

BRONCHIOLITE ET PRISE EN CHARGE

02/2020

DEFINITION

Constellation de symptômes et de signes cliniques incluant une infection des voies respiratoires supérieures suivie d'une atteinte des voies respiratoires inférieure se traduisant par une majoration du travail.

EVALUATION CLINIQUE

	Légère	Modérée	Sévère
Alimentation	Normale	Avec difficultés	Pas d'appétit ou incapable de s'alimenter
Fréquence respiratoire	< 2 mois : < 60'' > 2 mois : < 50''	> 60'' ou apnées brèves et rares	> 70'' ou apnées prolongées et/ou fréquentes
Rétractions	Légères	Modérées	Sévères
Grunting ou battement des ailes du nez	Absent	Absent	Présent
SpO ₂	> 92 %	88 – 92 %	< 88 %
Comportement	Normal	Irritabilité discrète	Irritabilité croissante ou léthargie

EVALUATION PARACLINIQUE

<u>Biologie</u>	<u>Rx thorax</u>	<u>Recherche virale</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Non systématique • A réserver à : <ul style="list-style-type: none"> - Fièvre prolongée - Age < 1 mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Non systématique • A réserver à : <ul style="list-style-type: none"> - Fièvre prolongée - Complications : Asymétrie auscultatoire persistante, forme sévère, pathologie respiratoire chronique 	<ul style="list-style-type: none"> • Non si : <ul style="list-style-type: none"> - Retour à domicile • Oui si : <ul style="list-style-type: none"> - < 1 mois et hospitalisé (cohortage) - Pathologie associée (cardiopathie, maladie) • Complications : cardiopathie, maladie respiratoire chronique... • A discuter si : <ul style="list-style-type: none"> - Cohortage particulier - Suspicion de grippe (R/ ?)

BILAN COMPLEMENTAIRE SI BRONCHIOLITE CHEZ ENFANT < 1 MOIS

- Toujours hospitalisation et surveillance rapprochée
- Toujours biologie : syndrome inflammatoire, ionogramme et hémoculture
- Toujours sédiment et culture d'urines stérile (sondage ou sus-pubienne)
- Ponction lombaire et antibiothérapie si :
 - Sepsis – syndrome méningé
 - Biologie inflammatoire
 - Fièvre avec foyer bactérien potentiel

PRISE EN CHARGE

	Légère	Modérée	Sévère
Destination	A priori retour à domicile – si doute, observer quelques heures en salle d'urgences – Tenir compte d'éventuels facteurs de risque (antécédents, statut social...)	A priori en hospitalisation. Peut-être observé quelques heures aux urgences avant décision finale	Hospitalisation. Avis soins intensifs pour indication éventuelle SIP
Hydratation - nutrition	Fractionner les repas – stimuler hydratation	Si difficultés malgré fractionnement, alimentation via SG	Alimentation par SG, envisager continu. Si risque d'intubation, hydratation IV (solution isotonique)
Oxygénothérapie	Non indiqué	Oxygène aux lunettes pour SpO ₂ > 92 %, idéalement humidifié et réchauffé	Oxygène aux lunettes pour SpO ₂ > 92 %, idéalement humidifié et réchauffé
Support respiratoire	Non indiqué	Envisager Oxygénothérapie à haut débit si la symptomatologie ne s'améliore/se dégrade pas sous oxygénothérapie classique	Oxygénothérapie à haut débit/C-PAP NB : justifie un avis SIP
Aérosolthérapie	Non indiqué	Pas d'indication systématique De manière ponctuelle, un aérosol d'Adrénaline peut être proposé en cas de composante « spastique » marquée. Un score clinique doit être réalisé avant et après l'aérosol. Il ne sera répété qu'en cas d'amélioration significative du score clinique, et ne sera en aucun cas proposé de manière systématique.	

Kinésithérapie	Non indiquée	<p>Non nécessaire en phase aiguë.</p> <p>Le rinçage et l'aspiration des cavités nasales peut être proposé en cas d'obstruction – chlorhydrate d'oxymetazoline éventuellement.</p> <p>Certains enfants, après la phase aiguë, passe par une phase hypersécrétoire et peuvent bénéficier d'une kinésithérapie. Réaliser une évaluation clinique avant et après et ne continuer que si elle procure un bénéfice.</p>
Divers	<p>Informer les parents de l'évolution naturelle, d'une dégradation possible et des indications de représenter l'enfant</p>	<p>Veiller à manipuler le moins possible l'enfant, favoriser la « doudouthérapie ».</p> <p>Antitrendelenbourg.</p> <p>Le décubitus ventral peut-être proposé si l'enfant est plus confortable.</p>
Antibiothérapie	Non indiquée de manière systématique, même en cas de foyer radiologique - voir ante pour enfant de < 1 mois	

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Australasian bronchiolitis guidelines - J Ped Child Health 2018
- Acute bronchiolitis in infants, a review - Scan J Trauma and Emer Med 2014
- Viral bronchiolitis management in hospitals in the UK - J Clin Virology 2018
- New Method, Same Answer : We do not Know of Hypertonic Saline Helps Bronchiolitis - Pediatrics 2018
- Evaluation of national guidelines for bronchiolitis : AGREEMENTS and controverses - J Ped Child Health 2018