

Kiné respiratoire des bronchiolites à l'hôpital

Une réaction collective à propos de la récente étude Bronkinou

À la suite de la parution de l'étude Bronkinou (lire « le Quotidien » du 30 septembre 2010), des médecins et kinésithérapeutes du réseau Bronchiolite ont souhaité apporter des précisions, notamment sur des interprétations malencontreuses.

LA PUBLICATION récente de l'étude Bronkinou, qui cherchait à évaluer l'effet de la kinésithérapie respiratoire avec augmentation du flux expiratoire (AFE) sur le délai de guérison des nourrissons hospitalisés pour bronchiolite, a donné lieu récemment, au sein de nombreux médias, à des interprétations qui dépassent les conclusions de ce travail.

Les études évaluant l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire dans la prise en charge des bronchiolites du nourrisson sont peu nombreuses. Aucune ne conclut à l'intérêt d'un tel traitement. Cependant, aucune n'avait à ce jour évalué la technique actuellement proposée en France : l'augmentation du flux expiratoire qui tient compte des spécificités de la physiologie respiratoire des nourrissons. Bronkinou a tenté de combler ce manque, suivant ainsi l'avis de la conférence de consensus (ANAES, 2000) qui souhaitait l'éva-

luation de cette technique qu'elle recommandait néanmoins (grade C). L'étude a donc comparé deux groupes de nourrissons hospitalisés présentant un épisode aigu de bronchiolite, l'un bénéficiant de la technique, l'autre ne recevant que des aspirations nasales.

Nourrissons sans antécédents d'atopie. Bronkinou n'a pas permis de mettre en évidence de réduction du délai de guérison entre le groupe ayant bénéficié de la technique d'AFE par rapport à celui n'ayant reçu que des aspirations nasales. Si l'on observe les données du sous-groupe des nourrissons sans antécédents d'atopie, on constate que le temps médian de guérison est tout de même significativement plus court pour ceux ayant bénéficié de l'AFE par rapport au groupe contrôle. Par ailleurs, elle ne relève pas de complications liées à la pratique de l'AFE parmi les 246 nourrissons traités.

Il est possible de penser : d'une part, que le bénéfice découvert en cours d'analyse chez les nourrissons sans antécédents atopiques incite à poursuivre les recherches dans ce sens ; d'autre part, que les résultats globaux retrouvés chez des nourrissons hospitalisés ne peuvent pas être extrapolables aux nourrissons suivis en ville (c'est-à-

dire l'immense majorité des cas puisque seulement 3 % des nourrissons atteints d'une bronchiolite sont hospitalisés).

Comme le concluent les auteurs, d'autres études sont nécessaires pour apporter des réponses à ces nouvelles interrogations. Nous appelons de nos vœux de tels travaux, tout en rappelant que les kinésithérapeutes, au-delà des techniques d'AFE, prennent en charge pendant la période d'épidémie plusieurs milliers de nourrissons sur le territoire. Ils contribuent au diagnostic d'encombrement et d'obstruction des voies aériennes si bien que l'application des techniques n'est pas systématique. Ils renvoient ces informations pertinentes vers les prescripteurs, accompagnent la surveillance de l'évolution et relaient les messages d'éducation auprès des parents. Dans l'intérêt des nourrissons, médecins et kinésithérapeutes auront donc nécessairement à cœur de poursuivre et d'amplifier leur coopération sur le terrain du consensus.

> ONT CONTRIBUÉ À CE TEXTE : LES Drs SYDNEY SEBBAN (PÉDIATRE, PARIS), JACQUES BRAY (MÉDECIN GÉNÉRALISTE, PARIS), VINCENT BOISSERIE-LACROIX (PNEUMO-PÉDIATRE, BORDEAUX), AINSI QUE LES KINÉSITHÉRAPEUTES DIDIER EVENOU (PARIS), CHRISTIAN FAUSSER (PARIS), DOMINIQUE PELCA (PARIS), MARIK FETOUH, (BORDEAUX), MICHELLE LECLERC (ROUEN) ET JEAN-CLAUDE JEULIN (ANNECY).