

Infections respiratoires basses de l'enfant

Synthèse de...

- « Antibiothérapie par voie générale en pratique courante : infections respiratoires basses de l'adulte et de l'enfant », Afssaps, octobre 2005.
- « Conférence de consensus - Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson », Anaes, 21 septembre 2000.
- « Médicaments anti-infectieux en pathologies communautaires », Commission de la transparence/Afssaps, décembre 2004.

> Diagnostic

- Le diagnostic des infections respiratoires basses de l'enfant est avant tout clinique. Des examens complémentaires (radiographie, NFS et CRP) ne sont indiqués qu'en cas de suspicion de pneumonie ou en présence de facteurs de risque. **Accord Pro**
- La bronchiolite aiguë, d'origine virale, survient en période hivernale chez le nourrisson de moins de 2 ans. Après 2 à 3 jours de toux, de rhinorrhée et de fièvre modérée, apparaît une détresse respiratoire avec signes de lutte et râles sibilants.
- La bronchite, d'étiologie le plus souvent virale, associe une toux, une fièvre modérée et des râles sous-crépitaux ou des *ronchi* à l'auscultation. L'installation est progressive, il n'y a pas de signes de lutte. Une trachéite (trachéobronchite), une rhinite ou une rhinopharyngite sont souvent associées.
- D'installation brutale, la pneumonie associe une fièvre élevée, une tachypnée, des signes de lutte et parfois une douleur thoracique. Des symptômes digestifs peuvent dominer le tableau clinique. L'agent bactérien le plus souvent en cause est le pneumocoque. D'installation plus progressive, la pneumonie atypique à *Mycoplasma pneumoniae* associe une toux pénible et persistante, un état général conservé et des signes extraréspiratoires (myalgies, éruption cutanée). En dehors de ces 2 formes classiques, la clinique ne permet pas de différencier les pneumonies virales et bactériennes.

> La maladie

Cette Reco regroupe des affections de présentations cliniques différentes, mais toutes fréquentes : les bronchiolites, les bronchites et trachéobronchites, et les pneumonies.

Physiopathologie. Les bronchites (atteinte des bronches) et bronchiolites (atteinte des bronchioles) sont très fréquentes (90 % des infections respiratoires basses) et le plus souvent d'origine virale. Les pneumonies sont l'expression d'une atteinte parenchymateuse pour laquelle une étiologie bactérienne ne doit pas être méconnue.

Épidémiologie. Le virus respiratoire syncytial (VRS), responsable de 60 à 70 % des bronchiolites, est surtout en cause avant l'âge de 2 ans. Viennent ensuite le virus para-influenza III, les adénovirus, les rhinovirus, les entérovirus. Les germes le plus fréquemment responsables de pneumonies sont le pneumocoque à tout âge et *Mycoplasma pneumoniae* après 5 ans.

Complications. La gravité d'une bronchiolite est beaucoup plus liée à la détresse respiratoire qu'au risque infectieux. Elle peut en revanche se compliquer d'une otite moyenne aiguë ou d'une pneumonie. Le pronostic d'une pneumonie est lié à son origine bactérienne ou virale. La bronchite aiguë peut se compliquer d'une otite moyenne aiguë. Certaines infections virales ou à mycoplasme peuvent entraîner des séquelles.

> Quels patients traiter ?

Tous les enfants présentant un tableau d'infection respiratoire basse doivent bénéficier d'un traitement, au moins symptomatique.

> Objectifs de la prise en charge

- Amélioration des symptômes.
- Éradication des germes.
- Prévention des complications.

1 Signes de gravité **Accord Pro**

L'évaluation individuelle tient compte du terrain (âge < 3 mois, antécédent de prématurité), des conditions socio-économiques (précarité) et de signes de gravité clinique : pâleur, cyanose, fréquence respiratoire > 60/min, température $\geq 38,5$ °C, mauvaise prise des biberons, tirage et balancement thoracoabdominal, apnées, saturation en oxygène < 95 %.

2 Bronchiolite aiguë

- Le traitement est purement symptomatique : désobstruction nasale, kinésithérapie respiratoire (discutée), hydratation et nutrition, couchage de l'enfant en position proclive à 30°.
- Le faible risque d'infection bactérienne rend l'antibiothérapie initiale inutile. **Grade C** Un traitement par amoxicilline-acide clavulanique, céfuroxime axétil ou céfepodoxime proxétil doit être discuté en cas de persistance d'une fièvre $\geq 38,5$ °C après 3 jours, ou d'otite moyenne aiguë purulente associée.
- Il n'y a pas de place pour les bronchodilatateurs en cas de 1^{re} bronchiolite **Grade B**, ni pour les corticoïdes inhalés à la phase aiguë **Grade A**, ni pour les antitussifs, ni pour les mucolytiques. Il n'y a pas de preuve du bénéfice clinique des corticoïdes systémiques.

3 Bronchite ou trachéobronchite

- En l'absence de facteur de risque, une antibiothérapie initiale n'est pas justifiée. **Accord Pro**
- La persistance de signes infectieux après 3 jours doit faire rechercher une autre cause ou une complication.

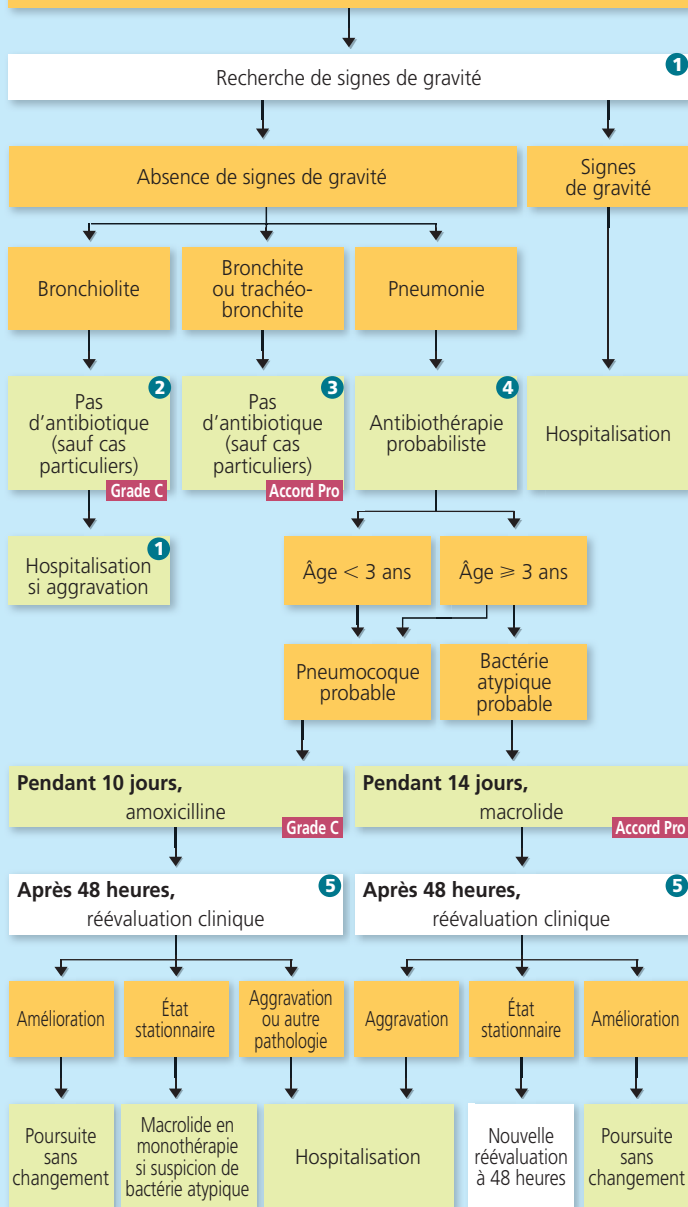
4 Pneumonie

Une antibiothérapie probabiliste doit être mise en route en cas de fièvre élevée ou d'image radiologique systématisée. Le pneumocoque étant la 1^{re} bactérie en cause avant 3 ans, l'amoxicilline est prescrite en 1^{re} intention. **Grade C** Après 3 ans, les pneumocoques et les bactéries atypiques prédominent. Le choix se porte sur l'amoxicilline (10 jours) si le tableau clinique est en faveur d'un pneumocoque ou sur un macrolide (14 jours au moins) s'il est en faveur d'une bactérie atypique **Accord Pro**.

5 Réévaluation clinique

Elle est nécessaire après 48 à 72 heures de traitement ou plus tôt en cas de signes de gravité. Elle repose notamment sur la disparition de la fièvre.

Infection respiratoire basse de l'enfant



> Conseils aux patients

- L'évolution d'une bronchiolite peut être très différente d'un épisode à l'autre et d'un enfant à l'autre.
- Les signes de gravité de la bronchiolite (altération de l'état général, pâleur, difficultés à la prise du biberon, polypnée, balancement thoraco-abdominal, tirage, cynaose, déshydratation, etc.) doivent être connus et entraîner une nouvelle consultation ou une hospitalisation en urgence.
- L'accent doit être mis sur l'importance de la désobstruction nasale, de la kinésithérapie, de l'hydratation et de la position de couchage de l'enfant (sur le dos à 30° avec la tête en légère extension).
- En dehors de la pneumonie, les infections respiratoires basses de l'enfant ne nécessitent pas de traitement antibiotique.
- En l'absence d'amélioration dans les 48 à 72 heures suivant le début du traitement, une nouvelle consultation est nécessaire.

> Médicaments cités dans les références

L'**antibiothérapie probabiliste** prescrite dans les infections respiratoires basses de l'enfant, notamment dans le cas des pneumonies, repose sur les bêtalactamines, la pristinamycine et les macrolides. Les bêtalactamines et la pristinamycine sont utilisées dans le traitement probabiliste des pneumonies aiguës. Quel que soit l'âge, l'antibiothérapie prophylactique doit être débutée sans tarder, dès que le diagnostic est porté, un retard à la mise en route du traitement pouvant entraîner des complications. **Accord Pro** Il n'existe toutefois pas d'antibiotique actuellement commercialisé, facilement administrable en ville, actif sur l'ensemble des bactéries responsables.

Poso Avant l'âge de 3 ans, le choix initial porte en 1^{re} intention sur l'amoxicilline à la posologie de 80-100 mg/kg par jour en 3 prises pour un enfant de moins de 30 kg, pendant 10 jours. **Grade C**

Parmi les effets indésirables, les réactions allergiques sont les plus fréquentes. Il peut s'agir de réactions immédiates (urticair, œdème de Quincke, choc anaphylactique) ou de manifestations moins bruyantes. En cas d'allergie avérée aux bêtalactamines, l'hospitalisation est souhaitable pour mettre en place une antibiothérapie parentérale adaptée. Les céphalosporines orales de 1^{re}, 2^e et 3^e générations, l'association triméthoprime-sulfaméthoxazole (cotrimoxazole), les tétracyclines et la pristinamycine ne sont pas recommandées. **Accord Pro** En cas d'échec du

traitement par l'amoxicilline, un macrolide peut être administré en 2^e intention pendant 2 semaines.

À partir de l'âge de 3 ans, les pneumonies virales sont moins fréquentes et les bactéries prédominantes sont le pneumocoque et les bactéries atypiques (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*). Le choix antibiotique initial s'appuie sur le tableau clinique et radiologique.

Poso Si celui-ci est en faveur d'une infection à pneumocoque, l'amoxicilline est prescrite à la posologie de 80-100 mg/kg par jour en 3 prises pour un enfant de moins de 30 kg.

S'il est évocateur de *Mycoplasma pneumoniae* ou *Chlamydia pneumoniae*, l'utilisation d'un macrolide en 1^{re} intention est raisonnable, pendant au moins 14 jours. **Accord Pro**

Après l'âge de 6 ans, en cas d'allergie avec contre-indication à l'utilisation des bêtalactamines, la pristinamycine peut être utilisée, dans une forme sans gravité, chez l'enfant sans troubles digestifs (absence de vomissements) ; tous les autres cas doivent être hospitalisés.

Poso La posologie de la pristinamycine est de 50 à 100 mg/kg par jour en 2 ou 3 prises (comprimés dosés à 250 mg).

Dans de rares cas, avant l'âge de 5 ans, seule l'absence de vaccination ou une vaccination incorrecte (moins de 3 injections) contre *Haemophilus influenzae* de type b et/ou la coexistence d'une otite moyenne aiguë purulente font proposer l'association amoxicilline-acide clavulanique.

Poso La dose est de 80 mg/kg par jour d'amoxicilline en 3 prises. Chez un enfant sans facteur de risque, il n'y a pas de justification à une bithérapie d'emblée. **Accord Pro**

Compte tenu du caractère probabiliste du traitement antibiotique initial proposé dans la pneumonie, il est indispensable que son efficacité soit appréciée après 2 à 3 jours de traitement. Cette évaluation se fait plus tôt devant un tableau clinique sévère ou l'apparition de tout signe de gravité, qui impose alors une hospitalisation dans la majorité des cas.

Il est rappelé que la bronchite de l'enfant étant le plus souvent d'origine virale, les antibiotiques ne sont pas indiqués en 1^{re} intention en dehors de certains cas particuliers. Un traitement par amoxicilline-acide clavulanique, céfuroxime axétil ou cefpodoxime proxétil doit être notamment discuté en cas de persistance de la fièvre après 3 jours d'évolution, d'otite moyenne aiguë ou de pneumonie associée.

↳ Parmi les **bêtalactamines**, l'amoxicilline est le traitement de 1^{re} intention lorsque l'infection par le pneumocoque est probable.

amoxicilline

G AMOXICILLINE 1 g cp dispers (Gpe CLAMOXYL)

G AMOXICILLINE 1 g pdre susp buv

G AMOXICILLINE 125 mg/5 ml pdre p susp buv (Gpe CLAMOXYL)

- G** AMOXICILLINE 125 mg/5 ml pdre p susp buv (Gpe HICONCIL)
- G** AMOXICILLINE 250 mg/5 ml pdre p susp buv (Gpe CLAMOXYL)
- G** AMOXICILLINE 250 mg/5 ml pdre p susp buv (Gpe HICONCIL)
- G** AMOXICILLINE 500 mg gél (Gpe CLAMOXYL)
- G** AMOXICILLINE 500 mg gél (Gpe HICONCIL)
- G** AMOXICILLINE 500 mg/5 ml pdre p susp buv (Gpe HICONCIL)
- G** AMOXICILLINE 500 mg/5 ml pdre susp buv (Gpe CLAMOXYL)
- AMOXICILLINE PANPHARMA 1 g pdre p sol inj IV
- AMOXICILLINE PANPHARMA 1 g/5 ml pdre/solv p sol inj IM
- AMOXICILLINE PANPHARMA 2 g pdre p sol inj
- G** AMOXICILLINE SODIQUE 1 g sol inj IM
- BACTOX 1 g pdre/solv p sol inj IM
- BACTOX 500 mg pdre/solv p sol inj IM
- R** CLAMOXYL 1 g cp dispers
- CLAMOXYL 1 g pdre p sol inj IM IV
- R** CLAMOXYL 1 g pdre p susp buv
- R** CLAMOXYL 1 g pdre/solv p sol inj IM
- R** CLAMOXYL 125 mg/5 ml pdre p susp buv
- CLAMOXYL 2 g pdre p sol inj IV
- R** CLAMOXYL 250 mg/5 ml pdre p susp buv
- R** CLAMOXYL 500 mg gél
- CLAMOXYL 500 mg pdre p sol inj IM IV
- CLAMOXYL 500 mg pdre/solv p sol inj IM
- R** CLAMOXYL 500 mg/5 ml pdre p susp buv

- R** HICONCIL 250 mg/5 ml pdre p susp buv
- R** HICONCIL 500 mg gél
- R** HICONCIL 500 mg/5 ml pdre p susp buv

amoxicilline + acide clavulanique

- G** AMOXICILLINE/AC CLAVULANIQUE 100 mg/12,5 mg pdre p susp buv enf
- G** AMOXICILLINE/AC CLAVULANIQUE 100 mg/12,5 mg pdre p susp buv nour
- G** AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE 500 mg/50 mg pdre p sol inj IV enf/nour
- R** AUGMENTIN 100 mg/12,5 mg p ml pdre p susp buv Enf
- R** AUGMENTIN 100 mg/12,5 mg p ml pdre p susp buv Nour
- AUGMENTIN 250 mg/31,25 mg pdre p susp buv Nour
- R** AUGMENTIN 500 mg/50 mg pdre p sol inj IV Enf/Nour
- AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg pdre p susp buv Enf
- R** CIBLOR 100mg/12,5mg pdre p susp buv Enf

cefepodoxime

- G** CEFPODOXIME PROXETIL 40 mg/5 ml glé p susp buv
- R** ORELOX 8 mg/ml glé p susp buv enfant nourrisson

céfuroxime

- G** CEFUROXIME 125 mg cp pellic
- G** CEFUROXIME 250 mg cp pellic
- CEPAZINE 250 mg cp pellic
- R** ZINNAT 125 mg cp pellic
- ZINNAT 125 mg glé p susp buv
- ZINNAT 125 mg/5 ml glé p susp buv
- R** ZINNAT 250 mg cp pellic

La **pristinamycine** est utilisable à partir de 6 ans en cas d'allergie ou de contre-indication à l'utilisation des bêta-lactamines.

pristinamycine

- PYOSTACINE 250 mg cp pellic
- PYOSTACINE 500 mg cp pellic séc

L'utilisation d'un **macrolide** en 1^{re} intention pendant 14 jours est raisonnable en cas de tableau clinique et radiologique évocateur d'une pneumopathie à *Mycoplasma pneumoniae* ou *Chlamydia pneumoniae*. **Accord Pro** Il n'y a pas de différence notable d'efficacité entre les macrolides disponibles. Le critère de choix est la tolérance, les molécules les plus récentes étant mieux tolérées que l'érythromycine sur le plan digestif. Les effets secondaires les plus fréquents des macrolides sont des réactions allergiques telles qu'érythème et urticaire, des troubles digestifs tels que nausées et

vomissements, et des troubles hépatiques, plus rares. Il faut noter que l'azithromycine ne dispose pas d'une AMM dans l'indication pneumonie.

clarithromycine

- G** CLARITHROMYCINE 25 mg/ml glé p susp buv
- G** CLARITHROMYCINE 50 mg/ml glé p susp buv
- R** NAXY 25 mg/ml glé p susp buv
- R** NAXY 50 mg/ml glé p susp buv
- R** ZECLAR 25 mg/ml glé p susp buv
- R** ZECLAR 50 mg/ml glé p susp buv

érythromycine

- G** ERYTHROCINE 1 g pdre p sol p perf IV
- G** ERYTHROCINE 500 mg pdre p sol p perf IV
- G** ERYTHROMYCINE DAKOTA PHARM 1 g lyoph p us parentér IV
- G** ERYTHROMYCINE MYLAN 1 g pdre p sol p perf

josamycine

- G** JOSACINE 125 mg/5 ml glé p susp buv
- G** JOSACINE 250 mg pdre p susp buv
- G** JOSACINE 250 mg/5 ml glé p susp buv
- G** JOSACINE 500 mg pdre p susp buv
- G** JOSACINE 500 mg/5 ml glé p susp buv

roxithromycine

- R** CLARAMID 100 mg cp pellic Enf
- G** ROXITHROMYCINE 100 mg cp pellic
- R** RULID 100 mg cp pellic
- G** RULID 50 mg cp séc p susp buv

spiramycine

- G** ROVAMYCINE 0,375 MUI/5 ml sirop enfant nourrisson

Les **antipyrétiques** seront utilisés à la demande et non systématiquement.

► Voir « Fièvre de l'enfant », p. 616.

> Médicaments non cités dans les références

D'**autres antibiotiques** disposent d'une indication dans l'une ou l'autre de ces pathologies, le plus souvent dans les infections pulmonaires. Parmi ceux-ci, certains sont réservés à l'usage hospitalier.

céfaclor

- R** ALFATIL 125 mg/5 ml pdre p susp buv
- R** ALFATIL 250 mg gé
- R** ALFATIL 250 mg/5 ml pdre p susp buv
- G** CEFACLOR 125 mg/5 ml pdre p susp buv
- G** CEFACLOR 250 mg gé
- G** CEFACLOR 250 mg/5 ml pdre p susp buv
- G** HAXIFAL 500 mg cp efferv

céfadroxil

- G** CEFADROXIL 125 mg/5 ml pdre p susp buv
- G** CEFADROXIL 1g cp dispers
- G** CEFADROXIL 250 mg/5 ml pdre p susp buv
- G** CEFADROXIL 500 mg gé

- G** CEFADROXIL 500 mg/5 ml pdre p susp buv
- R** ORACEFAL 1 g cp dispers
- R** ORACEFAL 125 mg/5 ml pdre p susp buv
- R** ORACEFAL 250 mg/5 ml pdre p susp buv
- R** ORACEFAL 500 mg gé
- R** ORACEFAL 500 mg/5 ml pdre p susp buv

céfalexine

- G** CEFALEXINE 1 g cp
- G** CEFALEXINE 500 mg cp
- G** CEPOREXINE 500 mg gé
- R** KEFORAL 1 g cp pellic
- R** KEFORAL 500 mg cp pellic

céfatrizine

- G** CEFATRIZINE 500 mg gé

céfépime

- AXEPIM 1 g pdre p us parentér
- AXEPIM 2 g pdre p us parentér
- AXEPIM 500 mg pdre p us parentér
- CEFEPIME MYLAN 1 g pdre p sol inj
- CEFEPIME MYLAN 2 g pdre p sol inj

céfixime

- OROKEN 100 mg/5 ml pdre p susp buv enf
- OROKEN 40 mg/5 ml pdre p susp buv nour

céfradine

- **G** CEFRADINE 500 mg géf
- DEXEF 500 mg géf
- **R** KELSEF 500 mg géf

**cotrimoxazole
(sulfaméthoxazole-triméthoprime)**

- BACTRIM susp buv pédiatrique

doxycycline

- **G** DOXYCYCLINE 100 mg cp séc
- **G** DOXYCYCLINE HYCLATE 100 mg géf
- **R** VIBRAMYCINE N 100 mg cp séc
- VIBRAVEINEUSE sol inj p perf IV

lincomycine

- LINCOCINE 500 mg géf
- LINCOCINE sol inj

lymécycline

- TETRALYSAL 150 mg géf

méthylène-cycline

- LYSOCLINE 300 mg géf
- PHYSIOMYCINE 300 mg géf

minocycline

- **R** MESTACINE 100 mg cp pellic séc
- **G** MINOCYCLINE 100 mg cp
- **G** MINOCYCLINE 100 mg géf
- **G** MINOCYCLINE 50 mg géf
- **R** MYNOCINE 100 mg géf
- **R** MYNOCINE 50 mg géf

pipéracilline

- PIPERACILLINE DAKOTA PHARM 1 g lyoph p us parentér
- PIPERACILLINE DAKOTA PHARM 2 g lyoph p us parentér
- PIPERACILLINE DAKOTA PHARM 4 g lyoph p us parentér IM/IV
- PIPERACILLINE G GAM 1 g pdre p sol inj
- PIPERACILLINE G GAM 2 g pdre p sol inj
- PIPERACILLINE G GAM 4 g pdre p sol inj
- PIPERACILLINE MERCK 1 g pdre p sol inj IM/IV
- PIPERACILLINE MERCK 2 g pdre p sol inj IM/IV
- PIPERACILLINE MERCK 4 g pdre p sol inj IM/IV
- PIPERACILLINE PANPHARMA 1 g pdre p sol inj IM IV
- PIPERACILLINE PANPHARMA 2 g pdre p sol inj IM IV
- PIPERACILLINE PANPHARMA 4 g pdre p sol inj IM IV

téicoplanine

- TARGOCID 100 mg lyoph/sol p us parentér
- TARGOCID 200 mg lyoph/sol p us parentér
- TARGOCID 400 mg lyoph/sol p us parentér

tobramycine

- NEBCINE 100 mg sol inj
- NEBCINE 25 mg sol inj
- NEBCINE 75 mg sol inj
- TOBRAMYCINE MYLAN 25 mg/2,5 ml sol inj IM/IV en flacon
- TOBRAMYCINE MYLAN 75 mg/1,5 ml sol inj IM/IV en flacon

Les **antitussifs** disposent d'une AMM dans le traitement symptomatique des toux non productives gênantes.

alimémazine

- THERALENE 0,05 % sirop
- THERALENE 4 % sol buv en gte
- THERALENE 5 mg cp pellic séc

chlorphénamine + biclotymol

- HEXAPNEUMINE sirop nourrisson

chlorphénamine + sorbitol + sodium benzoate

- BRONCALENE sirop nour

cinéole + codéine

- EUCALYPTINE LE BRUN sirop

codéine + éthylmorphine

- TUSSIPAX sol buv

codéine + éthylmorphine + espèces pectorales

- TUSSIPAX sirop adulte enfant

codéine + serpolet + sodium benzoate

- DINACODE AVEC CODEINE sirop enf

codéine + sodium benzoate

- NEO-CODION sirop enfant

codéine + sulfogaïacol

- CAMPHODIONYL sirop

dextrométhorphane

- DEXIR sirop enfant
- DEXTROMETHORPHANE ARROW 0,1 % sirop enfant
- DRILL TOUX SECHE SANS SUCRE 5 mg/5 ml sirop enf
- ERGIX TOUX SECHE sirop enf
- HUMEX TOUX SECHE DEXTROMETHORPHANE sirop enf
- PULMODEXANE sans sucre 300 mg/100 ml sol buv
- TUSSIDANE 1,5 mg/ml sirop
- TUSSIDANE SANS SUCRE 1,5 mg/ml sol buv

dextrométhorphane + mépyramine + guaifénésine

- NORTUSSINE sirop enf

éthylmorphine

- VEGETOSERUM sirop enfant

éthylmorphine + grindélia + sulfogaïacol

- EPHYDION sirop

hélécidine

- HELICIDINE 10 % sirop

noscapine + prométhazine

- TUSSISEDAL sirop

oxéladine

- PAXELADINE 10 mg/5 ml sirop

oxomémazine

- TOPLEXIL 0,33 mg/ml sirop
- TOPLEXIL SANS SUCRE 0,33 mg/ml sol buv édulcorée à l'acésulfame

pentoxyvérine

- PECTOSAN TOUX SECHE
- PENTOXYVERINE sirop enfant

pholcodine

- BIOCALYPTOL SANS SUCRE sirop
- BIOCALYPTOL sirop
- DIMETANE SANS SUCRE 133 mg/100 ml sirop
- HUMEX TOUX SECHE PHOLCODINE sirop enf
- RESPILENE 3 mg/5 ml sirop enfant
- RHINATHIOL TOUX SECHE PHOLCODINE 0,06 % sirop Enf

pholcodine + acide ténioïque sel de Na

- TROPHIRES sirop enf

pholcodine + chlorphénamine

- BRONCALENE sirop enf

pholcodine + erysimum

- CLARIX sans sucre sirop
- CLARIX sirop
- PHOLCODYL sirop
- POLERY sirop enf

piméthixène

- CALMIXENE sirop

prométhazine + carbocistéine

- RHINATHIOL PROMETHAZINE sirop

prométhazine + méglumine benzoate + polysorbate

- FLUISEDAL sirop

Les **mucohydriques et mucorégulateurs** sont indiqués dans le traitement des troubles de la sécrétion bronchique, notamment au cours des affections bronchiques aiguës : bronchite aiguë et épisode aigu des bronchopneumopathies chroniques.

acétylcystéine

- ACETYLCYSTEINE ARROW 200 mg cp efferv

- ACETYLCYSTEINE BIOGARAN 200 mg cp efferv

- ACETYLCYSTEINE BIOGARAN 200 mg pdre p sol buv

ACETYLCYSTEINE EG 200 mg pdre
p sol buv

ACETYLCYSTEINE G GAM 100 mg glé
p sol buv

ACETYLCYSTEINE G GAM 200 mg glé
p sol buv

ACETYLCYSTEINE MYLAN 200 mg
cp efferv séc

ACETYLCYSTEINE MYLAN 200 mg pdre
p sol buv

ACETYLCYSTEINE RATIOPHARM 200 mg
pdre p sol buv

ACETYLCYSTEINE SANDOZ CONSEIL
200 mg glé p sol buv

ACETYLCYSTEINE TEVA 200 mg glé
p sol buv

BRONCOCLAR 200 mg glé p susp buv

EXOMUC 100 mg glé p sol buv nour

EXOMUC 200 mg glé p sol buv

FLUIMUCIL 100 mg glé p sol buv nour

FLUIMUCIL 2 % sol buv enf/nour

FLUIMUCIL 200 mg cp efferv

FLUIMUCIL 200 mg glé p sol buv

MUCOLATOR 200 mg pdre p sol buv

MUCOMYST 200 mg cp efferv

MUCOMYST 200 mg pdre oral

MUCOMYST 200 mg/5 ml pdre
p susp buv

MUCOMYST NOURRISSONS 2 % pdre
p susp buv

MUCOSPIRE 200 mg glé p sol buv

SOLMUCOL 100 mg cp à sucer

SOLMUCOL 100 mg glé p sol buv

SOLMUCOL 2,5 % pdre/sirop p sol buv

SOLMUCOL 200 mg glé p sol buv

carbocistéine

BRONCATHIOL sol buv enf/nour

BRONCOCLAR sirop enfant

G CARBOCISTEINE 2 % sirop enf

G CARBOCISTEINE sans sucre 2 % sirop
enf

FLUVIC 2 % sirop enfant nourrisson

MEDIBRONC sirop enf

MUCICLAR 2 % sirop enf/nour

PECTOSAN EXPECTORANT 2 % sirop
enfant

R RHINATHIOL 2 % sirop Enf/Nour

R RHINATHIOL SANS SUCRE 2 % sirop
Enf/Nour

diacétylcystéine

MUCOTHIOL 150 mg pdre oral

MUCOTHIOL 200 mg cp pellic

D'**autres médicaments** sont indiqués en traitement adjuvant ou d'appoint de divers symptômes observés au cours d'affections respiratoires basses.

acide ténoïque sel de Na + eucalyptus

TROPHIRES suppos enf

TROPHIRES suppos nour

amyléine + cinéole + gaïacol + pin

BRONCHODERMINE suppos enf

BRONCHODERMINE suppos nour

baume de Tolu + desessartz sirop

PHYTOTUX sol buv

cannelle + girofle + lavande + menthe + thym

GOUTTES AUX ESSENCES sol buv

cinéole + guaïfénésine

EUCALYPTINE suppos enf

citral + gaïacol + pin + serpolet + terpinol

BRONCHORECTINE AU CITRAL suppos
enf

citral + pin + serpolet + terpinol

BRONCHORECTINE AU CITRAL suppos
nour

diprophylline + essence de térébenthine

OZOTHINE A LA DIPROPHYLLINE
suppos enfant

éprozolol

EUPNERON 0,3 % sirop

essence de térébenthine

OZOTHINE 30 mg suppos enf

OZOTHINE sirop

eucalyptus + niaouli + pin

TERPONE suppos nour

eucalyptus + niaouli + pin + terpène

TERPONE suppos enf

fenspiride

PNEUMOREL 0,2 % sirop

gelsémium + grindélia

COQUELUSEDAL suppos
NOURRISSONS

gelsémium + grindélia + niaouli

COQUELUSEDAL suppos enf

goménol

GOMENOL liq p inhal p fumig

grindélia + polygala + sodium benzoate

NEO-CODION sirop nourrisson

grindélia + serpolet + sodium benzoate

DINACODE sirop nour

méglumine + polysorbate

FLUISEDAL SANS PROMETHAZINE sirop

sulfogaïacol + sodium benzoate

PASSEDYL sirop enf/nour

> Traitements non médicamenteux cités dans les références

Désobstruction nasale **Accord Pro**

L'utilisation des instillations nasales (narine par narine, le nourrisson en décubitus dorsal, la tête tournée) avec du sérum physiologique doit être apprise aux parents.

Kinésithérapie respiratoire **Grade C**

Le recours à la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite aiguë du nourrisson repose sur l'observation de l'amélioration clinique franche qu'elle entraîne. Cette pratique n'a toutefois pas été évaluée.

Hydratation et nutrition

Pour les formes habituelles de bronchiolite légère et modérée, les apports hydriques correspondent aux besoins de base des nourrissons en prenant en compte la fièvre et la polypnée qui augmentent les pertes insensibles. Les apports hydriques sont de 100 à 110 ml/kg par jour pour le nourrisson de moins de 6 mois et de 80 ml/kg par jour au-delà.

La bronchiolite s'accompagne de difficultés d'alimentation et de distension gastrique. Des mesures simples, comme la désobstruction nasopharyngée avant l'alimentation, le fractionnement des repas, voire l'épaississement des biberons, sont recommandées. Il n'y a pas lieu de prescrire de traitement antireflux **Grade A**.

Conditions de couchage **Grade C**

La position idéale est proclive dorsale à 30°, avec la tête en légère extension. La literie et les moyens de maintien de l'enfant en proclive doivent être adaptés.

L'aération de la chambre doit être correcte. Il est conseillé de maintenir une température n'excédant pas 19 °C. ■