

La bronchiolite

La bronchiolite est une maladie virale courante, causée en grande partie par le virus respiratoire syncytial (RSV). La saison commence typiquement en fin d'automne et continue pendant les mois d'hiver. La bronchiolite affecte particulièrement les enfants de moins de 2 ans, surtout les nourrissons de moins de 12 mois.

La bronchiolite est caractérisée par une inflammation aigüe des voies respiratoires; œdème et nécrose des cellules épithéliales des bronches de petit calibre (bronchioles); bronchospasme; et augmentation des sécrétions muqueuses.

Les signes et symptômes cliniques incluent : écoulement nasal, toux, sibilances, crépitations, effort respiratoire, et fièvre.

Les facteurs de risque pour une bronchiolite sévère, par rapport au patient, incluent : âge moins de 2 mois, naissance prématurée, et pathologie cardiorespiratoire ou déficit immunitaire sous-jacent.¹

Diagnostic

- » Le diagnostic de la bronchiolite est basé sur l'anamnèse et l'examen physique.
- » Le diagnostic est en général posé pour un premier épisode de sibilances en hiver chez un enfant de moins de 24 mois.
- » Les tests de laboratoire et la radiographie pulmonaire de routine ne sont **PAS** utiles au diagnostic ni à la prise en charge de la bronchiolite. La radiographie pulmonaire est associée à l'utilisation inappropriée des antibiotiques.²
- » Les tests viraux par PCR doivent être utilisés **uniquement** afin d'établir des cohortes pour l'hospitalisation. Considérer un test rapide pour l'influenza si le patient est à risque élevé et qu'il pourrait bénéficier d'un traitement antiviral.³ Suivre les politiques locales de dépistage pour la COVID-19 selon la Santé publique.
- » Pour le nouveau-né et le nourrisson d'âge 0-60 jours avec une bronchiolite fébrile, consulter les [Recommandations TREKK : Fièvre – Nouveau-nés et nourrissons](#).

Traitement

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



OXYGÉNATION

- » Administrer de l'oxygène seulement si la saturation en oxygène persiste à < 90 % lorsque le patient est réveillé. Les désaturations légères et transitoires pendant le sommeil sont fréquentes et ne nécessitent pas d'oxygénothérapie.⁴
- » Vérifier la saturométrie de façon **intermittente**, et non en continu, sauf si le patient reçoit de l'oxygénothérapie.⁵
- » Dégager les narines de temps à autre en aspirant les sécrétions; cela pourrait réduire la détresse respiratoire chez le jeune nourrisson. Considérer particulièrement avant les boires.
- » Considérer la **lunette nasale à haut débit (HFNC)** pour diminuer l'effort respiratoire et améliorer l'oxygénation chez le nourrisson/l'enfant en détresse respiratoire modérée ou sévère. Toutefois, les évidences suggèrent que la HFNC ne réduit ni le risque de transfert aux soins intensifs ni le besoin de ventilation à pression positive (invasive ou non), par rapport à l'oxygénothérapie à bas débit. Utiliser la HFNC comme **traitement de secours** pour le patient qui échoue à l'oxygénothérapie standard, et débiter celle-ci par un débit de 2 L/kg/minute.⁶
- » 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 de conscience, et/ou apnée) ou de détresse respiratoire sévère et persistante.

HYDRATATION

- » Le nourrisson/l'enfant atteint de bronchiolite a du mal à se nourrir et risque de devenir déshydraté.
- » Donner de la nourriture par voie orale, souvent et par petites quantités, si tolérée.
- » Pour le nourrisson/l'enfant qui ne peut maintenir une hydratation par voie orale ou qui est sous ventilation à pression positive, réhydrater par sonde nasogastrique (NG) ou par voie intraveineuse (IV). La sonde NG est la méthode d'hydratation de choix, car plus facile à insérer et associée à moins d'événements indésirables.⁷

Consultez trekk.ca pour plus de ressources sur les soins pédiatriques à l'urgence.

© AVRIL 2023, TREKK. VERSION 4.0. PROCHAINE RÉVISION : 2025.

TRADUCTION FRANÇAISE : DANIELLE BUCH, RÉDACTRICE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE.

La bronchiolite

MÉDICAMENTS

» La plupart des évidences sur le traitement de la bronchiolite sont issues d'études sur des nourrissons de moins de 12 mois, avec un premier épisode de sibilances en hiver. **Les recommandations suivantes s'adressent à cette population.**

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



- **NE PAS** utiliser le salbutamol
- **NE PAS** utiliser le bromure d'ipratropium
- **NE PAS** utiliser de corticostéroïdes inhalés
- **NE PAS** utiliser d'antibiotiques
- **NE PAS** utiliser de bronchodilatateurs oraux
- **NE PAS** utiliser de corticostéroïdes systémiques

ÉPINÉPHRINE ET SALIN HYPERTONIQUE

» Les évidences sont **équivoques** comme quoi l'épinéphrine en nébulisation améliorerait le score de sévérité clinique ou que le salin hypertonique en nébulisation raccourcirait la durée d'hospitalisation. Il n'y a aucune évidence que l'un ou l'autre diminue le risque d'hospitalisation. Ainsi, ces traitements **ne sont pas recommandés de routine à l'urgence.**

» S'ils sont utilisés, nous recommandons une seule dose plutôt qu'un traitement régulier à répétition. Faire un essai pré-post pour documenter toute amélioration de l'effort/état respiratoire du patient.

» Dosage : 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, le nourrisson/l'enfant guérira bien; les symptômes atteignent un pic au 5^e jour de maladie.
- » Environ 2 % des nourrissons atteints d'une bronchiolite développeront des symptômes graves nécessitant un support ventilatoire ou les soins intensifs pédiatriques.
- » Les symptômes tels que la toux peuvent persister jusqu'à **3-4 semaines.**

Critères de congé sécuritaire à domicile

- » Le nourrisson/l'enfant qui a une détresse respiratoire légère, une saturation en oxygène de 90 % ou plus, et qui tolère l'hydratation orale adéquate, peut rentrer à la maison en toute sécurité, avec des conseils de départ clairs.
- » La situation d'un nourrisson/enfant qui a du mal à respirer peut être effrayante pour le patient et sa famille. Rassurer la famille et leur procurer les informations dont ils ont besoin pour rentrer chez eux en toute sécurité, sachant quels sont les symptômes graves à surveiller et le support à offrir. Plusieurs ressources destinées aux parents se trouvent à la section [Parent and Family du site TREKK \(en anglais\)](#).

Critères d'hospitalisation

- » Hospitaliser si :
 - La saturation en oxygène persiste à moins de 90 % et le patient a besoin d'oxygénothérapie; ET/OU
 - L'hydratation par voie orale ne peut être maintenue et le patient a besoin d'hydratation par IV ou NG; ET/OU
 - La détresse respiratoire est persistante et modérée ou sévère.
- » Considérer l'hospitalisation pour :
 - Le nourrisson/l'enfant avec une maladie cardiovasculaire ou une immunodéficience sous-jacente; OU
 - Le nourrisson de moins de 6 semaines ou né prématurément.

Contactez le Centre de référence pédiatrique ou l'équipe de transport si :

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

Pour la liste complète des références et des membres de l'équipe de développement, voir la page suivante. 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 chez l'enfant au Service de l'urgence. 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.

Consultez trekk.ca pour plus de ressources sur les soins pédiatriques à l'urgence.

©AVRIL 2023, TREKK. VERSION 4.0. PROCHAINE RÉVISION : 2025.

TRADUCTION FRANÇAISE : DANIELLE BUCH, RÉDACTRICE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE.

La bronchiolite

Recommandations de base

Les Recommandations de base sont de courts résumés pour les professionnels de la santé, contenant les connaissances à jour en matière de diagnostic et de traitement des situations pédiatriques à l'urgence. Cette ressource n'est pas conçue pour être utilisée comme guide pas-à-pas. Elle est idéale à l'usage éducatif et pour résumer les évidences sur la bronchiolite aux soins d'urgences pédiatriques. L'élaboration de ce document suit un processus rigoureux et itératif, en collaboration avec des spécialistes de différents domaines (soins infirmiers, médecine d'urgence, et pharmacie). Pour la liste complète des évidences qui ont informé ce résumé, voir notre [site web](#).

Références

1. Schuh S, Kwong JC, Holder L, Graves E, Macdonald EM, Finkelstein Y. [Predictors of critical care and mortality in bronchiolitis after emergency department discharge](#). J Pediatr. 2018;199:217-22.e1.
2. Zipursky A, Kuppermann N, Finkelstein Y, et al. Pediatric Emergency Research Networks (PERN). [International Practice Patterns of Antibiotic Therapy and Laboratory Testing in Bronchiolitis](#). Pediatrics 2020;146:e20193684.
3. Upton D. A; Canadian Pediatric Society, Infection Diseases and Immunization Committee. <https://cps.ca/en/documents/position/antiviral-drugs-for-influenza>. Oct 9 2019.
4. Principi T, Coates AL, Parkin PC, Stephens D, DaSilva Z, Schuh S. [Effect of Oxygen Desaturations on Subsequent Medical Visits in Infants Discharged From the Emergency Department With Bronchiolitis](#). JAMA Pediatr. 2016;170(6):602–608.
5. Mahant S, Wahi G, Giglia L, et al. [Intermittent versus continuous oxygen saturation monitoring for infants hospitalised with bronchiolitis: study protocol for a pragmatic randomised controlled trial](#). BMJ Open. 2018 Apr 20;8(4):e022707.
6. Gutiérrez Moreno M, Del Villar Guerra P, Medina A, Modesto I Alapont V, Castro Bournissen L, Mirás Veiga A, Ochoa-Sangrador C. [High-Flow Oxygen and Other Noninvasive Respiratory Support Therapies in Bronchiolitis: Systematic Review and Network Meta-Analyses](#). Pediatr Crit Care Med. 2023 Feb 1;24(2):133-142.
7. Gill PJ, Anwar MR, Kornelsen E, Parkin P, Mahood Q, Mahant S. [Parenteral versus enteral fluid therapy for children hospitalised with bronchiolitis](#). Cochrane Database Syst Rev. 2021 Dec 1;12(12):CD013552.

Équipe de développement

Un grand merci aux **spécialistes** qui ont contribué au **contenu** et à l'élaboration des Recommandations de base sur la Bronchiolite :

Amy Plint, MD, FRCPC, *Emergency Pediatrician, [Children's Hospital of Eastern Ontario \(CHEO\)](#); Senior Scientist, [CHEO Research Institute](#); Professor, Departments of Pediatrics and Emergency Medicine; Tier I Research Chair in Pediatric Emergency Medicine, [University of Ottawa](#)*

Gabrielle Freire, MDCM, FRCPC, MHSc, *Pediatric Emergency Medicine Physician, [The Hospital for Sick Children \(SickKids\)](#); Associate-Scientist Track Investigator, [SickKids Research Institute](#), Assistant Professor of Pediatrics, [University of Toronto](#).*

Merci au [Comité éditorial TREKK](#), au Comité consultatif parents et jeunes, et à l'éditrice Dr Sarah Reid ([CHEO](#)) pour leur support éditorial et leur expertise au développement de cette ressource.

Merci aussi à **Chelsea Bowkett**, TREKK Project Coordinator ([University of Manitoba](#)) qui a encadré ce projet;

et à **Laurence Baril, MD, Emergency Medicine Physician, Quebec City**, pour la traduction française.

Subventionné par :



Consultez trekk.ca pour plus de ressources sur les soins pédiatriques à l'urgence.

© AVRIL 2023, TREKK. VERSION 4.0. PROCHAINE RÉVISION : 2025.

TRADUCTION FRANÇAISE : DANIELLE BUCH, RÉDACTRICE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE.