

## Nourrisson (<12 mois) : 1er épisode de bronchiolite aiguë

### Sommaire



Récap - Niveaux de gravité et PEC initiale



Evaluation initiale



Circuit du patient



Critères d'orientation en hospitalisation et réanimation

1er épisode de bronchiolite aiguë

=

1er épisode aigu de gêne respiratoire intervenant à toute période de l'année.



Séquence rhinite suivie de signes respiratoires :

- toux
- sibilants et/ou crépitant
- +/- polypnée et/ou signes de lutte respiratoire\*

**Non concerné par ces recommandations:**

- enfants de plus de 12 mois
- épisodes récurrents de gêne respiratoire sifflante



**Si 2ème épisode rapproché**, chez le nourrisson de moins de 12 mois

- envisager d'autres diagnostics
- prendre en compte d'autres paramètres tels que l'âge, les antécédents (asthme, allergies), les symptômes associés

\***Signes de luttés** = mise en jeu des muscles accessoires intercostaux inférieurs, sterno-cléido-mastoïdiens + asynchronisme thoraco abdominal

Source : [Société Française de Pédiatrie](#) - Date de dernière mise à jour de ce document : 25/05/2023



## Nourrisson (<12 mois) : 1er épisode de bronchiolite aiguë

### 1. Récap - Niveaux de gravité et PEC initiale

Forme	Légère	Modérée	Grave
État général altéré (dont comportement)	Non	Non	Oui
Fréquence respiratoire (reco : mesure sur 1 min)	< 60/min	60-69/min	≥ 70/min ou < 30/min ou respiration superficielle ou bradypnée (<30/min) ou apnée
Fréquence cardiaque	Entre 80/min et 180/min	Entre 80/min et 180/min	>180/min ou <80/min
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
	*par rapport aux apports habituels : allaitement maternel et/ou artificiel et/ou diversification		
Interprétation	Présence de tous les critères	Au moins un des critères modérés (aucun critère des formes graves)	Au moins un des critères graves
Prise en charge initiale			
Orientation (domicile, hospitalisation, USI réanimation)	Retour au domicile avec conseils de surveillance	<b>Hospitalisation si :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SpO2 &lt;92% (indication oxygène)</li> <li><input type="checkbox"/> Support nutritionnel nécessaire</li> <li><input type="checkbox"/> Age &lt; 2 mois</li> </ul> <b>Hospitalisation à discuter si critères de vulnérabilité ou d'environnement</b>	<b>Hospitalisation systématique</b> <b>Hospitalisation USI / réanimation si :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Apnées</li> <li><input type="checkbox"/> Épuisement respiratoire, capnie (&gt;46-50 mmHg), pH (&lt; 7,34)</li> <li><input type="checkbox"/> Augmentation rapide des besoins en oxygène</li> </ul>
Examens complémentaires	Aucun de manière systématique	Aucun de manière systématique	Peuvent se discuter : Radiographies de thorax, mesure de la capnie, ionogramme sang, NFS
Oxygène	Non indique	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
Nutrition	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
Désobstruction des voies aériennes sup.	systématique pluriquotidienne (aspirations naso-pharyngées non recommandées)		
Kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique	Non recommandée	Non recommandée en hospit. Non recommandée en ambulatoire (absence de données en ambulatoire)	Contre indiquée
	A discuter selon comorbidités (ex : pathologie respiratoire chronique, pathologie neuromusculaire)		
Traitements médicamenteux	<b>Pas d'indication :</b> bronchodilatateur, adrénaline, sérum salé hypertonique, antibiothérapie systématique <b>Contre-indication :</b> sirop antitussif, fluidifiant bronchique		



## Nourrisson (<12 mois) : 1er épisode de bronchiolite aiguë

### 2. Evaluation initiale

#### Check List pour l'évaluation initiale (après désobstruction nasale + enfant calme)



- **Etat général/comportement/hypotonie**
- **Critères de gravité**
  - Fréquence respiratoire sur 1 minute (**> 60/ min ou <30/min**)
  - Fréquence cardiaque (**>180/min ou <80/min**)
  - Pauses respiratoires
  - Respiration superficielle
  - Signes de lutte respiratoires intenses
    - mise en jeu des muscles accessoires intercostaux inférieurs, sternocléidomastoïdiens et un balancement thoraco abdominal, battements des ailes du nez
  - SpO2 < 92% ou cyanose
  - **Alimentation < 50% de la quantité habituelle sur 3 prises consécutives ou refus alimentaire**
- **Critères de vulnérabilité**
  - Age corrigé < 2 mois, prématurité <36 SA
  - Comorbidités
    - cardiopathie congénitale avec shunt
    - pathologie pulmonaire chronique dont dysplasie broncho-pulmonaire
    - pathologie neuromusculaire
    - déficit immunitaire
    - polyhandicap
  - Contexte socio-économique défavorable
  - Critères d'environnement (recours aux soins ne permettant pas un retour au domicile)



## Nourrisson (<12 mois) : 1er épisode de bronchiolite aiguë

### 3. Circuit du patient



Niveaux	Quand ?	Où ?
<b>1er recours</b>	1ère 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...
<b>2ème recours</b>	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 CPTS
<b>3ème recours</b>	Forme grave initiale ou secondaire requerant 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

Médecin de soins primaires : **évaluer et classer le niveau de gravité** de la bronchiolite (cf. [tableau récap](#)).

**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).

#### Nécessités de la prise en charge :

- Expliquer aux parents les **signes d'alerte** (cf. [fiche conseil](#)) devant faire consulter de nouveau
- Programmer une nouvelle évaluation** dans les 24 à 48h
- Si justifiée, assurer une **prise en charge pluridisciplinaire** pour ne pas perdre de vue des nourrissons pendant cette période critique.
- Informers les parents des recours d'urgence possibles** dans leur territoire de santé.

Dans la grande majorité des cas, le recours hospitalier n'est pas nécessaire.



## Nourrisson (<12 mois) : 1er épisode de bronchiolite aiguë

### 4. Critères d'orientation en hospitalisation et réanimation



#### 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 1er recours en prenant en compte les critères de vulnérabilité et d'environnement.

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

- Constatation d'apnée(s)
- Epuisement respiratoire évalué sur :
  - la clinique\*
  - la capnie (> 46-50 mmHg)
  - le pH (<7,34)
- Augmentation rapide des besoins en oxygène

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