

# LA BRONCHIOLITE DU NOURRISSON

La bronchiolite est une maladie virale qui évolue de manière favorable, spontanément ou plus souvent avec la mise en place de séances de kinésithérapie respiratoire.

Le masseur kinésithérapeute (MK) doit montrer son utilité dans le traitement, mais aussi dans la prévention de cette affection du nourrisson.

La bronchiolite aiguë est une infection virale épidémique saisonnière, survenant chez des enfants de moins de deux ans. Elle correspond à une inflammation aiguë des bronchioles, les plus petits conduits respiratoires des poumons ce qui se caractérise par une obstruction bronchiolaire prédominante accompagnée de sibilants et/ou d'un wheezing (c'est à dire un sifflement caractéristique, très souvent audible à distance mais parfois perçu seulement à l'auscultation). La bronchiolite est très contagieuse, transmise de nourrisson à nourrisson et d'adulte à nourrisson.

## Epidémiologie

- La bronchiolite du nourrisson est un important problème de santé publique. En France, on estime que 460 000 nourrissons par an (30 % de la population des nourrissons) sont touchés par cette infection.
- Dans les pays industrialisés, la bronchiolite est la plus fréquente des manifestations respiratoires chez le nourrisson avant 2 ans, avec une moyenne à 7 mois et un pic de fréquence entre 2 et 7 mois.
- Elle touche surtout les garçons (60 %).
- Tous les ans depuis 6 ou 7 ans le nombre de consultations comme celui des hospitalisations s'accroît.
- Le nombre d'enfants atteints de bronchiolite augmente régulièrement chaque année depuis 1992. Depuis 1996, le taux d'augmentation est de 9 % par an.

## Signes cliniques

Les premiers symptômes de l'infection par le virus syncytial respiratoire sont ORL :

- rhinite avec toux plutôt sèche
- obstruction nasale variable, fonction de l'âge du nourrisson : plus il est jeune, plus elle est marquée.

La bronchiolite elle-même se manifeste par :

- polypnée et distension thoracique
- râles crépitants en fin d'inspiration
- premier ou à la rigueur deuxième épisode de ce type
- frein expiratoire avec sibilances

## Evolution

Dans la très grande majorité des cas, l'évolution clinique de la bronchiolite est favorable. Les signes d'obstruction durent 8 à 10 jours. Une toux résiduelle peut persister encore une quinzaine de jours. Dans de rares cas, la détresse respiratoire peut imposer l'hospitalisation.

Dans 40 à 50 % des cas, une colonisation bactérienne est associée à l'infection à VRS. Cependant, colonisation ne signifie pas surinfection. Les critères habituellement retenus comme marqueurs d'une infection bactérienne sont : une fièvre élevée, une otite moyenne aiguë, des sécrétions bronchiques mucopurulentes, un foyer pulmonaire radiologique, une élévation de la C Reactive Protein (CRP) et/ou du taux de Polynucléaires neutrophiles à la numération formule sanguine.

Des rechutes de bronchiolites concernent 23 à 60 % des enfants d'après les études longitudinales récentes.

A partir du troisième épisode obstructif, on peut parler de crise d'asthme et non plus de bronchiolite, et il est alors d'usage d'utiliser le terme d'"asthme du nourrisson".

## Critères d'hospitalisation

L'hospitalisation s'impose en présence d'un des critères de gravité suivants (d'après l'Anaes) :

- aspect «toxique» (altération importante de l'état général) ;
- survenue d'apnée, présence d'une cyanose ;
- fréquence respiratoire > 60/min ;
- âge < 6 semaines ;
- prématurité < 34 SA, âge corrigé < 3 mois ;
- cardiopathie sous-jacente, pathologie pulmonaire chronique grave ;
- saturation artérielle transcutanée en O<sub>2</sub> < 94 % sous air et au repos ou lors de la prise des biberons ;
- troubles digestifs compromettant l'hydratation, déshydratation, avec perte de poids > 5 % ;
- difficultés psychosociales ;
- présence d'un trouble de ventilation confirmé par une radiographie thoracique pratiquée d'après des arguments cliniques.

## Diagnostic

En période d'épidémie, le diagnostic est facile. Si besoin est, la présence de VRS peut être confirmée par immunofluorescence ou par examen ELISA des sécrétions naso-pharyngées. Quand apparaît une aggravation clinique, l'élévation de la CRP (C Reactive Protein) et des Polynucléaires neutrophiles est assez bien corrélée à une

colonisation bronchique bactérienne. Aux urgences, l'examen le plus important est la mesure de la SaO<sub>2</sub> (saturation en oxygène de l'hémoglobine) à l'oxymètre de pouls : selon les équipes, les valeurs seuils qui nécessitent une hospitalisation sont situées entre 92 et 95 %.

## Etiologie

### Le Virus Respiratoire Syncytial

Le VRS est en cause dans 70 et 80 % des cas. Mais d'autres virus peuvent être impliqués : les adénovirus, les virus influenzae, les virus parainfluenzae (5 à 20 % des cas), les rhinovirus.

Il se transmet directement par les sécrétions contaminées (toux, éternuement) ou indirectement par les mains ou le matériel souillé. Après une période d'incubation de 2 à 8 jours, le virus se multiplie au niveau de la muqueuse nasale avant de gagner les voies respiratoires inférieures.

### Facteurs favorisant l'apparition d'une bronchiolite

- Anomalies respiratoires préexistantes (étroitesse des voies aériennes inférieures, bronchodysplasie...)
- Prématurité: chez les survivants d'une prématurité extrême (moins de 33 semaines de gestation), l'incidence des sifflements récidivants est 5 fois plus élevé que chez les nouveau-nés à terme.
- Déséquilibre du rapport des populations lymphocytaires Th1 / Th2 à la naissance
- Tabagisme passif
- Antécédents parentaux d'asthme
- Autres facteurs environnementaux qui apparaissent vraisemblablement comme favorisant les récurrences que comme cause initiale de la maladie : mode de garde en collectivité, résidence en zone urbaine, bas niveau socio-économique, fratrie nombreuse
- Une étude montre que la bronchiolite à VRS est beaucoup plus fréquente et plus sévère chez les jumeaux ou les triplés que chez les prématurés uniques

## Traitement

Pour la stratégie thérapeutique, les auteurs distinguent le cas du premier épisode de bronchiolite aiguë sans signe de détresse respiratoire chez un enfant sain où le traitement symptomatique suffit et le cas du bébé "siffleur", récidiviste, avec parfois des signes de détresse respiratoire où la prescription de bronchodilatateurs, de corticoïdes, d'antibiotiques et la kinésithérapie peut alors se discuter.

### Mesures générales

Elles sont le fruit de l'expérience quotidienne.

#### - Hydratation

Les apports hydriques recommandés sont de 100 à 110 ml/Kg/j pour le nourrisson de moins de 6 mois et de 80 ml/Kg/j au delà.

- Nutrition

Désobstruction nasopharyngée avant l'alimentation, fractionnement des repas voire épaissement des biberons sont recommandés

- Couchage

La position idéale est le proclive dorsal à 30 °.

- Désobstruction nasale

Le maintien de la liberté des voies aériennes supérieures est essentiel car la respiration du nourrisson est à prédominance nasale. Pour cela, on utilise des instillations nasales avec du sérum physiologique

- Environnement

aération correcte de la chambre de l'enfant

### Traitements médicamenteux

- Bronchodilatateurs

- Corticoïdes

- Antiviraux

L'action de la ribavirine sur le VRS a été démontrée in vitro et chez l'animal. Son efficacité est actuellement sérieusement mise en doute chez l'homme.

- Antibiothérapie

Elle peut se discuter devant un ou plusieurs signes faisant craindre une surinfection bactérienne.

- Oxygénothérapie

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

### Kinésithérapie respiratoire

Elle utilise des techniques douces de désencombrement bronchiques recommandées par la conférence de consensus de Lyon de 1994. La kinésithérapie respiratoire est largement prescrite dans les pays européens francophones mais contestée dans les pays anglo-saxons (qui utilisent les techniques de « Clapping » non pratiquées de nos jours. En France, la prescription de kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite varie de 82,5 à 99 %. Les techniques privilégiées sont les techniques expiratoires passives et lentes associées à la toux provoquée ou encore le drainage autogène appliqué au nourrisson.

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.

Votre centre KINE PRADO 24 met à disposition des petits patients l'ensemble des moyens nécessaire (en terme de matériel mais aussi en terme de formation des professionnels) afin de garantir une prise en charge optimale de vos enfants.