

# La bronchiolite

La bronchiolite est une infection virale causée principalement par le virus respiratoire syncytial (RSV). La saison commence typiquement en fin d'automne et continue pendant les mois d'hiver. La bronchiolite affecte surtout les enfants de moins de 2 ans, plus particulièrement les bébés en dessous de 12 mois. Comment la pandémie du COVID-19 affectera l'incidence de la bronchiolite durant l'hiver 2020-21 reste à déterminer.

**LA BRONCHIOLITE EST CARACTÉRISÉE PAR** une inflammation aigüe des voies respiratoires; œdème et nécrose des cellules épithéliales des petites bronches (bronchioles); bronchospasme; et augmentation des sécrétions muqueuses.

» **LES SIGNES CLINIQUES/SYMPTÔMES INCLUENT : rhinorrhée, toux, sibilances, crépitants, effort respiratoire, et fièvre.**

## Diagnostic

- » Le diagnostic de la bronchiolite est basé sur l'anamnèse et l'examen physique.
- » Le diagnostic est habituellement posé pour un premier épisode de sibilance (respiration sifflante) en hiver chez un enfant de moins de 24 mois.
- » Les tests de laboratoire et radiographies pulmonaires de routine ne sont **PAS** utiles au diagnostic ni à la prise en charge de la bronchiolite. La radiographie des poumons est associée à l'utilisation inappropriée des antibiotiques.
- » Les tests de virologie doivent être utilisés **seulement** afin d'établir des cohortes pour l'hospitalisation, au besoin.
- » Le dépistage de la COVID-19 doit être considéré chez tout patient avec des signes/symptômes de bronchiolite.
- » Pour le nouveau-né ou le nourrisson d'âge 0-60 jours avec une bronchiolite fébrile, consulter les [RECOMMANDATIONS DE BASE TREKK : Fièvre – Nouveau-nés et nourrissons](#).

## Traitement

- » **Les soins de soutien sont à la base du traitement.**
- » Les objectifs principaux de la prise en charge sont d'assurer une oxygénation et une hydratation adéquates.



### OXYGÉNATION

- » Administrer de l'oxygène seulement si la saturation en oxygène persiste à < 90 %.
- » Vérifier la saturation en oxygène de façon **intermittente**, pas continue.
- » Dégager les narines de temps à autre en aspirant les sécrétions; cela pourrait réduire la détresse respiratoire chez le nourrisson de moins de 4 mois.
- » Utiliser la **canule nasale à haut débit** pour diminuer l'effort respiratoire et améliorer l'oxygénation chez le nourrisson/l'enfant en détresse respiratoire modérée ou sévère. On recommande un débit de 2 L/kg/minute pour commencer.
- » Procéder à la **ventilation non invasive (CPAP, BiPAP) ou à la ventilation invasive, et à l'hospitalisation aux soins intensifs pédiatriques** si le nourrisson/l'enfant a des signes d'insuffisance respiratoire (acidose respiratoire, altération de l'état mental, et/ou apnée) ou de détresse respiratoire sévère et persistante.

### HYDRATATION

- » L'enfant atteint de bronchiolite a du mal à se nourrir et peut devenir déshydraté.
- » Hydrater par voie buccale, souvent et par petites quantités, si tolérée.
- » Pour l'enfant qui ne peut maintenir une hydratation par voie orale, administrer de l'hydratation par sonde nasogastrique (NG) ou par voie intraveineuse (IV).

### MÉDICAMENTS

- » La plupart des données probantes sur le traitement de la bronchiolite sont basées sur des enfants de moins de 12 mois, avec un premier épisode de sibilance en hiver. **Les recommandations suivantes s'adressent à cette population.**

**Il n'y a aucune donnée probante justifiant les traitements suivants; DONC :**

- |  |  |
|--|--|
| » <b>NE PAS</b> utiliser le salbutamol               | » <b>NE PAS</b> utiliser d'antibiotiques                 |
| » <b>NE PAS</b> utiliser le bromure d'ipratropium    | » <b>NE PAS</b> utiliser de bronchodilatateurs oraux     |
| » <b>NE PAS</b> utiliser de corticostéroïdes inhalés | » <b>NE PAS</b> utiliser de corticostéroïdes systémiques |



## ÉPINÉPHRINE ET SALIN HYPERTONIQUE

- » Les évidences sont **équivoques** pour l'épinéphrine en nébulisation et pour le salin hypertonique dans le contexte de la bronchiolite; ainsi, ces traitements **ne sont pas recommandés de routine**.
- » S'ils sont utilisés, on recommande une seule dose plutôt qu'un traitement à répétition. Faire un essai pré-post pour documenter l'amélioration de l'effort/état respiratoire de l'enfant.
- » Dosage habituel :
  - » Épinéphrine en nébulisation (1 mg/mL solution injectable) :
    - Poids moins de 10 kg : 3 mg (3 mL)
    - Poids 10 kg ou plus : 5 mg (5 mL)
  - » Solution saline 3 % en nébulisation : 4 mL.

## Évolution typique de la maladie

- » Dans la plupart des cas, l'enfant guérira bien; les symptômes atteignent un pic vers le 5<sup>e</sup> jour de la maladie.
- » Environ 2 % des enfants atteints de bronchiolite développeront des symptômes graves nécessitant la ventilation ou les soins intensifs pédiatriques.
- » Facteurs de risque pour une bronchiolite sévère : âge moins de 2 mois, prématurité, maladie cardiovasculaire ou immunodéficience sous-jacente.
- » Les symptômes tels que la toux peuvent persister jusqu'à **3 semaines**.

## Critères de congé

- » L'enfant dont la détresse respiratoire est légère, la saturation en oxygène 90 % ou plus, et l'hydratation est adéquate par voie orale peut rentrer à la maison en toute sécurité.
- » Des informations pour les parents se trouvent sur le [site TREKK, dans la section Patient et famille](#).

## Critères d'hospitalisation

- » Hospitaliser si :
  - » La saturation en oxygène persiste à moins de 90 % et l'enfant a besoin d'oxygénothérapie; ET/OU
  - » L'hydratation par voie orale ne peut être maintenue et l'enfant a besoin d'hydratation par IV ou NG; ET/OU
  - » La détresse respiratoire est persistante et modérée ou sévère.
- » Considérer l'hospitalisation ou l'observation à l'urgence (ex. 4-6 heures) pour documenter que l'hydratation par voie orale et l'oxygénation sont adéquates si :
  - » L'enfant a une maladie cardiovasculaire ou immunodéficience sous-jacente.
  - » L'enfant est un nourrisson de moins de 6 semaines ou était prématuré à la naissance.

## Contactez le Centre de référence pédiatrique ou le service ambulancier provincial pour le transfert si :

- » L'enfant présente de l'apnée ou une détresse respiratoire persistante et importante (saturation en oxygène moins de 90 %, un battement des ailes du nez et/ou 'grunting', rétractions), particulièrement en présence de facteurs de risque pour une bronchiolite sévère (âge moins de 2 mois, prématurité, maladie cardiovasculaire ou immunodéficience sous-jacente).

**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 les conseillers sur la bronchiolite du réseau TREKK, Dr Amy Plint du CHEO et Dr Gabrielle Freire du *Hospital for Sick Children*. 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 liés 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) O'Brien S, et al for the PREDICT Network. [Australasian Bronchiolitis Guidelines](#). Journal of Pediatrics and Child Health 2019;55:42-53.
- 3) Fernandes RM, Bialy LM, Vandermeer B, et al. [Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children](#). Cochrane 2013; Jun 4;2013(6).
- 4) Gadomski AM, Scribani MB. [Bronchodilators for bronchiolitis in infants with first-time wheezing](#). Cochrane summary 2014.
- 5) Zhang L, Mendosa-Sassi RA, Wainwright C, Klassen TP. [Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants](#). Cochrane Database Syst Rev 2017; Dec 21;12(12).
- 6) Freire G, et al. [Predicting escalated care in infants with bronchiolitis](#). Pediatrics 2018;142(3):e20174253.
- 7) Schuh S, et al. [Predictors of critical care and mortality in bronchiolitis after emergency department discharge](#). J Pediatr 2018;199:217-222.