

Mots clés :

Bronchiolite  
Nourrisson  
Critère  
Hospitalisation

## Bronchiolite du nourrisson : quels critères de gravité ?

La bronchiolite du nourrisson est l'une des infections virales hivernales les plus fréquentes et spectaculaires dans cette classe d'âge. En France, elle atteint chaque année 500 000 nourrissons de moins de 2 ans, soit 30% de cette population. Il s'agit généralement d'une infection bénigne. L'agent infectieux le plus fréquent est le virus respiratoire syncytial (VRS), en cause 6 à 9 fois sur 10. D'autres peuvent être en cause : virus grippal ou paragrippal, rhino et adénovirus, human metapneumovirus (identifié en 2001). Malgré la bénignité habituelle de la maladie, le recours à l'hospitalisation est fréquent, de l'ordre de 1 à 5% des hospitalisations à cet âge, 20% des bronchiolites<sup>1,2</sup>, dans 2 cas sur 3 à l'initiative des parents eux-mêmes<sup>1</sup>. Quels sont donc les critères de gravité nécessitant une hospitalisation ? Une synthèse anglaise récente<sup>2</sup> conforte les données plus anciennes de la conférence de consensus française<sup>1</sup> sur la base d'un accord professionnel pragmatique.

### Gravité potentielle de la bronchiolite

**Le risque de décès associé à la bronchiolite est très faible**, moins de 2/100 000 naissances en Grande Bretagne en 2000, comme aux USA où il est stable depuis 1979 (le risque de décès toutes causes dans cette tranche d'âge est évalué à 9 pour 100 000). Les facteurs associés de risque de décès sont pour l'enfant le faible poids de naissance, le rang croissant dans la fratrie, un faible score d'Apgar à 5 mn de vie, pour la mère le jeune âge, le fait de vivre seule, le tabagisme de la grossesse<sup>2</sup>.

**Complications immédiates** : La prévalence d'otites moyennes aiguës varie de 16 à 50%, peut être sous-estimée<sup>2</sup>. Le risque de surinfection bactérienne semble moins important en cas d'infection à VRS dans des études prospectives, ce qui justifie de ne pas faire d'explorations complémentaires en ce sens en l'absence de symptômes toxiques. Les apnées sont une cause fréquente d'hospitalisation (8% de l'ensemble des hospitalisations, 20% des séjours en soins intensifs). D'autres complications graves sont constatées chez les enfants hospitalisés, surtout en soins intensifs : neurologiques (encéphalopathies), électrolytiques (hyponatrémies...)<sup>2</sup>.

**Morbidité à long terme** : près d'une fois sur cinq, les signes respiratoires persistent plusieurs semaines chez un nourrisson qui reste en bon état général. Les rechutes de bronchiolite concernent 23 à 60 % des enfants, l'évolution vers l'asthme 20 à 25 %<sup>1</sup>. La bronchiolite à VRS est peut être un simple marqueur de ce risque<sup>2</sup>.

### Que peut-on conclure pour la pratique ?

**La bronchiolite reste le plus souvent une maladie bénigne, évoluant favorablement en 1 à 2 semaines.** L'essentiel de la prise en charge ambulatoire est une surveillance correcte, assurée au mieux par les parents, une aggravation intercurrente pouvant motiver une hospitalisation<sup>3</sup>.

**Constat d'impuissance** : aucun traitement « spécifique », curatif, médicamenteux ou non, ou préventif, y compris le palivizumab<sup>4</sup>, dernier en date, n'a prouvé de réelle efficacité sur la sévérité ou la durée des symptômes, bien que nombreux antiviraux soient à l'étude<sup>2</sup>. Aucune recherche concernant un vaccin n'a abouti.

**Peut-on mieux organiser les soins pour éviter les hospitalisations inutiles ?** Oui, en dédramatisant le problème, éduquant les parents, coordonnant mieux les intervenants. La place particulière de la kinésithérapie respiratoire dans notre pays est un aspect important de la question. Nous y reviendrons.

### Quand hospitaliser ?

**L'hospitalisation doit être envisagée d'emblée s'il existe des facteurs de risque** (cf paragraphe précédent<sup>2</sup>) : âge < 6 semaines ou corrigé < 3 mois, prématurité < 34 semaines, cardiopathie sous-jacente ou pathologie pulmonaire chronique grave<sup>1</sup>.

**Des critères cliniques signant la gravité ou l'aggravation imposent l'hospitalisation** : altération importante de l'état général, survenue d'apnée, cyanose, hyperpnée > 60/minute, hypoxie (oxymétrie transcutanée < 94 % sous air), troubles digestifs (déshydratation avec perte de poids > 5 %, trouble de ventilation (alors à confirmer par radiographie)<sup>1</sup>...

**La décision d'hospitalisation est pourtant souvent conséquence des seules données environnementales.** il peut être difficile aux jeunes parents de ne pas « paniquer » devant un tableau qui les angoisse, et il faut qu'ils sachent reconnaître des éventuels signes d'aggravation : gêne respiratoire, difficultés de l'alimentation, fièvre (une fièvre élevée signe une surinfection)... Ce n'est pas si simple<sup>1,2</sup>.

**La prise en charge** de la bronchiolite est extrêmement variable d'un pays à l'autre, voire d'un centre hospitalier à un autre. Aucun médicament n'a prouvé son efficacité (corticoïdes, bronchodilatateurs, épinéphrine, antiviraux, surfactant, immunoglobulines, interféron, etc.), ou aucun mode de prise en charge (oxygénothérapie, kinésithérapie...)<sup>2</sup>.

### Références :

- 1 - Anaes. *Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Conférence de consensus (septembre 2000).* Sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- 2 - Smyth RL, Openshaw PJM. Bronchiolitis. *Lancet.* 2006;368:312-22.
- 3 - Prescrire Rédaction. Bronchiolites : pas de kinésithérapie systématique. *La Rev Prescr.* 2006;277:768-70.
- 4 - Prescrire Rédaction. Palivizumab en prévention des bronchiolites. Un effet modeste chez certains nourrissons. *La Rev Prescr.* 2000;210:660-3.