 6 mois pour une affection respiratoire d'origine périnatale ;
 - enfants < 2 ans, atteints d'une cardiopathie congénitale avec retentissement hémodynamique.

Mesures symptomatiques

- Évaluation de la gravité**
- Après désinfection rhinopharyngée.
 - Par mesure de la saturation en oxygène (SpO₂).
 - Si symptomatologie très sévère : taux de gaz carbonique par gazométrie capillaire.

Traitement symptomatique

- Désobstruction nasale +++**
Premier geste à mettre en œuvre.
- Alimentation et hydratation**
- Sont souvent nécessaires :
 - fractionnement des repas ;
 - maintien d'une hydratation correcte.
 - Peut s'avérer utile :
 - alimentation entérale continue de quelques jours.

SIGNES DE GRAVITÉ IMPOSANT UNE HOSPITALISATION

- Âge inférieur à 6 semaines.
- Âge corrigé inférieur à 3 mois chez un prématuré.
- Cardiopathie sous-jacente.
- Pathologie pulmonaire chronique grave.
- Altération importante de l'état général.
- Apnée, cyanose, fréquence respiratoire supérieure à 60/minute.
- Saturation pulsée en oxygène (SpO₂) inférieure à 94 % sous air au repos ou lors de la prise des biberons.
- Difficultés alimentaires.
- Déshydratation avec perte de poids supérieure à 5 %.
- Trouble ventilatoire radiologique ou difficultés psychosociales.

- Si apnées, fréquence respiratoire > 80/min ou oxygénothérapie :
 - perfusion apportant deux tiers des besoins de base.
- Administration d'O₂**
- Oxygène humidifié et réchauffé :
- par lunettes nasales ou enceinte de type Hood ;
- pour une SpO₂ autour de 95 %.
- Ventilation assistée : nécessaire chez 2 à 3 % des nourrissons hospitalisés.

Couchage

En position proclive dorsale à 30 °.

Kinésithérapie respiratoire

- Technique :
 - désobstruction des voies aériennes supérieures ;
 - expiration lente prolongée ;
 - toux provoquée.
- Indiquée :
 - à la phase d'encombrement ;
 - après 2 ou 3 jours d'évolution.
- Durée : souvent courte (5 à 6 séances).
- Efficacité en cours d'évaluation.

Médicaments curatifs

Bronchodilatateurs

- Salbutamol en nébulisation :
- faire un test thérapeutique d'abord ;
- si non-réponse clinique, arrêt ;
- si bonne réponse, le traitement

- peut être entrepris.
- Adrénaline :
 - pour nourrisson hospitalisé et non-répondeur au salbutamol ;
 - administrée par un nébuliseur avec masque facial et oxygène ;
 - fait diminuer l'œdème périlobulonnaire ;
 - d'efficacité transitoire (2 heures), obligeant la répétition fréquente des nébulisations.
- Bromure d'ipratropium : aucun intérêt.
- Théophylline : pour les formes apnéisantes des plus jeunes.
- Corticoïdes inhalés**
N'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Antibiothérapie

- Uniquement si otite moyenne aiguë ou pneumopathie.
- Doit être active sur :
 - *Haemophilus influenzae* ;
 - *Branhamella catarrhalis* ;
 - *Streptococcus pneumoniae*.

Autres

- Fluidifiants, mucorégulateurs ou antitussifs :
 - aucune étude contrôlée.
- Ribavirine :
 - une seule indication : bronchiolite aiguë à VRS du nourrisson immunodéprimé et ventilé.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant cet article.