

La bronchiolite aiguë et sa prise en charge par les pédiatres suisses

Die deutsche Fassung dieses Artikels ist in der Paediatrica erschienen (Vol. 14, No. 1, 2003, S. 18–20)

La bronchiolite aiguë est la maladie infectieuse des voies respiratoires inférieures la plus fréquente chez l'enfant de moins de 1 an et reste une des raisons les plus fréquentes d'hospitalisation de l'enfant durant l'hiver. Différents virus sont responsables d'une bronchiolite aiguë, bien que le virus respiratoire syncytial (VRS) soit de loin le plus représenté: on compte qu'à l'âge de 2 ans, presque tous les enfants ont été infectés par le VRS¹⁾. Ce sont environ 1–2% des enfants infectés qui seront hospitalisés, bien que ce soit les prématurés qui soient de loin les plus concernés. Les cas mortels sont très rares et se recensent essentiellement parmi les porteurs d'une cardiopathie ou les enfants atteints de maladie pulmonaire chronique sévère. En dépit des grands progrès de la pharmacothérapie, les lignes directrices de la prise en charge restent inchangées: éviter les traitements superflus, bonne hydratation, apport d'oxygène; dans de rares cas une ventilation assistée est nécessaire²⁾. L'introduction de médicaments supplémentaires est très discutée depuis plus de 40 ans et des méta-analyses arrivent à la conclusion qu'aucune alternative médicamenteuse ne change ni le décours de la maladie, ni la durée de l'hospitalisation ou la durée de la prise d'oxygène³⁾.

Afin de déterminer la prise en charge actuelle de la bronchiolite en Suisse, nous avons fait parvenir aux pédiatres un questionnaire durant l'automne 2001⁴⁾. Sur les 973 questionnaires envoyés, 542 (58%) nous sont parvenus en retour: 422 pédiatres (78%) soignaient des enfants souffrants de bronchiolite aiguë. Le dépouillement des questionnaires a montré une

Figure 1: Utilisation des broncho-dilatateurs et des stéroïdes en cabinet et en hôpital

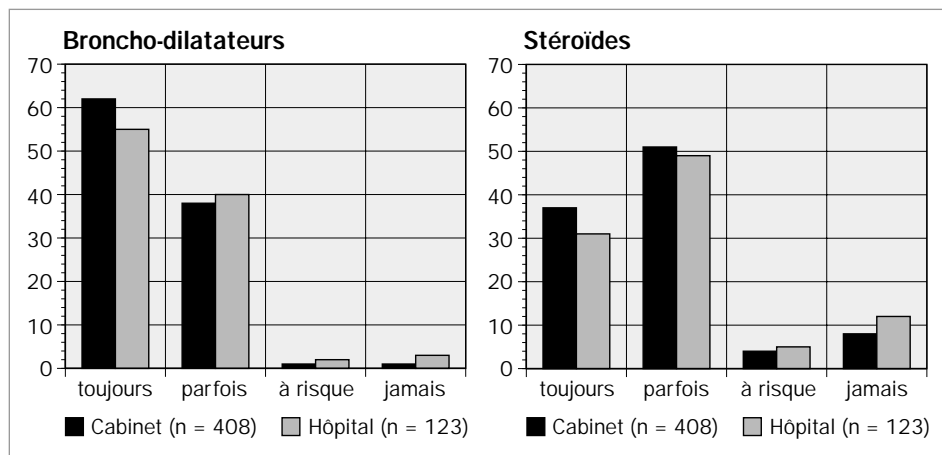


Tableau 1: Prise en charge ambulatoire (n = 408)

	Toujours	Parfois	Seulement à haut risque	Jamais	Pas de réponse
Broncho-dilatateurs • salbutamol • ipratropium	62% 2%	37% 27%	0% 1%	0,5% 40%	0,5% 30%
Steroides • systémiques • inhalés • autres	3% 35% 36%	35% 48% 51%	3% 2% 3%	34% 9% 8%	25% 6% 2%
Cromoglycate	3%	15%	0,2%	71%	11%
Antibiotiques	2%	36%	18%	38%	6%
Gouttes nasales • Xylometazoline • NaCl 0.9%	14% 43%	66% 50%	1% 0%	9% 3%	10% 4%

grande diversité dans la prise en charge de la bronchiolite.

En ambulatoire (tableau 1 et figure 1), 99% des pédiatres questionnés donnaient un bêta2-mimétique de courte durée d'action (salbutamol, p. ex. Ventolin®, 62% l'utili-

saient chez tous les enfants et 37% occasionnellement. Environ un tiers des pédiatres utilisaient un anticholinergique (bromure d'ipratropium, Atrovent®), bien que ce dernier ne soit donné systématiquement que dans 2% des cas. A l'exception de 2 pédiatres, l'ipratropium était toujours

donné en association avec le salbutamol. Les stéroïdes étaient donnés également fréquemment (87%), dont un tiers systématiquement et deux tiers parfois ou chez des enfants à risques (prématurés, enfants porteurs d'une cardiopathie ou d'une maladie pulmonaire chronique etc.). La prescription de stéroïdes en inhalations avait une nette préférence chez les pédiatres suisses par rapport à l'administration systémique. Seuls 8% des pédiatres n'utilisaient jamais de stéroïdes en ambulatoire. Les cromoglycates étaient très peu utilisés (3% toujours, 5% parfois). 2% des pédiatres prescrivent toujours des antibiotiques, 36% en prescrivent parfois, bien qu'il s'agisse d'une affection virale. Les gouttes nasales sont très appréciées (46% toujours et 50% parfois), bien que le sérum physiologique (NaCl 0,9%) soit utilisé beaucoup plus souvent que les préparations à base de xylométazoline. 11% des praticiens ambulatoires effectuent toujours une recherche d'agent infectieux et 49% en font la recherche occasionnellement dont 22% seulement chez les enfants à risque.

En milieu hospitalier (*tableau 2 et figure 1*) la prise en charge est très semblable: 99% des pédiatres suisses utilisent un bêta2-mimétique de courte durée d'action (salbutamol); 57% chez tous les enfants et 42% parfois. L'ipratropium est prescrit toujours par 5% et parfois par 46%, cependant il est toujours utilisé en combinaison avec un bêta2-mimétique. L'adrénaline est utilisée toujours par 2%, parfois par 32%. Les stéroïdes sont également utilisés très fréquemment en milieu hospitalier: 31% les utilisent toujours et 49% parfois. A nou-

Tableau 2: Prise en charge hospitalière (n = 123)

	Toujours	Parfois	Seulement à haut risque	Jamais	Pas de réponse
Broncho-dilatateurs					
• salbutamol	55%	40%	1%	2%	2%
• ipratropium bromide	5%	46%	2%	32%	15%
• adrénaline	2%	32%	4%	42%	20%
• autre forme	57%	42%	0%	1%	0%
Stéroïdes					
• systémiques	4%	44%	9%	29%	14%
• inhalés	30%	45%	3%	16%	6%
• autre forme	31%	49%	5%	13%	2%
Théophylline	1%	13%	3%	71%	12%
Ribavirine	0%	2%	6%	82%	10%

Tableau 3: Comparaison internationale de la prise en charge hospitalière

	Suisse* (Barben et al. 2002)	Europe* (Kimpen et al. 1997)	Canada** (Wang et al. 1996)	Australie* (Barben et al. 2000)
Broncho-dilatateurs:				
– tous les patients	57%	61%	85%	7%
– parfois	42%			69%
– seulement patients à haut risque	0%	34%		12%
– jamais	1%	5%		9%
Steroides:				
– tous les patients	31%	11%	28%	1%
– parfois	49%			35%
– seulement patients à haut risque	5%	69%		22%
– jamais	13%	19%		38%
Ribavirine:				
– tous les patients	0%	0%	6%	0%
– parfois	2%			1%
– seulement patients à haut risque	6%	57%		11%
– jamais	82%	43%		83%
*) Questionnaire) Etude rétrospective				

veau les stéroïdes en inhalation sont nettement préférés aux stéroïdes systémiques: 31% les utilisent toujours, et 49% parfois. Les hospitaliers utilisent rarement la théophylline: 1% l'utilisent toujours et 13% parfois. La ribavirine est également très rarement utilisée: 2% l'utilisent parfois et 6% seulement chez les enfants à risque. En revanche, la physiothérapie est très fréquemment prescrite: par 36% toujours et par 49% parfois.

On ne dispose que de très peu d'études internationales comparatives sur la prise en charge de la bronchiolite (*tableau 3*). Une étude identique australienne montre que les pédiatres australiens utilisent nettement moins de médicaments pour le traitement de la bronchiolite aiguë. En particulier, les broncho-dilatateurs (7% contre 57%) et les stéroïdes (1% contre 31%) sont nettement moins utilisés de routine en milieu hospitalier. Plus d'un tiers des pédiatres australiens n'utilisent jamais de stéroïdes en milieu hospitalier (38% contre 13%). Cela n'est pas si insignifiant quand on considère qu'aux USA le coût lié à la seule utilisation des broncho-dilatateurs dans la bronchiolite est chiffré à 37,5 millions de dollars par an. La différence sur le plan ambulatoire entre les Australiens et les Suisses peut être mise sur le fait que les pédiatres australiens disposent d'un consensus sur la prise en charge de la bronchiolite qui a été publié déjà en 1993 sur recommandation des pédiatres pneumologues⁵. A l'heure actuelle, de telles recommandations n'existent pas encore en Suisse.

En résumé, on peut dire qu'il existe de grandes variations dans la prise en char-

ge de la bronchiolite aiguë en Suisse. De plus les médicaments introduits comme les broncho-dilatateurs et les stéroïdes sont d'une utilité très controversée. Des recommandations nationales basées sur les évidences cliniques permettraient une prise en charge plus unifiée.

Nous remercions les pédiatres suisses qui ont bien voulu participer à cette étude. Nous remercions également la maison Astra-Zeneca pour son soutien financier.

Références

- 1) Hammer J. Die RSV-Infektion im Kindesalter. Schweiz Med Wochenschr 1998; 128: 366-74.
- 2) Hodge D, Chetcuti PAJ. RSV: Management of the acute episode. Paediatric Respiratory Reviews 2000; 215-20.
- 3) Barben J, Robertson CF, Robinson PJ. Implementation of evidence-based management of acute bronchiolitis. J Paediatr Child Health 2000; 36: 491-7.
- 4) Barben J, Hammer J. Current management of acute bronchiolitis in Switzerland. Swiss Med Wkly 2003; 133: 9-15.
- 5) Dawson K, Kennedy D, Asher I, Cooper D, Cooper P, Francis P et al. Consensus view: the management of acute bronchiolitis. J Paediatr Child Health 1993; 29: 335-7.

Jürg Barben¹, St-Gall

Jürg Hammer², Bâle

¹ Pneumologie, Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen

² Pneumologie und Intensivmedizin, Universitäts-Kinderklinik beider Basel