



# Le journal faxé de l'UnaformeC

Vous pouvez désormais consulter ce journal au format acrobat reader (en pdf) sur notre site, à l'adresse suivante : [www.unaformec.org](http://www.unaformec.org)

## EDITO

L'épidémie de bronchiolite revient chaque année comme une routine hivernale qui ne surprend plus personne. Elle débute généralement à mi-octobre, atteint un pic unique en décembre, et se termine à la fin de l'hiver. Le nombre d'enfants atteints augmente régulièrement depuis 1992 (9% de plus chaque année depuis 1996). Il n'y a pas d'examen utile, pas de traitement spécifique, comme le soulignait la conférence de consensus organisée à Paris en septembre 2000<sup>1</sup>. Ce nécessaire « attentisme thérapeutique » doit être réellement « partagé » avec des parents inquiets, ce qui suppose patience et explication, mais aussi réévaluation de la situation durant la période critique.

## VRS : UNE PRIMO-INFECTION QUASI OBLIGATOIRE AVANT 2 ANS...

*La bronchiolite est dans la majorité des cas une pathologie d'évolution bénigne. Le recours hospitalier devrait ne concerner qu'une minorité d'enfants. Pourtant, le recours aux urgences concerne actuellement un enfant atteint sur 5, et il se fait à l'initiative des parents 2 fois sur 3.*

**Peut-on l'éviter ?** La maladie touche un enfant sur trois dans la classe d'âge 1 mois-2 ans. Mais si presque tous les enfants ont fait une primo-infection avant 2 ans, pour la majorité d'entre eux, la virose n'aura entraîné qu'une rhino-pharyngite associée ou non à une bronchite banale. Il n'est donc pas question d'éviter l'infection à VRS (95% des enfants de 2 ans ont des anticorps). Mais peut-être peut-on éviter certaines bronchiolites : en dehors de celles qui sont dues à une fragilité respiratoire préexistante, le tabagisme passif, surtout maternel, est le premier en cause. Il est difficile d'intervenir sur les autres facteurs environnementaux (garde en collectivité, résidence en zone urbaine, bas niveau socio-économique...)

**Traiter à domicile...** La prise en charge repose sur l'expérience : bonne hydratation et nutrition (en désobstruant avant l'alimentation, fractionnant les repas, voire épaississant les biberons, mais sans traitement antireflux), coucher en proclive dorsal à 30°, désobstruction nasale (mouche-bébé et sérum physiologique), aération correcte de la chambre, pas trop chauffée (19°), surtout pas de tabac... Les  $\beta$ 2mimétiques n'ont pas de place dans la prise en charge de la 1<sup>ère</sup> crise, les corticoïdes sont inefficaces, les antiviraux inutiles, les antibiotiques réservés aux surinfections, les antitussifs contrindiqués, les mucolytiques peu convaincants... La kinésithérapie, si l'état clinique du nourrisson le nécessite, utilise en France les techniques expiratoires passives et lentes, la toux provoquée et le désencombrement des voies aériennes supérieures (2 séances par jour jusqu'à amélioration).

**Quand hospitaliser :** quand la bronchiolite met en jeu le pronostic vital... Le texte de la Conférence détaille parfaitement les facteurs cliniques (respiratoires et/ou digestifs), anamnestiques (constatations des parents, antécédents...) et environnementaux (capacités de la famille et ressources sanitaires locales...) qui imposent l'hospitalisation d'emblée. L'éventualité d'une aggravation rapide toujours possible impose une vigilance de tous, parents, personnes ayant la garde de l'enfant, kinésithérapeute, médecin : une ré-évaluation s'impose rapidement dans ce cas.

J.P. VALLEE

<sup>1</sup>ANAES/URML IdF. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Paris 21/9/00. Disponible sur [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)