



CMK
Collège de la
Masso-Kinésithérapie

Avis du collège de la Masso-Kinésithérapie, le 12 novembre 2013

Dominique PELCA, Chef de projet

Fanny RUSTICONI, Référent bureau

Les membres du groupe de travail :

Serge BELLAICHE, Christian FAUSSER, Rémi REMONDIERE

Les membres du groupe de lecture :

Didier BILLET, Pascal GOUILLY, Philippe JOUD, Joël LEGER, Bertrand SELLERON,

**LA KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE DES AFFECTIONS SECRETANTES AIGUES DU NOURRISSON,
couramment appelées « Bronchiolites »**

Résumé

Près d'un demi-million de nourrissons sont, chaque année, en France, exposés aux épidémies automno-hivernales de bronchiolites aiguës du nourrisson.

Les recommandations françaises actuelles mettent la kinésithérapie respiratoire au centre de la prise en charge.

A partir de techniques définies et codifiées la surveillance de l'évolution clinique des enfants, les conseils prodigués par les kinésithérapeutes garantissent qualité des soins, innocuité et sécurité des patients.

Il convient d'y avoir recours lorsque l'enfant présente un encombrement des voies aériennes dont les conséquences sont susceptibles d'altérer sa qualité de vie.

Contexte

Les affections respiratoires aiguës saisonnières du nourrisson, fréquemment regroupées sous l'appellation de bronchiolite aiguë du nourrisson, sont le plus souvent considérées comme bénignes, et ne justifient pas une prise en charge médicalisée systématique.

L'impact de ces viroses (> 90% des cas) sur la qualité de vie évaluée de l'enfant n'est pas uniforme. Si la surveillance exercée par les parents et quelques conseils simples sont quelquefois suffisants, la fragilité liée à l'immaturation et à l'instabilité de l'appareil respiratoire de ces enfants contribue au risque potentiel d'évolution vers un tableau clinique qui peut devenir sévère et inquiétant pour les parents.

La kinésithérapie respiratoire se propose d'agir sur la clairance mucociliaire, de diminuer la résistance à l'écoulement de l'air dans les voies aériennes, de limiter l'effort ventilatoire d'adaptation et ainsi permettre aux jeunes enfants de passer le cap critique de la crise minimisant ainsi les conséquences pour leur santé.

Les recommandations françaises actuelles se fondent depuis septembre 2000, sur un constat d'efficacité clinique et bénéficient d'un niveau de preuve de grade C.

C'est donc en évaluant le risque d'évolution clinique de l'enfant que le médecin peut être conduit à indiquer la kinésithérapie respiratoire à l'occasion d'un épisode d'encombrement des voies aériennes respiratoires.

En dehors de situations à risques majeurs connus, la décision médicale d'hospitalisation, qui reste rare (environ 2%), se fonde sur des arguments cliniques, anamnestiques et environnementaux visant les nourrissons susceptibles de présenter une évolution péjorative.

Diagnostic kinésithérapique

Sur prescription médicale, le kinésithérapeute, avant chaque séance évalue la stabilité clinique de l'enfant, différencie l'encombrement de l'obstruction (obstruction endoluminale muqueuse ou murale liée à l'inflammation pariétale) et ajuste ses manœuvres à l'état clinique de l'enfant.

Tout au long de la séance, mais aussi au décours des différentes séances, cette réévaluation, est l'élément central qui permet de prendre la décision d'arrêt, de poursuite du traitement ou de réorientation vers le médecin.

Le kinésithérapeute ne se limite donc pas à la désobstruction des voies aériennes. Il évalue la tolérance du nourrisson aux gestes effectués, assure la surveillance de son état clinique et son suivi dans le temps.

Qualité du sommeil, alimentation, vigilance constituent des indicateurs de surveillance qui impactent une prise de décision : « *L'aggravation de l'état de l'enfant impose une réévaluation médicale rapide* » rappelle le texte de la conférence de consensus, insistant sur l'évolution imprévisible de chaque enfant face à une agression respiratoire virale.

Premier avis du groupe de travail :

Par son diagnostic kinésithérapique, le praticien identifie les enfants pour lesquels l'indication de kinésithérapie respiratoire est posée, en ville comme en milieu hospitalier, décide ou non de son intervention suite à une prescription médicale, réoriente l'enfant vers le médecin en cas d'évolution péjorative.

Traitement

Les techniques utilisées par les kinésithérapeutes en France sont codifiées et consistent à appliquer des pressions manuelles sur le thorax et l'abdomen de l'enfant, afin de moduler son flux expiratoire et ainsi permettre une progression du mucus des bronches vers le carrefour oropharyngé.

Les techniques faisant appel aux percussions thoraciques, aux vibrations dans des postures dites « de drainage » (utilisant la pesanteur), de secouage (chest shaking), qui caractérisent la « conventionnal chest physiotherapy » dans la littérature internationale ne sont pas retenues en France.

Confondre sous un même terme générique de kinésithérapie respiratoire des pratiques foncièrement différentes est de nature à induire une confusion dans la lecture des études publiées et risque d'altérer la qualité de l'information donnée au patient.

Second avis du groupe de travail :

Il semble indispensable de distinguer explicitement les techniques mises en œuvre, lorsque l'on parle de kinésithérapie respiratoire, afin d'éviter la confusion entre des pratiques non recommandées en France, mais toujours pratiquées à l'étranger.

Prévention des risques liés à la pratique

Prévenir les risques suppose les avoir identifiés.

- Les mesures d'hygiène (désinfection des surfaces de travail, utilisation de matériel à usage unique, nettoyage des mains) font l'objet de recommandations qui s'imposent aux kinésithérapeutes.

Nous n'avons pas retrouvé de signalement à ce sujet.

- Les risques de vomissement sont limités lorsque la séance de kinésithérapie s'effectue à distance de la prise alimentaire (3 heures après, ou mieux juste avant le biberon ou le repas), que l'enfant est installé sur un plan incliné à 30° au dessus de l'horizontale, que les manœuvres sont adaptées, entre autres, à la distension thoracique constatée de l'enfant.
- Le risque de fractures de côtes est peu documenté.

Il est rapporté de manière récurrente par quelques articles, qui réfèrent tous aux mêmes publications concernant des enfants à risque, inclus dans des cohortes dont les effectifs sont limités, rendant abusif la transposition des conclusions des auteurs à la population générale des nourrissons. Les données recueillies auprès des différents « Réseaux bronchiolite » qui suivent une partie significative de l'activité ambulatoire des kinésithérapeutes et colligent les événements indésirables montrent une incidence faible des vomissements et des déstabilisations respiratoires ayant nécessité une hospitalisation et ne font état d'aucune fracture de côtes.

Aucune plainte n'a été enregistrée au Conseil de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes sur ce sujet depuis qu'il est compétent à les recevoir (2006).

Le recensement de ces fractures, recueilli auprès des compagnies d'assurance (1999-2012) ne fait état que de très rares cas, dont le lien avec des pratiques inadaptées n'est pas étayé.

Au total :

Au regard des données actuellement disponibles, aucun argument ne permet aujourd'hui de laisser supposer que les techniques mises en œuvre par les kinésithérapeutes pratiquant la kinésithérapie respiratoire conformément aux recommandations professionnelles françaises auprès de nourrissons encombrés exposent ces derniers à un risque quelconque pour leur santé.

Troisième avis du groupe de travail :

La prescription de kinésithérapie respiratoire conserve en 2013 toute sa pertinence lors d'un épisode d'encombrement aigu des voies aériennes de l'enfant et garantit qualité des soins, innocuité et sécurité des patients.

Conclusion

Les recommandations actuelles concernant l'indication de la kinésithérapie respiratoire face à un encombrement des voies aériennes respiratoires du nourrisson se fondent sur la conférence de consensus de septembre 2000. Basées sur l'expérience clinique et les données publiées, elles conservent en 2013 leur pertinence, et suggèrent que le recours à la kinésithérapie respiratoire prescrite à un enfant présentant des signes d'obstruction des voies aériennes respiratoires s'inscrit dans le cadre des bonnes pratiques. Efficace et garante de la sécurité des petits patients, elle évite le recours intempestif aux services d'urgences des hôpitaux, permet un accompagnement qualitatif tant des nourrissons que de leurs familles dans une situation d'inquiétude légitime liée à la spécificité de la gêne respiratoire particulièrement inquiétante et potentiellement grave.

Références bibliographiques :

Le CMK tient à votre disposition ses références bibliographiques.