

## Bronchiolite du nourrisson : place de la kinésithérapie

### Mots clés :

Bronchiolite  
Nourrisson  
Kinésithé-  
rapie  
Décision

La conférence de consensus de Paris recommandait en 2000, sur la base d'avis d'experts, une large utilisation de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson, comme c'était déjà le cas 8 à 10 fois sur 10<sup>1</sup>. Le jury préconisait les techniques expiratoires passives et lentes, associées à la toux provoquée, habituellement utilisées en France. Qu'en est-il, 6 ans plus tard ? Selon une synthèse récente<sup>2</sup>, le recours systématique à la kinésithérapie dans la bronchiolite du nourrisson n'est pas justifié. La prise en charge ambulatoire repose avant tout sur la surveillance attentive de l'évolution de la maladie, l'hospitalisation s'imposant en cas d'aggravation clinique.

### Y a-t-il une technique particulière au nourrisson ?

Oui, selon les kinésithérapeutes français. Cette technique, préconisée par la conférence de consensus de Paris, repose sur quelques gestes<sup>1,3</sup> :

- des pressions manuelles thoraciques dans le temps expiratoire pour en augmenter l'amplitude et mobiliser les sécrétions trachéo-bronchiques ;
- la provocation de la toux par pression ou étirement trachéal externe, pour aider à nettoyer la trachée sans jamais introduire doigt, abaisse langue ou autre dans la bouche, causes de malaise vagal ;
- le désencombrement nasal (instillation de petits volumes, mouchage, aspiration), pour rétablir le flux aérien naso-pharyngé en éliminant le maximum de sécrétions.

Selon la conférence de consensus, cette kinésithérapie doit être poursuivie jusqu'à amélioration clinique 1 fois (2 si nécessaire) par jour<sup>1</sup>.

La kinésithérapie respiratoire évaluée dans les études anglo-saxonnes repose sur des techniques issues de la physiothérapie respiratoire chez l'adulte, essentiellement percussions thoraciques et expirations forcées, que rapporte la méta-analyse de la Cochrane<sup>4</sup>.

### Que peut-on conclure pour la pratique ?

**La prescription de kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson ne doit pas être systématique.** D'abord parce que son efficacité est loin d'être prouvée ; ensuite parce qu'elle n'est pas totalement anodine ; enfin (surtout ?) parce que c'est l'entourage de l'enfant qui doit être investi de la surveillance de l'évolution de la pathologie, l'essentiel de la prise en charge. C'était d'ailleurs la position du jury de la conférence de consensus<sup>1</sup>.

**Comment répondre, dans cette hypothèse très « contemplative », aux attentes anxieuses des jeunes parents ?** Il ne suffit pas d'affirmer que la maladie évolue favorablement dans la plupart des cas, ni qu'il n'existe pas de médicaments efficaces, ou de renoncer à la kinésithérapie. Le traumatisme pour les parents est tel que le nombre d'hospitalisations ne ferait que croître...

**Tous les acteurs ont ici un rôle essentiel d'éducateur en santé.** Médecin traitant et kinésithérapeute doivent expliquer aux parents la bénignité de la maladie, mais aussi leur apprendre à repérer les signes d'aggravation, ne pas paniquer devant une prolongation des symptômes ou une récurrence, connaître les gestes utiles : se laver les mains à l'eau et au savon avant de s'occuper du bébé, ne pas fumer en sa présence, assurer une alimentation correcte, lui nettoyer le nez, ne pas trop chauffer sa chambre<sup>1</sup>... Si l'information « grand public » se fait dans ce même temps déculpabilisante et dédramatisante, on peut espérer limiter le recours intempestif à l'hospitalisation.

### Quelles sont les preuves de son efficacité ?

La kinésithérapie respiratoire largement utilisée en France semble avoir un résultat favorable immédiat sur une gêne respiratoire sévère chez certains nourrissons<sup>2</sup>. Il s'agit de résultats observationnels donc de faible niveau de preuves. Deux essais randomisés sont en cours (résultats à partir de 2008). Plusieurs observations de fractures de côte ont été observées (risque de 1 pour 1000), ayant parfois conduit à soupçonner l'existence de sévices...<sup>2</sup>

La méta-analyse de la Cochrane<sup>4</sup> porte sur 3 essais randomisés chez des nourrissons hospitalisés. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes traités et non traités, ni sur l'évolution de la sévérité du tableau clinique, ni sur la durée d'hospitalisation, ni sur la durée de l'oxygénothérapie. Aucun effet adverse sévère n'a été constaté. Dans l'un des essais (kinésithérapie par percussion), une aggravation de la dyspnée était cependant notée pendant ou immédiatement après la séance. Les guides de pratique clinique américains ne mentionnent pas ou ne recommandent pas la kinésithérapie respiratoire dans cette indication<sup>2</sup>.

### Références :

- 1 - Anaes. *Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Conférence de consensus (septembre 2000). Sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)*
- 2 - Prescrire Rédaction. *Bronchiolites : pas de kinésithérapie systématique. La Rev Prescr. 2006;277:768-70.*
- 3 - Evenou D et al. *Prise en charge kinésithérapique de la bronchiolite : Modalités pratiques actuelles. Médecine. 2007. In press.*
- 4 - Perrotta C, Ortiz Z, Roque M. *Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD004873.*