



BRONCHIOLITE

Suspicion de bronchiolite

Diagnostic exclusivement clinique :

- Contexte de rhinite depuis 48 heures
- Pas ou peu de fièvre
- Polypnée
- Irrégularité du rythme respiratoire, apnées
- Dyspnée avec gêne expiratoire, tirage, toux fréquente, sèche
- Sibilants inconstants
- Parfois crépitants
- Attention chez les tous petits parfois aucun signe auscultatoire

Indication TDR VRS :

- Hospitalisation en pédiatrie (pour isolement)
- Malaises du moins de 3 mois (formes apnéisantes du VRS)
- Pas d'indication si retour à domicile

Calcul score de Wang

	0	1	2	3
FR/min	< 30	31-45	46-60	>60
Wheezing Ou Crépitants	aucun	En fin d'expiration ou seulement audibles au stétho	Sur toute l'expiration ou audible à l'expiration sans stétho	A l'inspiration et l'expiration audible à la bouche
Tirage	aucun	Intercoastal Seulement nez	+ Supra sternal Ou léger Balancement Thoraco-abdominal	Sévère avec battement des Ailes du nez
Appréciation De l'état Clinique général	bon	néant	néant	Irritable Epuisement Mauvaise Alimentation <50 % ration

Wang < 4 et absence de terrain particulier :

- Age de moins de 6 semaines
- Prématurés < 34 SA avec âge corrigé < 3 mois
- Cardiopathies ou mdies pulmonaires sous-jacentes
- Difficultés psychosociales

RAD envisageable avec « ttt général »

- **Mesures symptomatiques :**
 - DRP des VAS au sérum phy (8-10fois/jr au moins)
 - Proclive dorsal à 30°
 - Hydratation suffisante (≈100mL/kg/j biberons fractionnés et épaissis)
- **Traitement médicamenteux :**
 - β2 mimétiques : a priori aucune efficacité dans la bronchiolite, possibilité test thérapeutique chez NR très sifflant et poursuite si efficacité évidente
 - Corticothérapie : aucune indication

Wang > 4 : Indication hospitalisation

Wang 4-9
et pas d'O2 ou O2<1l/min
et pas d'apnées

Wang >9
ou Wang 4-9 et O2>1l
Ou apnées
ou aspect toxique/sepsis

Gazométrie

pH<7,35
ou
pCO2>50

pH>7,35
ou
pCO2>50

Hospitalisation pédiatrie

Hospitalisation réa/SI



- Critère hospitalisation en pédiatrie

- Terrain particulier (cf algorithmes précédents)
- Signes de gravité
 - Aspect toxique (AEG importante, apathie)
 - Apnées n'entrant pas dans les critères de surveillance en SI
 - SpO₂ < 91% au calme après DRP
 - Polypnée pour l'âge au calme et au repos après mouchage
 - Difficultés alimentation imposant SNG
 - Déshydratation associée, perte de poids > 5%
- Absence de critères de surveillance en SI

- Critères hospitalisation en SI

- Critères gazométriques : pH < 7,35 et/ou pCO₂ > 50 mmHg
- Apnées inaugurales (moins d'un mois, ancien préma) ou d'épuisement (secondaires)
 - > 10 sec
 - Responsables de cyanose aiguë ou de désaturation < 90%
 - Responsable d'une bradycardie (< 90/mn avant 6 mois, < 80/mn après 6 mois)
- Aspect toxique majeur (décompensation cardiaque : TRC allongé, pâleur, marbrures)
- Epuisement respiratoire (pauses de plus en plus longues, troubles de conscience ...)
- **Indications de CPAP : (PEP + 6-8 cmH₂O) – SNG associée systématique**
 - SpO₂ < 92% quelque soit sa modalité ou son niveau
 - PH < 7,30 et pCO₂ > 70 mmHg
 - Apnées avec désaturation < 90% et/ou bradycardies (cf ci-dessus)
- **Indication d'intubation et ventilation mécanique :**
 - Hypoxémie persistante avec impossibilité d'obtenir une SaO₂ > 90%
 - Arrêt respiratoire avec ventilation > 2 minutes au masque pour SaO₂ > 90%
 - Troubles de conscience, hyporéactivité, agitation ne répondant pas à l'oxygénothérapie
 - Persistance de signes de détresse respiratoire aiguë avec acidose hypercapnique (pH < 7.30 et/ou pCO₂ > 65 mmHg) sous ventilation non invasive [Ou SpO₂/FiO₂ < 193, soit SpO₂ < 90 sous 45% de FiO₂]
 - Réglages initiaux : PI 12-16 , FR 40-50, PEP 5, Objectif VT 6-7 mL/kg