



Conférence de consensus

Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson

21 septembre 2000

Salle Louis Armand – Cité des Sciences et de l'Industrie de la Villette - Paris

TEXTE COURT

PARTENAIRES

Réseau Sentinelle de Pédiatres Impliqués dans la Recherche sur l'Environnement Respiratoire

Association Confédérale pour la Formation Médicale

Association de Formation des Spécialistes

Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

Association Française de Recherche et d'Évaluation en Kinésithérapie

Fédération des Amicales de Médecins de Paris

Société Française de Pédiatrie

Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue

COMITÉ D'ORGANISATION

L. REFABERT, Président : Pédiatre, PARIS

F. ABRAMOVICI : Généraliste, LAGNY

A. ARSAN : Pédiatre, PARIS

G. BELLON : Pédiatre, LYON

F. CARPENTIER : Méthodologie, ANAES, PARIS

M. COLETTI : Généraliste, VIROFLAY

M. COSTA : Pédiatre, PARIS

P. JOUD : Kinésithérapeute, LYON

G. LYON : Généraliste, PARIS

A. MARTINOT : Pédiatre, LILLE

P. REINERT : Pédiatre, CRÉTEIL

J. STAGNARA : Pédiatre, LYON

JURY

J. STAGNARA, Président : Pédiatre, LYON

E. BALAGNY : Infirmière, PARIS

B. COSSALTER : Kinésithérapeute, SAINT-EGRÈVE

JP. DOMMERGUES : Pédiatre, KREMLIN-BICÊTRE

C. DOURNEL : Cadre Puériculteur, LILLE

E. DRAHI : Généraliste, SAINT-JEAN-DE-BRAYE

H. GAUCHEZ : Kinésithérapeute, LILLE

F. GUILLOT : Pédiatre, VILLENEUVE-SAINT-GEORGES

D. JAVault : Responsable Petite Enfance, VERSAILLES

B. LAGARDÈRE : Pédiatre, BOULOGNE-BILLANCOURT

A. LE MASNE : Journaliste, PARIS

E. LESPRIT : Pédiatre, CRÉTEIL

M. MAIDENBERG : Pédiatre, PARIS

D. MAUFROY : Généraliste, PARIS

G. PICHEROT : Pédiatre, SAINT-NAZAIRE

H. RENAUD : Pédiatre, MONTLUCON

J. ROBERT : Pédiatre, DECINES

F. UNDREINER, Pédiatre, STRASBOURG

EXPERTS

G. BELLON : Pédiatre, LYON
B. CHEVALLIER : Pédiatre, BOULOGNE-BILLANCOURT
G. DAHAN : Pédiatre, COLOMBES
J. DE BLIC : Pédiatre, PARIS
C. DELACOURT : Pédiatre, CRÉTEIL
G. DUTAU : Pédiatre, TOULOUSE
D. FLORET : Pédiatre, LYON
F. FREYMUTH : Virologie, CAEN
A. GRIMFELD : Pédiatre, PARIS
E. GRIMPREL : Pédiatre, PARIS
A. LABBE : Pédiatre, CLERMONT-FERRAND
P. LE ROUX : Pédiatre, LE HAVRE
J. MARCHAL : Conseiller Médical, PARIS
I. PIN : Pédiatre, GRENOBLE
G. POSTIAUX : Kinésithérapeute, COURCELLES (Belgique)
A. SARDET : Pédiatre, LENS

GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE

E. BEAUVOIS : Kinésithérapeute, LYON
P. CHATAIN-DESMARQUE : Pédiatre, LYON
P. CLAVEIROLE : Généraliste, CHELLES
A. FILLY : Pédiatre, LILLE
I. HAU-RAINSARD : Pédiatre, CRÉTEIL
N. SANNIER : Pédiatre, PARIS
C. THUMERELLE : Pédiatre, PARIS
S. TIMSIT : Pédiatre, PARIS

AVANT-PROPOS

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le Jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

INTRODUCTION

La bronchiolite aiguë est une infection virale respiratoire épidémique saisonnière du nourrisson. Les travaux de la conférence de consensus se limitent à la tranche d'âge de 1 mois à 2 ans et au premier épisode d'une infection, éliminant ainsi l'asthme du nourrisson.

En France, on estime que 460 000 nourrissons par an (30 % de la population des nourrissons) sont touchés par cette infection, ce qui constitue un problème de santé publique. Il existe des pics épidémiques hivernaux augmentant régulièrement d'une année à l'autre.

L'atteinte des nourrissons les plus jeunes pourrait, à elle seule, expliquer l'augmentation de la gravité des cas observés.

Bien que la majorité de ces enfants soit prise en charge en ville, on observe un nombre grandissant de consultations à l'hôpital et d'hospitalisation. Ceci entraîne l'encombrement du système de soins et notamment des services d'accueil des urgences, ainsi que des difficultés sérieuses pour trouver des lits d'hospitalisation.

La bronchiolite est une infection virale à transmission interhumaine. Elle est favorisée par la promiscuité, l'urbanisation et la mise en collectivité précoce des enfants. Cette affection fréquente concerne de nombreux acteurs du système de santé : médecins généralistes et pédiatres, kinésithérapeutes, organismes payeurs, décideurs, etc.

Les ambiguïtés diagnostiques et la disparité des prises en charge ont conduit l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France, à l'initiative de l'association Respirer, à organiser en collaboration avec des sociétés copromotrices une conférence de consensus.

L'état des connaissances sur le thème retenu est jugé insuffisant : les données publiées dans la littérature scientifique sont parfois contradictoires et celles se référant à l'état de la pratique médicale sont peu nombreuses.

Enfin, il existe un décalage entre l'état des connaissances et l'état de la pratique médicale. Le comité d'organisation de la conférence de consensus, représentant l'ensemble de la communauté professionnelle concernée par ce problème, a rédigé 6 questions.

QUESTION 1 - QUELLE EST L'HISTOIRE NATURELLE DE LA MALADIE ?

Le terme de bronchiolite englobe l'ensemble des bronchopathies obstructives liées le plus souvent au virus respiratoire syncytial humain (VRS). Elles surviennent en période épidémique chez les nourrissons de 1 mois à 2 ans. Les recommandations qui suivent sont limitées au premier épisode de bronchiolite.

ÉPIDÉMIOLOGIE- PHYSIOPATHOLOGIE

On dénombre 460 000 cas de bronchiolites par an, avec un maximum de fréquence entre 2 et 8 mois. Le pic épidémique est hivernal. Le VRS est l'agent infectieux principal des bronchiolites hivernales, en cause dans 60 à 90 % des cas, mais d'autres virus peuvent être retrouvés, notamment le virus parainfluenzae (5 à 20 % des cas).

Le VRS se transmet soit directement, par les sécrétions contaminées, soit indirectement, par les mains ou le matériel souillé. L'incubation est de 2 à 8 jours, l'élimination du virus dure en général 3 à 7 jours mais peut être plus prolongée, jusqu'à 4 semaines. L'obstruction des voies aériennes est à la fois endoluminale (bouchon muqueux) et murale (inflammation pariétale). Compte tenu du faible développement de la musculature lisse, le spasme bronchique ne joue qu'un rôle mineur.

La guérison spontanée est l'éventualité la plus fréquente, mais 3 à 4 semaines sont nécessaires au décours de la phase aiguë pour rétablir une activité mucociliaire efficace.

Exceptionnellement, des séquelles anatomiques peuvent être observées (bronchiolites oblitérantes, bronchectasies).

L'existence de facteurs favorisant la survenue d'une bronchiolite au cours d'une primo-infection à VRS est discutée : anomalies respiratoires préexistantes, déséquilibre immunitaire Th1/Th2, tabagisme passif. D'autres facteurs environnementaux (mode de garde en collectivité) semblent plutôt être des facteurs de risque de récurrence de bronchiolite.

ASPECTS CLINIQUES

L'infection à VRS débute par une rhinopharyngite peu fébrile avec une toux sèche. Ce n'est que dans 20 % des cas que cette rhinopharyngite est suivie d'une atteinte bronchiolaire.

La bronchiolite se manifeste alors par une dyspnée avec polypnée. L'expiration est freinée. La détresse respiratoire peut perturber l'alimentation. La distension thoracique et les signes de lutte sont, en dehors de l'épuisement, proportionnels au degré de l'obstruction.

Au début, l'auscultation est dominée par les crépitations (secs, inspiratoires) et/ou les sous-crépitations (plus humides, expiratoires) surtout chez le jeune nourrisson. Les râles bronchiques et les sibilants apparaissent rapidement, ils sont souvent audibles à distance (*wheezing*). Après l'âge de 1 an, l'auscultation est plus riche, dominée par les sibilants expiratoires. L'auscultation peut être silencieuse dans les formes graves à thorax distendu.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les examens complémentaires n'ont habituellement pas d'indication dans les formes communes de bronchiolite.

ÉVOLUTION

L'évolution clinique est dans la très grande majorité des cas favorable ; les signes d'obstruction durent 8 à 10 jours. Une toux résiduelle peut persister encore une quinzaine de jours. Le risque de détresse respiratoire grave est plus important chez les enfants de moins de 6 semaines. La mortalité, diversement appréciée selon les études, est souvent nulle dans les séries récentes.

Une infection bactérienne (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*) peut coexister avec l'infection virale, elle doit être distinguée de la colonisation bactérienne.

Les rechutes de bronchiolites dans les 2 premières années de vie concernent 23 à 60 % des enfants. À partir du troisième épisode obstructif, le terme d'« asthme du nourrisson » est d'usage. L'évolution vers un asthme de l'enfant est essentiellement conditionnée par l'existence d'un terrain atopique.

QUESTION 2 - QUELS SONT LES CRITÈRES DE L'HOSPITALISATION ?

Le recours hospitalier doit rester une décision médicale, reposant sur des indications précises, et ne concerner qu'une minorité d'enfants.

EXISTE-T-IL DES CRITÈRES DE GRAVITÉ POUR UNE HOSPITALISATION ?

L'hospitalisation s'impose en présence d'un des critères de gravité suivant (grade C) :

- aspect " toxique " (altération importante de l'état général) ;
- survenue d'apnée, présence d'une cyanose ;
- fréquence respiratoire > 60/minute ;
- âge < 6 semaines ;
- prématurité < 34 semaines d'aménorrhée, âge corrigé < 3 mois ;
- cardiopathie sous-jacente, pathologie pulmonaire chronique grave ;
- saturation artérielle transcutanée en oxygène (SpO₂tc) < 94 % sous air et au repos ou lors de la prise des biberons (*cf. plus bas*) ;
- troubles digestifs compromettant l'hydratation, déshydratation avec perte de poids > 5 % ;
- difficultés psychosociales ;
- présence d'un trouble ventilatoire détecté par une radiographie thoracique, pratiquée sur des arguments cliniques.

QUELS SONT LES CRITÈRES CLINIQUES DE GRAVITÉ À CONSIDÉRER POUR UN RECOURS HOSPITALIER ?

L'hôpital offre au médecin traitant la possibilité d'un deuxième avis médical, d'une évaluation prolongée dans le temps et/ou de faire passer un cap difficile au nourrisson. Ceci est réalisable dans une unité hospitalière de très court séjour.

Les patients à risque doivent être identifiés en fonction de :

- facteurs cliniques :
 - . altération de l'état général,
 - . intensité de la gêne respiratoire,
 - . âge de l'enfant ;
- l'anamnèse :
 - . données observées par les parents (« malaise », troubles du comportement),
 - . antécédents du nourrisson,
 - . caractère traînant de la gêne respiratoire ;
- données environnementales :
 - . capacités de la famille en termes de surveillance, de compréhension et d'accès aux soins
 - . conditions de vie de l'enfant,
 - . ressources sanitaires locales.

L'éventualité d'une dégradation rapide de l'état de l'enfant impose la vigilance de tous les intervenants. Le médecin dispense à la famille une information précise et s'assure de la bonne compréhension des signes d'aggravation tels que :

- refus d'alimentation ;
- troubles digestifs ;
- anomalies du comportement et détérioration de l'état respiratoire ;
- élévation thermique.

L'aggravation de l'état de l'enfant impose une réévaluation médicale rapide.

QUELLE EST LA PLACE DE L'OXYMÉTRIE DE POULS CHEZ LE NOURRISSON ?

L'oxymétrie de pouls est un élément d'évaluation de la gravité de la bronchiolite du nourrisson. Une saturation inférieure à 94 % (accord du jury) est un des indicateurs de gravité.

L'oxymétrie est un paramètre de surveillance du nourrisson hospitalisé (grade B) ; elle permet d'adapter le débit d'oxygène.

L'absence d'étude effectuée dans des conditions ambulatoires ne permet pas de conclure quant à son caractère indispensable en médecine de ville.

Tableau 1

L'hospitalisation s'impose en présence d'un des critères de gravité suivants :

- aspect " toxique " (altération importante de l'état général)
- survenue d'apnée, présence d'une cyanose
- fréquence respiratoire > 60/minute
- âge < 6 semaines
- prématurité < 34 SA, âge corrigé < à 3 mois
- cardiopathies sous-jacente, pathologie pulmonaire chronique grave
- saturation artérielle transcutanée en oxygène (SpO₂tc) < 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.

Tableau 2 :

Les critères cliniques de gravité à considérer pour un recours hospitalier, outre les situations à risque majeur précitées (cf. tableau 1) :

- Facteurs cliniques :
 - . importance de l'altération de l'état général
 - . intensité de la gêne respiratoire
 - . âge de l'enfant.

- Données anamnestiques devant tenir compte de :
 - . l'observation parentale de l'enfant (" malaise ", troubles du comportement)
 - . des antécédents
 - . du caractère traînant de la gêne respiratoire.

- Données environnementales :
 - . les capacités de la famille en termes de surveillance, de compréhension, d'accès aux soins
 - . les conditions de vie de l'enfant et les ressources sanitaires locales.

Tableau 3 :

Le médecin dispense à la famille une information précise et s'assure de la bonne compréhension des signes d'aggravation tels que :

- Refus d'alimentation
- Troubles digestifs
- Changement de comportement
- Détérioration de l'état respiratoire
- Élévation thermique.

QUESTION 3 - QUELS TRAITEMENTS (HORS KINÉSITHÉRAPIE) PROPOSER ?

LES MESURES GÉNÉRALES

La prise en charge d'une bronchiolite aiguë du nourrisson est essentiellement symptomatique. Les mesures d'ordre général à prendre sont peu abordées dans la littérature. Elles n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques mais sont le fruit de l'expérience quotidienne.

Hydratation, nutrition

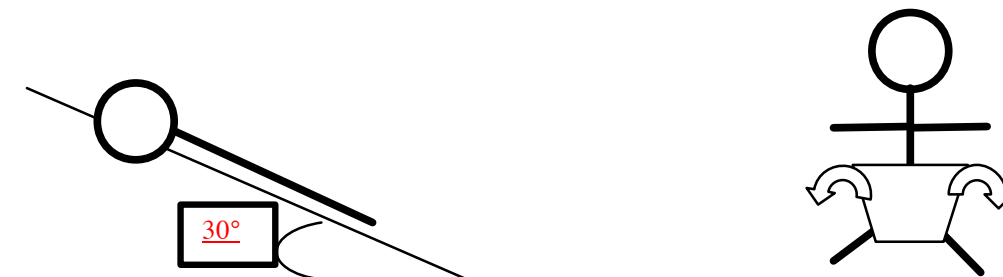
Le maintien d'une hydratation satisfaisant les besoins de base du nourrisson est essentiel. Les difficultés d'alimentation peuvent :

- amener à prendre des mesures simples comme la désobstruction nasopharyngée avant l'alimentation, le fractionnement des repas et, éventuellement, l'épaississement des biberons ;
- ou imposer une alimentation entérale (par sonde nasogastrique), voire parentérale.

Il n'y a pas lieu de prescrire de traitement antireflux (grade A).

Couchage

La position idéale est le proclive dorsal à 30°, tête en légère extension. La literie et les moyens de maintien de l'enfant en proclive doivent être adaptés (grade C).



Les flèches sur la vue de face montrent la façon de fixer la couche pour éviter au bébé de glisser dans le lit. Il faut éviter les épingles de sûreté, et préférer des liens en tissu ou en ficelle de grosse section fixés dans les autocollants des couches à usage unique.

Désobstruction nasale

La respiration du nourrisson étant à prédominance nasale, le maintien de la liberté des voies aériennes supérieures est essentiel. Il n'y a pas de données amenant à recommander l'instillation d'un produit autre que le sérum physiologique.

Environnement

Il est démontré que l'inhalation passive de tabac est un facteur aggravant pouvant conduire à l'hospitalisation (grade A). Il faut veiller à une aération correcte de la chambre de l'enfant et maintenir une température n'excédant pas 19 °C (grade C).

LES MÉDICAMENTS

Les bronchodilatateurs

Les bronchodilatateurs disponibles sont l'épinéphrine, la théophylline, les anticholinergiques de synthèse et les bêta-2 mimétiques. Aucune de ces thérapeutiques n'a l'AMM dans cette indication. Ces médicaments n'ont pas leur place dans la stratégie de prise en charge de la première bronchiolite (grade B).

Les corticoïdes

L'efficacité des corticoïdes par voie systémique ou par voie inhalée n'a pas été montrée dans la première bronchiolite.

Les antiviraux et les antibiotiques

Il n'y a pas lieu de prescrire la ribavirine.

L'antibiothérapie n'est pas indiquée en première intention. Les antibiotiques n'ont aucun effet sur les agents viraux responsables de la bronchiolite.

L'indication d'une antibiothérapie se discute devant l'un ou plusieurs des signes suivants, faisant craindre une surinfection bactérienne ou une fragilité particulière :

- fièvre = 38,5 °C pendant plus de 48 heures ;
- otite moyenne aiguë ;
- pathologie pulmonaire ou cardiaque sous-jacente ;
- foyer pulmonaire radiologiquement documenté ;
- élévation de la CRP et/ou des polynucléaires neutrophiles.

Les antitussifs, les mucolytiques et les mucorégulateurs

Ces médicaments n'ont aucune indication dans le traitement de la première bronchiolite du nourrisson.

L'oxygénothérapie

Elle est indiquée en milieu hospitalier pour les bronchiolites aiguës du nourrisson entraînant une désaturation marquée.

QUESTION 4 - PLACE DE LA KINÉSITHÉRAPIE RESPIRATOIRE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA BRONCHIOLITE DU NOURRISSON

L'indication de la kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites aiguës du nourrisson est basée sur la constatation de l'amélioration clinique franche qu'elle entraîne et repose sur un avis d'experts (grade C). Elle utilise des techniques de désencombrement bronchique recommandées par la conférence de consensus de Lyon de 1994 (grade C). Des travaux de validation de cette pratique dans les bronchiolites aiguës du nourrisson doivent être poursuivis et encouragés afin d'obtenir une base scientifique solide.

Le kinésithérapeute ne se borne pas à l'exécution de gestes techniques itératifs. Son rôle est essentiel dans la surveillance du nourrisson et l'éducation des familles.

La kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites aiguës du nourrisson est largement prescrite et prônée dans les pays européens continentaux francophones qui privilégient les techniques expiratoires passives et lentes associées à la toux provoquée.

TECHNIQUES

La désobstruction des voies aériennes supérieures comporte :

- la désobstruction rhinopharyngée (DRP) associée à une instillation locale de sérum physiologique qui doit être apprise aux parents ;
- l'aspiration nasopharyngée au moyen d'une sonde est un geste invasif, réservé aux situations critiques, le plus souvent en milieu hospitalier.

La désobstruction des voies aériennes inférieures est basée sur deux techniques :

- l'expiration lente prolongée (ELPr), à laquelle on peut assimiler l'augmentation lente du flux expiratoire (AFE lente), qui doit être guidée par l'auscultation ;
- la technique de la toux provoquée (TP) qui vise à obtenir l'expectoration.

RÉALISATION PRATIQUE ET MODALITÉS DE PRESCRIPTION

La prescription de kinésithérapie n'est pas systématique. Elle dépend de l'état clinique de l'enfant. Ces techniques sont codifiées. L'évaluation de leur efficacité et de leur tolérance au cours de la séance repose sur l'état clinique de l'enfant, l'auscultation et un score d'encombrement. La tolérance des séances doit être appréciée sur la coloration cutanée, la dyspnée, le tirage et la fatigabilité au cours de l'intervention. Le jury propose de développer le contrôle oxymétrique (SpO₂tc).

La fréquence et le nombre total des séances nécessaires dépendent de l'évolution clinique, réévaluée à chaque séance.

Il n'y a pas d'argument scientifique pour le caractère systématique de la prescription du déplacement du kinésithérapeute au domicile de l'enfant.

FORMATION

Le jury insiste sur la nécessité de la diffusion des techniques décrites ci-dessus. Les médecins généralistes et les pédiatres devraient être en mesure de confier leurs patients à des kinésithérapeutes spécifiquement formés à ces techniques.

L'ensemble de ces recommandations est de grade C.

QUESTION 5 - COMMENT ORGANISER LES SOINS ?

QUELLE EST L'ORGANISATION ACTUELLE DES SOINS ?

Le système de santé répond mal à l'épidémie annuelle de bronchiolites. La demande de soins hospitaliers crée un afflux massif dans les unités d'urgences. La saturation de ces services et le

nombre trop élevé de transferts interhospitaliers sont les indicateurs principaux de ce dysfonctionnement.

L'adaptation de l'offre de soins n'a été que partielle tant en ville qu'à l'hôpital.

COMMENT AMÉLIORER L'ORGANISATION DES SOINS ?

La mise en place d'une organisation efficace implique une analyse systémique(*), une anticipation des événements et une organisation sanitaire cohérente.

Centralisée à l'échelon régional, faisant intervenir les différents acteurs du système de soins, elle pose la question de l'opportunité de la création d'un réseau élargi à la prise en charge du nourrisson malade.

En ville : redonner aux médecins une place centrale dans la filière de soins en valorisant la surveillance en ambulatoire, la prévention et l'éducation pour la santé.

À l'hôpital : organiser un accueil et une orientation pertinente : retour en médecine ambulatoire, lits de très court séjour (lits-porte), hospitalisations classiques.

Chaque région a ses propres caractéristiques. L'organisation proposée devra être fonction des besoins et des possibilités locales.

(*) analyse des actions et interactions des différents éléments composant un système.

QUESTION 6 - QUELS SONT LES MOYENS DE PRÉVENTION ?

La prévention vise deux objectifs :

- réduire l'incidence de la bronchiolite du nourrisson en limitant la transmission des virus en cause ;
- reculer l'âge de la primo-infection.

MESURES COMMUNES (DANS LES FAMILLES, EN SOINS AMBULATOIRES, EN HOSPITALISATION)

Ont été recommandés :

- le simple lavage des mains à l'eau et au savon qui doit être l'objet d'une éducation des familles et des soignants ;
- la décontamination quotidienne des objets et des surfaces en collectivité.

Le port des gants a montré son efficacité en association avec le lavage des mains, mais n'a pas montré sa supériorité sur le lavage exclusif des mains.

DANS LES FAMILLES

L'éducation, pour limiter l'infection, vise à développer :

- les soins de santé primaires concernant les risques environnementaux, l'allaitement maternel, l'éducation au lavage des fosses nasales ;
- les règles d'hygiène simples ;
- l'information sur les modes d'évolution de la maladie et l'importance de faire évaluer l'état de l'enfant par un médecin de ville avant de l'adresser à l'hôpital.

Quel mode de garde proposer pour les nourrissons ?

La fréquentation des structures de garde collective devrait être retardée au-delà des 6 mois de l'enfant. Une prolongation du congé de maternité à 6 mois devrait être envisagée. Cette mesure favoriserait également la prolongation de l'allaitement maternel.

La prévention passe par une politique locale favorisant une garde de qualité en milieu familial et le développement d'aides financières la rendant accessible à tous.

DANS LES STRUCTURES DE SOINS AMBULATOIRES

L'application des mesures communes est essentielle : lavage des mains, décontamination des surfaces.

Les messages d'éducation destinés aux familles doivent être véhiculés par les personnels soignants et appuyés par une campagne d'information médiatisée avec support écrit.

EN HOSPITALISATION

En période épidémique, ont été recommandées :

- la limitation au maximum des hospitalisations programmées et la réduction des durées de séjour ;
- la mise en place dans tout hôpital doté d'un service de pédiatrie d'un « plan bronchiolite » ;
- la prise en charge des enfants ayant une infection respiratoire par une équipe spécifique.

L'isolement en chambre individuelle n'est pas justifié.

L'efficacité du regroupement géographique après test de diagnostic rapide de l'infection à VRS reste à évaluer.

Concernant la transmission personnel/patient, l'intérêt du port du masque mériterait d'être évalué.

PRÉVENTION MÉDICAMENTEUSE

Antiviraux : l'indication des anticorps monoclonaux anti-VRS est limitée aux anciens prématurés de 32 semaines d'aménorrhée, et aux patients atteints de dysplasie bronchopulmonaire.

Vaccins : aucun vaccin anti-VRS n'est actuellement disponible.

Corticothérapie inhalée : la corticothérapie inhalée au décours d'une première bronchiolite ne permet pas de prévenir les récurrences.

L'influence d'un seul épisode de bronchiolite sur la survenue d'un asthme de l'enfant n'est pas connue actuellement. Si un effet favorisant était mis en évidence, des études sur l'effet des traitements anti-inflammatoires précoces seraient nécessaires.

CONCLUSIONS

Le jury a souhaité se limiter à la définition de la bronchiolite du nourrisson âgé de 1 à 24 mois lors d'un premier épisode d'infection, afin d'émettre ses recommandations.

1. Concernant les critères de gravité et ceux nécessitant une hospitalisation, ces recommandations ont fait l'objet d'un consensus du jury (grade C). L'appréciation de ces critères nécessiterait l'établissement de scores reposant sur des études ambulatoires par une large cohorte de praticiens libéraux et hospitaliers.

2. Concernant les recommandations thérapeutiques, elles reposent sur 2 argumentaires :
 - un fort niveau de preuves scientifiques fourni par la littérature : abandon des traitements médicamenteux non validés (grade B), application des mesures générales (grade C) ;
 - un accord professionnel fondé sur un consensus de pratiques : importance de la surveillance du nourrisson. Le jury insiste sur le suivi et la réévaluation quotidienne des symptômes cliniques. La kinésithérapie respiratoire repose sur des techniques de désencombrement bronchique recommandées par la conférence de consensus de Lyon de 1994 (grade C). Concernant la bronchiolite, le jury recommande de recourir aux techniques spécifiques de désobstruction des voies aériennes supérieures et inférieures adaptées au nourrisson (grade C).
3. Concernant les mesures de prévention de cette affection et sa dissémination, le jury recommande de retarder l'accueil des nourrissons en collectivité au-delà de 6 mois et insiste sur la suppression du tabagisme passif (grade B), l'importance du lavage des mains (grade A) et de la décontamination des surfaces et objets infectés (grade B).
4. Le jury recommande d'organiser les soins sous forme d'un réseau avec tous les acteurs concernés par cette affection : personnel médical et paramédical, notamment en assurant la formation des professionnels et l'éducation du public.
5. Il recommande enfin d'évaluer les impacts de la conférence de consensus.

Le texte intégral est disponible sur demande écrite auprès de :
Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
Service Communication et Diffusion
159, rue Nationale – 75640 PARIS cedex 13
ou téléchargeable sur les sites :
[http : //www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)
[http : //www.sante.fr](http://www.sante.fr)

L'organisation de cette conférence de consensus a été rendue possible grâce à l'aide apportée par : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile de France, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, ABBOTT France, ASTRAZENECA, GLAXO WELLCOME
