

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://www.hug.services/groupe/departement-enfant-et-adolescent>

La première fois il faut créer un compte externe (onglet), puis après s'identifier comme collaborateur externe.

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 3 décembre 2019

2e heure :

Prise en charge des bronchiolites oxygénodépendantes

Dr S. Grazioli, Hôpital des Enfants Genève

Il existe sur Internet plus que 12'750 références concernant la bronchiolite. Mais beaucoup de questions restent ouvertes.

Par définition, il s'agit d'une infection virale des voies respiratoires basses, touchant principalement les nourrissons de 3 à 6 mois, 3% des enfants sont hospitalisés, 2% nécessitent une ventilation. Il existe un certain chevauchement avec l'asthme infantile.

Il y a néanmoins beaucoup de controverse sur la définition : jusqu'à quel âge ? Faut-il inclure les cas avec rechute ? Faut-il inclure comme critère la nécessité d'une hospitalisation ? Quelles sont les critères auscultatoires ? (Wheezing versus rhonchis). Vu l'absence de consensus de définition, les études sont malheureusement difficilement comparables.

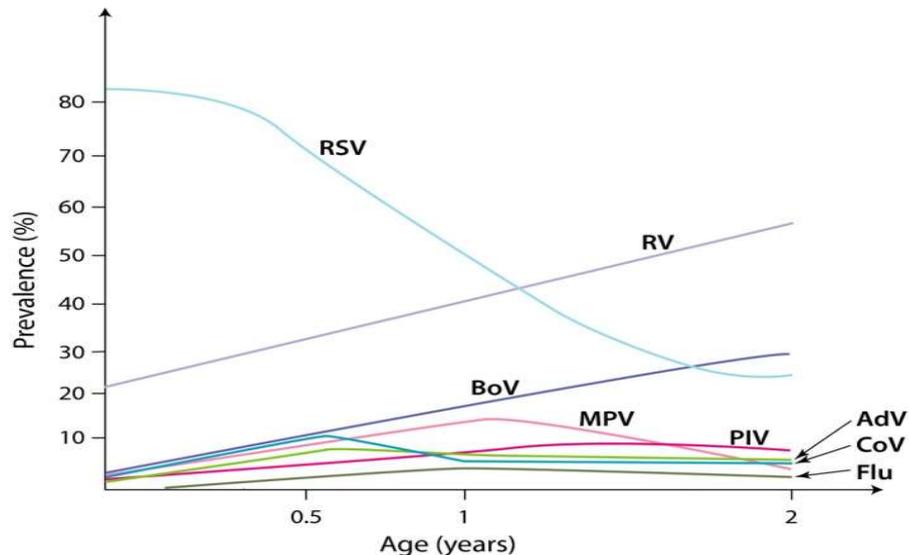
En physiopathologie, il s'agit d'une infection virale touchant d'abord le nez, puis descendant vers les petites voies respiratoires avec production de mucus et nécrose cellulaire, aboutissant à des troubles de la ventilation.

Les virus responsables sont : Le RSV, le rhinovirus, et d'autres (para influenzae, virus métapneumoniaux, influenzae, coronaravirus...). Parfois, une association virale est possible.

Le RSV est un virus à RNA, transmis par sécrétion nasopharyngée. Le virus est saisonnier avec un pic en octobre-novembre.

Le RSV touche surtout des enfants en bas âge, et semble être plus sévère. Le rhinovirus touche plutôt des nourrissons vers 5-6 mois, et peut-être sévère lors de terrain allergique.

La fréquence des virus selon l'âge a été publiée par Jartti (Allergy 2018).



Il est observé naturellement chez les mères une diminution des anticorps maternels contre le RSV vers la fin de l'été à octobre, rendant les bébés nés à cette période plus réceptifs au virus. Il n'est pas clair si une co-infection aggrave des symptômes.

La clinique consiste en général en un état fébrile modéré (environ 38,3°), une maladie débutant par une congestion nasale avec une rhinorrhée, puis apparition vers le 3^e - 5^e jour d'une détresse respiratoire avec parfois des difficultés alimentaires. La résolution est lente, parfois plus de trois semaines.

Lors de l'évaluation clinique, il est nécessaire de déterminer la gravité de la maladie, de rechercher des facteurs de risque comme prématurité, âge moins de trois mois, comorbidités respiratoires (par exemple mucoviscidose), cardiopathie ou facteurs environnementaux défavorables comme le tabagisme maternel.

Il existe de nombreux scores de gravité, il n'y a pas de consensus. En général, on détermine trois stades de gravité, dépendant de l'état général, de la saturation, de la présence ou non de difficultés alimentaires, de signe de détresse respiratoire. Si le saturomètre n'est pas disponible, il a été noté qu'une prise alimentaire diminuée de 50% est en général corrélée avec une désaturation.

Examens complémentaires : un dépistage viral est utile lors d'hospitalisation (déterminer mesures d'isolement) ; la formule sanguine se fait pas de routine ; la gazométrie non plus ; et la radiographie du thorax non plus.

Un diagnostic différentiel existe avec : l'asthme du nourrisson (recurrent viral triggered asthma), les pneumonies, la coqueluche, d'autres maladies pulmonaires ou cardiopathie.

L'hospitalisation est décidée selon les signes de détresse respiratoire, les risques d'apnée, l'hypoxémie (saturation < 90%), la mauvaise prise alimentaire (moins de 50%), des comorbidités existantes ou l'épuisement parental.

La prise en charge consiste en surveillance, éviter les gestes inutiles, oxygène, libération des voies respiratoires.

Les aérosols hypertoniques n'ont pas montré de bénéfice.

La libération du nez doit être douce.

La physiothérapie respiratoire n'a pas montré de bénéfice et n'est plus recommandée.

L'aspiration ne doit pas être effectuée trop souvent ni trop profonde.

Un support alimentaire est très important, par sonde nasogastrique si nécessaire. L'apport est réduit à 80% à cause du risque de rétention hydrique.

Le soutien respiratoire se fait soit par oxygène bas débit, soit par oxygène haut débit, CPAP ou éventuellement ventilation. L'avantage du haut débit par rapport au bas débit n'est pas clair, la durée d'hospitalisation, la durée de l'oxygénothérapie, ou l'évolution vers une ventilation en soins intensifs sont les mêmes.

Les traitements médicamenteux ne sont pas recommandés (bronchodilatateurs, cortisone, adrénaline) chez le nourrisson. Ces traitements peuvent être utiles chez le bébé plus âgé, surtout le fréquent wheezer.

Le RSV est plus sévère, survient plutôt, et à un risque d'évolution vers l'asthme faible. Le rhinovirus est sévère, plus tardif, et il y a un risque augmenté d'évolution vers l'asthme, surtout si l'enfant a un terrain atopique réponse de type Th2.

Le synagis (palvizumab) est utile pour les anciens grands prématurés, les cardiopathies et pour les patients avec comorbidités.

Les perspectives sont les possibilités de transfert au fœtus d'anticorps par le biais d'une vaccination maternelle ou d'une prophylaxie passive. Des vaccins sont en cours d'étude.

En conclusion, la bronchiolite est un diagnostic clinique, c'est une maladie hétérogène, il faut identifier les enfants à risque, le soutien respiratoire se fait par supplémentation d'oxygène, et il est important d'individualiser le traitement.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch