



RECOMMANDATIONS DE BASE :

La bronchiolite

La bronchiolite est une maladie virale courante. Elle est le plus souvent causée par le virus respiratoire syncytial et se présente généralement **de façon tardive l'automne et pendant l'hiver**. Les enfants **de moins de 2 ans** sont les plus touchés: particulièrement **les enfants de moins de 12 mois**.

- » **LA MALADIE EST CARACTÉRISÉE PAR** une inflammation aiguë des voies respiratoires, œdème et nécrose des cellules épithéliales des petites voies respiratoires, bronchospasme et des sécrétions plus abondantes.
- » **LES SIGNES CLINIQUES ET LES SYMPTÔMES TYPIQUES SONT :** coryza, toux, sifflements, crépitations et effort respiratoire accru.

COMMENT DIAGNOSTIQUER LA BRONCHIOLITE

- » La bronchiolite est diagnostiquée selon l'histoire du patient et un examen physique.
- » Un diagnostic est habituellement posé suite à un premier épisode de respiration sifflante pendant l'hiver chez un enfant de moins de 24 mois.
- » Les tests de laboratoire et les radiographies pulmonaires ne sont **pas** utiles au diagnostic ou à la gestion de la bronchiolite. Le recours aux radiographies thoraciques est lié à une augmentation de l'utilisation d'antibiotiques.

BRONCHIOLITE SÉVÈRE

- » Les enfants de moins de 6 semaines, et ceux qui souffrent d'une maladie cardiorespiratoire, d'immunodéficience ou ceux qui sont d'une grande prématurité, sont à risque de développer une **bronchiolite sévère**.
- » Les symptômes d'une bronchiolite sévère sont : apnée et le besoin d'une intervention respiratoire (p. ex. CPAP et intubation).

ÉVOLUTION CLINIQUE TYPIQUE DE LA BRONCHIOLITE

- » L'évolution clinique est favorable dans la grande majorité des cas; les symptômes de la bronchiolite atteignent un pic d'intensité vers le cinquième jour de la maladie.
- » Des symptômes tels que la toux **peuvent se prolonger jusqu'à 3 semaines**.

TRAITEMENT DE LA BRONCHIOLITE

- » **Les soins de support sont la pierre angulaire du traitement.**
- » Les objectifs principaux sont d'assurer l'oxygénation et l'hydratation.
- » La réhydratation par voie orale, nasogastrique ou intraveineuse (IV) pourrait être nécessaire si l'enfant ne peut pas maintenir son hydratation.
- » Un apport en oxygène peut aussi être nécessaire si **la saturation en oxygène persiste à < 90 %**.
- » Désencombrement des narines par aspiration limitée peut être bénéfique.



MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA BRONCHIOLITE

Note : La plupart des évidences pour le traitement de la bronchiolite sont pour les enfants de < 12 mois qui présentent un premier épisode de respiration sifflante pendant l'hiver. **Les recommandations suivantes sont pour cette population.**

LES MÉDICAMENTS SUIVANTS NE SONT PAS JUGÉS EFFICACES POUR LE TRAITEMENT DE LA BRONCHIOLITE AU SERVICE DE L'URGENCE :



- » **NE PAS** utiliser le salbutamol
- » **NE PAS** utiliser des bronchodilatateurs oraux
- » **NE PAS** utiliser le bromure d'ipratropium
- » **NE PAS** utiliser une solution saline hypertonique
- » **NE PAS** utiliser des corticostéroïdes par inhalation
- » **NE PAS** utiliser seul des corticostéroïdes systémique
- » **NE PAS** utiliser des antibiotiques

BRONCHODILATATEURS

- » Les évidences sont équivoques pour l'utilisation de l'épinéphrine en nébulisation pour la bronchiolite.
- » Si l'état de l'enfant s'améliore, il devrait rester sous observation pour quelque temps avant de recevoir son congé.
- » Le dosage habituel est **3 ml par 1:1000 d'épinéphrine ou 0,5 ml de 2,25 % d'épinéphrine racémique dans 3 ml de solution saline normale.**

CORTICOSTÉROÏDES

- » Il n'existe **aucune** évidence que les corticostéroïdes oraux ou par IV donnés seuls réduisent le taux d'hospitalisation ou améliorent les symptômes.
- » Les évidences sont équivoques pour l'administration rapprochée dans le temps de dexaméthasone et d'épinéphrine afin de réduire le taux d'hospitalisation.

CRITÈRES D'HOSPITALISATION

- » Besoin de liquides par voie intraveineuse ou nasogastrique pour hydratation
- » Besoin de supplémentation en oxygène
- » Difficultés respiratoires persistantes

ENVISAGER L'OBSERVATION ÉTROITE OU L'HOSPITALISATION POUR :

- » Enfants < 6 semaines ou prématurés
- » Enfants qui souffrent d'une maladie cardiorespiratoire ou d'immunodéficience
- » Enfants qui présentent une fréquence cardiaque et/ou une respiratoire élevée (**fréquence cardiaque >180 bpm, fréquence respiratoire > 80 bpm**) même si on observe une amélioration au service de l'urgence

Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour le diagnostic et le traitement de la bronchiolite au service de l'urgence. Ce sommaire est produit par un membre délégué sur la bronchiolite du réseau TREKK, la D^e Amy Plint du *Children's Hospital of Eastern Ontario*. Il s'agit des meilleures connaissances disponibles au moment de la parution de ce bulletin. Par contre, les professionnels de la santé devraient continuer à utiliser leur propre jugement et prendre en considération le contexte, les ressources et les autres facteurs pertinents. Le réseau TREKK ne sera pas responsable des pertes, demandes d'indemnisation, dettes, coûts ou obligations liées à l'utilisation du présent document, y compris des pertes ou dommages découlant de réclamations d'une tierce partie. De plus, le réseau TREKK n'assume aucune responsabilité pour les changements apportés au présent document sans son autorisation.

Le présent sommaire s'appuie sur les sources suivantes:

- 1) American Academy of Pediatrics, [Clinical Practice Guideline: The diagnosis, management and prevention of bronchiolitis](#), Pediatrics 2014; 134: e1474-e1502.
- 2) Hartling L, Fernandes RM, Bialy L, Milne A, Johnson D, Plint A, Klassen TP, Vandermeer B. [Steroids and bronchodilators for acute bronchiolitis in the first two years of life: Systematic review and meta-analysis](#). BMJ 2011; 342:d1714.
- 3) Bialy L et al. [The Cochrane Library and the Treatment of Bronchiolitis in Children: An Overview of Reviews](#). Evidence-Based Child Health 2011; 6: 258-75.

© Mai 2017, TREKK ; révision en 2019.

