

## Kinésithérapie dans la bronchiolite: doute raisonné ou raison de douter?

BEAUVOIS ERIC (1), FOURÉ HENRI (2), GOUILLY PASCAL (3), REYCHLER GREGORY (4)

Lors d'une bronchiolite, la kinésithérapie respiratoire est très répandue dans les pays francophones. Ce n'est pas le cas ailleurs et souvent parce que les décideurs (assureurs ou prescripteurs) ne comprennent pas qu'avec des populations de patients aussi importantes, aucune étude n'ait été publiée. Et en l'absence de preuve d'efficacité, n'y a-t-il pas de risque iatrogène ?

La revue *Prescrire* publiait en novembre 2006, un article intitulé « Bronchiolite: pas de kinésithérapie respiratoire systématique » avec comme sous titre « l'absence d'efficacité démontrée mais un risque de fractures de côtes » [1]. Cet article était construit à partir d'une recherche bibliographique qui avait isolé la synthèse du groupe Cochrane [2] retenant 3 essais comparatifs randomisés d'évaluation d'une seule méthode de kinésithérapie respiratoire: la *Conventional chest physiotherapy* (CCPT). La CCPT est basée sur les vibrations, les techniques de percussion et le drainage postural [3]. Ce sont en effet ces techniques qui sont le *Gold Standard* dans les pays anglo-saxons, ceux-ci ne connaissant de nos techniques d'augmentation du flux expiratoire que la *Forced Expiratory Technique* (FET) [4] (équivalent de notre augmentation rapide du flux expiratoire), l'*Active Cycle of Breathing Technique* (ACBT) [5] (association de ventilation dirigée à basse fréquence, d'exercices d'expansion thoracique inspiratoire et d'expira-

tion forcée) et le Drainage Autogène de Jean Chevaillier [6].

Si la bronchiolite n'est pas une pathologie francophone, la stratégie de prise en charge kinésithérapique, elle, est spécifique à la francophonie. La controverse porte autant sur les indications de la kinésithérapie que sur les techniques employées et leurs résultats.

### Les indications francophones

Elles reposent sur les recommandations de grade C de septembre 2000 [7] qui insistent sur l'intérêt de la kinésithérapie associant techniques de

« Les critères de décision d'une stratégie thérapeutique reposant sur la kinésithérapie « en ville » ne sont probablement pas ceux retenus par les études hospitalières. »

désencombrement, éducation parentale et surveillance du nourrisson.

### Les techniques de la francophonie

Elles sont issues des recommandations de 1994 et 2000 (augmentation du flux expiratoire, expiration lente totale prolongée et antépuulsion pharyngo buccale).

### Les résultats

À ce jour, malgré quelques tentatives [8, 9] aucune étude n'a pu montrer le bénéfice de ces techniques de kinésithérapie respiratoire

### MOTS-CLÉS

Bronchiolite  
EBP  
Kinésithérapie respiratoire

Suite aux échanges sur la *mailing list* de « kinerespi@yahoogroupes.fr »

Site Internet : <http://fr.groups.yahoo.com/group/kinerespi/>

dans la bronchiolite. Une étude en cours (BRONKINO) est menée à l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris et a été validée par le PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique). Elle s'adresse comme les autres études à une cible hospitalière [10]. Dès lors, un biais de recrutement apparaît, les enfants dirigés et gardés à l'hôpital étant *a priori* plus gravement atteints. Or, toutes les études disponibles ne retrouvent qu'environ 2 à 3 % d'hospitalisation parmi les consultants ambulatoires. La validité dite « externe » des études se trouve alors prise en défaut, puisque les conclusions obtenues à partir d'un échantillon restreint sont étendues à l'ensemble des patients, de surcroît les plus graves et probablement les plus défavorisés sur le plan de l'hygiène, facteur non nul d'aggravation et de pérennisation de la pathologie infectieuse.

En pratique ambulatoire (libérale), le diagnostic de bronchiolite ouvre sur une prescription de kinésithérapie dans une proportion variant de 60 à 98 % selon les auteurs [11, 12]. Les critères de décision d'une stratégie thérapeutique reposant sur la kinésithérapie « en ville » ne sont probablement pas ceux retenus par les études hospitalières.

En pratique libérale, les mamans ne consultent pas leur médecin traitant, pédiatre ou omnipraticien

(1) Kinésithérapeute Lyon,

(2) Kinésithérapeute Amiens,

(3) Kinésithérapeute Metz,

(4) Docteur en kinésithérapie, Bruxelles.

Correspondance: Pascal Gouilly, CHR Metz, Service de Rééducation, 57038 Metz Cedex. [pgouilly@wanadoo.fr](mailto:pgouilly@wanadoo.fr)

Article reçu le 15/12/2006.

Accepté le 20/12/2006.

parce que le bébé siffle ou qu'il présente un *wheezing*, mais parce qu'il ne mange plus ou moins bien, qu'il tousse et que son sommeil est altéré. Les motifs d'hospitalisations sont différents et les indicateurs de mesure également. Ainsi donc, la motivation du médecin de ville prescrivant de la kinésithérapie ne peut se réduire au respect de recommandations mais mériterait d'être explorée, afin de déterminer la part qui revient à l'aspect prophylactique d'une hospitalisation de ce qui concerne le confort fonctionnel du nourrisson et de sa maman !

Quant aux risques traumatiques courus lors des séances de kinésithérapie, il convient de rappeler que, conformément aux recommandations de Paris 2000, la kinésithérapie respiratoire du nourrisson doit être le fait de praticiens spécialement formés et entraînés, ce qui n'est pas toujours le cas. La normalisation des techniques, la formation et l'entretien des compétences gestuelles passent par une pratique intensive, qui ne peut se réduire à quelques cas pris en charge chaque hiver. Les risques d'accident ou d'incident iatrogènes sont inversement proportionnels à l'intensité de cette pratique. Les risques de la kinésithérapie respiratoire ont été étudiés par un travail français de l'équipe de Cochin [13] qui a révélé que des fractures de côtes étaient attribuées à la kinésithérapie à raison d'1 fracture pour 1 000 enfants traités.

En octobre 2006 [14], les américains ont remis à jour les recommandations concernant les bronchiolites. Koskas et coll. [15] publient la synthèse en français. Les conclusions sont strictement similaires à celles de la revue *Prescrire*.

Un bon moyen de répondre à ces textes (qui risquent de s'étendre à beaucoup d'autres domaines que la bronchiolite) est d'arrêter de parler de kinésithérapie dans telle ou telle pathologie. Notre profession s'occupe principalement de déficiences (anomalies structurelles ou fonctionnelles) ou d'incapacités (restrictions d'activités) et non de la pathologie

en tant que telle. Il est évident que toutes les bronchiolites n'ont pas besoin de kinésithérapie, loin s'en faut. Sommes-nous sûrs que ce que nous voyons dans nos cabinets sont bien des « bronchiolites » au sens où l'a défini la Conférence de Paris 2000 ? La « Bronchiolite » du vendredi soir vue à domicile par SOS Médecin répond-elle aux mêmes critères diagnostiques que celle vue par le pé-

*« Un bon moyen de répondre à ces textes est d'arrêter de parler de kinésithérapie dans telle ou telle pathologie. »*

diatre traitant habituel le mercredi après midi dans son cabinet ?

Il conviendrait donc, à l'avenir, de distinguer des études visant à objectiver le rôle des kinésithérapeutes dans la prise en charge hospitalière et multidisciplinaire des bronchiolites et de promouvoir la mise en place d'études du même type concernant des bronchiolites non hospitalisées. Il ne nous restera plus alors qu'à montrer notre utilité dans le désencombrement mais aussi dans l'éducation des parents au drainage rhinopharyngé. Le travail n'est certes pas plus facile mais un discours plus adapté optimiserait notre crédibilité et montrerait mieux notre diversité d'exercice. ■

#### RÉFÉRENCES

- [1] Bronchiolite : pas de kinésithérapie respiratoire systématique. *Rev Prescrire* 2006 ; 26 (277) : 768-770.
- [2] Perrotta C, Ortiz Z, Roque M. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; Apr 18;(2):CD004873.
- [3] Main E, Prasad A, Schans C. Conventional chest physiotherapy compared to other clearance techniques for cystic fibrosis. *Cochrane database Syst. Rev*. 2005 janv.;25;(1):CD002011.Review
- [4] Pryor JA, Webber BA. An evaluation of forced expiration technique as an adjunct to postural drainage. *Physiother*, 1979,; 65.: 305-307.
- [5] Cecins NM, Jenkins SC, Pengelley J, Ryan G. The active cycle of breathing techniques—to tip or not to tip? *Respir Med*. 1999; Sep;93(9):660-5
- [6] Lapin CD. Airway physiology, autogenic drainage, and active cycle of breathing. *Respir Care*. 2002 Jul;47(7):778-85.
- [7] Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé « Conférence de consensus. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson » Texte des recommandations, Paris Septembre 2000 : 23 pages
- [8] André-Vert J., Gazave M., Goudenège P, Moreno J. Symptômes avant et après kinésithérapie respiratoire : étude prospective auprès de 697 nourrissons du Réseau Kinésithérapie Bronchiolite Essonne. *Kinésithér rev* 2006 ;50:25-34.
- [9] Postiaux G, Dubois R, Marchand E, Demay M, Jacqy J, Mangiaracina M. ; Effets de la kinésithérapie respiratoire associant Expiration Lente Prolongée et Toux Provoquée dans la bronchiolite du nourrisson. *Kinésithér rev* 2006 ; 55:35-41.
- [10] Beauvois E. Rapport bibliographique lors de la Conférence de Consensus de Paris. *Arch Péd* 2001 ;8(suppl):128-31.
- [11] Stagnara J *et al*. Étude sur la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson en médecine ambulatoire, à propos de 520 patients. *Le Pédiatre* 20;4:7-13.
- [12] Grimpel E *et al*. Prise en charge thérapeutique de la bronchiolite du nourrisson. Enquête multicentrique nationale. *Méd Mal Infect* 1993 ;874-9.
- [13] Chalumeau M, Foix-L'Helias L, Scheinmann P, Zuani P, Gendrel D, Ducou-le-Pointe H. Rib fractures after chest physiotherapy for bronchiolitis or pneumonia in infants *Pediatr Radiol* 2002;32(9):644-7. (Epub 2002 Jul 12)
- [14] American Academy of Pediatrics Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and management of bronchiolitis. *Pediatrics*. 2006 Oct;118(4):1774-93.
- [15] Koskas M, Copin C. Diagnostic et prise en charge des bronchiolites : recommandations de l'American Academy of Pediatrics (AAP). *Méd enf* 2006 ;p. 528-30.