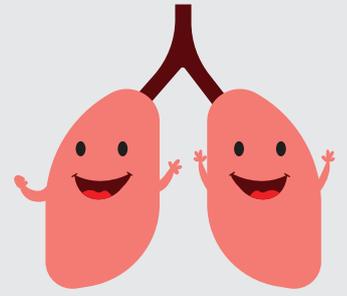




الجمعية التونسية لطب الأطفال
Société Tunisienne de Pédiatrie



RÉPUBLIQUE TUNISIENNE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Pneumo-allergologie
pédiatrique

Recommandations de bonne pratique devant un 1^{er} épisode de bronchiolite aigue

Définition :

La bronchiolite est une infection virale des voies respiratoires inférieures du nourrisson. Le diagnostic est retenu devant **un premier épisode de dyspnée sifflante** chez un nourrisson **de moins de 1 an**.

La dyspnée est précédée, 1 à 3 jours avant son apparition, de rhinite, de toux avec ou sans fièvre. La notion de contagion virale est souvent retrouvée à l'interrogatoire des parents.

Diagnostic :

Le diagnostic de bronchiolite est clinique. Il est basé sur l'interrogatoire et l'examen physique.

Examens complémentaires :

Les examens complémentaires ne sont pas indiqués devant une bronchiolite légère à modérée.

Evaluation de la gravité de la bronchiolite :

L'évaluation de la gravité est clinique et sera réalisée après désobstruction rhinopharyngée (DRP) au sérum physiologique (Tableau 1).

Les formes graves concernent surtout le jeune nourrisson **de moins de 2 mois** ou les nourrissons avec un **terrain particulier** (prématurité < 36 semaines d'aménorrhée, antécédents de ventilation néonatale, dysplasie broncho-pulmonaire, cardiopathie congénitale, déficit immunitaire, pathologies neuromusculaires, polyhandicap.....).

Formes cliniques	légère	Modérée	Grave
Etat général ou comportement altéré	Non	Non	Oui
Fréquence respiratoire (FR)	<60C/mn	60-69C/mn	<30C/mn ou ≥70C/mn ou respiration superficielle
Apnée	Non	Non	Oui
Signes de luttres respiratoires	Absente ou légère	Modérée	Intense
Fréquence cardiaque (FC> 180batt/mn ou <80batt/mn)	Non	Non	Oui
Alimentation (par rapport aux apports habituels)	>50%	<50%	Réduction importante ou refus alimentaire
Déshydratation	Non	Non	Oui
Saturation O2 en Air Ambiant	>92%	90%<SatO2≤92%	≤90% ou cyanose
Interprétation	Forme Légère = présence de TOUS les critères	Forme modérée= présence d'au moins un des critères (non retrouvées dans les formes graves)	Forme grave= présence d'au moins un des critères graves
Prise en charge	En ambulatoire	Niveau de soin 2	Niveau de soin 3 ou Niveau de soin 2 de proximité

Tableau1 : Evaluation de la gravité d'une bronchiolite (HAS 2019 modifiée)

Toutes les formes graves de bronchiolite nécessitent l'hospitalisation dans un service de pédiatrie

Indications d'hospitalisation :

La présence d'**un de ces critères** impose l'hospitalisation du malade dans un service de pédiatrie.

- 1- Troubles digestifs (difficulté de prendre la tétée ou le biberon, ne termine pas la moitié de son biberon, vomissements après chaque tétée, fausse route) ou déshydratation.
- 2- FR > 60 cycles/min en dehors de la période néonatale (>70cycles/mn pour les nouveaux nés).
- 3- Saturation en oxygène <92% sous air, au repos ou lors des biberons.
- 4- Terrain particulier : cardiopathie sous-jacente, dysplasie broncho-pulmonaire, mucoviscidose, déficit immunitaire..
- 5- Nourrisson âgé de moins de 6 semaines qui présente un ou plusieurs signes de lutte : tirage intercostal, sus-sternal, battement des ailes du nez.
- 6- Ancien prématuré <34 SA avec un âge corrigé <3 mois qui présente un ou plusieurs signes de rétraction.
- 7- Mauvaises conditions socio-économiques, incapacité de la famille en terme de prise en charge, de surveillance, de compréhension et d'accès aux soins.

Prise en charge de la bronchiolite légère à modéré non hospitalisée :

Mesures générales :

- La désobstruction rhino-pharyngée (DRP) avec du sérum physiologique
- Antipyrétique si température $>38,5^{\circ}\text{C}$ (Paracétamol)
- Encourager l'allaitement maternel
- Fractionnement des tétées toutes les 2 heures
- Couchage proclive dorsal à 30°
- Proscrire le tabagisme passif
- Pas de baisers
- Aération correcte avec température de la chambre à $19-20^{\circ}$
- **Pas de nébulisations** (beta2mimétiques, corticoïdes, épinephrine, bromide d'ipratropium, sérum hypertonique)
- **Pas de corticoïdes par voie systémique** (orale, IV, IM)
- **Pas de mucolytiques, ni d'antitussifs**
- **Pas d'antibiothérapie sauf si co-infection bactérienne documentée**
- **La kinésithérapie respiratoire n'est pas systématique.** Elle sera proposée seulement si encombrement ou atélectasie ou pathologie sous jacente (neuro-musculaire)
- **Les nourrissons âgés de moins de 3 mois non hospitalisés :** doivent être revus le lendemain dans une structure de soin adaptée pour réévaluer leur état clinique

Informations aux parents :

Le médecin dispense aux parents une information précise et s'assure de la bonne compréhension des signes d'aggravation tels que :

- Troubles digestifs : (vomissements, diarrhée)
- Difficulté de prendre la tétée ou le biberon
- Changement de comportement
- Détérioration de l'état respiratoire
- Élévation thermique (Température $>38,5^{\circ}\text{C}$)

Prise en charge immédiate des formes graves de la bronchiolite par le médecin de première ligne :

- Informer les parents du diagnostic, de la gravité et de la nécessité d'hospitalisation.
- Obtenir un accord de transfert avec la structure correspondante.
- Rédiger la lettre de liaison (Ci-joint le prototype) *.
- Mettre en condition le nourrisson avant le transport :
 - Désobstruction rhinopharyngée au sérum physiologique.
 - Position neutre avec un petit billot sous les épaules pour garder la liberté des voies aériennes.
 - Mettre sous oxygène selon les moyens disponibles (lunettes nasales à oxygène, masque facial, masque à haute concentration). L'objectif étant d'obtenir une SpO_2 supérieure à 94%.

- Mesurer la température et traiter la fièvre $>38,5^{\circ}\text{C}$.
- Poser un accès vasculaire si l'état du patient l'impose (épuisement respiratoire, troubles hémodynamiques).
- Mesurer la glycémie capillaire et corriger une éventuelle hypoglycémie.
- Arrêt de tout apport par voie orale.
- Si disponible, surveiller la SpO₂ par une oxymétrie de pouls.

Remarques :

- Les nébulisations d'adrénaline, de béta2mimétiques, et les corticoïdes par voie inhalée ou systémique n'ont aucune place dans la prise en charge des bronchiolites graves.
- Ne pas retarder le transfert des formes graves par la pratique des examens complémentaires.

Prise en charge de la bronchiolite hospitalisée :

- **En plus de mesures générales suscitées**
- **Oxygénothérapie avec des lunettes à haut débit** : proposée de première intention dans les services de pédiatrie générales en cas de bronchiolite modérée à sévère non améliorée ou aggravée sous oxygénothérapie standard.
- **Oxygénothérapie (lunette nasales, sonde nasale)** : oxygène réchauffé et humidifié avec objectif une satO₂ $>94\%$ (indication : cyanose, satO₂ $\leq 92\%$)
- **Pas de perfusion intraveineuse systématique** : elle sera indiquée en cas d'échec du gavage gastrique.
- **Pas de nébulisations** (beta2mimétiques, corticoïdes, épinephrine, bromide d'ipratropium, sérum hypertonique).
- **Pas de corticoïdes par voie systémique** (orale, IV, IM).
- **Pas de mucolytiques ni d'antitussifs.**
- **Pas d'antibiothérapie sauf si co-infection bactérienne documentée.**

Traitement préventif :

- **Décontamination** des mains par les antiseptiques hydro-alcooliques et à défaut lavage des mains par l'eau et le savon.
- **la désinfection des objets et des surfaces** dans les collectivités, les structures ambulatoires et hospitalières. **Le matériel médical** : stéthoscope, table d'examen, pèse-bébé.. doit être désinfecté entre chaque patient.
- **Le port d'un masque** par les parents malades et le personnel soignant en période d'épidémie pour éviter la transmission du virus au nourrisson.
- **L'éviction des collectivités** (crèches jardins d'enfants) des nourrissons malades.
- **Proscrire le tabagisme passif.**
- **Pas de bisous en période d'épidémie.**
- **Encourager l'allaitement maternel et sa prolongation.**

*Lettre de liaison prototype

Fiche de transfert d'un patient atteint de bronchiolite sévère

Date du transfert :

Lieu du transfert :

Accord de transfert par :

Nom/prénom du patient :

Date de naissance :

âge :

Antécédents médicaux :

Prématurité < 36 semaines d'aménorrhée antécédents de ventilation néonatale
Dysplasie broncho-pulmonaire cardiopathie congénitale déficit immunitaire
Pathologies neuromusculaires polyhandicap

Signes de gravité :

Etat général altéré

Difficultés d'alimentation (< à 50 % de ration alimentaire)

Polypnée > 70cycles /min Apnée

Signes de lutte respiratoire : tirage sous costal tirage intercostal

Battement des ailes du nez balancement thoraco-abdominale

Saturation percutanée en oxygène < 90% à l'air ambiant

FC >180 battements /min

Traitement en cours :

Oxygène

Perfusion intraveineuse périphérique

Autres :

Références :

- Recommandations de bonne pratique de prise en charge de la bronchiolite aigue du nourrisson (STP et DSSB 2013 et la mise à jour 2018).
- Recommandation de bonne pratique HAS, CNP de pédiatrie 2019 : Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aigue chez le nourrisson de moins de 12mois.