

La bronchiolite en 2015

GMM

22 janvier 2015

Laurence Martinat

La bronchiolite

- * Infection virale respiratoire épidémique et saisonnière
- * Plus de 400 000 NRS, dizaines de milliers d'H
- * <2 ans
- * Transmission interhumaine
- * Incubation 2 à 8 jours
- * Élimination en 3 à 7 jours parfois jusqu'à 4 semaines
- * Evolution spontanée favorable en général
- * Séquelles rares

Clinique

- * Peut-être précédée d'une **rhinite** simple 24 à 72 h avant avec toux sèche
- * Apparition d'une **détresse respiratoire** avec polypnée à prédominance expiratoire
- * **Signes de lutte** variables
- * **Auscultation:** *crépitants* (secs, inspiratoires) et/ou *sous crépitants* (plus humides, expiratoires) surtout chez le jeune nourrisson.
- * Les râles bronchiques et les *sibilants* apparaissent rapidement, ils sont souvent audibles à distance (*wheezing*).

Score de Wang

Score	0	1	2	3
FR/min	<30	31-45	46-60	>60
Wheezing Sibilants	Aucun	Fin expiration Ou uniquement stéthoscope	Toute l'expiration Ou audible sans stéthoscope	Inspiration et expiration audible à la bouche
Tirage	Aucun	Intercostal	Suprasternal	Sévère avec BAN
Appréciation clinique de l'EG	Bon			Irritable Epuisement Mauvaise Alimentation

Bronchiolite « **bénigne** » : score < 4
Bronchiolite « **Modérée** » : score 4 à 9
Bronchiolite « **Sévère** » : score > 9

* BAN : Battements des ailes du nez

Comment évaluer sa gravité, lié à l'hypoxie? (1)

- * **Prise alimentaire**
- * **Téter**
 - * travail musculaire qui doit s'articuler avec la respiration
 - * exercice d'autant plus difficile que la respiration est laborieuse

Etude en 2013 en pédiatrie ambulatoire

- * Pour les enfants de plus de 6 semaines
 - * **Si alimentation des dernières 24h est** au moins égale à la moitié de la quantité habituellement ingérée par l'enfant, celui-ci a peu de chance d'être hypoxémique.
 - * Si ce chiffre est inférieur à 50 %, une consultation d'évaluation est nécessaire.

Comment évaluer sa gravité, lié à l'hypoxie? (2)

- * 95 % pour la SpO₂ : seuil habituellement utilisé pour définir une hypoxémie.
- * Prise de saturation, nécessite du temps , du calme, couteux
- * Parmi les trois types de tirage, sus-sternal, intercostal et sus costal, le **tirage intercostal** paraît être le signe le plus discriminant pour déceler une SpO₂ inférieure à 95 %.

Qui adresser aux urgences ?

- * Moins de 6 semaines
- * prématurité < 34 SA, âge corrigé < à 3 mois ;
- * Cardiopathies, patho pulmonaires chroniques
- * Aspect toxique, cyanose, apnée
- * Pour les plus de 6 semaines
 - * Prise alimentaire des dernières 24h < 50%
 - * Tirage intercostal
 - * Score de Wang élevé

Conférence de consensus en 2000

- * Hydratation, fractionnement de l'alimentation, éventuellement épaissie
- * Pas de tt anti reflux
- * Couchage proclive 30°
- * Désobstruction rhinopharyngée avec sérum physiologique
- * Eviction tabac, aération chambre, T° 19°C
- * **Kinésithérapie respiratoire**

Conférence de consensus en 2000 (2)

- * Bronchodilatateurs: pas d'indication en chambre d'inhalation, éventuellement en aerosol avec O₂ (Hôpital)
- * Corticoïdes: non efficace
- * Antiviraux: pas de place
- * Antibiothérapie: fièvre depuis plus de 48h, OMA, patho cardiaque ou respiratoire particulier, foyer radiologique +/- sd inflammatoire
- * Antitussifs, mucolytiques, mucorégulateurs... :pas de place

Prise en charge de la toux: ANSM

- * DRP
- * Pas d'antitussif
- * Contre indication par ANSM en 2011 chez NRS < 2 ans
 - * mucolytiques, mucoregulateurs, Helicidine
 - * Spécialités antihistaminiques H1 de première génération à base de phénothiazines, chlorphénamine, pimétixène, ainsi que le fenspiride

Prise en charge de la toux DRP?

- * La respiration du nourrisson s'effectue majoritairement par voie nasale et l'obstruction des VAS peut représenter jusqu'à 60 % des résistances des VAS.
- * Désobstruer un nez bouché semble donc intéressant.
- * Données scientifiques limitées à l'heure actuelle.
- * British Thoracic Society et l'American College of Chest Physicians:
 - * pas de réalisation du lavage nasal
- * revue *Cochrane*
 - * n'a pu statuer sur l'efficacité du lavage nasal au sérum physiologique dans les infections des VAS de l'adulte et l'enfant, 3 études dont 2 pédiatriques
- * L'utilisation de la DRP dans les infections des VAS du nourrisson semble être une pratique surtout européenne, reposant sur des recommandations d'experts, là où les Anglo-Saxons préfèrent l'attitude « *wait, watch and review* »

Kiné respiratoire

- * Peu d'études, NRS hospitalisés, formes sévères
- * Effets indésirables rares, fractures exceptionnelles
- * Recommandations internationales:
 - * Pas de kiné respi sf qq cas particuliers en H
- * En ambulatoire, son rôle
 - * assurer la liberté des voies aériennes
 - * Accompagnement éducatif
 - * surveillance

Recommandations en ambulatoire en 2015

- * DRP....?
- * Pas de kiné systématique
- * pas d'antitussifs
- * Pas d'antibiotiques
- * Pas de corticoïdes
- * Pas de bronchodilatateurs
- * Surveillance et éducation des parents sur signes de mauvaise tolérance (prise alimentaire, fièvre)