

BRONCHIOLITE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

DÉFINITION

La bronchiolite est une infection virale aiguë des voies respiratoires inférieures qui affecte les nourrissons ainsi que les jeunes enfants (moins de 2 ans).

Environ 60 à 90 % des cas de bronchiolite sont causés par le virus respiratoire syncytial (VRS). D'autres virus peuvent aussi en être la cause : les virus para-influenza, le métapneumovirus, l'adénovirus, [l'influenza](#), le coronavirus (incluant le [SRAS-CoV-2](#)) et le rhinovirus.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La bronchiolite est une maladie saisonnière qui se manifeste surtout l'automne et l'hiver avec un pic d'activité en janvier et février. Lorsque le VRS circule dans la communauté, le nombre d'enfants de moins de 2 ans qui excrètent le virus est élevé, même s'ils présentent peu de symptômes respiratoires.

TABLEAU CLINIQUE

La bronchiolite commence par des symptômes d'infection des voies respiratoires supérieures (IVRS), avec une [fièvre](#) légère, une fatigue, une toux, une rhinorrhée, des éternuements, suivie d'une atteinte des voies respiratoires inférieures avec une toux creuse, une augmentation de la fréquence respiratoire, une respiration sifflante (*wheezing*), un tirage intercostal, des battements des ailes du nez. L'auscultation pulmonaire révèle des sibilances et des ronchis. Les adolescents et adultes infectés par les mêmes virus que ceux qui causent une bronchiolite chez le jeune enfant présenteront le plus souvent des symptômes d'IVRS ou un [syndrome d'allure grippale \(SAG\)](#).

COMPLICATIONS

Les complications liées à la bronchiolite varient selon l'agent infectieux. Les atélectasies sont fréquentes. La bronchiolite peut entraîner une insuffisance respiratoire aiguë et, plus rarement, des surinfections bactériennes ([otite moyenne aiguë](#), [pneumonie](#)), un pneumomédiastin ou un pneumothorax. Ces deux dernières complications sont liées à la présence anormale d'air dans la cavité qui contient le cœur (médiastin) pour le pneumomédiastin ou celle qui contient les poumons pour le pneumothorax. Les nourrissons et les bébés prématurés infectés par le VRS peuvent présenter des épisodes d'apnée qui peuvent être potentiellement mortels.

Les enfants prématurés (moins de 32 semaines) sont les plus susceptibles de contracter une bronchiolite grave ou nécessitant une hospitalisation. Également les enfants présentant une condition de santé particulière, telle qu'une cardiopathie congénitale avec répercussion importante sur le plan hémodynamique, un déficit immunitaire soit par la maladie ou la prise de médicament, une maladie pulmonaire chronique ou des troubles neuromusculaires sont considérés plus à risque de complication.

DURÉE DE LA MALADIE

Habituellement, la bronchiolite peut durer jusqu'à 14 jours, mais la toux peut parfois se prolonger jusqu'à 3 semaines.

MODES DE TRANSMISSION

La transmission se fait par contact avec des sécrétions respiratoires :

- Contact direct;
- Contact indirect;
- Projection de gouttelettes.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

PÉRIODE D'INCUBATION

La période d'incubation varie selon l'agent infectieux. Notamment, la période d'incubation du VRS est de 2 à 8 jours.

PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ

La période de contagiosité varie selon l'agent infectieux. Pour le VRS, la période de contagiosité est de 3 à 8 jours après le début de la maladie et peut aller jusqu'à 3 semaines.

RÉCEPTIVITÉ

La bronchiolite est plus fréquente chez les nouveau-nés et les bébés de moins d'un an. Elle constitue la cause la plus fréquente d'hospitalisation chez les nourrissons.

IMMUNITÉ

La bronchiolite ne confère pas d'immunité permanente, puisque plusieurs virus peuvent en être la cause. Dans le cas des infections à VRS, les réinfections sont fréquentes, car les souches dominantes changent chaque année. Ces réinfections sont souvent moins graves que la primo-infection. Voir la partie préventive de cette section concernant le traitement préventif chez les enfants avec certaines des conditions médicales particulières énumérées précédemment. Il n'existe aucun vaccin contre la bronchiolite.

La [vaccination contre le VRS](#) est maintenant disponible selon certains critères. Elle sera notamment accessible bientôt au Québec pour les femmes enceintes.

La [vaccination existe contre l'influenza](#) et est offerte chaque année en automne selon certains critères.

La [vaccination contre le SARS-CoV-2 \(COVID-19\)](#) existe également et est disponible selon certains critères.

MÉTHODES DIAGNOSTIQUES

- Tableau clinique : méthode principale.
- Les épreuves diagnostiques ne sont pas indiquées pour la plupart des enfants atteints d'une bronchiolite. Souvent, les tests ne servent à rien et peuvent susciter une hospitalisation inutile, des tests supplémentaires et des traitements inefficaces.
- L'identification du virus causant la bronchiolite peut cependant être faite à l'aide d'un écouvillon nasopharyngé, mais on réserve habituellement ce test de dépistage aux enfants hospitalisés ou gravement malades.

TRAITEMENT

— Spécifique

Généralement, aucun traitement n'est utilisé. Exceptionnellement, des antiviraux peuvent être administrés chez certaines personnes très vulnérables. Rarement, une antibiothérapie est utilisée en cas de surinfection ([otite moyenne aiguë](#), [pneumonie](#)).

— De soutien

- Hydratation.
- Hygiène nasale régulière (instillation de solution saline). Voir la section [Hygiène et étiquette respiratoires](#) au chapitre 4.
- Antipyrétique au besoin.
- Hospitalisation au besoin.
- Oxygène, aide respiratoire et autres traitements au besoin.

— Préventif

Les enfants avec certaines des conditions médicales particulières énumérées précédemment devraient recevoir des anticorps monoclonaux contre le VRS mensuellement pendant toute la durée de la saison du VRS afin d'éviter les infections graves. Voir la section [Enfants souffrant de maladie cardiaque ou pulmonaire ou nés prématurément et infections respiratoires](#) au chapitre 5. D'autres [anticorps monoclonaux](#) seront bientôt disponibles au Canada.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Vérifier si un agent spécifique a été identifié. Pour toute maladie ayant une cause précise, voir la section correspondante au chapitre 7.

MESURES DE CONTRÔLE

— Cas

- Le diagnostic de bronchiolite ne justifie pas le retrait du milieu.
- Exclure l'enfant selon les critères énoncés à la figure 1 du chapitre 3.

- Les recommandations actuelles, en l'absence de fièvre, s'appuient sur la présence de symptômes d'infection respiratoire. Ainsi, les bonnes pratiques à adopter sont les suivantes :
 - En cas de toux, mal de gorge, rhinorrhée ou congestion nasale : port du masque pendant toute la durée des symptômes. En présence d'un enfant de moins de 5 ans ou d'un jeune à besoins particuliers qui ne peut pas porter le masque et qui est symptomatique, il est recommandé à toute personne qui en prend soin de porter un masque et de procéder à l'hygiène des mains fréquemment.
 - Respect de la distanciation (lorsque possible).
 - Évitement des contacts avec les personnes vulnérables (personnes âgées, immunodéprimées ou atteintes d'une maladie chronique).
 - Évitement des événements sociaux non essentiels.

— **Contacts**

S'il y a lieu, encourager les mesures de prévention recommandées pour les enfants à risque de complications (voir la section [Enfants souffrant de maladie cardiaque ou pulmonaire ou nés prématurément et infections respiratoires](#) au chapitre 5).

MESURES D'HYGIÈNE ET ENVIRONNEMENT

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène et étiquette respiratoires .
	Chapitre 4, section : Nettoyage et désinfection des objets, des surfaces et des locaux . Annexe 3 Calendrier d'entretien proposé dans les services de garde . Annexe 4 Calendrier d'entretien proposé dans les écoles primaires et secondaires .

Suivi

Aucun.