

République Algérienne Démocratique et populaire

Ministère d'Enseignement Supérieure et de la Recherche Scientifique

Université Abou Baker Belkaid Tlemcen

Faculté de Médecine

Département de médecine

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES



Présenté par:

- ***Benchadli Sara***
- ***Bensenane Fatima Zohra***

Encadré par:

Dr. DIB

Année Universitaire: 2016/2017

Remerciements

En préambule de cette mémoire nous souhaitons adresser ici tous nos remerciements :

Tous d'abord nous voudrions remercier notre encadreur : Dr DIB pour son encadrement dans nos recherches son aide lors de l'élaboration de notre problématique et son suivi durant la finalisation de ce thème, son soutien ses compétences dans ce domaine et ces précieux conseils

Ca nous fait l'honneur de travailler avec vous et nous vous inspirons un profond respect ainsi qu'à l'ensemble des assistants, Médecins résidents en pédiatrie qu'ont nous encadré durant notre stage, on a passé en leur présence 3 mois très enrichissant

Nous tenons également remercier tout l'équipe médicale et paramédicale

On tient bien sûr remercier amplement tous le cadre professionnel de la faculté de médecine pour la formation qu'ils nous assurent, nous souhaitons que notre travail réalisé soit à la hauteur de leur espérances ainsi qu'aux attentes de notre encadrant

En fin nous nous adressons nos sincères remerciements à nos chères parents nos proches et amis et tous ceux qui nous ont aidé au cours de la réalisation de cette mémoire

Sommaire

PARTIE THEORIQUE:

I. Introduction.

II. Histoire naturelle de la maladie

1. les données épidémiologiques
2. les virus et les lésions anatomiques
3. pathogénie :
 - a- le mode de transmission
 - b- l'agression virale
 - c- le terrain

III. étiologie :

IV .physiopathologie :

1. histopathologie
2. conséquences anatomiques
3. mécanisme de réparation
4. Facteurs favorisants

V. Tableau clinique:

1. Signes cliniques de la maladie
3. Critères de gravité (imposants l'hospitalisation)

VI. Types de bronchiolite

VII. Explorations para cliniques :

1. Radiologiques
2. biologiques

VIII. Diagnostic différentiel

IX. Évolution :

1. A court terme
2. Moyenne et longue terme
3. la décision d'hospitalisation

X .la prise en charge de la maladie

1. mesures générales
2. Moyens thérapeutiques
- 3 .planifier le suivi d'une bronchiolite
4. la prévention

XI. Conclusion

PARTIE PRATIQUE:

I. ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE:

II. RESULTAT:

1. Répartition selon l'âge.
2. Répartition selon le sexe.
3. Répartition selon les mois de l'année.
4. Répartition Selon Le terrain.
5. Mode d'allaitement.
6. Motif de consultation
7. Répartition selon le score de BIERMAN et PIERSON.
8. signe pleuro pulmonaire
9. Répartition selon les données de la radiographie thoracique.
10. Répartition selon la thérapeutique.
11. Répartition selon la durée d'hospitalisation.

III. DISCUSSION.

IV. CONCLUSION.

La partie théorique

I. Introduction :

Les infections broncho-pulmonaires sont fréquentes et potentiellement graves chez les enfants du monde entier.

Elles posent des problèmes spécifiques bien différents de ceux de l'adulte.

En Europe, l'incidence annuelle chez les enfants âgés de moins de 5 ans est de 35 à 40 cas pour 1000, plus élevée qu'à tout autre âge de la vie.

Dans les pays en développement l'incidence de ces infections est encore plus importante et comporte un risque élevé de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

Ainsi, l'OMS a pu évaluer à plus de quatre millions d'enfants par an (ou plus de 10 000 enfants par jour) le nombre de décès liés aux pneumopathies.

Le diagnostic des infections broncho-pulmonaires et leur évaluation étiologique, nécessitent une extrême rigueur d'analyse sémiologique, clinique et radiologique.

Les stratégies antibiotiques doivent être adaptées selon des données épidémiologiques actualisées mais de recueil souvent difficile.

Chaque hiver, la bronchiolite touche des milliers d'individus dès le démarrage de l'épidémie. Bien que le taux d'incidence baisse généralement à la moitié de l'hiver, des cas sporadiques peuvent apparaître jusqu'au printemps.

Elle Fréquente et contagieuse, la bronchiolite revient tous les automnes et hivers, pour contaminer des milliers d'individus.

L'épidémie démarre généralement en novembre et atteint son pic en décembre. Après cela, le nombre de cas baisse constamment mais de nouveaux cas continuent d'apparaître au cours des mois suivants, selon l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Or, si la bronchiolite est considérée par certains comme un gros rhume, elle peut mener à des complications sérieuses chez certains enfants, en particulier les plus jeunes. La maladie fait même partie des cinq causes les plus fréquentes d'hospitalisation chez les bébés de moins de deux ans. Il est donc important de savoir reconnaître la maladie, de bien la traiter voire de la prévenir en évitant la contamination.

1-Définition :

La bronchiolite du nourrisson est une pathologie assez fréquente et spécifique aux très jeunes enfants avant l'âge de 2 ans.

La bronchiolite sévit généralement entre octobre et mars, et enregistre un pic au moment des fêtes de fin d'année.

D'origine virale et notamment principalement causée par le virus respiratoire syncytial ou VRS, elle est contagieuse et survient souvent par petites épidémies dans les crèches.

Cette maladie requiert une prise en charge rapide pour empêcher son évolution possible vers une forme grave.

Le virus respiratoire Syncytial (VRS) est le principal agent infectieux de cette maladie.

Cette infection qui atteint les petites bronches se guérit en 5 à 10 jours environ. Les garçons représentent environ 60% des bébés atteints de bronchiolites.

La bronchiolite définit une inflammation des bronchioles, les dernières ramifications bronchiques de petit calibre. Si l'on parle souvent de « bronchiolite du nourrisson », c'est parce que la maladie sévit presque exclusivement chez les petits patients de moins de 2 ans.

La bronchiolite survient essentiellement durant les saisons automne et hiver et est due à un virus, pour la majorité des cas le VRS (Virus Respiratoire Syncytial). Cette pathologie est contagieuse et la transmission se fait par les voies aériennes ou par les mains, ce qui explique les épidémies dans les crèches.

L'évolution est spontanément favorable en quelques jours, mais certaines formes peuvent nécessiter une prise en charge hospitalière. Cette pathologie est amenée à récidiver : au-delà de trois épisodes, on parle d'asthme du nourrisson.

II.L'HISTOIRE NATURELLE DE LA MALADIE:

1. Les données épidémiologiques :

Le terme de bronchiolite aiguë englobe l'ensemble des bronchopathies obstructives liées le plus souvent au virus respiratoire syncytial humain (VRS).

Elles surviennent en période épidémique chez les nourrissons de 1 mois à 2 ans.

Les recommandations qui suivent sont limitées au premier épisode de bronchiolite aiguë.

Avec 460 000 cas par an, elle concerne environ 30 % de cette classe d'âge en France.

Les études épidémiologiques nationales sont peu nombreuses néanmoins, le maximum de fréquence entre 2 et 8 mois est bien établi. L'épidémie débute généralement à la mi-octobre, pour atteindre un pic unique en décembre; elle se termine à la fin de l'hiver. Cette cinétique se répète d'une année sur l'autre.

Le nombre d'enfants atteints augmente régulièrement chaque année depuis 1992.

Le taux d'augmentation est de 9% par an depuis 1996.

2. Le virus et les lésions anatomique :

Le VRS est l'agent infectieux principal des bronchiolites hivernales, en cause dans 60 à 90 % des cas selon les auteurs; au cours d'une même épidémie, les deux sous-types A et B du virus coexistent. D'autres virus peuvent être à l'origine de bronchiolites : virus parainfluenzae (5 à 20 % des cas), virus influenzae, adénovirus, rhinovirus.

Le VRS se transmet soit directement, par les sécrétions contaminées (toux, éternuements), soit indirectement, par les mains ou le matériel souillé ; le virus survit 30 minutes sur la peau et 6-7 heures sur les objets ou le linge. Après une période d'incubation de 2 à 8 jours, le virus se multiplie au niveau de la muqueuse nasale avant de gagner les voies respiratoires inférieures.

L'élimination du virus dure en général 3 à 7 jours mais peut se prolonger jusqu'à 4 semaines.

L'obstruction des voies aériennes est d'origine endoluminale (bouchon muqueux) et murale (inflammation pariétale).

L'accumulation des cellules nécrotiques desquamées, des sécrétions muqueuses et de l'exsudat séro-fibrineux constitue un véritable bouchon muqueux obstruant plus ou moins complètement la lumière bronchiolaire déjà réduite par l'inflammation pariétale.

Compte tenu du faible développement de la musculature lisse, le spasme bronchique ne joue qu'un rôle mineur dans la réduction du calibre des bronches et des bronchioles.

La guérison spontanée est l'issue la plus fréquente, mais 3 à 4 semaines sont nécessaires au décours de la phase aiguë pour rétablir une activité mucociliaire efficace. Ce délai explique la sensibilité accrue de l'épithélium respiratoire aux infections de toute nature dans les suites immédiates d'une bronchiolite.

Exceptionnellement, des séquelles anatomiques peuvent être observées (bronchiolites oblitérantes, bronchectasies).

3. Pathogénie :

a) Mode de transmission

- Directe : par la toux et les éternuements
- Indirecte, par les mains ou le matériel souillé : le virus survit 30mn sur la peau, 6 à 7h sur les objets, d'où les précautions majeures d'asepsie nécessaires en milieu hospitalier.

b) Agression virale

- porte d'entrée : voies aériennes supérieures
- Diffusion "en feu d'herbes" jusqu'aux bronchioles terminales
- Conséquences : + nécrose des cellules épithéliales
destruction du revêtement ciliaire responsable d'une hypersécrétion, d'une stagnation des sécrétions, avec bouchons muqueux ;+ réaction inflammatoire : infiltrat lympho-plasmocytaire péri-bronchiolaire œdème.

Ces deux phénomènes anatomiques sont responsables de *lésions obstructives diffuses* à type d'emphysème diffus, ou d'atélectasie localisée.

c) Terrain :

Fragilité particulière du nourrisson :

- atteinte préférentielle à cet âge des petites bronches, qui sont de petit calibre, la moindre hypersécrétion provoque l'obstruction ; pas de ventilation collatérale à cet âge.
- survient dans une phase de vulnérabilité immunologique (taux bas d'IgG et IgM entre 6 mois et 1 an) ;
- Les anciens prématurés ayant des séquelles respiratoires (dysplasie broncho-pulmonaire) sont particulièrement exposés aux formes sévères
- Les études épidémiologiques de Martinez¹ montrent le rôle prédisposant d'un

Profil fonctionnel respiratoire néo-natal secondaire au tabagisme maternel

III. Etiologie :

Les virus en cause sont le virus respiratoire syncytial (VRS) dans 60 à 90 % des cas selon les auteurs, le virus para-influenzae (5 à 20 % des cas), les virus influenzae, adénovirus, rhinovirus...

➤ Facteurs favorisant l'apparition d'une bronchiolite :

- Anomalies respiratoires préexistantes** (étroitesse des voies aériennes inférieures, bronchodysplasie...)
- Prématurité**: chez les survivants d'une prématurité extrême (moins de 33 semaines de gestation), l'incidence des sifflements récidivants est 5 fois plus élevé que chez les nouveau-nés à terme.
- Déséquilibre du rapport des populations lymphocytaires Th1 / Th2 à la naissance**
- Tabagisme passif**
- Antécédents parentaux d'asthme**
- Autres facteurs environnementaux** qui apparaissent vraisemblablement comme favorisant les récurrences que comme cause initiale de la maladie : mode de garde en collectivité, résidence en zone urbaine, bas niveau socio-économique, fratrie nombreuse

- Une étude montre que la bronchiolite à VRS est beaucoup plus fréquente et plus sévère chez les jumeaux ou les triplés que chez les prématurés uniques

IV. Physiopathologie :

Les virus peuvent retentir sur la fonction respiratoire en entraînant directement des dégâts tissulaires ou en induisant une réponse inflammatoire.

✓ *Histopathologie*

La réplication virale est intense au niveau du rhinopharynx avec propagation virale de proche en proche jusqu'aux voies aériennes inférieures.

La cellule de l'épithélium des voies aériennes est la principale cible du VRS.

A un moindre degré, les monocytes sont aussi touchés.

La nécrose cellulaire avec réponse inflammatoire entraîne une destruction des cellules concernées pouvant aller jusqu'à une abrasion de l'épithélium qui nécessite un certain délai pour la cicatrisation, temps pendant lequel le nourrisson est encombré faute d'une épuration muco-ciliaire efficace, avec un risque de prolifération bactérienne.

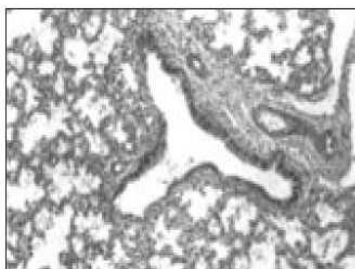
Cette abrasion de l'épithélium laisse la sous-muqueuse particulièrement vulnérable et ses récepteurs à nu, ce qui peut expliquer des toux incessantes.

La formation d'ulcérations dans la muqueuse et la membrane basale sont à l'origine d'un infiltrat périlobulaire mononucléé signant la présence de lymphocytes.

Les couches sous-muqueuses et adventitielles s'oedématient avec respect apparent des fibres élastiques et musculaires.
La sécrétion de mucus est augmentée.

La lumière des petites voies aériennes est encombrée de débris cellulaires, mucus et fibrine avec altération du principal système de drainage : le tapis roulant muco-ciliaire.

Bronchiole normale



*Bronchiolite :
obstruction des bronchioles
avec un infiltrat inflammatoire
périlobulaire.*

✓ *Conséquences anatomiques :*

1° L'obstruction bronchiolaire entraîne un piégeage expiratoire de l'air, responsable de la distension thoracique.

2° En cas d'obstruction complète, le territoire d'aval est collabé (atélectasie).

La résistance à l'écoulement dans les petites voies aériennes, déjà élevée chez le nourrisson, se trouve majorée par l'obstruction (oedème, sécrétions), d'où un piégeage de l'air en périphérie.

L'hypoxémie est due à l'hétérogénéité du rapport ventilation/perfusion, secondaire aux troubles de ventilation (zone perfusée non ventilée) et au non renouvellement de l'air alvéolaire (piégeage), avec une diminution de la pression partielle en oxygène. La contribution d'un bronchospasme à l'hypoxémie n'est pas démontrée.

✓ *Mécanismes de réparation :*

L'épithélium régénère en 3 à 4 jours mais la réparation totale peut mettre plusieurs semaines. Les cils réapparaissent vers le quinzième jour.

Les bouchons muqueux sont détruits par les macrophages. Il peut persister une augmentation de la taille des glandes, du nombre des cellules caliciformes et une hypertrophie musculaire.

Les nourrissons infectés hébergent le VRS pour environ sept jours mais peuvent encore l'excréter 3 à 4 semaines plus tard. La réponse immunitaire est incomplète, ce qui expose à des récives. Cependant, à 24 mois, 95 % des enfants ont des anticorps protecteurs vis-à-vis du VRS.

✓ *Facteurs favorisants :*

95 % des enfants de 24 mois ont fait leur primo-infection au VRS, c'est-à-dire qu'ils ont été en contact avec le virus et ont développé à cette occasion des anticorps. Au cours de cette primo-infection, 70 à 80 % présentent une rhinopharyngite.

Les 20 à 30 % restants vont développer une bronchiolite. L'existence

de facteurs favorisants pouvant expliquer cette différence de réaction lors de la primo-infection à VRS est discutée.

Il pourrait s'agir :

- d'anomalies respiratoires préexistantes : étroitesse des voies aériennes inférieures, dysplasie broncho-pulmonaire l'ancien prématuré
- d'une diminution physiologique des défenses immunitaires,
- du tabagisme passif : la gravité de la bronchiolite est corrélée à la présence d'un fumeur au domicile en période épidémique (épithélium déjà fragilisé)
- d'autres facteurs environnementaux : garde en collectivité, résidence en zone urbaine, fratrie nombreuse (sollicitations immunitaires répétées et rapprochées),
- ou de la virulence de l'épidémie, variable d'une saison à l'autre.

V-Tableau clinique :

1. Les signes de la maladie :

La bronchiolite dure de 7 à 10 jours. Les premiers symptômes de l'infection par le virus syncytial respiratoire sont ORL :

- **rhinite** avec toux plutôt sèche
- **obstruction nasale variable**, fonction de l'âge du nourrisson :

plus il est jeune, plus elle est marquée.

Puis les difficultés respiratoires surgissent au moment des repas : la respiration est rapide et superficielle, le nourrisson halète, il boit de moins en moins bien. Il rejette ses biberons.

L'insuffisance respiratoire s'accompagne d'agitation, de pâleur et de cyanose.

La fièvre est discrète ou modérée.

- La bronchiolite elle-même se manifeste par :

- **polypnée et distension thoracique**
- **râles crépitants en fin d'inspiration**
- premier ou à la rigueur deuxième épisode de ce type
- **frein expiratoire avec sibilances** Le "**wheezing**" est particulièrement caractéristique. C'est un sifflement très audible à distance mais parfois seulement perçu à l'auscultation qui est dû à la destruction de la muqueuse de l'arbre respiratoire entraînant obstruction et inflammation. Son corollaire auscultatoire est la présence de sibilants.

2. Les critères cliniques de gravité à considérer pour un recours hospitalier, outre les situations à risque majeur précitées :

- Facteurs cliniques :
 - . importance de l'altération de l'état général
 - . intensité de la gêne respiratoire
 - . âge de l'enfant.
- Données anamnestiques devant tenir compte :
 - . de l'observation parentale de l'enfant (« malaise », troubles du comportement)
 - . des antécédents du caractère traînant de la gêne respiratoire.
- Données environnementales :
 - . capacités de la famille en termes de surveillance, de compréhension, d'accès aux soins
 - . conditions de vie de l'enfant et ressources sanitaires locale

Le médecin dispense à la famille une information précise et s'assure de la bonne compréhension des signes d'aggravation tels que :

- Refus d'alimentation
- Troubles digestifs
- Changement de comportement
- Détérioration de l'état respiratoire
- Élévation thermique.

VI. Types de bronchiolite :

On peut distinguer trois types de bronchiolite sur le plan étiologique :

- bronchiolites de cause déterminée
- bronchiolites de cause indéterminée mais survenant dans un contexte bien caractérisé (par exemple transplantation) ;
- et bronchiolites isolées de cause indéterminée (cryptogéniques ou idiopathiques).

Certaines bronchiolites constituant des entités bien individualisées (par exemple panbronchiolite diffuse) ou associées à d'autres processus (par exemple bronchectasies diffuses) peuvent être incluses dans ces trois groupes étiologiques, mais sont en général envisagées à part. Nous adopterons ici une classification clinique des bronchiolites (Tableau 1).

La classification anatomopathologique individualise plusieurs entités qui diffèrent par leurs caractéristiques histopathologiques.

Les bronchiolites cellulaires comportent une infiltration de la paroi des bronchioles par des cellules habituellement inflammatoires.

La bronchiolite oblitérante est caractérisée par la réduction du calibre de la bronchiole (nous utiliserons dans cet article la terminologie de bronchiolite oblitérative pour désigner l'entité clinique correspondante ainsi que tout type de bronchiolite associée à une obstruction des voies aériennes, se manifestant le plus souvent par un trouble ventilatoire obstructif).

Il existe deux types histopathologiques principaux de Bronchiolite oblitérante.

- La bronchiolite oblitérante constrictive résulte d'une fibrose de la paroi de la bronchiole qui, lorsqu'elle est sévère, peut même complètement détruire la bronchiole, ne laissant qu'une cicatrice fibreuse.

- La bronchiolite oblitérante proliférative se caractérise, quant à elle, par des bourgeons (constitués de tissu conjonctif et de cellules mésenchymateuses) occupant la lumière de la bronchiole ces bourgeons adhèrent à la paroi bronchiolaire sur une partie de sa circonférence.
- La bronchiolite oblitérante proliférative Est généralement une atteinte accessoire au cours de la pneumopathie organisée (c'est la raison pour laquelle la terminologie de bronchiolite oblitérante avec organisation pneumonique [BOOP], idiopathique, a été remplacée par celle de pneumopathie organisée cryptogénique qu'il y ait ou non une bronchiolite associée, dans la classification internationale multidisciplinaire des pneumopathies interstitielles idiopathiques).

Un tableau de bronchiolite lymphocytaire avec pneumopathie interstitielle bronchiolocentrique a été décrit récemment.

Les lésions histopathologiques rappellent à certains égards celles des pneumopathies d'hypersensibilité, mais en diffèrent par l'absence de composante granulomateuse.

L'atteinte interstitielle a une distribution péribronchiolaire, les régions distales et en particulier sous-pleurales étant respectées.

Ce tableau histopathologique peut s'observer au cours des connectivites, de pneumopathies médicamenteuses, mais peut également constituer une entité idiopathique survenant généralement chez des femmes, de 40-50 ans, avec une pneumopathie infiltrante à l'imagerie et un trouble ventilatoire restrictif à l'exploration fonctionnelle respiratoire ; le pronostic semble médiocre, avec un tiers de décès à 4 ans.

La bronchiole étant une zone de transition, si dans certains cas le processus inflammatoire atteignant les bronchioles s'étend aux alvéoles, dans d'autres cas il concerne à la fois les bronchioles et les grosses bronches (inflammation longitudinale des voies aériennes).

Les manifestations cliniques sont évidemment très différentes selon que l'inflammation des bronchioles est associée à un processus inflammatoire des alvéoles ou des grosses bronches.

En cas d'inflammation longitudinale des voies aériennes, le développement de bronchectasies associées à la bronchiolite est souvent rapide.

La bronchiolite aiguë comporte généralement une infiltration cellulaire inflammatoire de la paroi bronchiolaire et un dommage diffus de l'épithélium, voire une nécrose partielle ou totale de la bronchiole.

Lorsque les lésions bronchiolaires sont modérées, une réparation sans séquelles est la règle, mais lorsque les lésions initiales sont sévères, elles peuvent entraîner une bronchiolite constrictive.

La bronchiolite constrictive est toutefois le plus souvent la conséquence d'un Processus inflammatoire chronique (après transplantation pulmonaire Par exemple).

La bronchiolite chronique est souvent associée à Des bronchiolectasies avec mucostase.

L'expression clinique des bronchiolites et leur évolution sont très variables.

Ainsi, les bronchiolites cellulaires aiguës d'origine infectieuse à virus syncytial (VRS) de l'enfant guérissent sans séquelles dans l'immense majorité des cas.

Au contraire, les bronchiolites chroniques constrictives après transplantation pulmonaire ou greffe de moelle, ou qui surviennent après inhalation de vapeurs toxiques, conduisent souvent à l'insuffisance respiratoire.

L'inflammation bronchiolaire peut, selon son caractère aigu ou chronique, selon son intensité, selon le (s)mécanisme (s) biopathologique (s) qui la sous-tend (ent),conduire, soit à une destruction de la bronchiole avec emphysème centrolobulaire, soit à une fibrose de la paroi bronchiolaire(qui peut oblitérer complètement la bronchiole).

VII. Explorations paracliniques :

1. Radiologiques :

La radiographie thoracique est souvent « normale » au cours des bronchiolites, en dehors des cas où il existe une infiltration bronchiolaire cellulaire intense pouvant donner lieu à un aspect de miliaire ou de pneumopathie infiltrante.

On peut voir l'aspect de :

a. emphysème pulmonaire généralisé et obstructif :

- Hyper clarté diffuse prédominante aux bases
- Elargissement du thorax
- Horizontalisation des côtes et élargissement des espaces intercostaux
- Aplatissement et abaissement des coupes diaphragmatiques

b. Autres images associées :

- Troubles de la ventilation
- Atélectasie du lobe supérieur avec surélévation de la coupole diaphragmatique
- Opacités broncho-alvéolaires mal limitées et bilatérale
- La tomодensitométrie, au contraire, apporte des informations très utiles pour l'analyse de la pathologie bronchiolaire.

➤ Deux types d'anomalies tomодensitométriques ont été décrites. Un aspect caractéristique est celui d'opacités centrolobulaires, qui peuvent résulter d'un épaississement de la paroi bronchiolaire ou d'une dilatation bronchiolaire avec impactions bronchiolaires par du mucus ou du pus, donnant lieu à des structures linéaires « branchées » (aspect d' « arbre en bourgeons », tree-in-in- des Anglo Américains).

L'aspect dit en « mosaïque » observé en tomодensitométrie de haute résolution sur les coupes fines à l'expiration résulte de l'alternance de zones irrégulières d'atténuation diminuée ou augmentée .


Il est la conséquence de l'hypoventilation avec trappage aérien au-delà de l'obstruction bronchiolaire, qui s'associe à un réflexe de vasoconstriction hypoxique (atténuation diminuée, le poumon étant plus transparent, noir, que la normale) avec redistribution du flux sanguin vers les zones normaux (atténuation augmentée, poumon plus gris que la normale).

Cet aspect en «mosaïque», évocateur de bronchiolite oblitérative, peut cependant être rencontré aussi au cours de l'asthme, des pneumopathies infiltrantes, et des maladies vasculaires pulmonaires.

Il peut aussi s'observer chez des sujets ayant une fonction respiratoire normale, sans corrélation avec l'existence d'un tabagisme.

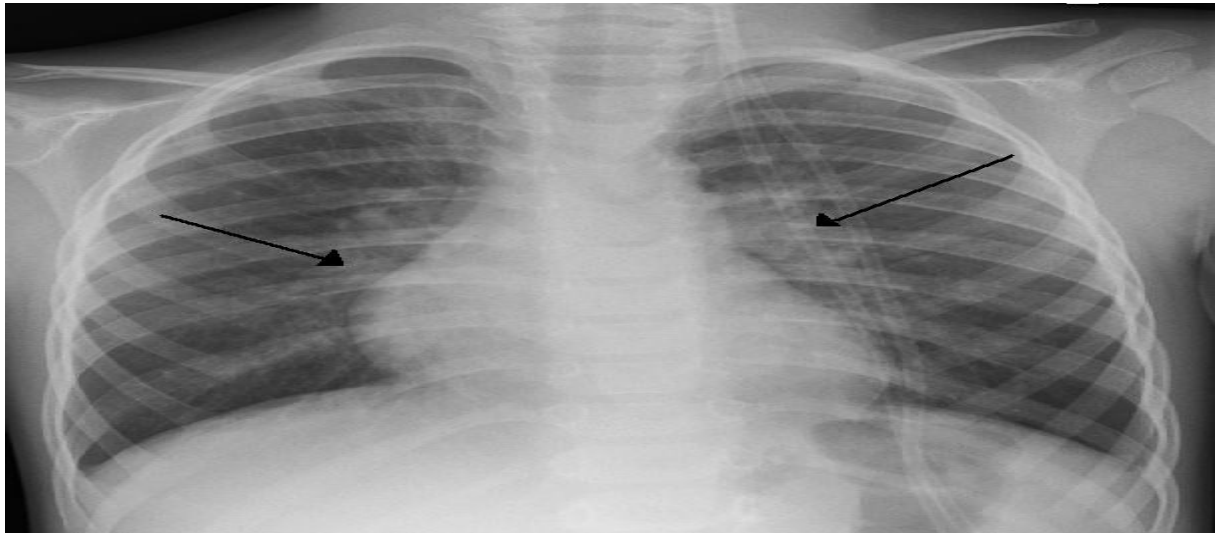
Il convient donc de ne pas porter le diagnostic de bronchiolite sur la seule constatation d'un trappage tomодensitométrique.

N° 86 - Infections broncho-pulmonaires du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte



► Rx thoracique face+profil

- Distension pulmonaire
- Bronchiolite
- Réduire au minimum les examens irradiants chez l'enfant



Radiographie pulmonaire d'un enfant avec VRS démontrant les marquages périhilaires bilatéraux typiques de la bronchiolite aiguë virale.

2. biologiques :

a. FNS

b. CRP : elle sera effectuée dans les formes sévères

c. L'étude en immunofluorescence : des sécrétions prélevées par aspiration nasopharyngée pour l'identification virale est intéressante pour préciser le germe en cause.

d. Augmentation significative : du taux des IgM spécifiques, et accessoirement des IgG

e. Examen sérologique : constitue une preuve a posteriori

f. Hématose :

– saturométriectran-cutanée

– gaz du sang : deux degrés de gravité :

-Hypoxie normocapnie, corrigée par l'oxygène ;

-Hypoxie hypercapnie, témoin de fatigue et risque de décompensation.

G.D.S. NOUVEAU NE

PaO₂

ADULTE: 98 mmHg
· ENFANT: 98 mmHg
NOURRISSON: 70 à 80 mmHg

HYPOXIE

NOURRISSON: PaO₂ < 60 mmHg
Sat < 88 %

NOUVEAU NE: PaO₂ < 50 mmHg
Sat < 90 %

HYPEROXIE

NOURRISSON: PaO₂ > 150 mmHg
PREMATURE: PaO₂ > 80 mmHg

VIII. Diagnostic différentiel :

- Asthme
- Pneumonie
- Maladie pulmonaire chronique (ex. FKP)
- Corps étranger
- Reflux gastro-œsophagien, dysphagie
- Problème cardiaque

IX.L'ÉVOLUTION :

1.Évolution à court terme :

Dans les formes communes de bronchiolite, l'acmé est atteinte en 2 à 4 jours. Il n'y a pas de parallélisme entre la gravité clinique initiale et la durée de la maladie. L'évolution clinique est dans la très grande majorité des cas favorable ; les signes d'obstruction durent 8 à 10

jours. Une toux résiduelle peut persister encore une quinzaine de jours.

Dans de rares cas, la détresse respiratoire peut imposer l'hospitalisation, parfois en unité de soins intensifs.

Cette dernière éventualité concerne surtout les enfants âgés de moins de 6 semaines, nés à un âge gestationnel inférieur à 34 semaines d'aménorrhée, porteurs d'une dysplasie bronchopulmonaire et/ou d'une cardiopathie congénitale.

La létalité au stade aigu est diversement évaluée, y compris celle par apnée inaugurale. Elle est souvent nulle dans les séries occidentales les plus récentes.

✓ **Surinfections :**

Dans 40 à 50 % des cas dans les études récentes, une colonisation bactérienne est associée à l'infection à VRS (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*), cependant, colonisation ne signifie pas surinfection.

➤ Les critères habituellement retenus comme marqueurs d'une infection bactérienne sont :

- une fièvre élevée, supérieure ou égale à 38,5 °C
- une otite moyenne aiguë
- des sécrétions bronchiques mucopurulentes dans un contexte fébrile
- un foyer pulmonaire radiologique
- une élévation de la *C Reactive Protein*(CRP) et/ou du taux de polynucléaires neutrophiles à la numération formule sanguine.

La présence d'un de ces critères justifie une nouvelle évaluation clinique de l'enfant.

2.Évolution à moyen et long terme :

Près d'une fois sur cinq, les signes respiratoires persistent d'emblée au-delà des 2 à 3 semaines habituelles.

Le *wheezing* perdure de façon chronique, élément dominant du syndrome de bébé siffleur (*happy wheezer* des Anglo-Saxons).

La sémiologie est plus bruyante que véritablement gênante chez un nourrisson qui reste en bon état général. Fait caractéristique, les signes augmentent lors de l'agitation pour s'atténuer très largement pendant le sommeil.

Chez d'autres enfants, les épisodes se répètent dans les deux premières années. Ces rechutes de bronchiolite concernent 23 à 60 % des enfants d'après les études longitudinales récentes.

À partir du troisième épisode obstructif, on peut parler de crise d'asthme et non plus de bronchiolite, et il est alors d'usage d'utiliser le terme d'« asthme du nourrisson ».

L'évolution de l'asthme du nourrisson vers celui du grand enfant concerne seulement 20 à 25 % des patients ; l'existence d'un terrain atopique est le principal facteur de risque d'une telle évolution

3. La décision d'hospitalisation :

La bronchiolite du nourrisson est, dans la majorité des cas, une pathologie d'évolution bénigne.

Cependant, le recours hospitalier concerne actuellement 20 % des patients et la décision de consulter à l'hôpital est, dans deux cas sur trois, l'initiative des parents eux-mêmes.

Le recours hospitalier doit rester une décision médicale, reposant sur des indications précises, et ne concerner qu'une minorité d'enfants.

La rationalisation des soins repose donc sur le médecin par son rôle éducatif auprès des familles (évitant le recours abusif aux urgences hospitalières) et par sa connaissance précise des critères de gravité.

✓ **L'hospitalisation s'impose en présence d'un des critères de gravité suivants :**

La bronchiolite aiguë du nourrisson peut, dans quelques rares cas, mettre en jeu le pronostic vital.

➤ L'hospitalisation s'impose en présence d'un des critères de gravité suivants :

- aspect « toxique » (altération importante de l'état général)
- survenue d'apnée, présence d'une cyanose
- fréquence respiratoire > 60/minute
- âge < 6 semaines
- prématurité < 34 SA, âge corrigé < à 3 mois
- cardiopathie sous-jacente, pathologie pulmonaire chronique grave
- saturation artérielle transcutanée en oxygène (SpO_2^{tc}) < 94 % sous air et au repos ou lors de la prise des biberons
- troubles digestifs compromettant l'hydratation, déshydratation avec perte de poids > 5 %
- difficultés psychosociales
- présence d'un trouble de ventilation confirmé par une radiographie thoracique, pratiquée d'après des arguments cliniques.

SCORE DE BIERMAN PIERSON

Score	FR	Wheezing	Cyanose	Tirage
0	< 30	0	0	0
1	31-45	Fin-Exp	Peribucal au cri	Faible
2	64-60	Insp/Expi	Peribucal repos	Important
3	> 60	Insp/Expi sans Stheto	généralisée	Intense

- ➔ *Détresse légère* : score 1 - 6
- ➔ *Détresse modérée* : score 7 - 9
- ➔ *Détresse sévère* : score 10 - 12

X.LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE

1. Mesures générales :

La prise en charge d'une bronchiolite aiguë du nourrisson est essentiellement symptomatique.

✓ **Hydratation, nutrition :**

Pour les formes habituelles de bronchiolite légère et modérée, les apports hydriques correspondent aux besoins de base du nourrisson en prenant en compte la fièvre et la polypnée qui augmentent les pertes insensibles.

Les apports hydriques recommandés sont de 100 à 110 ml/kg/j pour le nourrisson de moins de 6 mois, et de 80 ml/kg/j au-delà.

La bronchiolite s'accompagne de difficultés d'alimentation et de distention gastrique.

Des mesures simples comme la désobstruction nasopharyngée avant l'alimentation, le fractionnement des repas, voire éventuellement l'épaississement des biberons sont recommandées.

Ces difficultés alimentaires peuvent conduire à une alimentation entérale par sonde nasogastrique, voire parentérale. Il n'y a pas lieu de prescrire de traitement antireflux.

✓ **Couchage**

La position idéale est le proclive dorsal à 30°, avec la tête en légère extension. La literie et les moyens de maintien de l'enfant en proclive doivent être adaptés .

✓ **Désobstruction nasale :**

La respiration du nourrisson étant à prédominance nasale le maintien de la liberté des voies aériennes supérieures est essentiel.

L'utilisation des instillations nasales (narine par narine, le nourrisson en décubitus dorsal, la tête tournée sur le côté) avec du sérum physiologique doit être associée au désencombrement rhinopharyngé. Cette technique doit être apprise aux parents.

✓ **Environnement :**

Il est démontré que l'inhalation passive de tabac est un facteur aggravant pouvant conduire à l'hospitalisation. Il faut veiller à une aération correcte de la chambre de l'enfant et maintenir une température n'excédant pas 19 °C.

2 .Moyen thérapeutique :

✓ **Traitement médicaux :**

• **Bronchodilatateurs :**

Les bronchodilatateurs disponibles sont l'épinephrine la théophylline les anticholinergiques de synthèse et les β mimétiques
Les bronchodilatateurs tels que le salbutamol et l'albutérol n'améliorent pas la saturation en oxygène, ne réduisent pas le nombre d'admissions après traitement en consultation externe, n'abrègent pas la durée d'hospitalisation et ne diminuent pas le temps nécessaire à la guérison à domicile.

Étant donné les effets secondaires indésirables et le coût associés à ces traitements, les bronchodilatateurs ne sont pas efficaces dans la prise en charge systématique de la bronchiolite

• **Les solutions salines nébulisées dans la bronchiolite**

Les preuves actuelles suggèrent que la solution saline nébulisée à 3 % pourrait entraîner une réduction significative de la durée du séjour à l'hôpital chez les nourrissons hospitalisés pour cause de bronchiolite virale aiguë non sévère, et améliorer le score de gravité clinique chez les patients hospitalisés et non hospitalisés.

• **Corticoïdes :**

La revue de la littérature suggère, pour la plupart des études, l'inefficacité des corticoïdes par voie systémique, à l'inverse de ce qui a été démontré dans l'asthme.

L'utilisation de la corticothérapie inhalée en phase aiguë d'une bronchiolite n'a pas d'influence sur l'évolution immédiate .

Cette utilisation au décours d'une première bronchiolite n'a pas démontré son efficacité pour réduire le nombre de récives .

- **Antiviraux :**

L'action de la ribavirine sur le VRS a été démontrée *in vitro* et chez l'animal.

Chez l'homme, son efficacité est à l'heure actuelle sérieusement mise en doute.

La difficulté pratique de son emploi (appareillage spécifique de nébulisation, durée d'administration, contrainte pour le personnel soignant exposé) et son coût élevé sont incompatibles avec sa délivrance en routine et en ambulatoire.

- **Antibiothérapie :**

Elle n'est pas indiquée en première intention. Il est rappelé que les antibiotiques disponibles n'ont aucun effet sur les agents viraux responsables de la bronchiolite.

L'indication d'une antibiothérapie se discute devant un ou plusieurs des signes suivants faisant craindre une surinfection bactérienne ou une fragilité particulière :

- fièvre = 38,5 °C pendant plus de 48 heures ;
- otite moyenne aiguë
- pathologie pulmonaire ou cardiaque sous-jacente ;
- foyer pulmonaire radiologiquement documenté ;
- élévation de la C Reactive Protein (CRP) et/ou des polynucléaires neutrophiles.

Si un antibiotique doit être utilisé, on s'orientera vers un antibiotique efficace sur les trois germes les plus fréquemment rencontrés (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*) (grade A).

- **Antitussifs :**

La toux de la bronchiolite, permettant l'évacuation des sécrétions bronchiques, doit être respectée.

Il n'y a donc pas d'indication des antitussifs dans cette pathologie.

- **Mucolytiques et mucorégulateurs :**

En l'absence d'étude convaincante il n'y a pas d'indication de prescription des mucolytiques et des mucorégulateurs *per os*.

Les fluidifiants bronchiques ne doivent pas être utilisés en nébulisations car ils sont inutiles et peuvent induire un bronchospasme.

- **Oxygénothérapie :**

En milieu hospitalier l'oxygénothérapie est indiquée pour les bronchiolites entraînant une désaturation inférieure à 94 %.

- ✓ **Place de la kinésithérapie respiratoire dans la prise en charge de la bronchiolite de nourrisson :**

Le recours à la kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites aiguës du nourrisson repose sur l'observation de l'amélioration clinique franche qu'elle entraîne et sur un avis d'experts .

Elle utilise des techniques de désencombrement bronchiques
Le kinésithérapeute ne se borne pas à l'exécution de gestes techniques itératifs. Son rôle est essentiel dans la surveillance du nourrisson et l'éducation des familles.

La kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites aiguës du nourrisson est largement prescrite



➤ **TECHNIQUES :**

- **Techniques de désobstruction des voies aériennes supérieures**

Il s'agit de la désobstruction rhinopharyngée (DRP) qui associe :

- la DRP rétrograde, par reniflement passif (induit par une expiration passive profonde préalable) grâce à une occlusion buccale concomitante de l'inspiration
- le recueil des sécrétions, par la technique dite « d'antépulsion pharyngobuccale »
- et peut être complétée par le désencombrement rhinopharyngé antérograde ou mouchage.

On peut y associer l'instillation locale de sérum physiologique narine par narine, l'enfant en décubitus dorsal, la tête tournée sur le côté.

Il s'agit de techniques codifiées qui peuvent être apprises aux parents.

L'aspiration nasopharyngée au moyen d'une sonde est un geste invasif, réservé aux situations critiques, le plus souvent en milieu hospitalier.

- **Techniques de désobstruction des voies aériennes inférieures**

La désobstruction des voies aériennes inférieures est basée sur deux techniques : L'expiration lente prolongée (ELPr), à laquelle on peut assimiler l'augmentation lente du flux expiratoire (AFE lente), consiste en des pressions manuelles thoraco-abdominales entraînant une expiration lente et dirigée, glotte ouverte.

Elle a pour objectif d'éviter le collapsus bronchique et la séquestration d'air. Elle vise ainsi à désencombrer les bronches distales et à améliorer la ventilation alvéolaire. Elle doit être guidée par l'auscultation.

La technique de la toux provoquée, déclenchée par une pression trachéale brève, appliquée en fin d'inspiration au-dessus de la fourchette sternale vise à obtenir l'expectoration.

3. Planifier le suivi d'une bronchiolite :

Surveillance immédiate

Les critères de surveillance sont avant tout cliniques :

- **En ambulatoire** : température, fréquence respiratoire, qualité de la prise des biberons, du sommeil, des selles (si gastro-entérite aiguë associée).

- **A l'hôpital** : fréquence respiratoire (apnées) et cardiaques, qualité de la prise des biberons, SaO₂

5. Prévention :

Pour prévenir la bronchiolite du nourrisson, il existe une injection à faire mensuellement durant les deux premiers hivers pour les enfants plus exposés, notamment les prématurés.

Une bonne hygiène des mains et l'absence de contact entre un enfant et un individu malade sont des évidences.

➤ Les bons gestes à adopter quand Bébé a une bronchiolite

- **Aérer la chambre** du bébé
- **Ne pas échanger** les biberons ou tétines
- **Porter un masque** si les parents ont une rhinite virale
- **Ne pas fumer** en présence de son bébé et ne pas l'emmener dans des endroits enfumés
- **Continuer de coucher son bébé sur le dos** et mettre un coussin sous le matelas pour le surélever légèrement
- Lui donner à **boire régulièrement**
- Bien vérifier que son **bébé s'alimente correctement** et prend bien ses biberons
- **Laver son nez** avec du sérum physiologique, plusieurs fois par jour de préférence avant les repas
- Utiliser des **mouchoirs jetables**
- Ne pas déposer son bébé à la crèche avant la fin des manifestations
- **Surveiller sa respiration**, sa température et l'absence de diarrhée
- **Se laver les mains** avec du savon avant de s'occuper de lui
- **Ne pas embrasser son bébé** lorsqu'on est atteint d'une rhinopharyngite ou d'une bronchite
- Demander à ses frères, sœurs et aux membres de l'entourage **d'éviter de l'embrasser**
- Ne pas emmener son bébé dans **des endroits où il risque d'être au contact** de personnes atteintes de maladies infectieuses (transports en commun, supermarchés, boutiques...).

XI. CONCLUSION :

La bronchiolite aigue est la maladie infectieuse la plus fréquente chez le nourrisson et représente un problème de sante public

Son étiologie est virale et le virus respiratoire syncitial (VRS) est le principal agent responsable

Certains enfants sont a haute risque de présenter une forme grave de la maladie (prématuré, broncho dysplasie pulmonaire, cardiopathie congénitale..)et doivent être hospitaliser en milieux spécialisé

Il n'existe pas de thérapeutique curative spécifique et l'efficacité de médicament habituellement prescrit (bronchodilatateur, corticoïde) n'est aujourd'hui pas prouvée

La surinfection bactérienne est fréquente au cour de bronchiolites aigue graves

L'antibiothérapie initial le plus souvent (amoxicilline-acide clavulanique) doit être rapidement adaptée au résultats bactériologique

Le traitement préventif actuel repose sur les anticorps monoclonaux anti VRS (palivizumab) mais ses indications sont parfaitement limitées

la partie pratique

I. ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE:

➤ **Résumé :**

C'est une étude descriptive prospective réalisée dans le but d'analyser les aspects épidémiologiques cliniques et évolutifs de la bronchiolite portant sur les patients hospitalisés dans le service de pédiatrie de l'EHS Tlemcen du 01 janvier 2015 au 31 décembre 2016. L'évaluation a porté sur un nombre limité d'indicateurs car on n'a pu analyser que les données disponibles.

➤ **Les objectifs :**

- Analyser les tendances épidémiologiques de la maladie
- Evaluer l'évolution de la maladie portant sur un nombre d'indicateurs épidémiologiques
- D'autres indicateurs (suivi des traitements, complications, la prise en charge ultérieure, nombre des patients guéris) non recueillis.

➤ **Matériels et méthodes :**

Etude descriptive rétrospective réalisée dans le service de pédiatrie EHS Tlemcen du janvier 2015 au décembre 2016.

Les données ont été recueillies à partir du

- Registre médical du service de pédiatrie: âge, sexe, type de pathologie, la durée de séjour.
- Les dossiers médicaux de l'année 2015 et de l'année 2016 du service de pédiatrie: Mode de révélation, déroulement de grossesse variations pondérales, évolution, pathologies associées, niveau socioéconomique, sévérité, traitement.
- Nombre d'enquêteurs : 2.
- Les variables étudiés: Age, sexe, mode de révélation, sévérité, pathologies associées, évolution, les schémas thérapeutiques, la durée de séjour.

. Variables envisagées mais non recueillies: profession de la maman, séjour en crèche, la morbidité et le suivi du traitement.

NB :

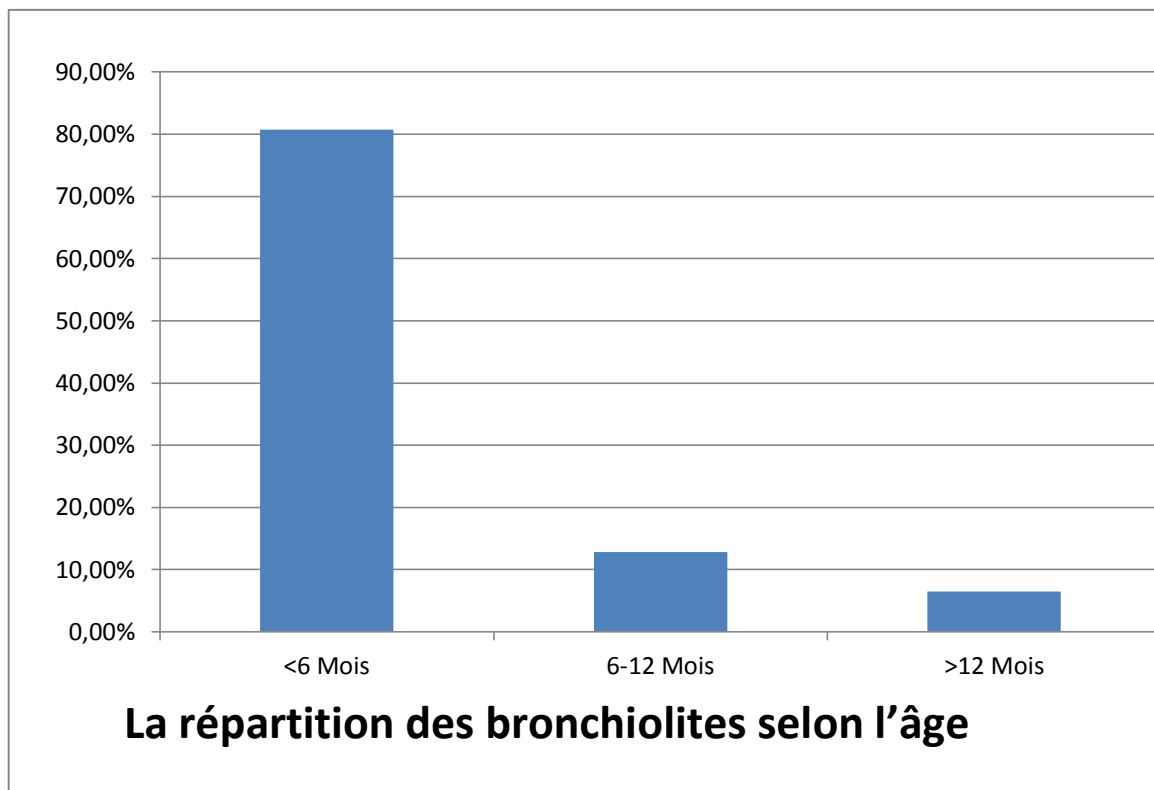
A partir des deux registres de l'année 2015 ,2016 celui du service on a trouvé un effectif total de 210 cas

Mais vu la non disponibilité d'un nombre considérable de dossiers au niveau du service de pédiatrie et le manque de certains paramètres dans d'autres, on a jugé nécessaire de baser notre étude uniquement sur ceux qui sont disponible

II.RESULTAT :

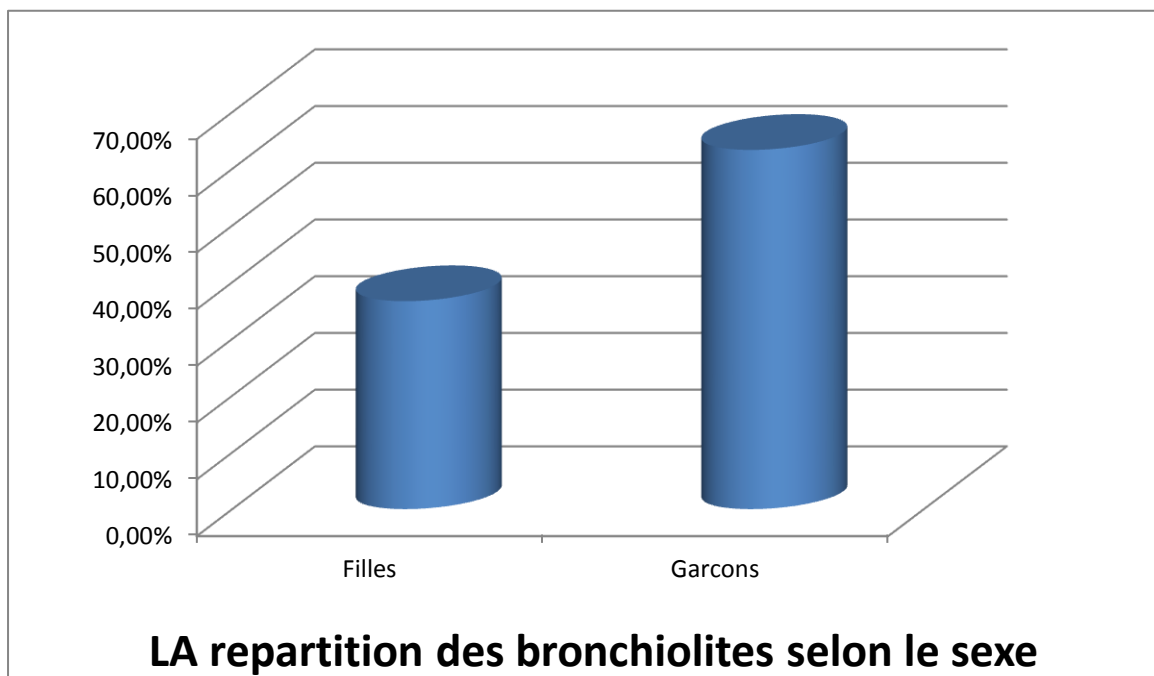
1-La repartition des bronchiolites selon l'age :

<6 mois	6-12 mois	>12 mois
113	18	9
80,71%	12,85%	6,42%



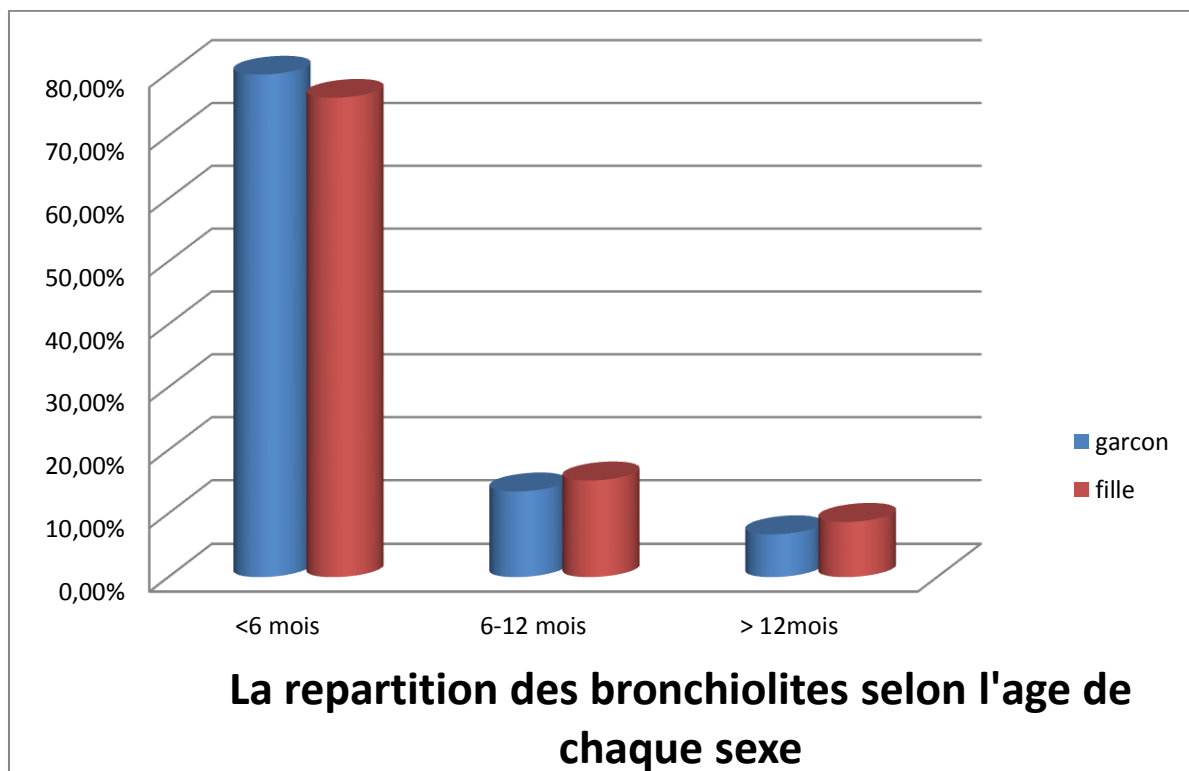
2-selon le sexe :

<i>Filles</i>	<i>Garçons</i>
77	133
36,66%	63,33%



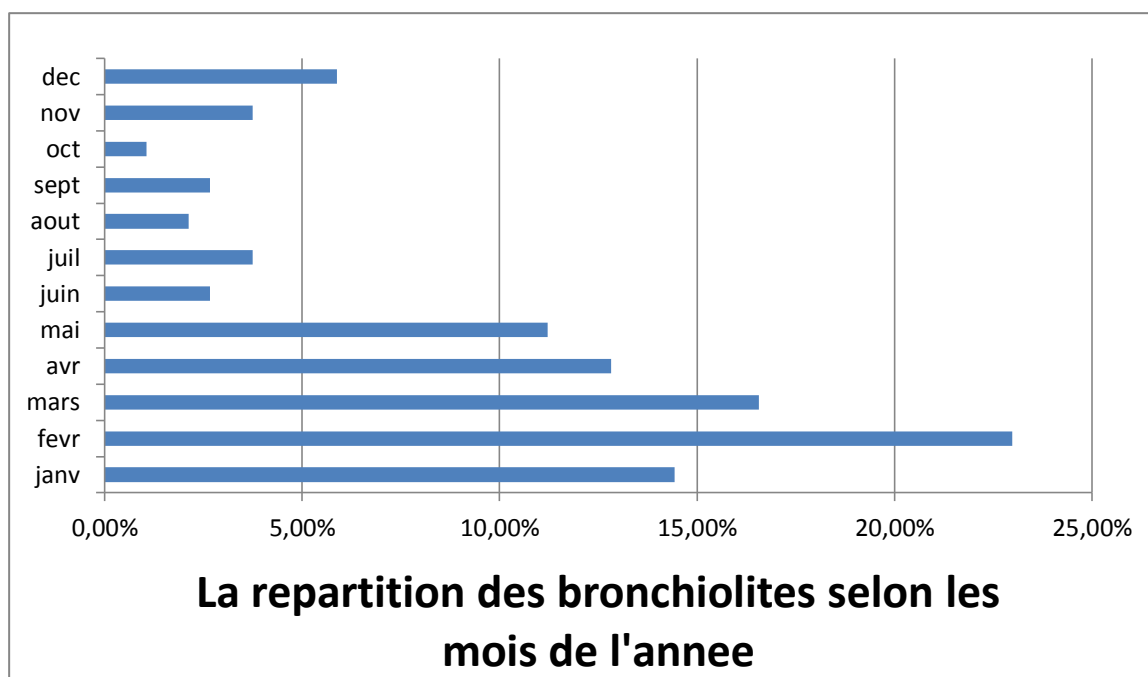
3- selon l'âge de chaque sexe :

<6mois		6-12mois		>12mois	
garçon	fille	garçon	fille	garçon	fille
71	35	12	7	6	4
79,77%	76,08%	13,48%	15,21%	6,74%	8,69%



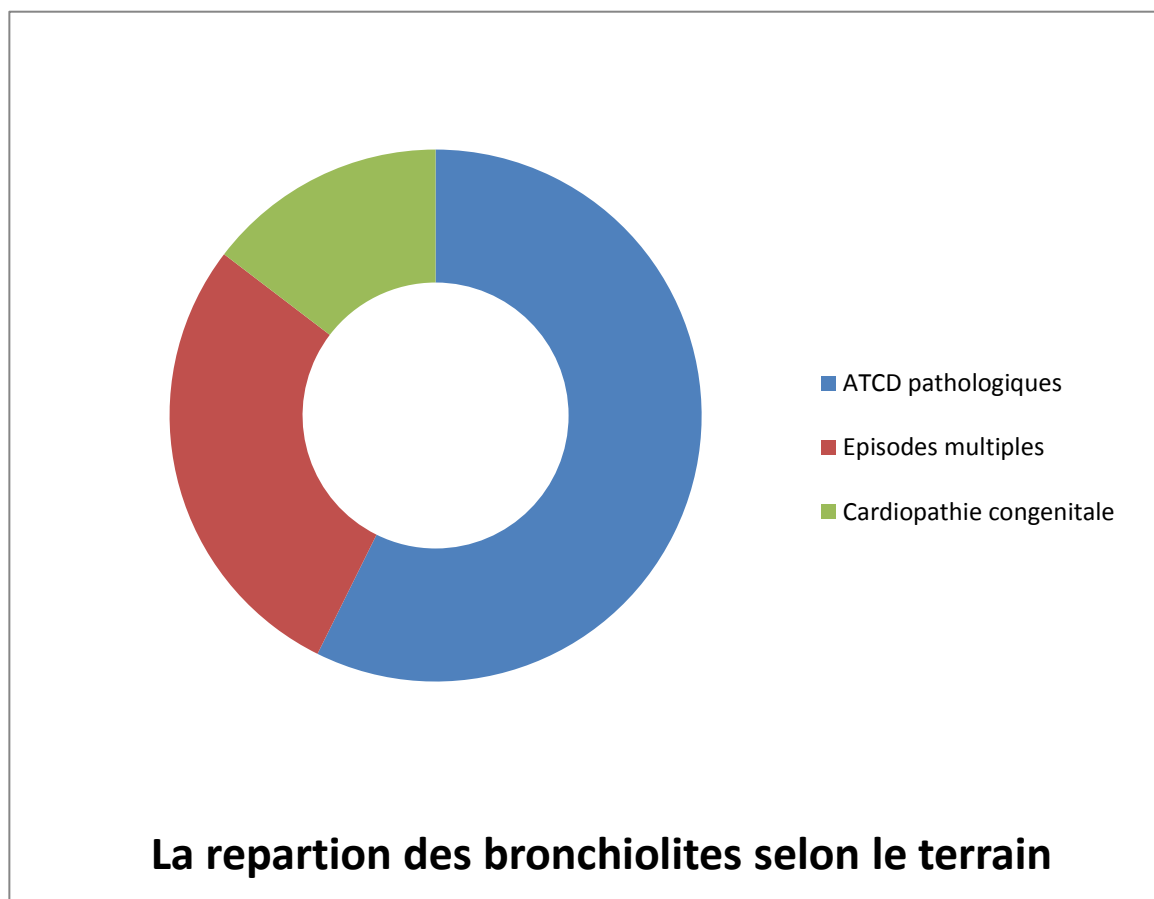
4-selon les mois de l'annee :

Janv.	févr.	mars	avr.	mai	juin	juil.	aout	sept	oct.	nov.	déc.
27	43	31	24	21	5	7	4	5	2	7	11
14,43%	22,99%	16,57%	12,83%	11,22%	2,67%	3,74%	2,13%	2,67%	1,06%	3,74%	5,88%



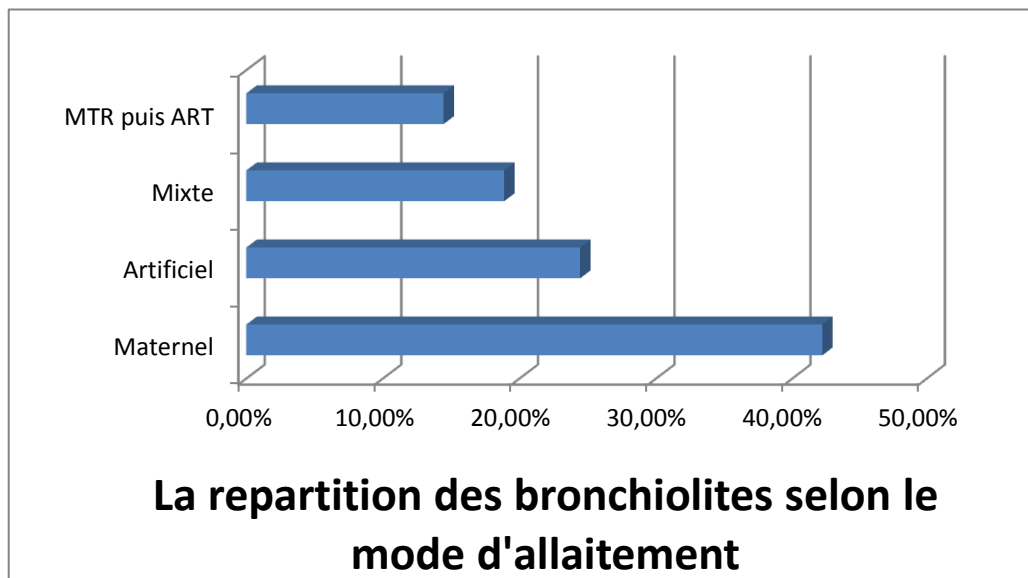
5-selon le terrain :

<i>ATCD pathologique</i>	<i>Episode multiple</i>	<i>Cardiopathie congénitale</i>
47	23	12
58,02%	28,39%	14,81%



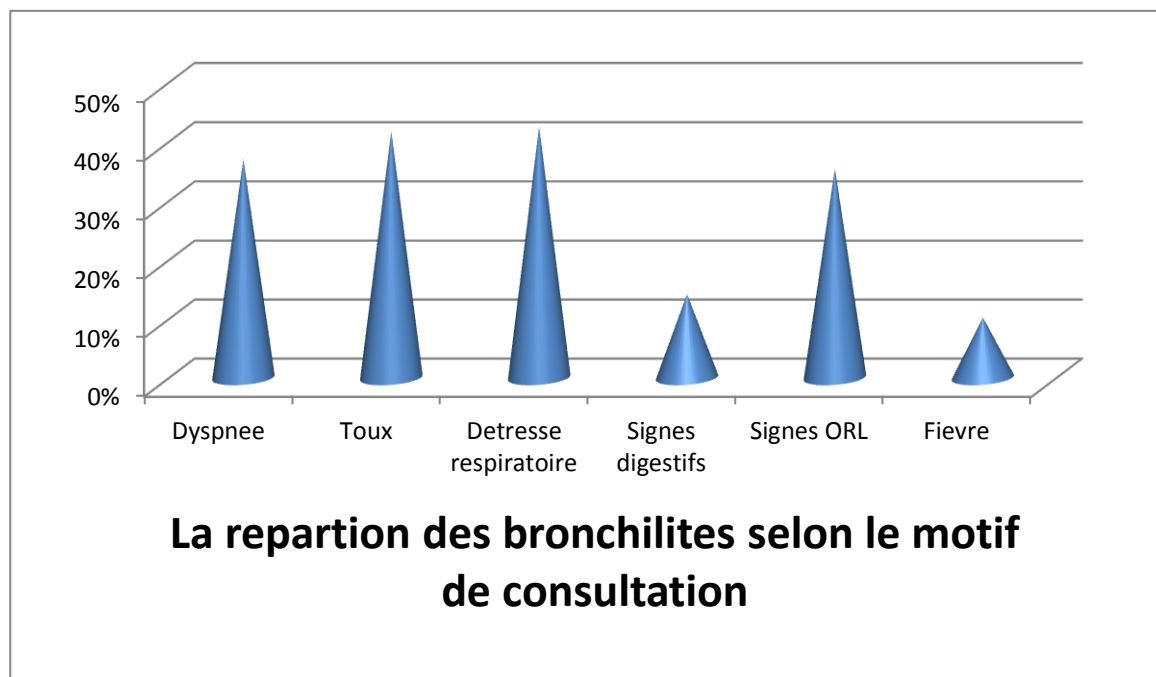
6-selon le mode d'allaitement :

<i>Maternel</i>	<i>Artificiel</i>	<i>Mixte</i>	<i>MTR puis ART</i>
38	22	17	13
42,22%	24,44%	18,88%	14,44%



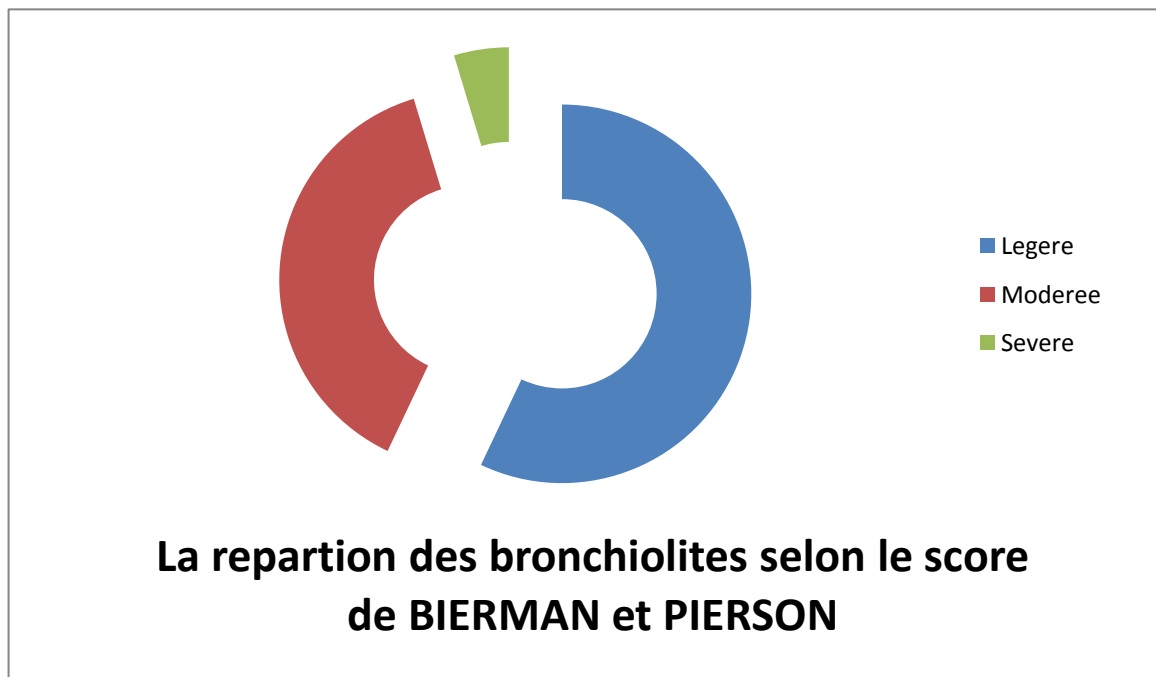
7-selon le motif de consultation :

<i>Dyspnée</i>	<i>Toux</i>	<i>Détresse respiratoire</i>	<i>Signes digestifs</i>	<i>Signes ORL</i>	<i>Fièvre</i>
47	53	54	18	45	13
37%	41,73%	42,51%	14,17%	35,43%	10,23%



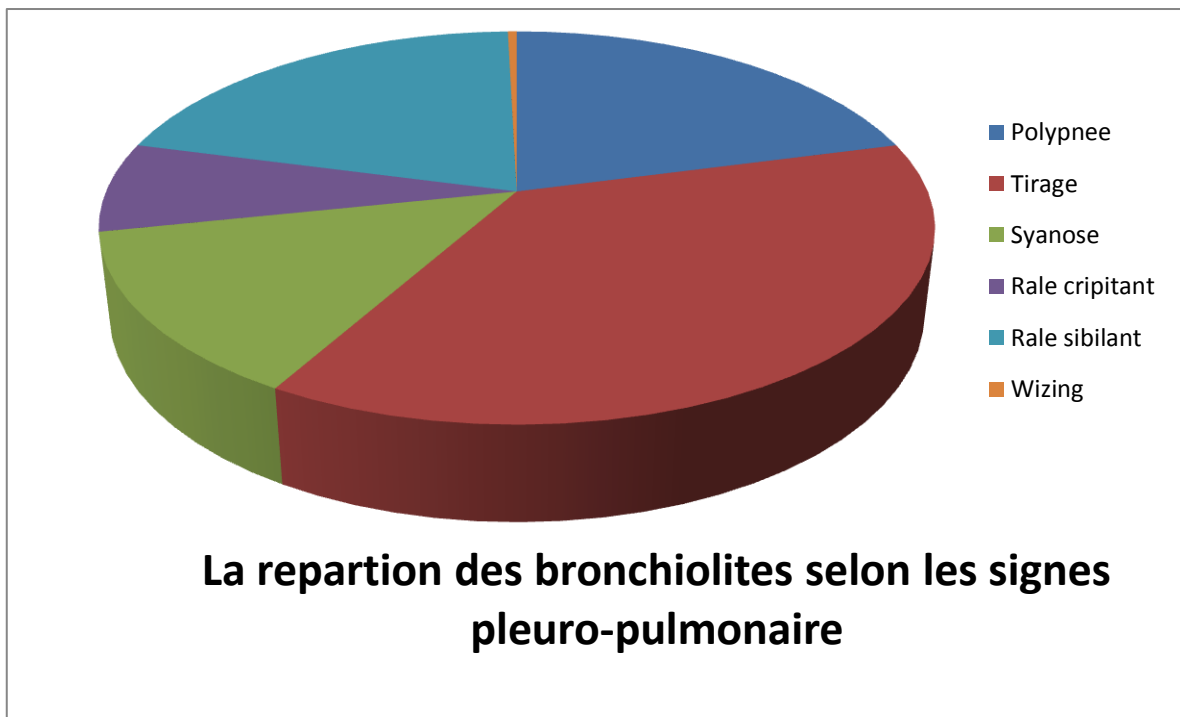
8-selon le score de BIERMAN et PIERSON :

<i>Legere</i>	<i>Modéré</i>	<i>Sévère</i>
75	49	6
57,03%	38,28%	4,68%



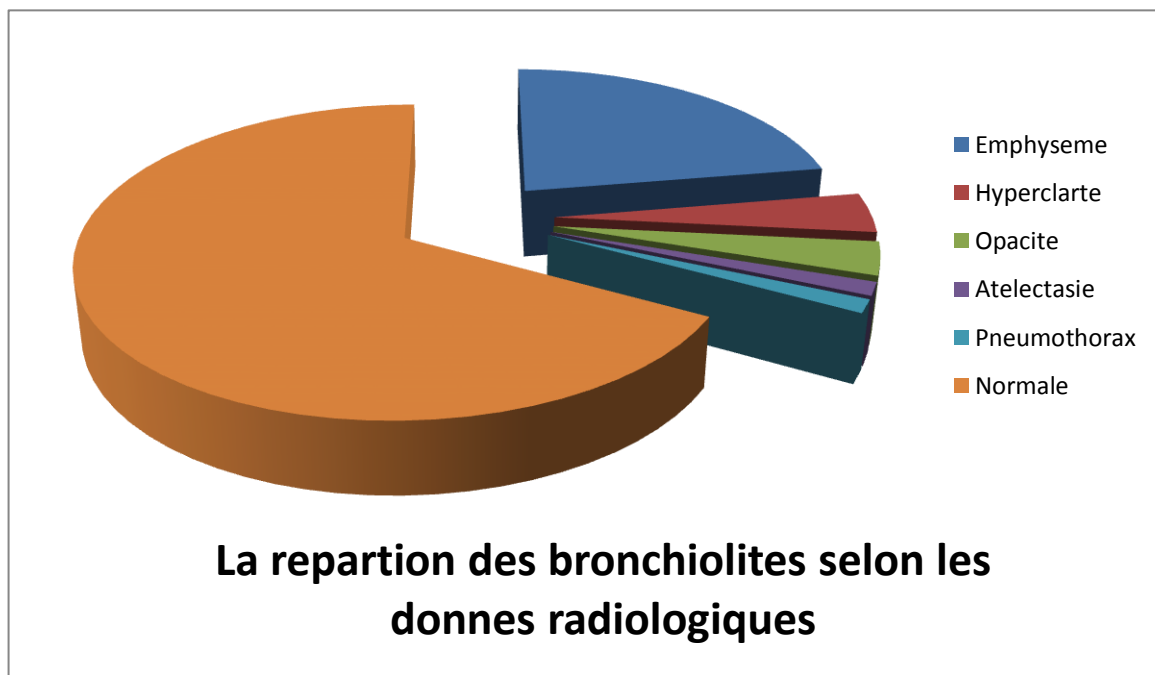
9-selon les signes pleuro-pulmonaire :

<i>Polypnée</i>	<i>Tirage</i>	<i>Cyanose</i>	<i>Rôle sibilant</i>	<i>Rôle crépitant</i>	<i>Wizing</i>
51	91	33	50	18	1
41,80%	74,59%	27,04%	40,98%	14,75%	0,81%



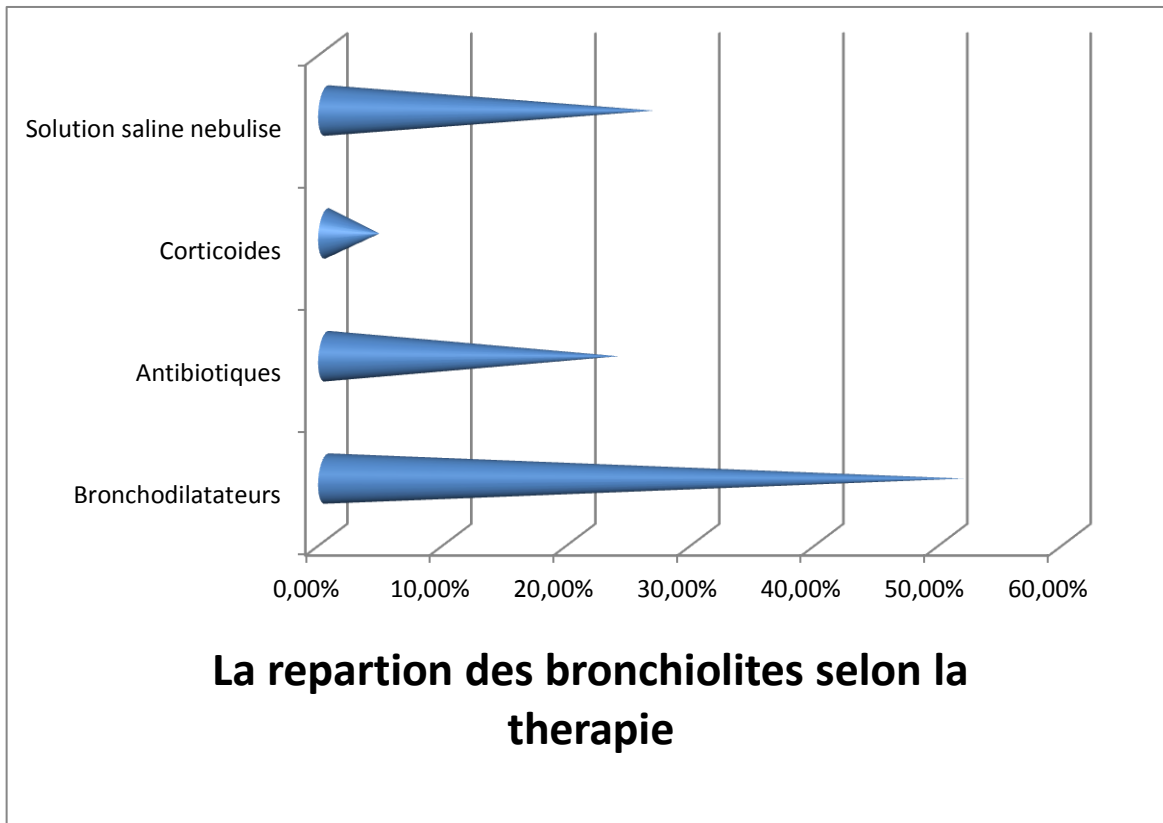
10-selon les donnes radiologiques :

<i>Emphysème</i>	<i>Hyper clarté</i>	<i>Opacité</i>	<i>Atélectasie</i>	<i>Pneumothorax</i>	<i>Normal</i>
32	6	5	2	2	96
22,37%	4,19%	3,49%	1,39%	1,39%	67,13%



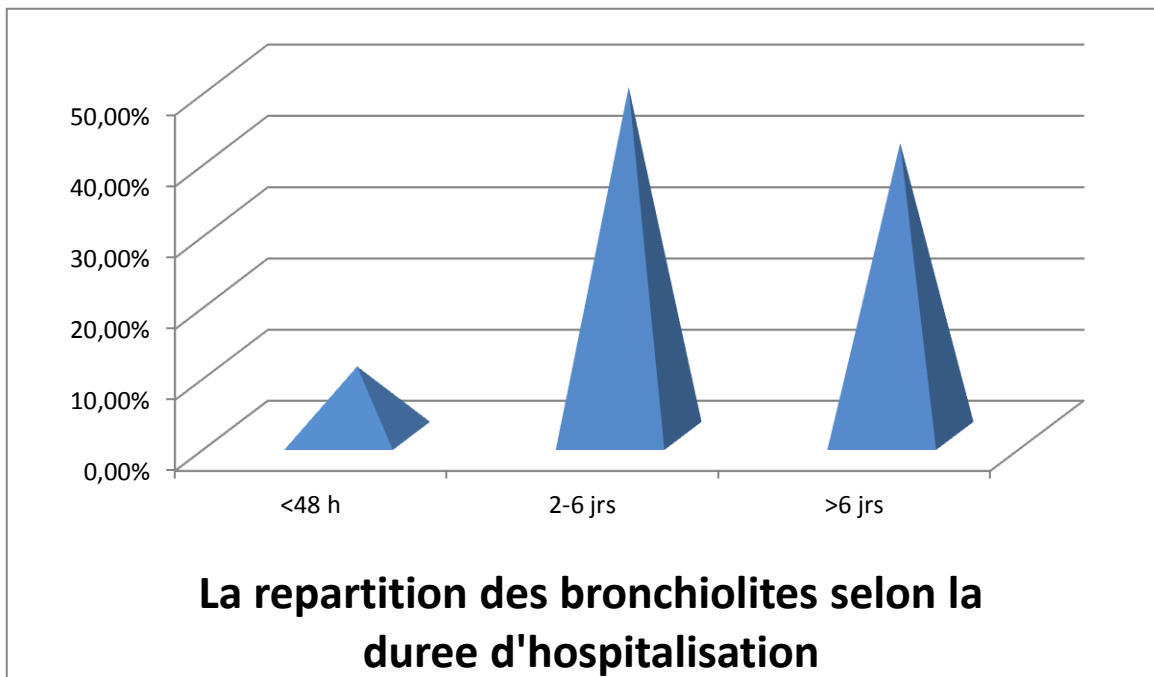
11-selon la therapie :

<i>bronchodilatateur</i>	<i>ATB</i>	<i>CTC</i>	<i>Solution saline nébulisé</i>
72	33	6	37
51,42%	23,57%	4,21%	26,42%



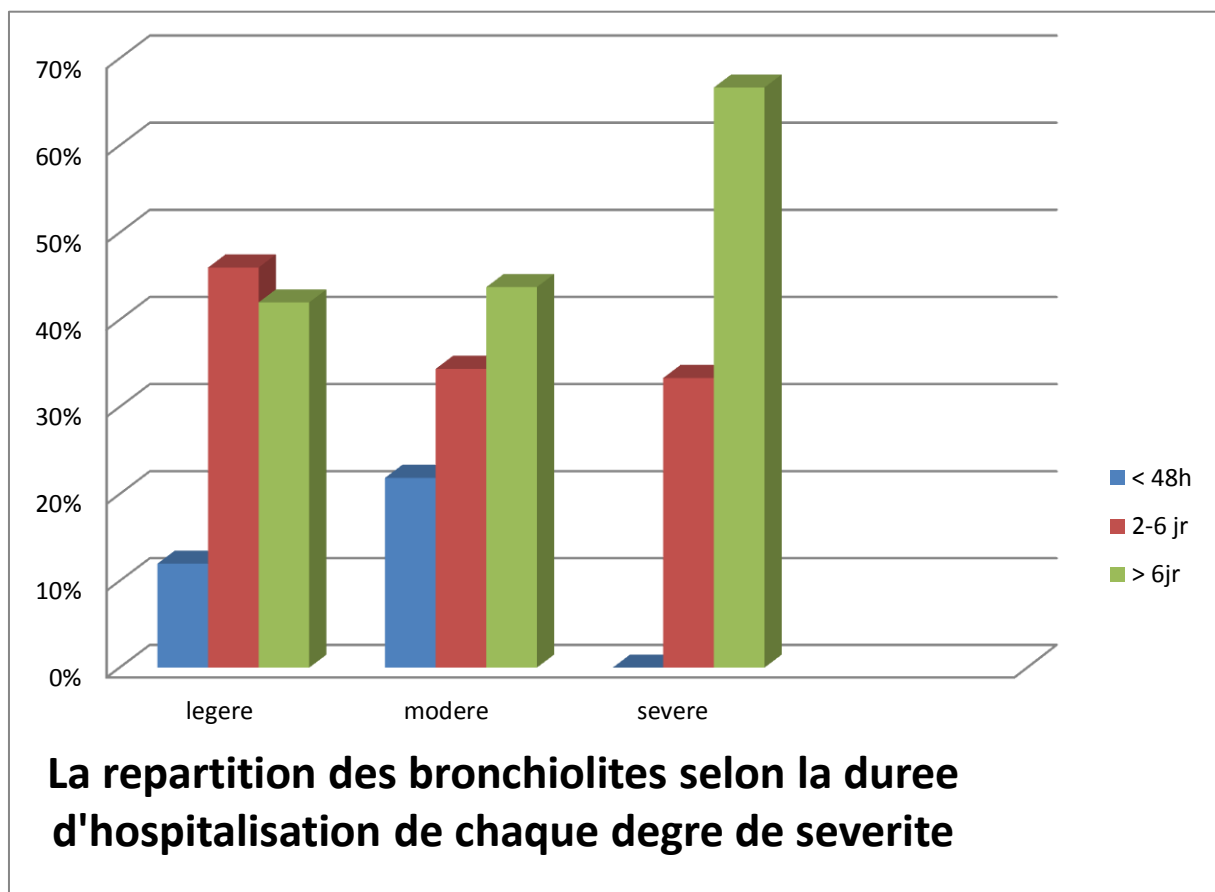
12-selon la duree d'hospitalisation :

<48 h	2-6 jours	>6 jours
15	75	63
9,80%	49,01%	41,17%



13- selon la durée d'hospitalisation de chaque degré de sévérité :

légère			Modérée			sévère		
<48h	2-6 jrs	>6jrs	<48h	2-6 jrs	>6jrs	<48h	2-6 jrs	>6jrs
6	23	21	7	11	14	0	2	4
12%	46%	42%	21,87%	34,37%	43,75%	0%	33,33%	66,66%



III .DISCUSSION :

Ce travail ne reflète que l'activité du service de pédiatrie de l'EHS Tlemcen du 01 Janvier 2015 au 31 décembre 2016.

Notre travaille se limite à la tranche d'âge de 01mois à 02 ans et au premier épisode de l'infection, éliminant ainsi l'asthme du nourrisson.

L'épidémie de la bronchiolite débute généralement à la mi-décembre, pour atteindre un pic en février 22,99 % et se termine à la fin de Mai

Le maximum de fréquence entre 2 et 6 mois est bien établi 80,71%, touchant beaucoup plus les garçons 63,33%.

L'atteinte des nourrissons les plus jeunes (< 3 mois) a pourrait à elle seule, expliquer l'augmentation de la gravité des cas observés.

Nous avons choisi de relever les antécédents en rapport avec la pathologie étudiée.

Nous avons donc ciblé les antécédents cardio-pulmonaires, le terme de naissance, autre antécédents pathologique (trisomie21, les mal formations...)

12 nourrissons (14 ,81%) présente un antécédent cardiaque et 47cas (58,02%) avec d'autre différentes pathologies.

Les motifs de consultation au service d'urgences pédiatrique sont représentés dans le tableau ci-dessus

La détresse respiratoire était le motif le plus fréquent. On le retrouvait dans (42,51%).

En deuxième position on retrouvait la toux (41,51%)

La dyspnée (37%), et la fièvre (10,23%) les signes ORL (rhinite, rhinorrhée,...) (35,43%), les autres motifs comme les difficultés alimentaires ou perte de poids (14,17%).

Les troubles de l'alimentation accompagnant fréquemment la bronchiolite du nourrisson.

Les examens d'imagerie n'étaient pas systématiques.

Lorsqu'il était réalisé, ils consistaient en une radiographie thoracique de face.

Tous nos patients ont bénéficié d'un bilan d'imagerie.

96 nourrissons (67,13%) ont une radiographie normale, les autres on note surtout l'emphysème (22,37%) qui est le plus fréquent des clichés pathologiques.

Le choix du traitement est fonction de type de bronchiolite et le terrain accompagné.

Tous les enfants de crèche lors de leur première épidémie sont porteurs du virus, Bien que les règles élémentaires d'hygiène permettent de réduire les risques, il est recommandé, en période épidémique, de retarder l'admission des nourrissons après l'âge de 6 mois pour prévenir les formes graves de bronchiolite.

IV .CONCLUSION :

La bronchiolite de nourrisson constitue un enjeu de santé publique.

C'est la pathologie respiratoire hivernale la plus fréquente durant les premières années de vie.

Sa prise en charge consiste principalement en un traitement symptomatique limité à des règles hygiéno-diététiques.

La bronchiolite du nourrisson reste une pathologie courante au centre de la médecine ambulatoire et hospitalière hivernale.

Une mise à jour des recommandations semble essentielle et il est actuellement discuté.

Références :

Registres des hospitalisations de service de pédiatrie EHS Tlemcen (2015 ,2016)

Recommandations : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (juillet 2001).

http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/irbreco_ef.pdf

Recommandations de la Conférence de consensus du 21 septembre 2000 : « Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson » [disponible sur le site de l'ANAES](#) :

- Margolis P, Gadomski A. Does this infant have pneumonia ? JAMA 1998 ; 279 (4) : 308-313.
- Bourrillon A. Infections des voies respiratoires basses in Pathologies infectieuses de l'enfant. Begue P, Astruc J, Masson éditeur, Paris 1999, 439-446.
- Bourrillon A., Aujard Y, Costa M, Gaudelus J. Bronchiolites aiguës du nourrisson. Evaluation clinique et critères de gravité. Journée Parisienne de Pédiatrie. 1999 Flammarion Médecine Sciences ; 227-
- <http://www.cochrane.org/fr/CD001266/bronchodilatateurs-pour-la-bronchiolite-chez-les-nourrissons-atteints-de-respiration-sifflante-pour-la-premiere-fois>
- http://www.maxisciences.com/bronchiolite/bronchiolite-tout-ce-qu-039-il-faut-savoir-sur-la-bronchiolite_art28465.html
Copyright © Gentside Découverte
- http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-pediatrie/cycle2/poly/1100faq.asp__
- <http://www.caducee.net/DossierSpecialises/pediatrie/bronchiolite.asp>
- <http://www.infobebes.com/Bebe/Sante/Les-maladies-de-bebe/Bronchiolite/La-bronchiolite-chez-le-bebe>