

PLACE D'UN TRAITEMENT INHALÉ CHEZ LES JEUNES ENFANTS EN PRATIQUE AMBULATOIRE. PARTIE 1: BRONCHIOLITE

- La bronchiolite, généralement provoquée par une infection à virus respiratoire syncytial (VRS), est une affection fréquente chez les jeunes enfants, dont l'évolution peut être grave en particulier chez les très jeunes enfants et en présence de facteurs de risque (entre autres prématurité, maladie pulmonaire chronique).
- Le traitement de la bronchiolite consiste en premier lieu à prendre des mesures de soutien (hydratation adéquate, éventuellement oxygénothérapie). En pratique ambulatoire, il est essentiel d'identifier les enfants présentant des facteurs de risque d'une bronchiolite à évolution grave, et de reconnaître les symptômes d'alarme nécessitant le renvoi vers un spécialiste (avec éventuellement une admission immédiate en service d'urgence).
- Aucun bénéfice par rapport au placebo n'a été démontré pour les bronchodilatateurs par voie inhalée, ni pour la corticothérapie inhalée.
- Chez les enfants âgés de plus de 1 an, il est souvent difficile de distinguer la bronchiolite du wheezing d'origine virale ou de l'asthme au stade précoce; dans ces derniers groupes d'enfants, les bronchodilatateurs par voie inhalée, et parfois aussi la corticothérapie inhalée, sont en revanche indiqués.

Le présent article traite de la place, en pratique ambulatoire, du traitement par inhalation (corticostéroïdes, bronchodilatateurs) de la bronchiolite chez les jeunes enfants. Les traitements autres que inhalés ne sont que brièvement abordés. Un prochain numéro des Folia se penchera sur la place du traitement inhalé en pratique ambulatoire (corticostéroïdes, bronchodilatateurs), dans le wheezing chez les jeunes enfants (jusqu'à 5 ans).

Chez les jeunes enfants, il est très important, indépendamment de l'instauration éventuelle d'un traitement médicamenteux, de créer un environnement sécurisant et de veiller, en tant que professionnel de la santé ou parent, à ne pas transférer son stress à l'enfant ce qui peut contribuer à une augmentation significative des symptômes.

- La bronchiolite est une affection survenant chez les jeunes enfants (surtout en dessous de l'âge de 1 an, le plus souvent entre 3 et 6 mois) qui débute par un rhume banal, mais qui est

susceptible d'évoluer dans les 3 à 5 jours vers des signes cliniques plus graves: toux excessive, gêne respiratoire, difficulté à boire, irritabilité, wheezing et/ou crépitations et – chez les très jeunes enfants – apnée; en particulier chez les très jeunes enfants et en présence de facteurs de risque (voir Tableau 1), la maladie peut connaître une évolution grave. La bronchiolite est généralement provoquée par le virus respiratoire syncytial (VRS). La toux disparaît chez 90 % des enfants dans les 3 semaines.

- Il n'y a pas de traitement étiologique de la bronchiolite. Le traitement consiste à prendre des mesures de soutien (hydratation adéquate, éventuellement oxygénothérapie).

- La prise en charge de la bronchiolite en pratique ambulatoire est orientée vers le diagnostic, l'identification des enfants présentant des facteurs de risque d'une bronchiolite à évolution grave (voir Tableau 1) et la reconnaissance des symptômes d'alarme nécessitant le renvoi vers un spécialiste (avec éventuellement hospitalisation immédiate

en service d'urgence ou appel du numéro d'urgence 112) (voir Tableau 2). Lorsque l'on décide d'adopter « l'expectative vigilante », les parents doivent être informés de façon à pouvoir reconnaître les signes d'une aggravation (voir Tableau 3).

Tableau 1. Facteurs de risque importants d'une bronchiolite à évolution grave (source : NICE)

- Maladie pulmonaire chronique (y compris dysplasie bronchopulmonaire).
- Cardiopathie congénitale avec retentissement hémodynamique.
- Âge < 3 mois.
- Prématurité, en particulier < 32 semaines de grossesse.
- Maladies neuromusculaires.
- Immunodéficience.

Tableau 2. Symptômes d'alarme et critères pour hospitalisation immédiate (Source : NICE)

- Apnée.
- Altération de l'état général.
- Difficultés respiratoires sévères (p.ex. plus de 70 respirations par minute).
- Cyanose centrale.
- Saturation en oxygène < 92 %.

Tableau 3. Signes indiquant une dégradation (Source : NICE)

- Gêne respiratoire (p.ex. battement des ailes du nez).
- Diminution des apports hydriques (50 à 75% de la prise normale) ou diminution de la diurèse (p.ex. pas de linge mouillé pendant 12 heures).
- Apnée ou cyanose.
- Épuisement (p.ex. l'enfant ne répond pas aux stimuli normaux, ou se réveille seulement après des stimuli de longue durée).

- Dans des études cliniques menées chez des enfants atteints de bronchiolite, on n'a pas pu démontrer de bénéfice clair par rapport au placebo pour les bronchodilatateurs inhalés

ni pour la corticothérapie inhalée en termes d'amélioration symptomatique, de pronostic ou du risque ou de la durée d'hospitalisation. Ces traitements n'ont donc pas de place dans la prise en charge ambulatoire de la bronchiolite.

- Chez les enfants plus âgés (à savoir les enfants âgés de plus de 1 an), il est souvent difficile de distinguer la bronchiolite du wheezing d'origine virale ou de l'asthme au stade précoce. Un diagnostic de wheezing d'origine virale ou d'asthme au stade précoce est plus probable en présence d'antécédents personnels ou familiaux d'atopie, de wheezing sans crépitations, ou d'épisodes récidivants de wheezing; chez ces enfants, les bronchodilatateurs inhalés, et parfois aussi la corticothérapie inhalée, ont une place (voir l'article « Place d'un traitement inhalé chez les jeunes enfants en pratique ambulante. Partie 2: wheezing ») qui paraîtra dans un prochain numéro des Folia).

- Autres traitements que le traitement inhalé

- Il n'y a pas de place pour l'antibiothérapie (sauf en cas de surinfection bactérienne), ni pour les antitussifs (contre-indiqués) ou la kinésithérapie.

- Le palivizumab a une place limitée dans la prévention d'une infection à VRS, à savoir chez certains enfants à risque élevé (prématurité, cardiopathie, besoin en oxygène en dessous de l'âge de 2 ans). Le remboursement (en milieu hospitalier) est soumis à des conditions strictes.

Références importantes

- NICE Clinical Guidance NG9 (2015), via www.nice.org.uk/guidance/ng9;
- BAPCOC: Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire (2012): « Bronchiolite »;
- *La Revue Prescrire* 2015;35:770-1;
- *NEJM* 2016;374:62-72 (doi :10.1056/NEJM-ra1413456)