



BRONCHIOLITE AIGUE

DU NOURRISSON

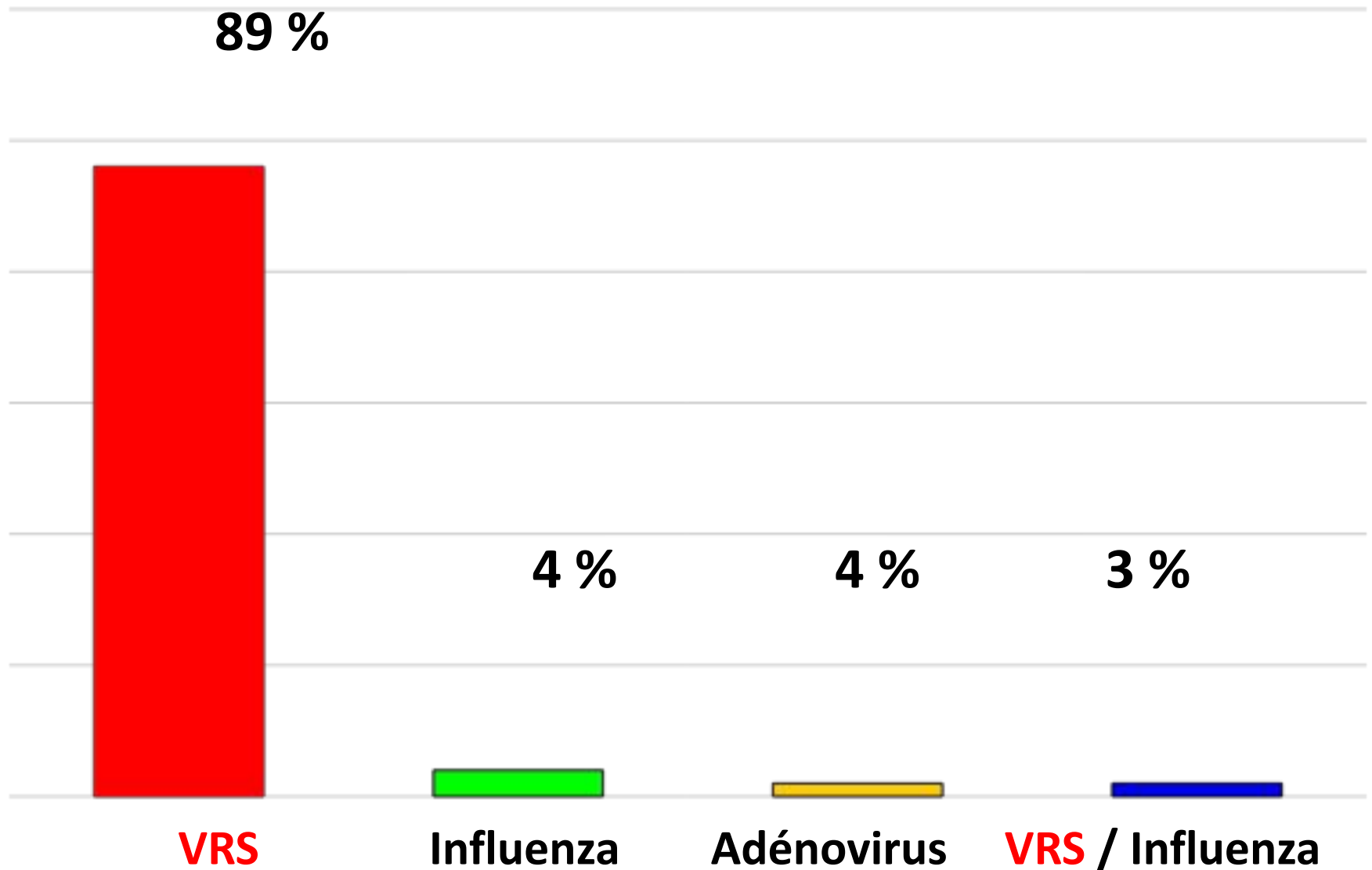
OBJECTIFS

1. Reconnaître une bronchiolite aigue.
2. Evaluer sa Gravité.
3. Prendre en Charge le Malade.
4. Prévention de l'Infection (VRS) chez l'enfant à risque.

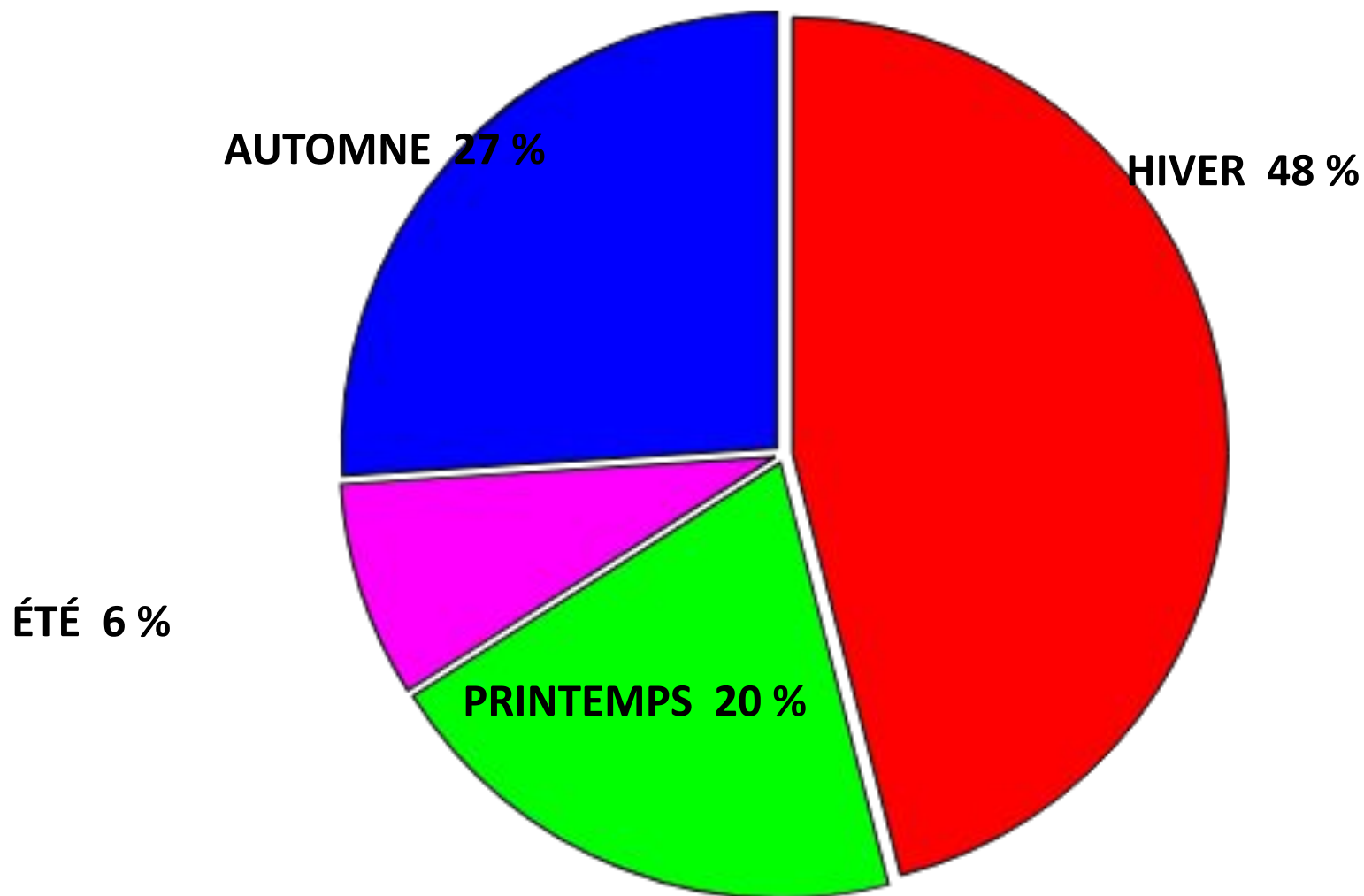
DÉFINITION

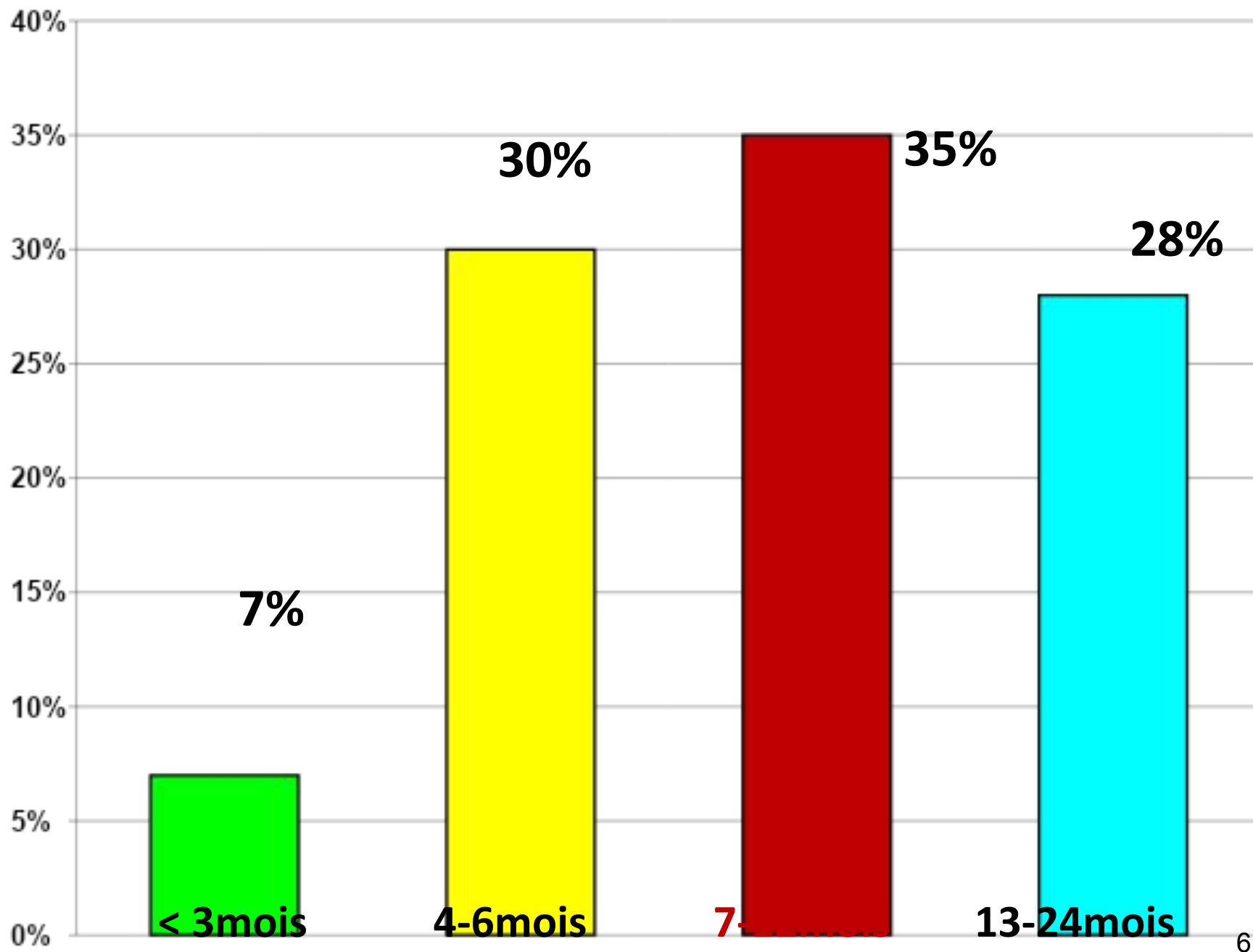
- **Infection Virale Epidémique.**
- **Nourrisson < deux ans.**
- **Caractérisée par une obstruction des
petites bronches : Bronchioles**

REPARTITION SELON LES VIRUS



REPARTITION SELON LES SAISONS



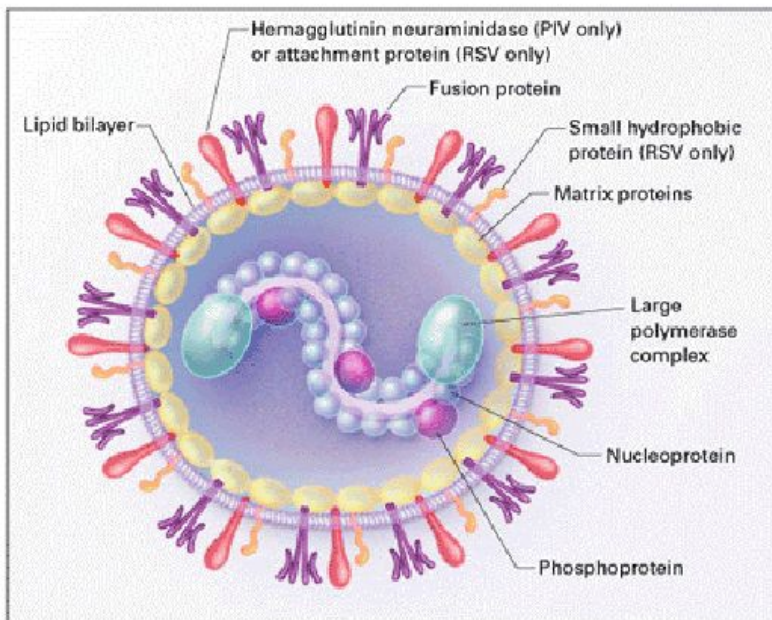


Sécrétions contaminées

Mains, matériel souillé

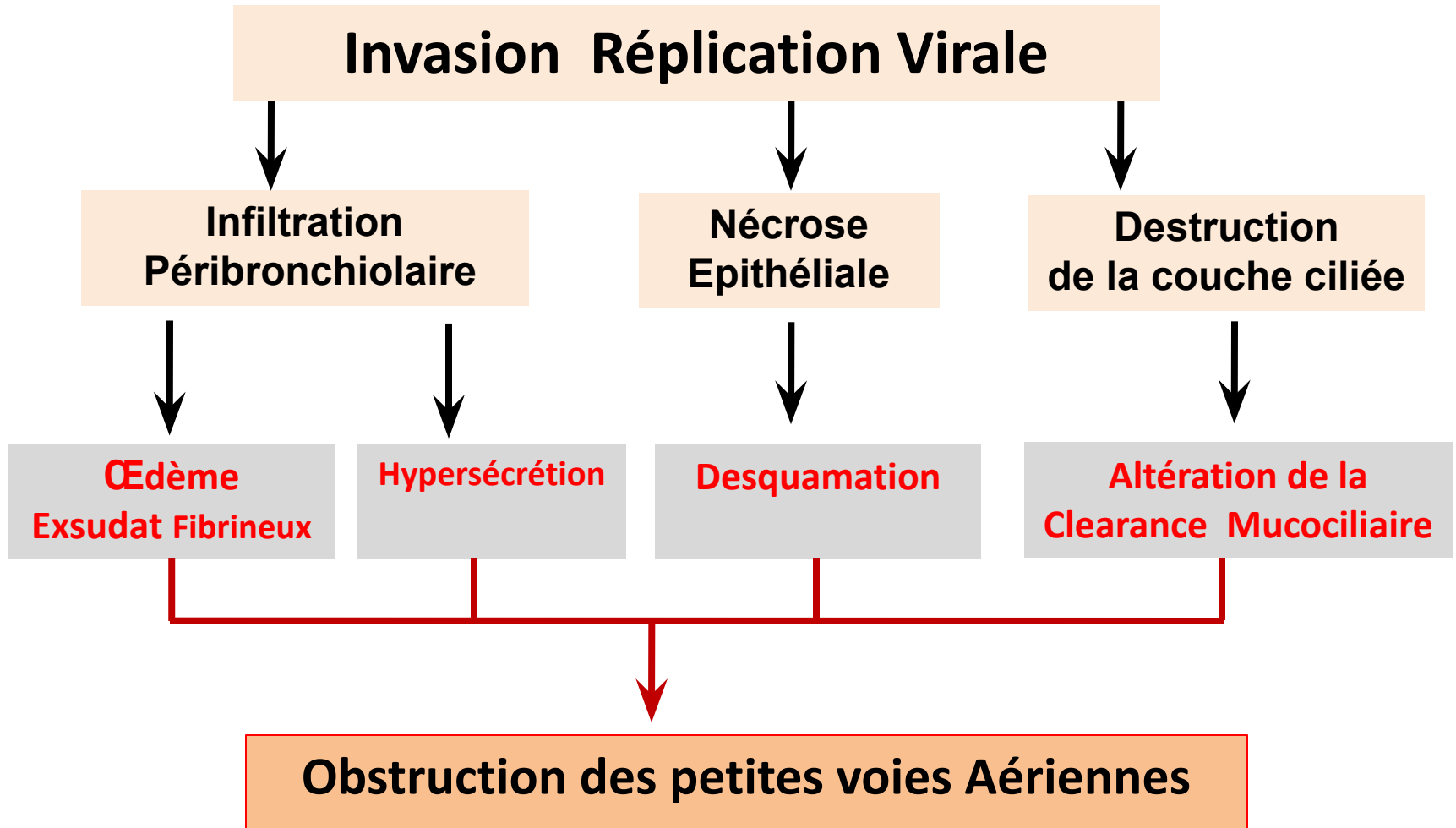
VRS : 80 % des cas

parainfluenza
influenzae
adenovirus



Physiopathologie (1)

Bronchiolite = Obstruction Mécanique



Physiopathologie (2)

Lors de la bronchiolite à VRS on constate :

- ✓ **Destruction des cellules épithéliales ciliées.**
- ✓ **Infiltrats péri-bronchiques de lymphocytes et macrophages.**
- ✓ **Œdème de la sous muqueuse avec une sécrétion excessive de mucus.**

Ces anomalies sont responsables d'une obstruction des petites bronchioles et de la survenue de la bronchiolite.

Clinique (1)

- ❑ Incubation: 2 - 8 jours
- ❑ Rhinite claire, Toux, Fièvre :(Rhino-pharyngite).
- ❑ Dyspnée avec **tirage** et **sifflements**.
- ❑ Distension thoracique et signes de lutte : proportionnels au degré d'obstruction.
- ❑ Difficultés d'alimentation.
- ❑ Irritabilité , Troubles du sommeil.

Clinique (2)



- ❑ **Râles crépitants fins,**
- ❑ **Râles Sibilants « wheezing »**
- ❑ **Expirium prolongé.**
- ❑ **Abdomen légèrement Ballonné +/- Ptose hépatique.**

Les examens complémentaires

 **SOUVENT INUTILES LE DGC EST CLINIQUE**

RADIOGRAPHIE THORAX

- ☐ **Suspicion de surinfection**
 - Râles crépitants en foyer
 - Avec fièvre élevée
- ☐ **Terrain particulier :** Cardiopathie congénitale...
- ☐ **Aggravation soudaine:** suspicion de complication.

Les examens complémentaires

SIGNES RADIOLOGIQUES :

- ✓ **Bilatéralité des lésions.**

- ✓ **Signes d'obstruction bronchiolaire :**
 - **Hyperclarté**
 - **Emphysème généralisé**
 - **Horizontalisation des côtes, espaces élargis.**
 - **Aplatissement de coupes**

Radiographie

Distension thoracique



Hyperclarté

EIC Horizontaux

**□ Ombres
vasculaires**

C D Abaissées

Les examens complémentaires

BIOLOGIE

NFS , CRP

Si suspicion Surinfection Bactérienne.

☐ **F > 38°5 plus de 3 jours**

☐ **Foyer parenchymateux Rx**

Les examens complémentaires

BIOLOGIE

GAZOMETRIE SANGUINE

Si Signes de Gravité.

PO₂ Basse : **Hypoxie**

PCO₂ élevée: **Hypercapnie**

PH Acide: **Acidose**

Les examens complémentaires

BIOLOGIE

SEROLOGIE VIRALE

- **Aucune Indication.**
- **Aucun Intérêt pour la PEC.**

Immunofluorescence: Ag Viral / cellule Naso-Pharyngée.
Sérologie Virale à 15 J d'Interval.

Les examens complémentaires

BIOLOGIE

Les tests virologiques par PCR ne sont pas recommandés en routine.

**Dans le contexte actuel de la pandémie COVID-19,
un test antigénique ou une RT-PCR SARS-CoV-2
est recommandée dans les formes graves hospitalisées.**

Diagnostic Différentiel

- 1. Pneumopathie Aigue .**
- 2. Inhalation de corps étranger.**
- 3. Insuffisance Cardiaque.**

Prise en Charge- Evaluation de la situation

FACTEURS DE RISQUE

- Age : Prématurité < 35 Semaines
 Age < 6 semaines
- Malnutrition
- Maladie neuromusculaire
- Immunodéficience
- Cardiopathie congénitale
- Maladie pulmonaire chronique: Broncho-dysplasie; Mucoviscidose.
- Mauvaises conditions Socio-Economiques, accès difficile aux Soins.

Un seul facteur de risque impose la mise en observation pour surveillance.

Prise en Charge- Evaluation de la situation

SIGNES DE GRAVITE

Polypnée $> 60/\text{mn}$ ou $< 20/\text{mn}$

Apnée, Geignement

Signes de Lutte +++

Cyanose, $\text{SpO}_2 < 92\%$ en air ambiant

Troubles de la conscience, convulsion

Gène à l'Alimentation ($< 50\%$ de la ration journalière)

Troubles digestifs +++, DSH

Troubles hémodynamiques, Signes d'acidose

La présence d'un seul signe de gravité indique l'hospitalisation.

Prise en Charge - Recommandations

Traitement Ambulatoire

BRONCHIOLITE SIMPLE , SANS FACTEURS DE RISQUES NI DE GRAVITE

Instruction des parents:

- Eviter les manipulations inutiles (Minimal Handling)
- Position Anti Reflux: Lit à 30°
- Fractionnement des repas: Apport Liquidiens et Alimentaires suffisants.
- Mouchages fréquents : Na CL 0,9 %.
- Traitement Antipyrétiques: Moyens physiques, paracétamol
- Eviction : Tabac , pollution domestique. Lavage des mains+++
- Expliquer les signes de GRAVITE pour un recours aux URGENCES.
- Planifier Contrôle à H48 (paramètres respiratoires,comportement, alimentation)

PAS d' ATB, PAS de CTC , PAS de BÉTA2 AGONISTES.

Prise en Charge - Recommandations

Traitement Hospitalier (1)

BRONCHIOLITE AVEC FDR SANS SIGNES DE GRAVITE

Le nourrisson doit être mis en observation pendant 2 à 4 heures au niveau des structures de santé

- **Surveillance: évaluation des signes respiratoires toutes 15–30 mn.**
- **Examiner le nourrisson à intervalle régulier pour dépister l'apparition de signes de gravité.**
- **L'observation répétée est préférée à l'utilisation de scores de gravité qui ne sont pas validés.**

Prise en Charge - Recommandations

Traitement Hospitalier (1)

BRONCHIOLITE AVEC DIGNES DE GRAVITE OU FDR

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

- Minimal Handling.
- Hospitalisation + **ISOLEMENT**.
- Position Anti Reflux.
- Oxygène Réchauffé, Humidifié pour maintenir $\text{SaO}_2 > 92\%$.
- Apport Liquidien suffisant IV (sonde Naso Gastrique ou per os).
 - Mouchages fréquents : Na CL 0,9 %.
- Traitement Antipyrétiques: Moyens physiques, paracétamol
- Surveillance: Constantes Vitales , Oxymétrie

Prise en Charge - Recommandations

Traitement Hospitalier (2)

LES BÉTA2 AGONISTES

Non Recommandés.

Peuvent être utilisés si:

- 2^{eme} épisode.
- Bronchiolite sévère avec atcd personnels ou familiale d'atopie.
- On fait un essai : Salbutamol ou Terbutaline.
 - ☐ Amélioration du score clinique: on maintient
 - ☐ Pas d'amélioration : Arrêter

Prise en Charge - Recommandations

Traitement Hospitalier (3)

LES CORTICOIDES

- **Corticoïdes Inhalés: NON Recommandés.**
- **Corticoïdes par voie systémique:**
Forme sévère ou compliquée.
Test avec Béta2 Agonistes.

Prise en Charge - Recommandations

Traitement Hospitalier (4)

LES ANTIBIOTIQUES

Si Complication Bactérienne Prouvée ou Suspectée.

INDICATIONS ADMISES:

Fièvre élevée prolongée > 48h associée à :

- Otite Moyenne Aigue.
- Opacité Radiologique (Condensation ou Atelectasie).
- Maladie cardiaque ou Pulmonaire sous Jacente.
- Leucocytose à PN ou CRP > 60 mg/l

Prise en Charge - Recommandations

Traitement Hospitalier (5)

MEDICAMENTS A EVITER

- Antitussifs
- Mucolytiques
- Humidificateurs : Aucun effet (Bronchospasme ?).

Prise en Charge - Recommandations

Traitement Hospitalier (6)

BRONCHIOLITE AVEC SIGNES DE GRAVITE

PHYSIOTHERAPIE



Prise en Charge - Recommandations

Traitement Hospitalier (6)

PHYSIOTHERAPIE **EFFICACITE TRES DISCUTEE**

- Majorité des auteurs: Non systématique .
- Certain auteurs:

BRONCHIOLITE SEVERE:

- Phase SECRETOIRE et.
- Une à Deux Séances/j à distance des repas.
- Tant qu'il y'a des sécrétions abondantes (5 à 10 j)

Evolution

- Signes d'obstruction durent de 8 à 10 jours
- Toux résiduelle peut persister une quinzaine de jours

Récidives dans 25 à 50 % des cas

Bronchiolites aiguës: 30% évolution vers asthme

ASTHME DU NOURRISSON

Définition : Tabachnik et Levison 1981

**« Au moins 3 épisodes avec sibilants
avant l'âge de 2 ans :**

- Quel que soit l'âge de début,
- Le facteur déclenchant
- ou l'Existence d'une Atopie »

APRES 3 EPISODES DE B. A.

les questions posées sont :

☐ Le wheezing est : **TRANSITOIRE** ou **DEFINITIF** ?

☐ L 'enfant est il **ASTHMATIQUE** ?

Existe t 'il des **FACTEURS PREDICTIFS** ?