

Bronchiolite

Définition : épisode survenant 48-72 h après le début d'une rhinopharyngite, chez des enfants < 1an, associant tachypnée, détresse respiratoire et sibilances.
Pic d'infection entre 2 et 6 mois, infection saisonnière (octobre à mars).

Facteurs de risque d'une bronchiolite aiguë

- hospitalisation pendant la saison RSV (45% des enfants hospitalisés acquièrent le RSV)
- ancien prématuré < 32 semaines AG.
- bronchodysplasie pulmonaire (BDP), chronic lung disease of infancy (CLDI)
- cardiopathie congénitale
- immunosuppression
- maladie neuromusculaire, mucoviscidose, malformation pulmonaire
- grossesse multiple
- tabagisme maternel (et absence d'allaitement?)

Clinique d'une bronchiolite aiguë

- tachypnée, tirage, grunting, battement des ailes du nez
- râles crépitants, sibilances, expirium prolongé
- hyperinflation thoracique
- fièvre, déshydratation
- enfant < 1 mois: léthargie, apnées

Degré de gravité d'une bronchiolite aiguë

	léger	moyen	sévère
Fréquence respiratoire	< 40/min.	40 – 70/min.	> 70/min.
Sa O2 (air ambiant)	> 92%	88 – 92%	< 88%
Tirage (sternal/thoracique)	absent	+	++
Alimentation	sans problème	difficile	impossible

Traitement ambulatoire de la bronchiolite aiguë

a) Nourrissons sans maladie préexistante :

- bonne instruction des parents:
 - éviter les manipulations inutiles
 - s'assurer d'un apport en liquides et alimentaire suffisant (mieux vaut des repas fréquents mais plus petits; après le repas tête surélevée en prévention d'un reflux)
 - bonne toilette nasale (aspiration de sécrétions excessives, éventuellement lavages avec NaCl 0,9%)
 - protection stricte contre la fumée et d'autres substances toxiques dans l'air
- lors de rhinite importante éventuellement gouttes nasales décongestionnantes (préparations à base de xylométazoline)
- éventuellement réévaluation le lendemain (surtout dans la phase initiale de la bronchiolite aiguë)

b) Nourrissons avec maladie pulmonaire préexistante :

- comme sous a)
- lors d'une hyperréactivité bronchique préexistante connue (BDP, asthme du nourrisson, etc.) envisager l'inhalation de bronchodilatateurs et éventuellement de stéroïdes pour traiter la maladie de base

Critères d'hospitalisation

- insuffisance respiratoire progressive (e.a. augmentation de la tachypnée et du tirage)
- saturation en O₂ insuffisante (< 92%), agitation croissante
- incapacité de boire (< de 50 % des besoins)
- début de déshydratation (diminution de la diurèse, perte de poids)
- apnées
- maladie sous-jacente, p.ex. mucoviscidose, dysplasie broncho-pulmonaire (BDP), malformation cardiaque
- situation sociale difficile, domicile éloigné

Traitement hospitalier de la bronchiolite aiguë

- Surveillance (oxymétrie de pouls, éventuellement monitoring cardiaque et autres selon clinique)
- Minimal handling : éviter douleurs, manipulations, efforts et agitation inutiles. La physiothérapie respiratoire n'est pas indiquée de principe.
- Apport d'oxygène (but: $\text{SaO}_2 > 92\%$) par entonnoir, lunette etc.
- Apport hydrique suffisant. Cave : intoxication à l'eau, hyponatrémie (SIADH).
- Veiller à une bonne toilette nasale, particulièrement lors de sécrétions abondantes et oxygénothérapie (rinçages avec NaCl 0,9% et aspiration, gouttes décongestionnantes)
- Envisager des inhalations avec bronchodilatateurs et éventuellement stéroïdes topiques si présence d'une hyperréactivité bronchique préexistante.
- Les antibiotiques ne sont pas indiqués. Des images radiographiques évoquant une infiltration ou condensation sont fréquentes lors d'infections à RSV et correspondent souvent à des atélectasies; elles ne signifient pas à priori une surinfection bactérienne. CRP et formule sanguine ne sont que rarement utiles pour décider d'un traitement antibiotique.

Prévention: Synagis® (palivizumab) 15mg/kg/dose 1x/mois d'octobre à mars chez les patients souffrant de BDP modérée à sévère ou cardiopathie congénitale (cf. section EII du cahier de l'interne, Néonatalogie)

Références voir :

Traitement de la bronchiolite aiguë du nourrisson, Paediatrica Vol.14 No. 6 2003.