

Viral Bronchiolitis in Children (N Engl J Med 2016; 374; 62 - 72)

N. GHALI et K.MENIF

Service de réanimation pédiatrique polyvalente- Hôpital d'enfants Béchir Hamza de Tunis

Viral Bronchiolitis in Children est un article qui a été écrit par H. Cody Meissner et a été publié en janvier 2016 dans The New England Journal of Medicine (N Engl J Med 2016; 374:62-72)

Cette revue a énoncé des données récentes concernant la bronchiolite, notamment le nombre croissant des virus responsables de cette pathologie, les connaissances actuelles de sa pathogénie et le rôle important de l'environnement ainsi que des facteurs de risque. Un résumé des recommandations de l'American Academy of Pediatrics portant sur les critères diagnostiques, la prise en charge thérapeutique et la prévention de la bronchiolite a aussi été rapporté par l'auteur.

Plusieurs critères diagnostiques ont été jusqu'à présent rapportés. Communément, il s'agit d'un premier épisode de wheezing chez un nourrisson d'âge inférieur à 12 mois. Pour les jeunes nourrissons de moins de 2 mois et nés prématurés, elle peut se manifester par des apnées. Les différents scores de gravité établis avaient peu d'effet prédictif sur l'évolution de la maladie et notamment le besoin de recours aux soins intensifs ou à une ventilation mécanique.

Les virus impliqués dans la bronchiolite cités par l'auteur sont dans la période automno-hivernale : le virus respiratoire syncytial (50 - 80%), Rhinovirus (5-25%), Parainfluenza (5-25%) surtout le type 3, Metapneumovirus (5-10%), Coronavirus (5 - 10%) et le Virus influenza A et B (1- 5%). L'Adénovirus (5-10%) n'a pas de prépondérance saisonnière, il peut survenir toute l'année et les entérovirus (1-5%) (Echovirus et Coxsackie virus) sont surtout notés pendant la période allant du mois de juin au mois d'octobre.

La co-infection bactérienne par l'Hémophilus influenzae b et le Streptococcus pneumoniae est peu rapportée avec une fréquence variant de 6% à 30%. Ce faible pourcentage est rattaché à la généralisation de la vaccination contre ces bactéries.

Les 2 facteurs déterminants de la pathogénie de la bronchiolite à VRS sont la cytotoxicité du virus et l'importance de la réponse inflammatoire de l'hôte. Les facteurs de risque qui ont été rapportés sont la prématurité < 29 SA, une maladie pulmonaire chronique, une cardiopathie congénitale, les mauvaises conditions de vie, et le sexe masculin.

Il a été démontré par certaines études que la survenue d'un épisode de bronchiolite sévère dans les premiers mois de vie était associée à un risque élevé d'asthme qui peut persister jusqu'à l'âge adulte. Ce risque est plus notable au décours d'une bronchiolite à VRS et à Rhinovirus. Ce dernier serait en rapport avec une variation génétique localisée sur le locus 17q21.

Concernant la prise en charge thérapeutique, il n'est pas recommandé d'administrer des B2 agonistes, de l'épinephrine et des glucocorticoïdes systémiques ou de pratiquer une kinésithérapie respiratoire. La nébulisation par du sérum salé hypertonique à 3% pourrait être administrée en cas de bronchiolite légère et modérée si la durée d'hospitalisation s'est prolongée au-delà de 3 jours. Une antibiothérapie n'est pas indiquée de routine. Une oxygénothérapie n'est pas recommandée pour les enfants qui ont une saturation pulsée en oxygène > 90%.

L'indication d'une immunoprophylaxie par le palivizumab est plus restreinte étant donné le bénéfice limité rapporté. L'académie américaine de pédiatrie recommande le palivizumab pour :

- Les enfants nés prématurés < 29 SA, âgés de moins de 12 mois en début de saison épidémique du VRS et non atteint d'une dysplasie bronchopulmonaire ou d'une cardiopathie congénitale.
- Les enfants nés prématurés < 32 SA présentant une dysplasie bronchopulmonaire.
- Les enfants atteints de cardiopathie congénitale non cyanogène. Pour les cardiopathies congénitales cyanogènes, il n'a pas été démontré de réduction significative par l'immunoprophylaxie du taux d'hospitalisation pour les cas de bronchiolite à VRS.
- Les enfants âgés > 12 mois atteints d'une maladie pulmonaire chronique nécessitant encore une oxygénothérapie, un traitement diurétique ou une corticothérapie.

Les perspectives d'avenir : prévenir la maladie par un vaccin atténué à administrer par voie nasale ou de vacciner la femme enceinte par un vaccin non réplicatif.