

CONNAISSANCE, ATTITUDE ET PRATIQUE DES MEDECINS SUR LA BRONCHIOLITE AIGUE DU NOURRISSON

Andriatahirintsoa EJP¹, Rahariniainasoa A², Razanamanana SN², Vololonjatovo I¹,
Robinson AL².*

- 1. Service de pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Anosiala, Antananarivo*
- 2. Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant Tsaralalana, Antananarivo*

* Auteur correspondant :
ANDRIATAHIRINTSOA Emilson
Email : andrisoaphil@gmail.com

RESUME

Introduction : La bronchiolite est le motif le plus fréquent d'hospitalisation de toutes les pathologies respiratoires du nourrisson. L'objectif de cette étude était d'évaluer la connaissance des médecins concernant cette maladie et d'évaluer sa prise en charge en ambulatoire.

Méthodes : Il s'agissait d'une enquête réalisée auprès des médecins travaillant dans les secteurs privés et publics de la ville d'Antananarivo, allant du mois d'août au mois de novembre 2015 (soit 4 mois). L'enquête concernait leurs connaissances, attitudes et pratiques sur la bronchiolite, réalisée à l'aide de fiche individuelle.

Résultats : Cent vingt-six médecins répartis dans 4 secteurs ont participé. Leur âge médian était de 40 ans avec une durée d'exercice médiane de 11,5 ans. La connaissance sur la bronchiolite n'était pas satisfaisante: 42% de méconnaissance de l'âge de survenue, 100% de réponse incorrecte pour l'agent causal, 43,6% de prescription de bilan, essentiellement la radiographie du thorax, 48,4% d'antibiothérapie systématique. Les manifestations cliniques et les critères d'hospitalisation étaient maîtrisés. Une association significative entre la durée d'exercice de moins de 10 ans à une meilleure connaissance de la bronchiolite a été constatée ($p=0,02$).

Conclusion : La connaissance et la pratique des médecins de ville d'Antananarivo sur la bronchiolite aiguë montrent la nécessité des enseignements post-universitaires et des mises à jour réguliers.

Mots clés : bronchiolite, connaissance, médecins, pratique

INTRODUCTION

La bronchiolite aiguë est une infection des voies aériennes inférieures des nourrissons de moins de 2 ans. Elle est due principalement au virus respiratoire syncytial (VRS). Elle représente une forme très fréquente et potentiellement grave des infections virales respiratoires de l'enfant [1]. La bronchiolite fait partie des cinq premiers motifs d'hospitalisation rencontrés chez les enfants [2,3]. Elle constitue un problème de santé publique par sa fréquence. Le nombre d'hospitalisations reste élevé dans les pays en développement : le nombre de décès attribuables à une infection respiratoire à VRS à travers le monde a été estimé, en 2005, entre 66 000 et 199 000 dont 99% dans les pays en développement [4]. Le taux annuel de consultations liées à une infection respiratoire à VRS du pédiatre de ville était estimé à 80 pour 1000 enfants de moins de 5 ans et à 132 pour 1000 enfants âgés de moins de 6 mois [5]. A Madagascar, la prévalence de cette maladie n'est pas encore disponible mais les praticiens constatent une hospitalisation de plus en plus élevée due à la bronchiolite.

Pourtant, ni un protocole de prise en charge nationale ni une remise à niveau programmée de l'état de connaissance des médecins sur la bronchiolite du nourrisson n'est encore dans les politiques de santé publique. Les attitudes diagnostiques et thérapeutiques varient d'un praticien à l'autre sans réel fondement scientifique. Avant de suggérer des mesures aux décideurs de santé publique, nous sommes-nous demandé quel était le niveau de connaissance et de pratique des praticiens. Aussi, cette étude descriptive a eu pour objectif principal d'évaluer la

connaissance, l'attitude et la pratique des médecins sur la bronchiolite.

METHODES

Une étude descriptive enquêtant sur la connaissance, l'attitude et la pratique des médecins sur la bronchiolite a été menée. L'étude se déroulait sur une période de 4 mois allant du mois d'août au mois de novembre 2015 dans la commune urbaine d'Antananarivo. Le questionnaire était destiné à tous les médecins spécialistes ou généralistes consultant des enfants, ayant accepté de participer. L'enquête a été faite dans la région Analamanga de la ville d'Antananarivo Madagascar. Ceux qui ont refusé de participer ou de suivre la procédure de l'enquête ont été exclus de l'étude. L'anonymat sur l'identité des médecins a été respecté. Trois groupes de variables ont été étudiés:

- les caractéristiques des participants : l'âge, le genre, le lieu d'exercice (clinique, cabinet privé, médecine d'entreprise ou Centre de Santé de Base), la durée d'exercice médicale (en année) et la formation reçue sur la bronchiolite ;

- la connaissance sur la bronchiolite : l'âge de l'enfant, les signes, l'agent causal et le foyer infectieux ;

- la pratique sur la bronchiolite : les critères d'hospitalisation et l'attitude thérapeutique (traitement et bilan).

Nous avons pris comme réponse correcte :

- un âge de l'enfant faisant la bronchiolite entre 1 et 24 mois ;

- une cause virale de la maladie, essentiellement le VRS ;

- le traitement de la bronchiolite simple sans antibiotique, ni corticoïde, ni bêta-2 mimétique, ni kinésithérapie respiratoire ni antitussif ou fluidifiant bronchique.

L'analyse statistique descriptive a été réalisée avec le logiciel « R ». Nous avons choisi le test de Chi2 pour déterminer les associations statistiques entre les variables. Une valeur de « p » inférieure à 5% a été considérée significative d'association. Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire adressé à chaque médecin participant et nous avons demandé à chacun de répondre au moment de l'entretien. Le questionnaire est composé de 47 questions réparties en 3 sections. Une personne a été chargée de l'enquête. L'entretien s'est déroulé de façon individuelle.

RESULTATS

Nous avons rencontré 137 médecins dont 10 refusant d'être interrogés et un médecin ne consultant pas des enfants. Cent vingt-six médecins (126) ont ainsi été retenus. L'âge médian des médecins était de 40 ans avec des extrêmes de 28 et 59 ans dont 66 hommes (52,4%) et 60 femmes (47,6%). La durée moyenne de l'exercice médicale était de 12 ans avec des extrêmes de 1 et 25 ans. Plus de la moitié de ces médecins travaillaient dans le secteur privé, représentant 69% des enquêtés (figure 1).

Cent onze médecins (88,1%) ont reçu une ou plusieurs formations.

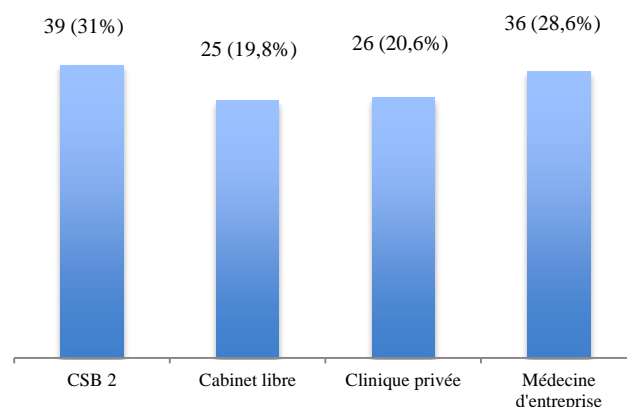


Figure 1: Répartition des médecins selon leur lieu de travail

(CSB 2 : Centre de Santé de Base de niveau 2)

Concernant la connaissance des médecins sur la bronchiolite :

- soixante-treize médecins (58%) répondaient correctement à l'âge de l'enfant pouvant faire la maladie;

- aucun médecin n'a répondu « viral » comme agent infectieux ; la coinfection virus-bactérie était la réponse donnée par 115 médecins (91,2%) ;

- dix-sept médecins (13,5%) répondaient incorrectement au foyer infectieux ;

- les manifestations cliniques étaient plus ou moins maîtrisées par les médecins (tableau I) ;

- les critères d'hospitalisation les plus fréquemment cités étaient les signes de lutte respiratoire (69,8%), la comorbidité (26,1%), l'ancienne prématurité (19,9%), le refus de s'alimenter (19,9%), la présence de syndrome malformatif (17,4%).

Tableau I: Réponses des médecins sur les manifestations cliniques de la bronchiolite

	Constant		Inconstant		Jamais	
	n	%	n	%	n	%
Fièvre	99	78,5	27	21,4	0	0
Toux	120	95,2	6	4,7	0	0
Rhinorrhée	110	87,3	16	12,7	0	0
Dyspnée	88	69,8	38	30,1	0	0
Crépitant	88	69,8	36	28,5	2	1,6
Sibilant / wheezing	62	49,2	60	47,6	4	3,1
Freinage expiratoire	26	20,6	85	67,6	10	7,9
Ronchi	39	30,9	82	65	5	3,9
Pharyngite	13	10,3	107	84,9	6	4,8
Otite	9	7,1	106	84,1	11	8,7
Vomissement	2	0,8	120	95,2	4	3,1
Diarrhée	1	1,6	113	89,7	12	9,5

Une association significative entre la durée d'exercice de moins de 10 ans à une meilleure connaissance sur la bronchiolite a été constatée ($p = 0,02$) (tableau II).

Tableau II: Connaissance sur la bronchiolite selon l'âge et la durée d'exercice des médecins

	Age du médecin		Durée d'exercice du médecin		
	≤ 40 ans	> 40 ans	< 10 ans	10 -19 ans	> 20 ans
Age bronchiolite					
- correct	45	28	32	31	10
- incorrect	19	34	12	24	17
"p"	0,07		0,02	ns	0,02
Agent causal					
- correct	00	00	41	51	23
- incorrect	62	64	03	04	04
"p"	0,5		ns	ns	ns

Concernant la pratique des médecins en cas de bronchiolite simple :

- soixante-onze médecins (56,3%) disaient ne pas prescrire d'examens paracliniques, parmi les 55 médecins prescrivant des examens, la radiographie du thorax était la plus prescrite (56,3%) ;

- vingt-cinq médecins (19,8%) ont répondu correctement au traitement de la bronchiolite ; 48,4% prescrivait systématiquement un antibiotique (tableau III).

Tableau III: Réponses des médecins sur le traitement de la bronchiolite

	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Correct	25	19,8
Incorrect	101	80,2
Antibiotique systématique	61	48,4
Corticoïde	36	28,5
Bêta-2 mimétique	30	23,8
Kinésithérapie respiratoire	54	42,8
Antitussif/fluidifiant bronchique	29	23
Anti-histaminique	15	12

DISCUSSION

Dans notre étude, la bronchiolite était considérée comme une coïnfection virale et bactérienne pour 91,2% des médecins. Pourtant selon la littérature, le VRS est la cause majeure de la bronchiolite dans 60 à 90% [6]. Cette méconnaissance de l'agent causal de la bronchiolite peut avoir un impact sur le traitement. Cent neuf médecins (86,5%) ont trouvé une vraie réponse sur le foyer infectieux de la bronchiolite.

Dans notre série, 58% des médecins connaissaient l'âge des enfants pouvant faire la

bronchiolite. Une étude aux Etats-Unis a constaté qu'environ 10% des enfants ont la bronchiolite pendant leur première année de vie [7] et 4% au Canada en 2003 [8]. Selon la littérature, la bronchiolite touche essentiellement les nourrissons de moins de 24 mois avec un pic maximal vers l'âge de 8 mois. Même si la plupart des médecins connaissent l'âge exact des enfants pouvant faire une bronchiolite, pour d'autres, la méconnaissance pourrait s'expliquer par le manque de formation médicale continue.

Concernant les manifestations cliniques, la littérature dit qu'elles ne sont pas pathognomoniques [9]. Une bronchiolite se diagnostique par l'association des signes cliniques respiratoires comme la toux, la rhinorrhée, la dyspnée, les râles crépitants, les sibilants et/ou wheezing et le freinage expiratoire. Selon Stralio et al, les sibilants et freinages sont rencontrés dans 47% des cas ; tandis que le prolongement expiratoire, le wheezing, la tachypnée, les signes de lutte et l'hyper sonorité à la percussion pulmonaire sont constants [10]. Une concordance avec la littérature a été notée dans les réponses des participants à l'étude.

Les critères de gravité motivant l'hospitalisation ont été maîtrisés par les médecins. Selon une étude tunisienne, la bronchiolite chez les moins de 2 mois est référée systématiquement à l'hôpital dans 65% des cas [11]. Il est important que chaque médecin connaisse les critères d'hospitalisation. Il devrait également se rappeler que la maladie a tendance à s'aggraver pendant les 72 premières heures [12].

Cinquante-cinq médecins prescrivaient des examens paracliniques ; la radiographie du thorax étant la plus prescrite. Pourtant, les examens

paracliniques ne sont pas systématiques et ne devraient être demandés que dans des circonstances particulières [13,14]. La prise en charge est essentiellement symptomatique [15]. Dans notre étude, seuls 19,8% des médecins ont répondu correctement aux questions sur le traitement. Une étude tunisienne a trouvé que la désinfection rhinopharyngée (DRP) était prescrite dans 60% des cas et l'hydratation dans 48%. La DRP doit être prescrite systématiquement car elle permet de libérer les voies aériennes supérieures et de faciliter l'alimentation [12].

Un antibiotique a été prescrit par 48,4% des médecins. Ils ne devraient être utilisés que dans les cas de surinfection bactérienne documentée par la culture [14]. La prescription élevée des antibiotiques dans cette étude pourrait s'expliquer par le fait que les médecins connaissent mal l'agent infectieux de la maladie.

Les bronchodilatateurs ont été prescrits dans 23,8% des cas. Selon Martinon T et al, une diminution ni du taux ni de la durée d'hospitalisation chez les enfants traités en ambulatoire n'est obtenue par la prescription de bronchodilatateur. Seule une légère amélioration du score clinique à la 24ème heure a été notée sans raccourcissement de la durée de l'évolution [16]. Une autre étude espagnole concernant les recommandations sur le diagnostic et le traitement de la bronchiolite préconisait un test aux bronchodilatateurs dans les bronchiolites modérées à sévères [17]. Ce constat nous permet de dire que l'utilisation des bronchodilatateurs au cours d'une bronchiolite est variable d'un pays à l'autre et n'est pas systématique.

Les corticoïdes oraux ont été prescrits par 28,5% des médecins. Selon la revue Cochrane en

2010, les effets bénéfiques de l'utilisation systématique des corticoïdes dans le premier épisode de bronchiolite ne sont pas vraiment démontrés [18]. Dans les recommandations canadiennes, les experts considéraient les bronchodilatateurs et les corticoïdes comme des médicaments éventuellement efficaces [19].

Vingt-trois pourcent des médecins prescrivaient des médicaments pour la toux. D'après la conférence de consensus en France en 2000 sur la prise en charge de la bronchiolite, la toux doit être respectée [9].

CONCLUSION

La bronchiolite aiguë du nourrisson est une pathologie fréquente, le plus souvent bénigne mais peut être grave conduisant à une hospitalisation. Le diagnostic est basé sur la clinique et les examens paracliniques sont souvent inutiles sauf en cas de complication. Les médecins sont les principaux acteurs en matière de soins primaires donc ils sont les premiers confrontés à sa prise en charge. Notre étude a montré une méconnaissance de la maladie, cause d'inadéquation de la prise en charge.

Ainsi, ces différents constats nous ont permis de proposer des suggestions portant sur la nécessité de rédaction d'une recommandation nationale de prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson et de la diffuser à travers des formations effectives pour chaque médecin en exercice.

D'éventuelles études ultérieures plus larges et multicentriques devraient être réalisées pour mieux évaluer les raisons des méconnaissances de la bronchiolite du nourrisson

par les médecins.

REMERCIEMENTS

- A tous les médecins de la région Analamanga qui ont accepté de participer à cette enquête,
- A Ialiniaina VOLOLONJATOVO, thésard, qui a bien mené l'enquête jusqu'à son terme,
- Au Conseil de l'Ordre National des Médecins, de nous avoir fourni la liste de médecins exerçant à Analamanga,
- Au Médecin Inspecteur de la région Analamanga, de nous avoir donné la permission de réaliser cette enquête

REFERENCES

- 1- Stagnara J, Balagny E, Cossalter B, Dommerges JP, Dournel C, Drahi E et al. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Texte de recommandations. Arch Pediatr. 2001;8:11-23.
- 2- Wohl M, Epler GR. Bronchiolitis in children. N Y Raven Press 1994;397-408.
- 3- Nagakumar P, Doull I. La thérapie actuelle pour bronchiolite. Arc Dis Child. 2012;97:827-30.
- 4- Nair H, Nokes J, Gessner BD, Dherani M, Madhi SA, Singleton RJ et al. Global burden of acute lowerrespiratory infections due to respiratorysyncytial virus in youngchildren:asystematicreview and meta-analysis. Lancet. 2010;375(9725):1545-55.
- 5- Hall CB, Weinberg GA, Iwane M.K, Blumkin AK, Edwards KM, Staat MA et al. The burden of respiratorysyncytial virus infection in youngchildren. N Engl J Med 2009;360(6):588-98.
- 6- FreymuthF,Vabret A, Dina J, Cuvillon-Nimal D, Lubin C, Vaudecrane A et al. Les virus de la bronchiolite. Arch Pediatr.2010;17(8):1192-1201.
- 7- Godfrey S. Bronchiolitis and asthma in infancy and earlychildhood. Thorax. 1996;51 suppl 2:560-564.
- 8- Langley J. The InfectiousDiseases and ImmunizationCommittee of the Canadian PediatricSociety: Use of palivizumab in childrenwithcongenitaldisease. Paediatr Child Health.2003;8(10):631-3.
- 9- Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Conférence de consensus, ANAES 2000.

- 10- Straliozzo SM, Siqueira MM, Machado V, Maia TMR. Respiratoryviruses in the pediatric intensive care unit:Prevalence and clinical aspects. MemInst Oswaldo Cruz 2004;99(8):883-7.
- 11- Ahlem GZ, Rafla TD, Raja M, Hanène R, Mounira C, Sawssen D et al. Le médecin généraliste face à la bronchiolite aigue du nourrisson : étude multicentrique à Tunis. La tunisieMedicale. 2015;93(10):633-37.
- 12- Wainwright C. Bronchiolite virale aiguë chez les enfants, une condition très courante avec peu d'options thérapeutiques. *PediatrRespirRev.* 2010;11:3945.
- 13- Grimpel E, Quinet B, Perez N. Pathologies hivernales épidémiques du nourrisson. *Masson;* 2000:5-15.
- 14- Mansbach JM, Piedra PA, Teach SJ. Etude prospective, multicentrique d'étiologie virale et la durée de séjour hospitalier chez les enfants atteints de bronchiolite sévère. *Arc PedAdolesc Med.* 2012;166(8):700-6.
- 15- Granry JC, Dubé L, Monrigal JP. Bronchiolites aiguës. Unité d'anesthésie et de réanimation polyvalente de l'enfant, département d'anesthésie –réanimation, CHU, 49033 Angers cedex 01, France SFAR; 2001.
- 16- Martinon T, Rodrigues S, Martinon S. Acute bronchiolitis:evaluation of Evidence basedtherapy. *An Esp. Pediatr.* 2001;55(4):345-54.
- 17- Gonzales de Dios J., Ochoa Sangrador C. Consensus conference on acute bronchiolitis:methodology and recommendations. *An Pediatr (Barc).* 2011;73(3): 221
- 18- Hartling L, Bialy LM, Vandermeer B, Tjosvold L, Johnson DW, Plint AC et al. Épinéphrine pour bronchiolites. *Cochrane DatabaseSystRev* 2011(6).
- 19- Worrall. Bronchiolitis. *Canadian FamilyPhysician*2008;54:742-43.