

# La bronchiolite aiguë du nourrisson : des recommandations à la pratique

Isabelle Aubin\*, Laurence Coblenz\*, Bernard Cixous\*\*

\*Chargées d'enseignement : UFR Paris Bichat

\*\*Attaché d'enseignement : UFR Clermont Ferrand

**Résumé :** L'épidémie de bronchiolite aiguë du nourrisson (BAN) est un problème récurrent au début de chaque hiver. La prise en charge actuelle de cette maladie généralement bénigne mais potentiellement dangereuse provoque un encombrement des services hospitaliers, dommageable du point de vue de la santé publique. Des recommandations ont été publiées et diffusées auprès des professionnels de santé, sans apporter d'amélioration notable à cette situation. Des solutions pratiques, adaptées à l'exercice de la médecine générale, conformes aux recommandations, permettent d'optimiser la prise en charge des nourrissons atteints de BAN.

## Introduction

La bronchiolite aiguë du nourrisson (BAN) est une infection virale saisonnière de l'enfant de moins de deux ans. De diagnostic facile, dans un contexte d'épidémie, elle associe polypnée avec freinage expiratoire, sibilants, wheezing, et fièvre modérée. Sa fréquence, en augmentation constante, sa gravité potentielle, et la nécessité de soins urgents en font un problème de santé publique. En période épidémique, les urgences et les services hospitaliers sont surchargés, malgré leurs efforts d'accueil spécifique. L'optimisation de la prise en charge initiale est-elle possible en médecine générale ?

## La situation épidémiologique actuelle

### Les épidémies

En France, les épidémies sont hivernales d'octobre à mars avec pour le virus syncytial respiratoire (VRS) un pic en janvier ou février (1). Il s'agit d'une pathologie essentiellement urbaine, dont l'incidence annuelle est de 460 000 cas. Depuis 1996, elle augmente de 9% par an. Un quart des enfants de moins de deux ans présente chaque année sa première bronchiolite. La transmission se

fait par voie aérienne directe, par les mains ou par les objets contaminés par les sécrétions naso-pharyngées. Le virus persiste environ trente minutes sur la peau et plusieurs heures sur les objets contaminés.

### La prise en charge actuelle et son coût

Vingt pour cent des enfants sont amenés en consultation à l'hôpital, dont deux tiers à l'initiative de leurs parents. Environ cinq pour cent des enfants atteints de BAN sont hospitalisés. Une hospitalisation coûte trente fois plus qu'une prise en charge ambulatoire et aboutit à un encombrement des services hospitaliers qui pourrait parfois être évité.

## Les recommandations

### Diagnostic

Le diagnostic est généralement facile. Dans la situation la plus fréquente, les parents appellent pour un nourrisson présentant une gêne respiratoire ou une toux inhabituelle. Lors de l'entretien, les parents décrivent un tableau de rhinopharyngite, évoluant depuis deux à trois jours. L'enfant est peu ou pas fébrile. Son état général est conservé, son appétit peu perturbé. Le diagnostic se fait à l'auscultation : une polypnée, des sibilants qui peuvent être audibles à distance (wheezing), parfois des crépitations fins diffus (1). Le reste de l'examen clinique est normal, il n'y a pas de signe de détresse respiratoire (Tableau 1).

- Conservation de l'état général et réactivité normale.
- Alimentation peu ou pas perturbée.
- Bonne tolérance respiratoire : fréquence respiratoire inférieure à 60/mn, pas de cyanose, respiration ample, distension modérée et faible encombrement à l'auscultation.

Tableau 1 : Critères de bonne tolérance

## Catégories à risques (2)

La prise en charge en ambulatoire n'est pas toujours possible, en particulier lorsque les enfants rentrent dans les catégories à risques :

- enfants âgés de moins de six semaines ;
- anciens prématurés (naissance avant trente quatre semaines d'aménorrhée ou âge corrigé inférieur à trois mois) ;
- enfants atteints de cardiopathies congénitales, de pathologie pulmonaire chronique grave, de déficit immunitaire congénital ou acquis ;
- conditions socio-économiques et environnement familial, géographique ou climatique défavorables.

## Signes de gravité (2)

Les signes de gravité doivent être recherchés et expliqués aux parents en raison de leur apparition secondaire possible :

- tachypnée supérieure à 60 par minute ;
- signes de lutte : tirage sus sternal ou intercostal, battement des ailes du nez ;
- difficultés d'alimentation (refus du biberon ou prise de la moitié du biberon à trois repas consécutifs) ;
- perte de poids supérieure à 5%.

Les enfants qui ne sont pas concernés par ces critères sont maintenus au domicile sous surveillance.

## Modalités de prise en charge à domicile

La prise en charge fait appel à des mesures générales, médicamenteuses et kinésithérapiques.

### Les mesures générales

- désobstruction rhinopharyngée avant l'alimentation ;
- fractionnement des repas ;
- épaissement des biberons ;
- couchage en proclive dorsal.

### Les traitements médicamenteux (2)

Les bêta 2 mimétiques n'ont pas d'intérêt démontré dans la prise en charge d'une première bronchiolite. Ils peuvent être utiles en cas d'antécédents personnels ou familiaux d'atopie, ou lors d'une suspicion d'asthme du nourrisson (trois épisodes de bronchiolite en moins de 2 ans).

Les corticoïdes par voie systémique sont sans efficacité.

La prescription des mucolytiques est illogique en raison de l'hypersécrétion fluide. Les antitussifs seront proscrits.

Les antibiotiques n'ont pas d'indication en première intention. Leur prescription se discute en cas de terrain fragile, d'otite moyenne aiguë, de fièvre supérieure à 38°5 pendant plus de 48h, de foyer pulmonaire détecté à la radio ou de crainte de surinfection. Le choix se porte alors sur amoxicilline-acide clavulanique, ou cefpodoxine proxétel, ou cefuroxime axétil.

Un traitement anti-reflux peut être proposé si nécessaire.

### La kinésithérapie (2)

La kinésithérapie est essentielle dans la phase sécrétoire. Il s'agit d'une kinésithérapie quotidienne, y compris samedis et dimanches, par la technique d'accélération du flux expiratoire. Elle est réalisée en dehors des repas.

## Des recommandations à la pratique

En pratique quotidienne, la mise en œuvre des recommandations est difficile et des discordances sont décrites (4). Pourtant, la prise en charge en médecine générale du nourrisson atteint de BAN peut s'améliorer (5).

### Optimiser les prescriptions

#### L'information donnée aux parents

Les conseils prodigués ne sont pas toujours suivis. Les parents n'en comprennent pas nécessairement l'importance et ne les considèrent pas comme une prescription à part entière. La désobstruction rhinopharyngée par exemple n'est pas toujours convenablement effectuée, probablement mal expliquée ou mal comprise. La rédaction des conseils sur une ordonnance, la démonstration si possible des gestes, donnent plus de poids à l'information.

L'absence de prescription médicamenteuse peut être une source d'inquiétude pour les parents comme pour le médecin.

Les parents peuvent être demandeurs d'une prescription d'antibiotiques, de sirops contre la toux. L'absence d'intérêt des antibiotiques, le danger des antitussifs dans cette indication sont à expliquer et à répéter. La campagne médiatique actuelle visant à limiter les prescriptions des antibiotiques renforce la portée du message.

#### La prescription des médicaments

L'utilisation de bronchodilatateurs et de corticoïdes est excessive par rapport aux recommandations. La réévaluation clinique régulière de l'enfant permet d'éviter ou de différer cette prescription.

## La prescription de la kinésithérapie

La kinésithérapie, souvent redoutée par les parents, doit être présentée comme essentielle. Elle peut être réalisée à domicile ou à la crèche pour en favoriser la tolérance, voire en l'absence des parents si nécessaire. Le kinésithérapeute sollicité doit maîtriser les techniques d'accélération du flux expiratoire chez l'enfant.

## Adapter l'organisation des soins (7)

Une meilleure disponibilité à l'accueil des nourrissons en période épidémique est souhaitable. L'organisation du cabinet médical peut-être adaptée en fonction de la demande : rendre disponibles des créneaux de consultation, limiter l'attente des nourrissons en modifiant l'ordre des rendez vous et sensibiliser le secrétariat.

Une meilleure coordination des professionnels concernés est nécessaire. Le médecin généraliste doit connaître les kinésithérapeutes compétents. Leur disponibilité les dimanches et jours fériés demeure un problème. Leur organisation en réseaux dans certaines régions, facilite l'accès aux soins (5).

## Améliorer le suivi du nourrisson

Le suivi doit s'organiser dès la première consultation en prévoyant de revoir l'enfant à vingt quatre ou quarante huit heures. Les parents sont informés des signes d'aggravation en termes simples, dont la compréhension est vérifiée : refus d'alimentation ou diminution de la prise

du biberon de moitié plus de trois biberons consécutifs, modification du comportement, élévation thermique, apparition de signes de détresse respiratoire (battement des ailes du nez, tirage sus sternal).

Cette information doit être transmise aux autres adultes chargés de s'occuper de l'enfant (crèche, nourrice, grands-parents).

L'apparition d'un de ces signes justifie une nouvelle consultation dans de brefs délais.

Le kinésithérapeute participe au suivi de l'enfant et alerte le médecin en cas d'aggravation de l'état de l'enfant.

## Développer la prévention

Les conseils d'hygiène sont très importants, mais pas toujours transmis aux familles, souvent par faute de temps, ou de conviction.

Les messages doivent être choisis, peu nombreux, adaptés aux parents et à leur environnement : supprimer le tabagisme passif, se laver les mains à l'eau et au savon, éviter les lieux publics, aérer la chambre tous les jours et maintenir sa température à 19°, éviter les échanges dans une même famille des biberons, sucettes et couverts, désinfecter les jouets (*Tableau 2*).

Les supports papier ou les affiches en salle d'attente peuvent appuyer ces conseils. Les recommandations de lavage des mains et de désinfection (stéthoscope, jouets, surfaces) s'appliquent aussi dans le cabinet médical (7).

- Le lavage de nez se fait de préférence avant la prise du biberon. L'enfant est couché sur le côté gauche ; l'embout du sérum physiologique est introduit dans la narine droite. Le sérum physiologique doit ressortir par la narine gauche, il n'est donc pas nécessaire de nettoyer l'autre côté. Si le sérum est employé en dosettes, une demie dosette suffit.
- La chambre de l'enfant doit être aérée tous les jours et rester à 19° C.
- Il faut s'abstenir de fumer en présence de l'enfant.
- Pour limiter la dissémination des microbes, il faut se laver les mains régulièrement (de l'eau et du savon suffisent), avant et après s'être occupé de l'enfant.
- Pour la même raison, il faut éviter les lieux publics avec un nourrisson (grandes surfaces et transports en commun).
- Dans une famille, comme dans une collectivité, il faut éviter les échanges de sucettes, biberons et couverts.

*Tableau 2 : Conseils à l'entourage*

## Relayer l'information

Il reste aux pouvoirs publics (Caisses d'assurance maladie, Conseils généraux, Institut national de promotion et d'éducation de la santé) à encourager auprès de la population les attitudes favorables pour une bonne prise en charge de la BAN : les conseils d'hygiène, le bon usage

des prescriptions médicamenteuses, le recours au médecin de ville en première intention, le juste recours aux urgences hospitalières.

Ces messages doivent être relayés par les médias grand public. La récente campagne d'information sur la BAN est un exemple intéressant.

## Conclusion

La prise en charge du nourrisson atteint de bronchiolite aiguë doit se faire à domicile si l'état de santé de l'enfant et le contexte, tant socio-familial que médical, le permettent. Ainsi, le recours à l'hospitalisation est réservé aux cas les plus graves ou lorsqu'un suivi cohérent est difficile. La kinésithérapie respiratoire reste la base du traitement et sa

réalisation bénéficie de la permanence des soins organisée par les kinésithérapeutes. Le traitement antibiotique n'a pas d'utilité démontrée. Pour optimiser la prise en charge de la bronchiolite, il faut adapter et individualiser les soins à l'enfant, coordonner et sensibiliser les professionnels de santé, impliquer et responsabiliser les parents et les pouvoirs publics. La mise en place de réseaux de soins est à encourager et à développer.

Ce texte a été rédigé à l'occasion d'un atelier d'écriture médicale de l'ÉCOLE du CNGE.

## Références

1. Bourrillon A. Bronchiolite du nourrisson : la kiné avant tout. *Rev Prat Med Gen* 1999;475:1693-96.
2. Agence Nationale d'accréditation et d'Evaluation en Santé, Union Régionale de Médecins Libéraux d'Ile de France. *Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Conférence de consensus. Paris : ANAES 2000;1-23.*
3. Marchal J. Organisation actuelle des soins. *Arch Pédiatr* 2001;8,Suppl.1:109-13.
4. ARB, RBAN. Première expérience, premier bilan du Réseau Bronchiolite Ile de France. *Conférence de presse 14 mai 2002. Paris*
5. Sannier N. Organisation des soins au cours des épidémies de bronchiolites. *Arch Pédiatr* 2001;8,Suppl.1:174-79.
6. Dahan G. Comment améliorer l'organisation des soins ? *Arch Pédiatr* 2001;8,Suppl.1:46-8.
7. Claveirole P. Bronchiolite du nourrisson : prévention de la transmission et de la morbidité respiratoire à long terme. *Arch Pédiatr* 2001;8,Suppl.1:139-48.