

BRONCHIOLITE:

quel bilan des recommandations de la
HAS deux ans après?

La place du kinésithérapeute



Marik FETOUH

Kinésithérapeute (Bordeaux)
DIU de kinésithérapie respiratoire
Enseignant IFMK


10^{ème} Symposium
de santé respiratoire
Nouvelle-Aquitaine

Conférence de consensus ANAES de 2000

CONFÉRENCE
DE
CONSENSUS

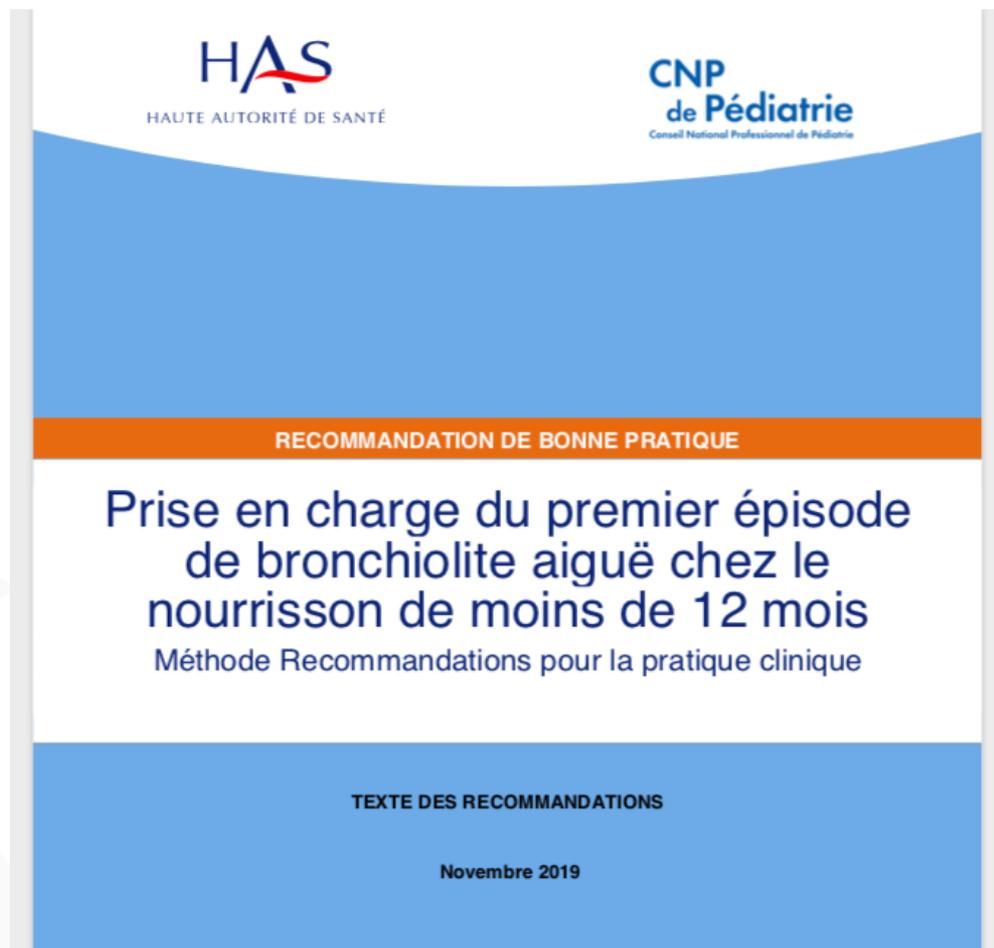
**PRISE
EN CHARGE
DE LA BRONCHIOLITE
DU NOURRISSON**

Elle recommande :

- la kinésithérapie respiratoire dans le traitement de la bronchiolite du nourrisson :
 - expiration lente prolongée ou augmentation du flux expiratoire lente
 - toux provoquée dans la bronchiolite du nourrisson en ambulatoire
 - **grade C** (consensus d'experts à partir d'observations cliniques)
- de collecter plus d'arguments objectifs en faveur de l'efficacité de ces techniques

Arch Pediatr 2001

Les recommandations de 2019




10^{ème} Symposium
de santé respiratoire
Nouvelle-Aquitaine

2. Quelles thérapeutiques non médicamenteuses utiliser ?

Thérapeutiques non médicamenteuses	
Nébulisation de sérum salé hypertonique	
A	La nébulisation de sérum salé hypertonique n'est pas recommandée dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë aux urgences. La nébulisation de sérum salé hypertonique n'est pas recommandée dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë en hospitalisation. Les nébulisations de sérum salé hypertonique n'ont pas été étudiées chez des nourrissons ayant une atélectasie.
Désobstruction des voies aériennes supérieures	
C	La désobstruction des voies aériennes supérieures est nécessaire pour optimiser la respiration du nourrisson
C	La désobstruction des voies aériennes supérieures doit être réalisée avant l'évaluation de la gravité et la mesure de la SpO2% par oxymétrie de pouls.
C	Aucune technique de désobstruction n'a démontré une supériorité par rapport à une autre, mais les aspirations nasopharyngées ont plus d'effets secondaires et ne sont pas recommandées.
Kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique	
A	Les techniques de kinésithérapie respiratoire par drainage postural, vibration, clapping sont contre indiquées dans la bronchiolite aiguë. (Vote 13 experts : 13 pour)
B	La kinésithérapie respiratoire par augmentation de flux expiratoire (AFE) n'est pas recommandée chez le nourrisson hospitalisé. (Vote 13 experts : 13 ok)
AE	La kinésithérapie respiratoire peut se discuter chez l'enfant en cas de comorbidités (ex : pathologie respiratoire chronique, pathologie neuromusculaire). (Vote 13 experts : 13 pour)
AE	En l'absence de données, la kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique n'est pas recommandée en ambulatoire. Il est nécessaire d'évaluer les techniques de modulation de flux en soins primaires par une étude randomisée et son impact sur le recours hospitalier. (Vote 13 experts : 10 pour, 3 contre)

Le drainage de postural, le clapping et les vibrations sont contre-indiqués depuis... 1994 !

688 *Guidelines for Delivery of Chest Physical Therapy*

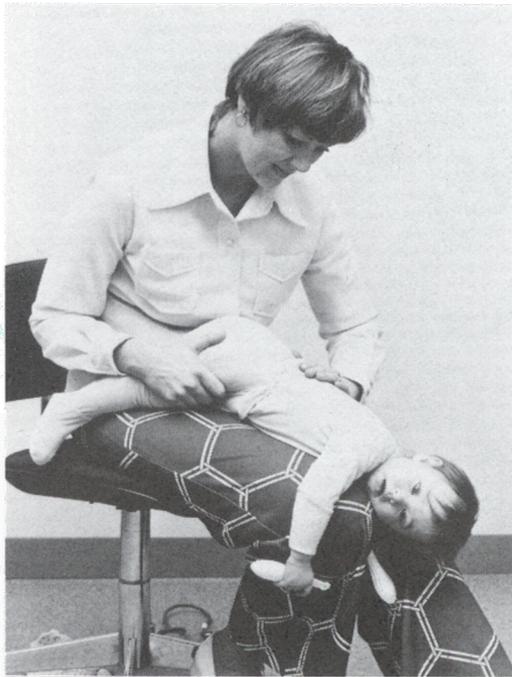


FIG 27-15. Three-fourths prone modified position for right lower lobe—posterior basal segment.
D.L. FROWNFELTER. *Chest Physical Therapy and pulmonary rehabilitation*. Year Book Medical Publishers, INC. Chicago 1978.

in neonates. The time necessary for effective drainage of an area being drained is a minimum of three to five minutes. This time frame may need to be shortened if the position or technique is not well tolerated. Since bronchial drainage is often fatiguing, the areas of greatest involvement should be treated first, followed by the less involved areas.

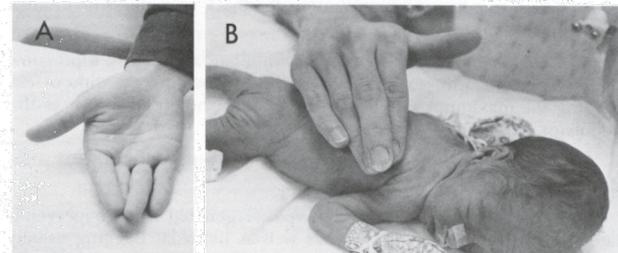


FIG 27-18. "Fenting" of the finger for percussion of premies or small children.

Des recommandations mal comprises...

- **Les recommandations ne portent que sur**
 - le 1^{er} épisode de bronchiolite aiguë
 - chez le nourrisson de moins de 12 mois
- **Les techniques abordées en premier sont contre-indiquées depuis 1994**
 - avec un grade A
 - ce qui peut induire une certaine confusion chez les prescripteurs
- **La kinésithérapie respiratoire par augmentation du flux expiratoire AFE**
 - peut se discuter chez l'enfant en cas de comorbidité (grade AE accord d'experts)
- **La kinésithérapie respiratoire par augmentation du flux expiratoire AFE**
 - **n'est pas recommandée...mais pas contre-indiquée !**
 - chez le nourrisson hospitalisé (grade B)
 - en ambulatoire du fait de l'absence de données (grade AE accord d'experts)

Conclusion en ambulatoire

La kinésithérapie respiratoire par augmentation du flux expiratoire AFE

- n'est pas recommandée...mais pas contre-indiquée
- pour le 1^{er} épisode de bronchiolite aiguë
- chez le nourrisson de moins de 12 mois
- sans comorbidité

⇒ **ce qui représente un faible pourcentage des nourrissons en kinésithérapie**

- du fait de l'absence de données (comme en 2000)
- selon un grade AE (le plus faible)

Des questions...

1. Les réseaux bronchiolites restent recommandés !

Recours aux soins

- | | |
|-----------|--|
| AE | Le médecin de soins primaires s'assure de la mise en place des mesures éducatives et de surveillance adaptées à l'évaluation du nourrisson par les professionnels de premier recours et les réseaux bronchiolite. |
| AE | Le réseau de soins de second recours est sollicité en cas d'urgence, de la nécessité d'une vigilance accrue quotidienne comprenant jours fériés et WE, ou d'incertitude sur la conduite à tenir. Ce réseau de soins ne se limite pas à l'hôpital et dépend des organisations locales et territoriales. Les communautés professionnelles territoriales de santé, une fois installées, pourront jouer un rôle dans le circuit patient et l'adressage de recours. |

Des questions...

2. Le texte soumis au groupe de relecture est très différent du texte final

Kinésithérapie respiratoire

- | | |
|-----------|---|
| A | La kinésithérapie respiratoire conventionnelle (drainage postural, vibration, clapping) est une technique contre indiquée dans la bronchiolite aigue. |
| B | La kinésithérapie respiratoire par augmentation de flux expiratoire (AFE) n'est pas recommandée chez le nourrisson hospitalisé |
| C | La kinésithérapie respiratoire par AFE n'est pas un traitement systématique de la bronchiolite aigue du nourrisson. |
| C | La kinésithérapie respiratoire n'est pas recommandée dans les formes légères. |
| AE | La kinésithérapie respiratoire par AFE peut se discuter chez l'enfant ayant une toux inefficace |
| AE | La kinésithérapie respiratoire par AFE pourrait être un recours thérapeutique possible pour les nourrissons ayant une forme modérée pris en charge en ambulatoire. La kinésithérapie respiratoire par AFE chez les nourrissons ayant une forme modérée pris en charge en ambulatoire demanderait des études complémentaires (étude nationale et à plus grande échelle). |

Des questions...

3. Une étude non prise en compte !

BRONKILIB II

« Evaluation de l'effet de la kinésithérapie respiratoire avec Augmentation du Flux Expiratoire (AFE) dans la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson en pratique de ville »

Etude contrôlée randomisée multicentrique en aveugle



10^{ème} Symposium
de santé respiratoire
Nouvelle-Aquitaine

Matériel et Méthode

Score de Wang

Wang EE et al. Observer agreement for respiratory signs and oximetry in infants hospitalized with lower respiratory infections. Am Rev Respir Dis 1992;145:1069

Classe de sévérité clinique :

- Bronchiolite **Bénigne** < 4
- Bronchiolite **Modérée** 4 à 8
- Bronchiolite **Sévère** > 8

Matériel et Méthode

Critère de jugement principal

Nombre de **patients répondeurs** Groupe A (kinésithérapie immédiate) versus Groupe B (absence de kinésithérapie)

Critères de jugement secondaires

Mesure du Score de Wang à T0 et T30

Recensement des événements indésirables

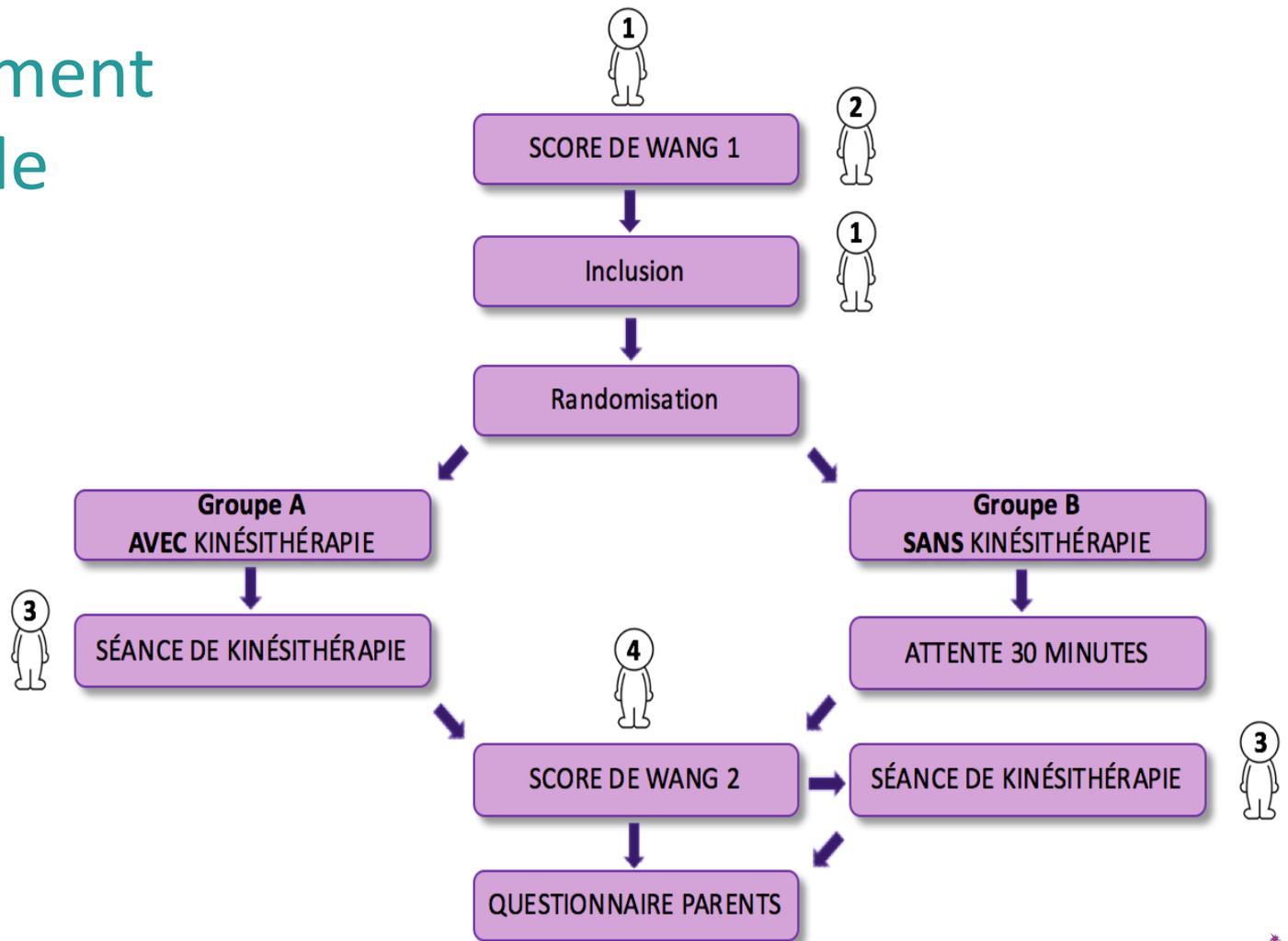
Identification d'une prédisposition atopique

Age des nourrissons

Traitement médicamenteux concomitant

Questionnaire parental

Déroulement de l'étude



Résultats

Objectif principal

Diminution d'une classe de gravité entre les 2 Scores de Wang ** χ^2

	Groupe A (Kiné) N=41		
	0-3 (%)	4-8 (%)	9-12 (%)
W1/W2			
4-8	29 (70,7%)	12 (29,3%)	0 (0,0)

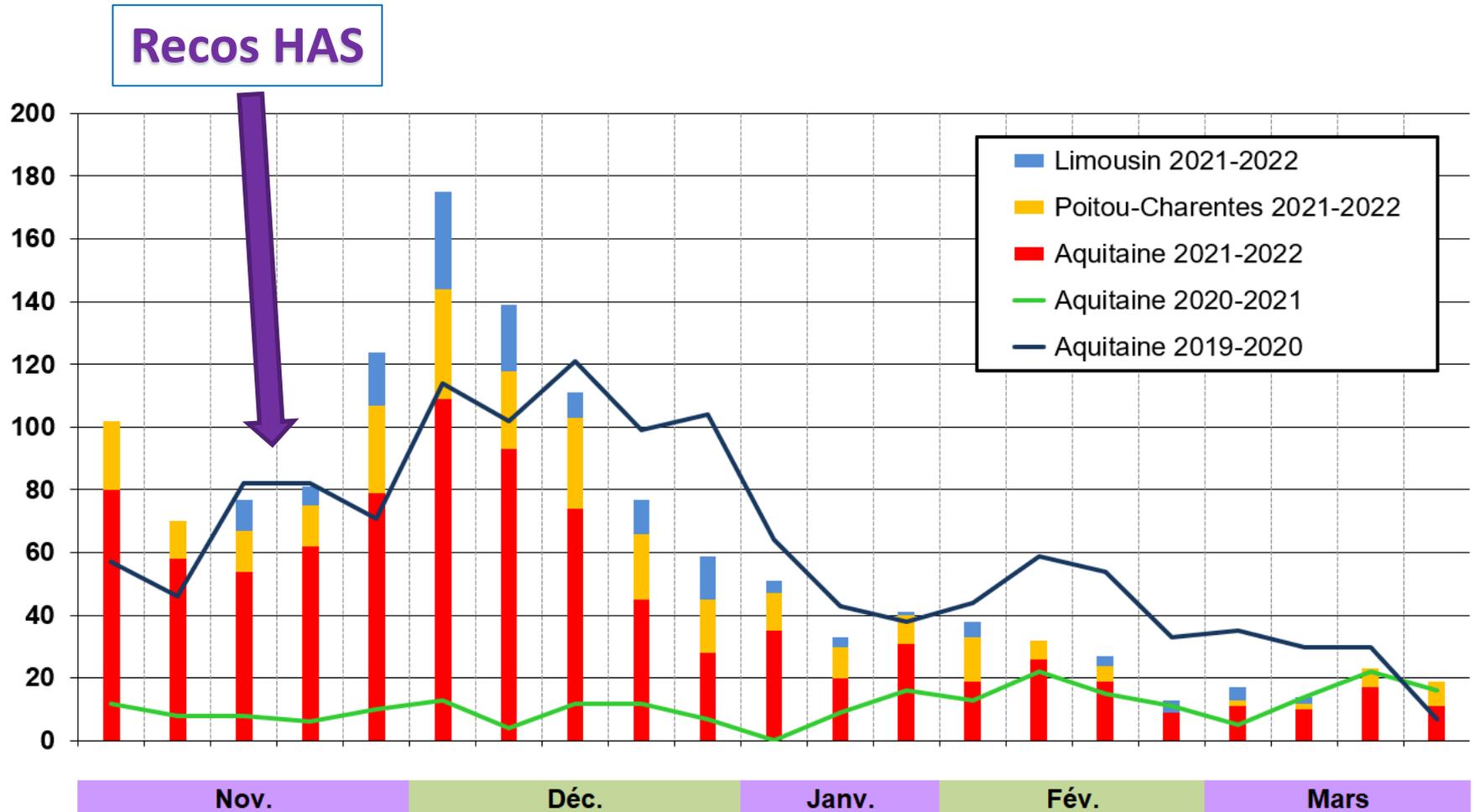
Amélioration du Score de Wang dans **70,7%** des cas

	Groupe B (sans Kiné) N=41		
	0-3 (%)	4-8 (%)	9-12 (%)
W1/W2			
4-8	4 (9,76%)	37 (90,24%)	0 (0,0)

Invariabilité du score de Wang dans **90,24%** des cas

$p < 0,001$ **

Impact des nouvelles recommandations sur le recours aux soins de kinésithérapie pendant les gardes



Une situation tendue dans les CHU : exemple à Bordeaux

- **180 passages aux urgences pédiatriques le 30 septembre**
 - 20aine de problèmes psychiatriques
 - 10aine de patients respiratoires (rhinovirus, métapneumovirus, grippe, co-infection Covid...)
- **Un manque de personnel qui a de lourdes conséquences :**
 - fermeture de lits de pneumopédiatrie
 - pas d'unité bronchiolite cette année (26 PS nécessaires)
 - difficultés d'accès à la réanimation, au bloc...

Une épidémie qui s'annonce particulièrement virulente !

- **Epidémie particulièrement virulente dans l'hémisphère sud** (Source: The New Daily, Sydney)
 - nourrissons non-immunisés contre les virus respiratoires du fait des gestes barrières
 - explosion des cas en Australie
 - « triple épidémie généralisée » : Covid / grippe / VRS
 - 20% avec une bronchiolite sévère, dont 40% hospitalisés (soit 8%)
- **Début précoce de l'épidémie en France**

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans les domaines de la santé publique, analyse les données de la bronchiolite issues de son réseau de partenaires et publie les indicateurs résultant de l'analyse de ces données dans ce bulletin mis en ligne chaque semaine sur son site internet.

La surveillance de la bronchiolite du nourrisson pour la saison hivernale 2022-23 permet de suivre la transmission du virus respiratoire syncytial (VRS), principal responsable des bronchiolites du nourrisson. Dans le contexte de la circulation du SARS-CoV-2, la circulation du VRS peut être modifiée.

Points clés

- Poursuite de l'augmentation des indicateurs de surveillance de la bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans
- Passage en phase pré-épidémique dans les régions Hauts-de-France, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie

Chiffres clés en métropole

Parmi les 1 491 enfants de moins de 2 ans vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 39/2022, 1 352 (91%) étaient âgés de moins de 1 an et 456 (31%) ont été hospitalisés. Parmi les 456 enfants hospitalisés, 427 (94%) étaient âgés de moins de 1 an.

Tableau 1-Recours aux soins d'urgence pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans en France métropolitaine, semaine 39 (du 26 septembre au 2 octobre 2022)

	Effectifs hebdomadaires bronchiolite (S39)	% de variation (S39 vs S38) ¹	Part de la bronchiolite ² (S39)
Passages aux urgences (OSCOUR®)*	1 491 ³	+41%	7%
Hospitalisations après passages (OSCOUR®)*	456 ³	+27%	17%
Actes médicaux SOS Médecins	299	+28%	5%

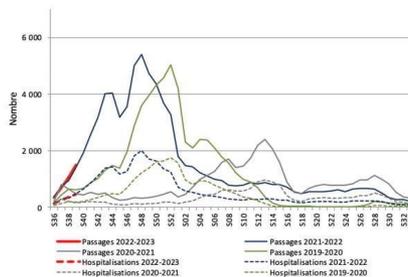
Analyses réalisées à hôpitaux constants (N : 644)

1. Variation en % avec la semaine précédente du nombre de passages, d'hospitalisations et de actes médicaux pour bronchiolite

2. Proportion des passages, des hospitalisations et des actes médicaux pour bronchiolite parmi les passages, hospitalisations et actes médicaux toutes causes codés chez les enfants de moins de 2 ans

3. Les données de la dernière semaine ne sont pas consolidées.

Fig.1-Passages et hospitalisations suite aux passages aux urgences* pour bronchiolite en France métropolitaine, enfants de moins de 2 ans, Saisons 2019-20 à 2022-23



* Analyses réalisées à hôpitaux constants (N : 644)

Fig.2-Niveau d'alerte régional de la bronchiolite, enfants de moins de 2 ans, France, semaine 39/2022



Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance de la bronchiolite :
urgentistes,
médecins libéraux,
virologistes,
épidémiologistes



Quelles solutions en ville pour limiter le recours hospitalier non justifié ?

- Pas de traitement médicamenteux recommandé pour la bronchiolite
- Surveillance du nourrisson difficile pour le MG ou le pédiatre

⇒ Les kinésithérapeutes sont formés à

- réaliser un bilan permettant d'identifier les situations nécessitant une hospitalisation (surveillance)
- éduquer et rassurer les familles
- réaliser la désobstruction rhinopharyngée (recommandée, grade C)
- désencombrer les VAI si besoin

⇒ Il existe sur tout le territoire national une permanence des soins de kinésithérapie respiratoire en période épidémique

Conclusion

- En l'absence d'étude ambulatoire (?), le débat sur l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire doit être dépassé
- Pour se poser la question de l'utilité des kinésithérapeutes
- Une ressource précieuse en ville pour assurer la surveillance clinique des nourrissons, éduquer et rassurer les familles
- Avec une permanence des soins les week-ends et jours fériés

Merci pour votre attention




10^{ème} Symposium
de santé respiratoire
Nouvelle-Aquitaine