

Mode d'emploi de la fiche-bilan

→ Entourez les paramètres correspondant à l'état du patient.

L'interrogatoire et les signes cliniques sont répartis sur 3 colonnes :

- **Normal** : si les paramètres de l'enfant sont dans cette colonne, vous pouvez réaliser la séance sans problème.
- **Modéré** : ce sont les paramètres qui peuvent nécessiter une nouvelle évaluation médicale. La séance doit se faire avec précaution.
- **Exclusion** : ce sont les paramètres qui contre-indiquent la réalisation de la séance. Il convient alors de faire hospitaliser l'enfant (exception : si $t^{\circ} > 39^{\circ}\text{C}$).

1. **Date de naissance** : plus un enfant est jeune et de petit poids, plus le risque de détresse respiratoire et de déshydratation, y compris pendant la séance, est important. Avant 6 semaines, l'enfant atteint de bronchiolite doit être hospitalisé. Avant 6 mois, la respiration se fait essentiellement par le nez. Les éléments cliniques seront à apprécier dans ce contexte.

2. **Nombre d'épisodes obstructifs** : compter le nombre d'épisodes depuis la naissance, en incluant l'épisode en cours. C'est grâce à cette information que le réseau pourra repérer les nourrissons à risque asthmatique.

3. **Médicaments** : en cas de prescription d'un générique, entourez le médicament correspondant : béclométasone = Bécotide® • fluticasone = Flixotide® • budésonide = Pulmicort® • fluticasone + salmétérol = Sérétide® • bétaméthasone = Célestène® • prednisolone = Solupred® • salbutamol = Ventoline®

4. **Alimentation** : au cours de la bronchiolite, le nourrisson peut avoir du mal à se nourrir, notamment en raison de l'obstruction nasale, ou de phénomènes de reflux liés à la distension thoracique. Une ration alimentaire $<$ à 50% sur au moins deux repas est un critère de gravité nécessitant une réévaluation médicale. Une perte de poids $>$ à 5% est un critère d'adressage aux urgences.

5. **Vomissements / diarrhée** : ils aggravent la déshydratation. Leur survenue nécessite une nouvelle évaluation médicale.

6. **Température** : au-delà de 39° , il y a un risque de convulsion pendant la séance. Faire baisser la température avec des bains et des antipyrétiques. Une fièvre $>$ à 38.5° pendant plus de 48 h est un critère de réévaluation médicale (risque de surinfection bactérienne).

7. **Fréquence respiratoire** : en dessous de 20 cycles/mn et au dessus de 60 cycles/mn, il convient de faire hospitaliser l'enfant.

8. **Tonus / vigilance - Apnées** : ces signes sont dûs à la fatigue, l'hypercapnie ou l'atteinte cérébrale par le VRS. Si les apnées sont $>$ à 10 secondes, ou en présence d'une hypotonie, il convient de faire hospitaliser l'enfant.

9. **Coloration** : l'hypoxémie sanguine se manifeste par une cyanose péribuccale ou des extrémités, un teint gris ou une pâleur extrême. Si vous possédez un oxymètre, il convient de mesurer la saturation. Une saturation $<$ à 94 % au repos est un critère d'adressage aux urgences. Si vous n'avez pas d'oxymètre, faire hospitaliser l'enfant.

10. **Signes de lutte** : ils sont au nombre de 4 (tirages inter-costaux ou sus-sternaux, battement des ailes du nez, entonnoir xiphoïdien et balancement thoraco-abdominal). La présence d'un **balancement thoraco-abdominal** (effondrement thoracique et élévation abdominale à l'expiration = respiration paradoxale) ou d'un **balancement des ailes du nez intense** constitue un signe de gravité nécessitant un **adressage aux urgences**. Les autres signes sont à apprécier en fonction du contexte clinique, de leur nombre et de leur intensité.

11. **Geignement expiratoire** : c'est un bruit de plainte à l'expiration. Sa présence nécessite un adressage aux urgences.

12. **Douleur** : elle s'évalue par des tests de tolérance. Commencer par une pression thoracique lente et profonde, conformément au protocole de l'AFE. La douleur de l'enfant (qui ne s'exprime pas forcément par les pleurs) peut signifier une fracture costale nécessitant un adressage aux urgences. En l'absence de douleur, procéder de même en abdominal. La présence d'une douleur peut signifier un dérangement digestif : ne pas faire d'appui abdominal lors de l'AFE et adresser l'enfant au médecin traitant.

13. **Toux** : une toux pendant ou après les repas, nocturne, rauque, de décubitus, peut signifier un reflux gastro-oesophagien, souvent présent dans la bronchiolite en raison de la distension thoracique. Il convient de réadresser l'enfant au médecin traitant si le reflux est trop gênant. La même toux en l'absence d'encombrement pendant plusieurs semaines peut être due à un RGO pathologique, soit directement par irritation du larynx, soit indirectement par le déclenchement d'un asthme. En présence d'une toux rauque ou en quintes, associée à une gêne inspiratoire signifiant une atteinte laryngée (cornage-stridor), on peut être en présence d'une importante irritation laryngée. La toux provoquée est alors contre-indiquée, car elle risque de déclencher un spasme du larynx. L'évaluation de l'intensité de la toux est subjective, par l'interrogation de la famille : en utilisant une échelle visuelle analogique ou en lui demandant de noter entre 0 (pas de toux) et 10 (toux fréquente et intense).

14. **Signes d'encombrement** : l'encombrement des voies aériennes (VA) supérieures s'évalue à l'occlusion buccale, celui des VA inférieures proximales s'évalue à la toux provoquée et à l'AFE rapide, et celle des VAI distales à l'AFE lente.

15. **Synthèse** : noter l'orientation de l'enfant après la séance.

A compléter par la famille ou l'accompagnant : l'information sur la prise en charge de l'enfant par le réseau et le consentement écrit de la famille sont une **obligation législative** pour les réseaux de santé. **Chaque enfant vu pendant la garde doit faire l'objet d'une fiche-bilan signée par la famille et le volet vert** (comprenant le document d'information au verso) **remis systématiquement à celle-ci**. Le volet blanc doit être retourné au réseau **au plus tard un mois après la garde** afin de pouvoir repérer précocement les nourrissons à risque asthmatique.