

Critères de sévérité et d'hospitalisation du nourrisson atteint de bronchiolite

Âge : avant 2 mois (âge réel ou corrigé pour les prématurés), l'enfant **atteint de bronchiolite** (le principal signe de l'atteinte des voies aériennes inférieures sont les sifflements / sibilants) doit être hospitalisé. Avant 6 mois, la respiration se fait essentiellement par le nez. **Un enfant étant âgé de moins de 2 mois (âge réel ou corrigé) pour lequel de la kinésithérapie respiratoire est prescrite doit être vu par le kinésithérapeute** afin d'évaluer s'il s'agit d'une véritable bronchiolite (auquel cas il faudra contacter le 15) ou d'une obstruction des voies aériennes supérieures, qui peut donner des ronchis (râles transmis), voire des signes de détresse respiratoire. Dans ce cas, la désobstruction des voies aériennes supérieures est primordiale, tout comme la surveillance quotidienne de l'enfant par le kinésithérapeute (la bronchiolite débute toujours par une rhinopharyngite). NB : plus un enfant est jeune et de petit poids, plus les risques de détresse respiratoire et de déshydratation sont importants.

Alimentation : lors d'un épisode de bronchiolite, le nourrisson a souvent du mal à se nourrir, notamment en raison de l'obstruction nasale et/ou de la distension thoracique. Une ration alimentaire < à 50% sur au moins trois prises consécutives est un critère de sévérité. **Une diminution importante ou un refus de l'alimentation constitue un critère de gravité nécessitant de contacter le centre 15.**

Fréquence respiratoire : en dessous de **30 cycles/min** et au-dessus de **70 cycles/min**, il convient de contacter le centre 15. **Entre 60 et 69 cycles par minutes, l'enfant présente un critère de sévérité** à apprécier en fonction des autres signes cliniques.

Tonus / vigilance - apnées : ces signes sont dus à la fatigue, l'hypercapnie ou l'atteinte cérébrale par le VRS. Si l'enfant fait des pauses respiratoires (apnées), ou en présence d'une hypotonie, il convient de contacter le centre 15.

Coloration / saturation : l'hypoxémie sanguine se manifeste par une **cyanose péribuccale ou des extrémités**, un teint gris ou une pâleur extrême. Si vous n'avez pas d'oxymètre, contactez le centre 15. Si vous possédez un oxymètre avec capteur pédiatrique, il convient de mesurer la saturation. **Une saturation de 91% ou 92% au repos est un critère de sévérité. Une saturation ≤ à 90% est un critère de gravité nécessitant un appel au centre 15.**

Signes de lutte : tirages (inter-costal, sus-sternal, sous-costal...), entonnoir xiphoïdien, battements des ailes du nez (ouverture à l'inspiration), battements thoraco-abdominal (respiration paradoxale). **S'ils sont intenses, contacter le centre 15.** La respiration thoraco-abdominale (signe de fatigue) et les battements des ailes du nez (réflexe central à l'hypoxie) sont plus graves que les autres signes de lutte.

Geignement expiratoire : c'est un bruit de plainte à l'expiration permettant à l'enfant d'effectuer une pression expiratoire positive qui signe une fatigue intense. Sa présence nécessite un appel du 15.

Focus sur la température, qui n'est pas un critère d'hospitalisation : une fièvre > à 38.5° pendant plus de 48 h est un critère de réévaluation médicale (risque de surinfection bactérienne). NB : la réassentiment thermique est également un critère de surinfection.

**Pour toute question, vous pouvez contacter AquireSpi en semaine de 9h à 17h30
au 05 57 85 80 66 ou par mail à contact@acquirespi.org**

Plus d'informations sur :

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118113/fr/prise-en-charge-du-1er-episode-de-bronchiolite-aigue-chez-le-nourrisson-de-moins-de-12-mois

Forme clinique	Légère	Modérée	Grave	Bronchiolite aiguë du nourrisson (<12 mois) Check List pour l'évaluation initiale après désobstruction nasale et chez un enfant calme
État général altéré (dont comportement)	Non	Non	Oui	✓ Quel est l'état général ? Le comportement est-il altéré (modification du comportement, hypotonie, mauvaise impression clinique) ?
Fréquence respiratoire (mesure recommandée sur 1 minute)	< 60/min	60-69/min	≥ 70/min ou < 30/min ou respiration superficielle ou bradypnée (<30/min) ou apnée	✓ Y a-t-il des 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 respiratoire intenses : mise en jeu des muscles accessoires intercostaux inférieurs, sternocléidomastoïdiens, et un balancement thoraco abdominal, battement des ailes du nez. Alimentation : < 50% de la quantité habituelle sur 3 prises consécutives ou refus alimentaire SpO2 < 92%
Fréquence cardiaque (>180/min ou <80/min)	Non	Non	Oui	
Utilisation des muscles accessoires	Absente ou légère	Modérée	Intense	
SpO2 à l'éveil en air ambiant	> 92%	90% < SpO2 ≤ 92%	≤ 90% ou cyanose	✓ Y a-t-il des critères de vulnérabilité ?
Alimentation*	>50%	< 50% sur 3 prises consécutives	Réduction importante ou refus	< 2 mois d'âge corrigé prématurité <36 SA Comorbidités : cardiopathie congénitale avec shunt, pathologie pulmonaire chronique dont dysplasie broncho-pulmonaire, déficit immunitaire, pathologie neuromusculaire, polyhandicap Contexte social ou économique défavorable
	*(à évaluer par rapport aux apports habituels : allaitement maternel et/ou artificiel et/ou diversification)			
Interprétation	Les formes légères sont définies par la présence de tous les critères	Les formes modérées sont définies par la présence d' au moins un des critères (non retrouvées dans les formes graves)	Les formes graves sont définies par la présence d' au moins un des critères graves	✓ Capacité de recours aux soins ne permettant pas un retour au domicile