

## RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

# Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois

## Fiche Outil - Novembre 2019

Le premier épisode de bronchiolite aiguë est défini comme le premier épisode aigu de gêne respiratoire (séquence rhinite suivie de signes respiratoires : toux, sibilants et/ou crépitant, accompagnés ou non d'une polypnée et/ou de signes de lutte respiratoire), intervenant à toute période de l'année.

- Les signes de luttés sont définis par la mise en jeu des muscles accessoires intercostaux inférieurs, sterno-cléido-mastoïdiens et un asynchronisme thoraco abdominal.
- Ces recommandations ne concernent pas les enfants de plus de 12 mois et les épisodes récurrents de gêne respiratoire sifflante.
- Devant un 2<sup>ème</sup> épisode rapproché, chez le nourrisson de moins de 12 mois, il sera nécessaire d'envisager d'autres diagnostics, de prendre en compte d'autres paramètres tels que l'âge, les antécédents (asthme, allergies), les symptômes associés.

## EVALUATION INITIALE

Tableau 1. Check List pour l'évaluation initiale (après désobstruction nasale et chez un enfant calme)

Bronchiolite aiguë du nourrisson (<12 mois)	
Evaluation initiale	
<b>Check List</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Etat général/comportement/hypotonie</b></li> <li>✓ <b>Critères de gravité</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fréquence respiratoire sur 1 minute (&gt; 60/ min ou &lt;30/min)</li> <li>• Fréquence cardiaque (&gt;180/min ou &lt;80/min)</li> <li>• Pausés respiratoires</li> <li>• Respiration superficielle</li> <li>• Signes de lutte respiratoires intenses (mise en jeu des muscles accessoires intercostaux inférieurs, sternocléidomastoïdiens, et un balancement thoraco abdominal, battements des ailes du nez)</li> <li>• SpO2 &lt; 92% ou cyanose</li> <li>• Alimentation &lt; 50% de la quantité habituelle sur 3 prises consécutives ou refus alimentaire</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Critères de vulnérabilité</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Age corrigé &lt; 2 mois, prématurité &lt;36 SA</li> <li>• Comorbidités (cardiopathie congénitale avec shunt, pathologie pulmonaire chronique dont dysplasie broncho-pulmonaire, pathologie neuromusculaire, déficit immunitaire, polyhandicap)</li> <li>• Contexte socio-économique défavorable</li> <li>• Critères d'environnement (recours aux soins ne permettant pas un retour au domicile)</li> </ul> </li> </ul>

# NIVEAUX DE GRAVITE, PRISE EN CHARGE INITIALE

Tableau 2. Critères pour définir le niveau de gravité et prise en charge initiale selon le niveau

Forme	Légère	Modérée	Grave
État général altéré (dont comportement)	Non	Non	Oui
Fréquence respiratoire (mesure recommandée sur 1 minute)	< 60/min	60-69/min	≥ 70/min ou < 30/min ou respiration superficielle ou bradypnée (<30/min) ou apnée
Fréquence cardiaque (>180/min ou <80/min)	Non	Non	Oui
Utilisation des muscles accessoires	Absente ou légère	Modérée	Intense
SpO2% à l'éveil en air ambiant	> 92%	90% < SpO2% ≤ 92%	≤ 90% ou cyanose
Alimentation*	>50%	< 50% sur 3 prises consécutives	Réduction importante ou refus
*(à évaluer par rapport aux apports habituels : allaitement maternel et/ou artificiel et/ou diversification)			
<b>Interprétation</b>	<b>Présence de tous les critères</b>	<b>Au moins un des critères modérés (aucun critère des formes graves)</b>	<b>Au moins un des critères graves</b>
Prise en charge initiale			
<b>Orientation</b> (domicile, hospitalisation, USI réanimation)	Retour au domicile avec conseils de surveillance	<b>Hospitalisation si :</b> ✓ SpO2 <92% (indication oxygène) ✓ Support nutritionnel nécessaire ✓ Age < 2 mois  <b>Hospitalisation à discuter si critères de vulnérabilité ou d'environnement</b>	<b>Hospitalisation systématique</b> <b>Hospitalisation USI / réanimation si :</b> ✓ Apnées ✓ Épuisement respiratoire, capnie (>46-50 mmHg), pH (< 7,34) ✓ Augmentation rapide des besoins en oxygène
<b>Examens complémentaires</b>	Aucun de manière systématique	Aucun de manière systématique	Peuvent se discuter : Radiographies de thorax, mesure de la capnie, ionogramme sang, NFS
<b>Oxygène</b>	Non indiqué	Si SpO2 <92% Objectif SpO2 > 90% sommeil et 92% à l'éveil	Si SpO2 <94% à l'éveil Objectif SpO2 > 90% sommeil et >94% à l'éveil
<b>Nutrition</b>	Fractionnement	Fractionnement  Si difficultés alimentaires : alimentation entérale en 1ère intention puis si échec hydratation intraveineuse (IV)	Fractionnement  Si difficultés alimentaires : alimentation entérale en 1ère intention puis si échec hydratation iv
<b>Désobstruction des voies aériennes supérieures</b>	systématique pluriquotidienne (aspirations naso-pharyngées non recommandées)		
<b>Kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique</b>	Non recommandée	Non recommandée en hospitalisation Non recommandée en ambulatoire (absence de données en ambulatoire)	Contre indiquée
A discuter selon comorbidités (ex : pathologie respiratoire chronique, pathologie neuromusculaire)			
<b>Traitements médicamenteux</b>	<b>Pas d'indication</b> : bronchodilatateur, adrénaline, sérum salé hypertonique, antibiothérapie systématique <b>Contre-indication</b> : sirop antitussif, fluidifiant bronchique		

## CIRCUIT DU PATIENT

- Le nourrisson est vu en consultation par le médecin de soins primaires qui évalue et classe le niveau de gravité de la bronchiolite du nourrisson (cf. tableau 2).
- Il convient de tenir compte des 48 premières heures par rapport au début des symptômes respiratoires, période pendant laquelle tout nourrisson est susceptible de s'aggraver (critères de vulnérabilité, environnement favorable ou non à une surveillance fiable ou à un recours aux soins rapide).
- La prise en charge nécessite
  - ✓ d'expliquer aux parents les signes d'alerte (cf. fiche conseil) devant faire consulter de nouveau,
  - ✓ de programmer une nouvelle évaluation dans les 24 à 48h,
  - ✓ d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire quand elle le justifie avec un objectif principal de ne pas perdre de vue des nourrissons pendant cette période critique.
  - ✓ d'informer les parents des recours d'urgence possible dans leur territoire de santé.
- Dans la grande majorité des cas, le recours hospitalier n'est pas nécessaire.

Tableau3. Niveaux de recours de soins

Niveaux	Quand ?	Où ?
1 <sup>er</sup> recours	1 <sup>ère</sup> consultation (sous 48h) avec évaluation et classification Selon décision de prise en charge (surveillance, nouvelle consultation sous 48-72h selon évolution)	Ambulatoire Médecins de soins primaires, professionnels de premier recours, réseaux bronchiolites...
2 <sup>ème</sup> recours	Consultation en cas d'urgence, nécessité d'une vigilance accrue quotidienne comprenant jours fériés et WE, ou d'incertitude sur la conduite à tenir	Hôpital, autres organisations locales et territoriales, futures communautés professionnelles territoriales de santé
3 <sup>ème</sup> recours	Forme grave initiale ou secondaire requérant alors un transport médicalisé Forme modérée nécessitant des soins de support (oxygène, nutrition) ou à haut risque d'évoluer vers une forme grave.	Hôpital, unité de soins intensifs ou unité de réanimation

## CRITERE D'ORIENTATION EN HOSPITALISATION ET EN REANIMATION

### Formes graves

- Les **formes graves** relèvent d'une **hospitalisation systématique**.

### Formes modérées

- Dans le cas des **formes modérées**, les signes cliniques et l'évolution sont variables.
- L'hospitalisation doit être discutée **au cas par cas** après l'évaluation clinique par le médecin de 1<sup>er</sup> recours en prenant en compte les critères de vulnérabilité et d'environnement (cf. check-list).
- Sont à hospitaliser (unité conventionnelle ou unité d'hospitalisation de courte durée) :
  - ▶ Les formes modérées **relevant d'une oxygénothérapie (SpO<sub>2</sub>% < 92%) et/ou nécessitant un support nutritionnel** (diminution d'au moins 50% des apports habituels sur 3 prises successives)
  - ▶ Les formes **modérées associées à un des critères de vulnérabilité** suivant : âge < 2 mois en tenant compte de l'âge corrigé (risque d'apnées), cardiopathie congénitale avec shunt, pathologie neuromusculaire, polyhandicap, déficit immunitaire, contexte médico-socio-économique ou de recours aux soins ne permettant pas un retour à domicile).

## Formes légères

- Dans le cas des **formes légères, la prise en charge en soins primaires est la règle.**
- Le recours hospitalier se justifie **au cas par cas après l'évaluation clinique** par le médecin de premier recours.

### Critères d'hospitalisation en unité de soins intensifs ou de réanimation

- La constatation d'apnée(s)
- Un épuisement respiratoire évalué sur la clinique\*, la capnie ( $\geq 46-50$  mmHg) et le pH ( $\leq 7,34$ )
- Une augmentation rapide des besoins en oxygène

*\*Un épuisement se traduit cliniquement par une diminution des signes de lutttes, polypnée superficielle et/ou avec des apnées fréquentes voire prolongées*

~