

# LA BRONCHIOLITE CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT

## Guide de pratique clinique

Département de pédiatrie



La bronchiolite est **une infection virale** des voies respiratoires inférieures qui se caractérise par l'obstruction des petites voies respiratoires. Elle est causée par une inflammation aiguë avec œdème et nécrose des cellules épithéliales ainsi qu'un excès de production de mucus. Le virus respiratoire syncytial (VRS) en est la principale cause, mais le métapneumovirus, l'influenza, le parainfluenza, l'adénovirus et le rhinovirus en sont parfois aussi responsables.

La bronchiolite est **la principale cause d'hospitalisation chez les nourrissons de 12 mois et moins**; elle représente **environ 300 admissions par an** au Centre mère-enfant Soleil (CMES). La forte majorité des patients ne nécessite **aucune investigation ni traitement spécifique**, hormis un traitement de soutien.

Les études révèlent une tendance à la sur-investigation, au surdiagnostic et au surtraitement dans la prise en charge de cette condition clinique généralement bénigne.



Les recommandations incluses dans ce guide **concernent les nourrissons sans comorbidité significative**. Elles **excluent** ainsi ceux qui sont atteints d'au moins l'un des diagnostics suivants :

- **pneumopathie chronique**, incluant dyskinésie ciliaire, malformation congénitale, dysplasie bronchopulmonaire et fibrose kystique du pancréas
- **cardiopathie congénitale** cyanogène ou hémodynamiquement significative
- **immunodéficience** primaire ou acquise
- **malformations craniofaciales avec répercussions** sur les voies aériennes hautes ou basses
- **maladie neurologique** avec atteinte **musculaire**

## 1. Diagnostic

Le diagnostic est d'abord et avant tout **clinique**. Il s'appuie sur une présentation associant un prodrome viral avec rhinorrhée, toux et parfois fièvre, suivi d'une détresse respiratoire de sévérité variable (tachypnée, tirage, sibilants, crépitants et parfois désaturations).

### a) Investigations

#### 1- Suggérées

- Prélèvement nasopharyngé pour recherche de VRS **si nécessite une hospitalisation**. Permet le cohortage et la réévaluation de la pertinence de la prophylaxie avec palivizumab (Synagis) lorsqu'applicable.

## 2- À considérer au cas par cas

- **Gaz capillaire** : si indices cliniques d'insuffisance respiratoire
- **Bilan septique** (analyse et culture d'urine, hémoculture +/- ponction lombaire)
  - Des données robustes rapportent une incidence excessivement faible d'infection bactérienne sérieuse chez les nourrissons de moins de 3 mois avec bronchiolite clinique :
    - i. Infection urinaire : moins de 3 %
    - ii. Bactériémie : 1 % et moins
    - iii. Méningite : 0 %
  - Les facteurs à considérer dans la décision de prescrire un bilan septique incluent l'âge (< 28 jours de vie), mais surtout l'état clinique

## 3- Non recommandées

- **FSC** : les globules blancs ne sont pas de bons prédicteurs d'une co-infection bactérienne dans un contexte de bronchiolite.
- **Radiographie pulmonaire**
  - **Rationnelle** : la majorité des bronchiolites s'accompagnent d'épaississements / infiltrats péri-bronchiques et d'atélectasie. Les opacités alvéolaires sont également possibles, mais la radiographie ne permet pas de distinguer la pneumonie à RSV d'une surinfection bactérienne. Le recours à la radiographie s'associe donc à une surutilisation des antibiotiques sans impact bénéfique pour les patients.
  - **Exceptions** :
    - i. Détresse/insuffisance respiratoire nécessitant une admission aux soins intensifs
    - ii. Suspicion d'un diagnostic alternatif
    - iii. Évolution clinique défavorable inexplicée/inattendue

## 2. Prise en charge

### a) Monitoring

#### 1- Saturomètre :

- **Mesure ponctuelle de la saturation lors des signes vitaux et évaluation respiratoire sauf si besoins particuliers nécessitant un saturomètre en continu tel que :**
  - besoin d'oxygène
  - détresse respiratoire majeure



## 2- Moniteur d'apnée si :

- histoire d'apnée/cyanose OU
- moins de 48 semaines d'âge post-conceptionnel

## b) Traitements recommandés au cas par cas

1- **O<sup>2</sup>** : au besoin pour viser une saturation à 90 % et plus

### 2- Favoriser hydratation orale.

Si :

- FR supérieure à 60/min ET détresse respiratoire significative (risque d'aspiration)
  - Diminution des boires et de la diurèse
- Considérer gavage ou hydratation IV

3- **Hygiène nasale** : au besoin si obstruction nasale; se limiter à l'aspiration nasale.

## c) Traitements généralement non recommandés d'emblée

### 1- Épinéphrine en nébulisation :

- À tenter si obstruction sévère (ne pas répéter si inefficace)
- Dose : Épinéphrine 0,1 % : 0,5 ml/kg/dose (maximum : 5 ml)

### 2- Nébulisation de salin hypertonique 3% :

- Peu efficace, mais à envisager si bébé hospitalisé de façon prolongée et état très sécrétoire
- Dose salin 3 % : 4 ml  
(À répéter selon la réponse clinique. Si efficace, non donné régulier mais seulement si se détériore à nouveau.)

## d) Traitements non recommandés

1- Physiothérapie respiratoire de type clapping non recommandée sauf si :

- Atélectasie importante et persistante secondaire aux sécrétions
- Problèmes pulmonaires chroniques.

2- Salbutamol sauf si forte suspicion de bronchospasme pouvant répondre aux bronchodilatateurs.

3- Corticostéroïdes sauf si forte suspicion de bronchospasme pouvant répondre aux bronchodilatateurs ou dans certains cas de bébés très malades aux soins intensifs.



## 4- Antibiotiques

### ➤ Rationnelle :

- Tel que décrit ci-haut, les infections bactériennes invasives ou sérieuses sont exceptionnelles en présence d'un tableau clinique de bronchiolite
- La surinfection pulmonaire est rare, mais possible. Toutefois, son diagnostic devrait être basé sur le constat clinique d'une évolution défavorable pouvant inclure :
  - i. Une évolution biphasique, i.e une détérioration de la fièvre, de l'état clinique et du statut respiratoire précédé d'une amélioration initiale
  - ii. Une fièvre élevée (**39°C et plus**) **et** soutenue pendant plus de 48 heures, associée à un mauvais état général
- L'otite moyenne aiguë (OMA) est assez fréquente, mais elle peut être simplement due au RSV ou à un pathogène bactérien peu virulent (*H.influenzae non typable*, *Moraxella catarrhalis*) s'associant à une atteinte auto-résolutive. L'observation étroite pendant 24 et 48 heures est recommandée en l'absence de critère de traitement immédiat (voir « exceptions »).

### ➤ Exceptions :

- **Otite moyenne aiguë sévère** (température à **39°C** et plus OU otalgie sévère OU maladie systémique sévère OU durée des symptômes depuis plus de 48 heures OU perforation tympanique) correspondant à tous les critères diagnostics, soit :
  - i. Début aigu des symptômes
  - ii. Épanchement de l'oreille moyenne
  - iii. **Bombement au moins modéré de la membrane tympanique** (s'associant souvent à un érythème et/ou à une décoloration jaunâtre ou hémorragique du tympan)
- Infection urinaire prouvée
  - i. **Critères diagnostics minimaux**: pyurie (supérieur ou égal à 5-15 leucocytes par champ à la microscopie) **ET** culture quantitative d'un seul uropathogène à au moins  $5 \times 10^7$  CFU/L (par cathétérisme) ou  $10^8$  CFU/L (par mi-jet)
- **Surinfection pulmonaire hautement suspectée chez le patient dont l'état clinique ne permet pas l'observation initiale**
  - i. Antimicrobien à préconiser dans ce contexte : **ampicilline** (ou pénicilline G)
    - Rationnelle : la surinfection pulmonaire suivant une infection virale des voies respiratoires **acquise en communauté** chez le nourrisson et le jeune enfant sans comorbidité majeure est le plus souvent due au Streptocoque pneumoniae. Ainsi, même un patient dont l'état nécessite une admission aux soins intensifs devrait se voir prescrire un antibiotique à spectre **étroit**. Ceci s'applique même si le patient était sous antibiotique par voie orale au moment de sa détérioration.