

# PNEUMOLOGIE, SOINS INTENSIFS

## QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'ÉTUDE BRONKINOU

Dominique DELPLANQUE

*Kinésithérapeute, certifié en kinésithérapie respiratoire Sartrouville (78)*

L'ÉTUDE BRONKINOU [1] aboutit à la conclusion que la kinésithérapie ne permet pas aux enfants présentant une bronchiolite de guérir plus vite. L'étude qui a abouti à cette conclusion sous-entendait alors que la kinésithérapie pouvait soigner une maladie !

Il s'agit bien là d'une erreur fondamentale ! Ce travail a le mérite de montrer que, comme pour les antibiotiques, nous n'avons aucun effet sur les virus (en dehors de notre rôle préventif, en tant qu'acteur de Santé publique, bien évidemment !)

Le préambule aux recommandations de bonne pratique sur la prise en charge d'un enfant porteur d'une bronchiolite [2] précise que "la prise en charge d'une bronchiolite aiguë du nourrisson est essentiellement **symptomatique**". Et nous, nous souhaitons agir sur le délai de guérison ! Est-ce que le fait de désencombrer diminuerait la composante inflammatoire due à l'infection virale ? Non, c'est tout ce que travail démontre.

Il est précisé dans ces recommandations : "La prescription de kinésithérapie n'est pas systématique. Elle dépend de l'état clinique de l'enfant. Ces techniques sont codifiées. L'évaluation de leur efficacité et de leur tolérance au cours de la séance repose sur l'état clinique de l'enfant, l'auscultation et un **score d'encombrement**. La tolérance des séances doit être appréciée sur la coloration cutanée, la dyspnée, le tirage et la fatigabilité au cours de l'intervention". Notons ce score d'encombrement qui doit orienter le soin, non systématique, dépendant de l'état de l'enfant.

La bronchiolite est une affection virale. Sa guérison ne semble acquise qu'une fois le virus éliminé et la réaction inflammatoire locale enrayée.

Comment imaginer que la kinésithérapie puisse agir sur un virus, alors même que la médecine ne peut le faire ! De plus, ce postulat nous éloigne de la pratique. En effet, une bonne connaissance des modèles de la physiologie et de la pathologie, mais aussi des possibilités kinésithérapiques, donc de la théorie, précède la pratique. Nous faisons selon ce que nous savons sur... Ainsi, nous pouvons mieux préciser la place que pourrait avoir la kinésithérapie dans la prise en charge médicale globale de ces enfants porteurs d'une bronchiolite.

**La kinésithérapie n'intervient généralement que sur des dysfonctionnements.** La connaissance du modèle de la pathologie nous permet d'orienter notre évaluation vers les dysfonctionnements potentiellement présents dans un cadre nosologique et accessibles à la kinésithérapie.

Dans la bronchiolite, l'obstruction bronchique domine le tableau clinique. Cette obstruction est due à une diminution du calibre bronchique. L'œdème, le spasme et l'encombrement participent à réduire le calibre bronchique. Néanmoins, **l'œdème et le spasme ne sont absolument pas accessibles à la kinésithérapie. Seul l'encombrement l'est, et encore sous certaines conditions.** Cet encombrement bronchique correspond à un dysfonctionnement de l'épuration muco-ciliaire avec plusieurs mécanismes en cause qui génèrent une stase bronchique.

Ce dysfonctionnement de l'épuration mucociliaire génère chez l'enfant un encombrement bronchique (du fait de ses faibles possibilités mécaniques à se désencombrer seul), induisant une augmentation des résistances au passage du flux gazeux, et donc une augmentation de la charge de travail ventilatoire pouvant déséquilibrer la balance demande ventilatoire/possibilités ventilatoires, qui peut entraîner une décompensation cardiorespiratoire.

Cette approche aurait été bien plus intéressante à questionner. En effet, les rôles du kinésithérapeute, lorsque l'enfant présente un encombrement bronchique, seraient alors :

- de diminuer les résistances au passage du flux gazeux et ainsi diminuer la gêne respiratoire de l'enfant (dyspnée). Cette dimension est souvent appréciée par les parents dont l'enfant "siffle" un peu moins, redors et s'alimente un peu mieux. Nous accompagnons alors l'enfant et les parents en aidant à mieux supporter cet épisode infectieux ;

- d'éviter la décompensation respiratoire (dimension biologique).

Ceci, sans occulter les dimensions préventives et éducatives, notamment face à la contagiosité de cette affection et aussi face au risque de contamination bactérienne secondaire.

Néanmoins, il convient **d'évaluer avant toute chose la faisabilité du soin.** La finalité pour la kinésithérapie me semble être plus d'éviter une décompensation (du dysfonctionnement mécanique au dysfonctionnement biologique) du fait de l'augmentation de la charge de travail ventilatoire (induite par l'infection virale) à laquelle l'enfant doit faire face. Tout en ayant à l'esprit que notre démarche d'évaluation consiste à évaluer la possibilité d'augmenter cette charge de travail sans risque : une démarche d'évaluation qui autorise le geste [3].

L'autre biais de cette étude est que ce sont des docteurs en médecine qui déterminent l'action kinésithérapique. **Nous pourrions imaginer, dans une telle étude, que l'indication de soin de kinésithérapie soit posée par un kinésithérapeute,** du fait même de la connaissance spécifique de ce qu'est la kinésithérapie et de ce sur quoi elle peut agir et ce sur quoi elle ne peut avoir d'effet. Cette démarche est en fait celle que beaucoup d'entre nous pratiquons à travers l'évaluation diagnostique, préalable au soin. ♦

## Bibliographie

- [1] Gajdos V, Katsahian S, Beydon N, Abadie V, Pontual L, Larrar S, Epaud R *et al.* Effectiveness of chest physiotherapy in infants hospitalized with acute bronchiolitis: a multicenter, randomized, controlled trial. *PLoS Medicine* 2010;vol.7;issue 9:1-12 : [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org)
- [2] [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_271917/prise-en-charge-de-la-bronchiolite-du-nourrisson](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271917/prise-en-charge-de-la-bronchiolite-du-nourrisson)
- [3] Delplanque D. La charge de travail ventilatoire d'un nourrisson porteur d'une bronchiolite : incidences en kinésithérapie respiratoire de ville. *Kinésithér Scient* 2004;443:55-6.