

# Prise en charge

## La bronchiolite

*Par Carolyne Noel, coordonnatrice technique en inhalothérapie*



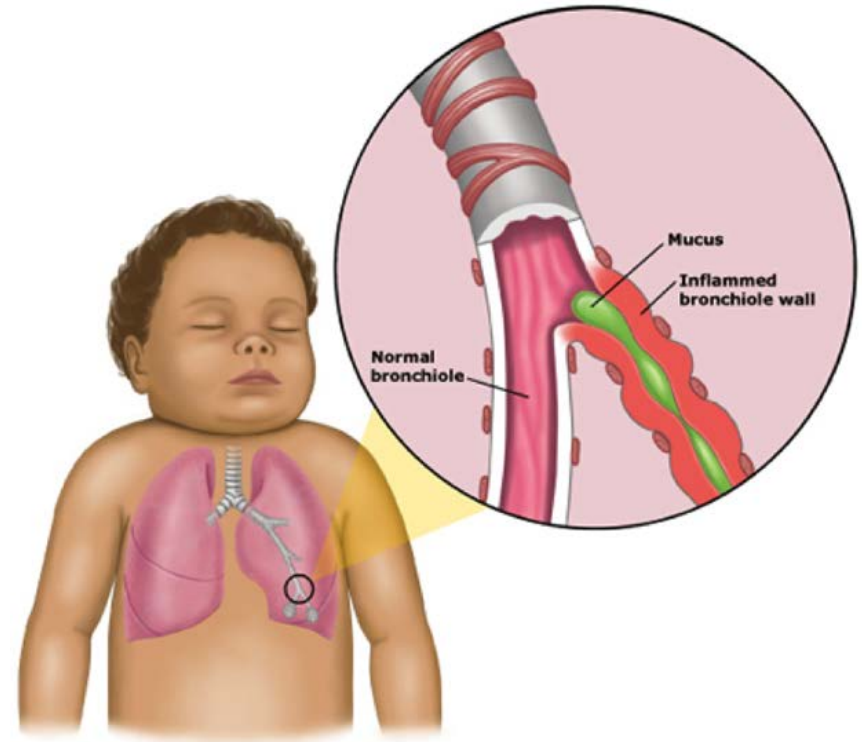
Université  de Montréal

# Bronchiolite

- Infection virale des voies respiratoires inférieures affectant principalement les bébés et les jeunes enfants de moins de 2 ans (particulièrement moins d'un an)
- C'est la cause la plus fréquente de détresse respiratoire et d'hospitalisation chez les moins d'un an.
- 90% des enfants auront un épisode de bronchiolite dans leur vie

# Bronchiolite

- Obstruction des petites voies respiratoires, causée par une inflammation aiguë, un œdème et une augmentation de la production de mucus



# Présentation clinique

- Débute par un rhume
- Écoulement/Congestion nasale
- Toux
- Tachypnée
- Respiration sifflante (wheezing)
- Tirage, Battement des ailes du nez
- Diminution des boires (causée par la congestion nasale)
- Température légèrement augmentée
- Cas sévères: insuffisance respiratoire (apnées, hypoxie, hypercapnie, bradycardie, léthargie)

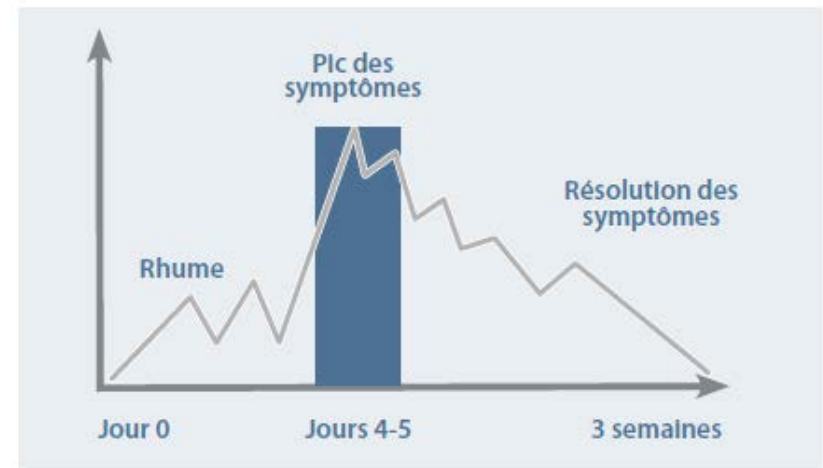


# Présentation clinique



# Escalade des symptômes

- Pic de sévérité aux jours 4 et 5
- Atténuation des symptômes dans les 10 jours après le début de la maladie.
- Certains symptômes peuvent parfois perdurer jusqu'à 3 semaines.



# Facteurs de risque de sévérité et complications

- Bébé < 3 mois
- Ancien prématuré  $\leq$  35 semaines
- Cardiopathie congénitale
- Maladie pulmonaire connue
- Déficit immunitaire
- Neuropathie

# Diagnostiques Différentiels

- Pneumonie bactérienne
  - Obstruction anatomique des voies respiratoires inférieures (asthme, trachéomalacie, corps étranger.)
  - Reflux gastro-œsophagien
  - Fibrose Kystique
  - Anneau vasculaire
- ▶ Pensez « *'viral induced wheezing' or early onset asthma is patient has recurrent or persistent wheeze and is > 1 year of age* ».



# Intervention #1

- HYGIÈNE NASALE, HYGIÈNE NASALE, HYGIÈNE NASALE!!!



# Traitements de 1<sup>ère</sup> ligne

1. Hygiène nasale / Aspirations
2. Oxygénothérapie si  $SpO_2 < 90\%$  ( $< 92\%$  si  $< 6$  semaines ou comorbidité)
3. Hydratation
  1. Favoriser petits boires fréquents
  2. Alimentation via TNG si détresse respiratoire importante
  3. Hydratation I.V si détresse sévère / besoin VNI

# Traitements à considérer

## 1. Épinéphrine en nébulisation 1mg/ml

- ❑ Non recommandée de routine, mais vaut la peine d'être tentée chez les jeunes bébés lorsque qu'une détresse respiratoire modérée à sévère persiste malgré l'aspiration nasale répétée des sécrétions.
  - < 5kg = 2,5mg (2,5ml)
  - ≥ 5kg = 5mg (5ml)

## 2. Salbutamol 100mcg/inhalation

- ❑ Non recommandé d'emblée surtout si 1er épisode de wheezing, mais vaut la peine d'être tenté pour 2 traitements si enfant > 9 mois. (*Score de RDAI*)
  - 100mcg/ 3kg (dose minimale = 200mcg)

# Score de RDAI

*(Respiratory Distress Assessment Instrument)*

- Clientèle visée entre 9 et 12 mois / 1<sup>er</sup> épisode de bronchiolite
- Outil d'évaluation de la réponse au Salbutamol chez un patient atteint de bronchiolite
- Basé exclusivement sur l'évaluation du tirage et des sibilances
- Permet de détecter la présence d'une composante bronchospastique
- Évite une utilisation prolongée du Salbutamol si aucun bénéfice

# Score de RDAI

(Respiratory Distress Assessment Instrument)

Score de RDAI						
		0	1	2	3	4
<b>Sibilances</b>						
Expiratoires	⊙	Terminales	½	¾	Complètes	
Inspiratoires	⊙	Partielles	Complètes			
Emplacements	⊙	Segmentaire ≤ 2 à 4 plages	Diffus ≥ 3 à 4 plages			
<b>Tirage</b>						
Sus-claviculaire	⊙	Léger	Modéré	Sévère		
Intercostal	⊙	Léger	Modéré	Sévère		
Sous-costal	⊙	Léger	Modéré	Sévère		



# Score de RDAI

(Respiratory Distress Assessment Instrument)

1. Aspiration des sécrétions
2. Évaluation respiratoire complète
3. Déterminer score RDAI selon l'évaluation respiratoire  
*(Si score initial < 4 ce n'est pas pertinent de poursuivre)*
4. Administrer Salbutamol  
Dose: 100mcg/3kg (minimum 200mcg) → Q30min x 2
5. Attendre 30 minutes post 2<sup>e</sup> traitement
6. Évaluation respiratoire complète
7. Déterminer score RDAI final

**Réponse favorable si ↓ ≥ 4 points**

# Quand Hospitaliser ?

Les indications susceptibles de justifier une hospitalisation

Signes de grave détresse respiratoire (p. ex., tirage sous-costal, geignement expiratoire (grunting), RR>60/min)

Oxygène d'appoint nécessaire pour maintenir les saturations au-delà de 90%

Déshydratation ou antécédents de consommation insuffisante de liquides

Cyanose ou antécédents d'apnée

Nourrisson très vulnérable à une grave maladie

Famille incapable d'affronter la situation

# Traitements de 2<sup>e</sup> ligne

En cas d'échec de la prise en charge initiale avec majoration de la détresse respiratoire, considérer un support ventilatoire non-invasif.

1. Oxygénothérapie à haut débit: LNHD recommandée 2L/kg
2. CPAP: Peep recommandé 7cmH<sub>2</sub>O
3. BIPAP: Si échec de CPAP, ajouter AI 3 à 5cmH<sub>2</sub>O au dessus du peep (PIP max 20cmH<sub>2</sub>O)
4. Intubation: Si échec VNI seulement (moins de 5% des cas)

- Consultation aux SIP
- Transfert centre tertiaire

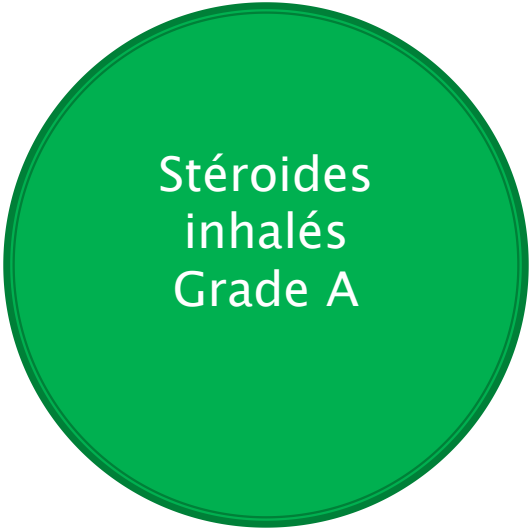
# Interface/Performax



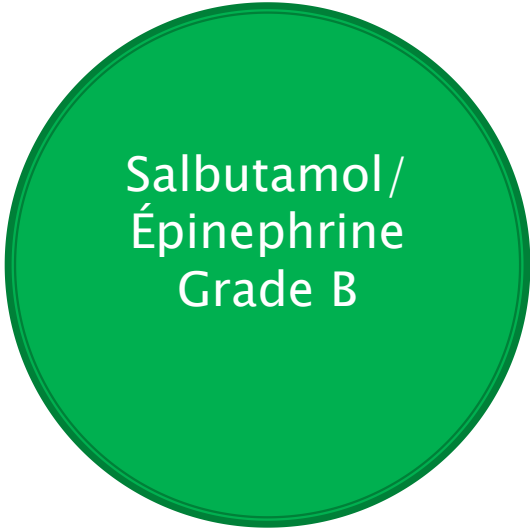
# Les thérapies équivoques d'après les données probantes



Salin  
hypertonique  
Grade B



Stéroïdes  
inhalés  
Grade A



Salbutamol/  
Épinephrine  
Grade B



# Contre-indications spécifiques pour le transport avec bronchiolite et VNI

- ▶ Patient avec VNI dans le centre référant
  - Paramètres de VNI optimal
  - Sans amélioration avant l'arrivée de l'équipe de transport
- ▶ Patient avec aucune amélioration après 30–60 minutes de VNI
- ▶ Besoin en oxygène élevée

# En résumé

Sévérité	Symptômes	Traitements
Légère	<p>SpO<sub>2</sub> ≥ 92%</p> <p>Peu ou pas de tirage</p> <p>Tachypnée ≤ 70/min</p> <p>Hydratation adéquate</p>	<p>Hygiène nasale régulière</p> <p>Poursuivre hydratation</p> <p>Congé</p> <p>Enseignement hygiène nasale</p>
Modérée *hospitalisation	<p>Spo<sub>2</sub> ≤ 92%</p> <p>Détresse respiratoire soutenue</p> <p>Tirage modéré</p> <p>Tachypnée soutenue ≥ 70/min</p> <p>Épisodes sporadiques d'apnées</p>	<p>Hygiène nasale régulière/fréquente</p> <p>O<sub>2</sub> pour SpO<sub>2</sub> ≥ 90% (92% si bébé &lt; 6semaines)</p> <p>Hydratation TNG</p> <p><b>À considérer:</b></p> <p>Si &lt; 9mois: Épinéphrine en nébulisation  <u>Dose:</u> &lt;5kg = 2,5ml / ≥5kg = 5ml</p> <p>Si ≥ 9mois: Score de RDAI/Salbutamol  <u>Dose:</u> 100mcg/3kg Q30minx2</p> <p><b>LNHD: 2L/kg (consultation SIP)</b></p>
Sévère *soins intensifs	<p>SpO<sub>2</sub> &lt; 92%</p> <p>Détresse respiratoire aiguë</p> <p>Tirage sévère</p> <p>BAN, Grunting, Head Bubbling</p> <p>Tachypnée soutenue &gt; 70/min</p> <p>Apnées, cyanose</p>	<p>Aspirations régulières et fréquentes</p> <p>Hydratation I.V</p> <p>CPAP 7 cmH2O</p> <p>BIPAP avec PIP max 20cmH2O</p> <p><u>Si détérioration:</u> Intubation</p>

# Sources:

- Urgence CHU Ste-Justine

<http://www.urgencehsj.ca/protocoles/bronchiolite-0-1-an/>

- CHU Ste-Justine

<https://www.chusj.org/fr/soins-services/U/Urgence/bronchiolite>

[https://www.chusj.org/getmedia/54dd3d0d-50f7-49dc-9adb-1ad97bc581c2/depliant\\_F-2038\\_Bronchiolite.pdf.aspx?ext=.pdf](https://www.chusj.org/getmedia/54dd3d0d-50f7-49dc-9adb-1ad97bc581c2/depliant_F-2038_Bronchiolite.pdf.aspx?ext=.pdf)