

# Kinésithérapie respiratoire du nourrisson : protocole de soins partagé

## Mesures générales

- conseils aux familles : fractionnement des repas, aggravation et risque de récurrences si exposition au tabac...
- désinfection des mains, de la table et du stéthoscope
- port du masque, lunettes de protection recommandées
- proclive à 30° et séance au moins 2 heures après le repas si possible
- prise en charge individuelle et torse nu (signes de lutte, meilleure adhérence des mains...)

## Bilan clinique et surveillance

**La surveillance clinique et l'orientation de l'enfant dans le système de soin est un rôle primordial pour le kinésithérapeute :**

- orientation de l'enfant vers un médecin si critères de sévérité, ou appel du 15 si critères d'hospitalisation
- les critères de sévérité et d'hospitalisation sont listés et explicités dans la fiche dédiée

## Désencombrement bronchique (si besoin)

**Pour les nourrissons présentant un encombrement des voies aériennes inférieures (présence de ronchi, diminution des sibilants à l'AFE...) :**

- techniques recommandées : augmentation du flux expiratoire et expiration lente prolongée
- commencer par des flux lents afin de drainer les bronches distales
- indicateurs : bruits à la bouche, toux spontanée, vibration sous la main thoracique, diminutions des sibilants et/ ou ronchi à l'auscultation
- pas de pression abdominale si reflux gastro-œsophagien pathologique diagnostiqué ou suspecté (signe : toux au décubitus ou après les repas...)
- arrêt si apparition pendant le drainage d'un collapsus bronchique ou d'une détérioration clinique

## Toux provoquée (si besoin)

- si la toux spontanée est inefficace
- pression légère sur la trachée entre la fourchette sternale et la pomme d'Adam
- pression plus appuyée si pression légère sans effet
- contre-indications : toux en quinte ou coqueluchoïde, laryngite (toux rauque, gêne inspiratoire...)

NB : la désobstruction rhino-pharyngée fait souvent tousser l'enfant

## Désobstruction rhinopharyngée

- désobstruction rhino-pharyngée rétrograde (reniflement passif par occlusion buccale concomitante de l'inspiration) et/ou antérograde (mouchage)
- instillation de sérum physiologique tête tournée sur le côté
- aspirations nasales : geste invasif non-recommandé, réservé aux situations critiques en milieu hospitalier

NB : l'obstruction des voies aériennes supérieures, qui précède toujours la bronchiolite, peut entraîner des difficultés alimentaires voire une détresse respiratoire chez le nourrisson qui respire préférentiellement par le nez avant 6 mois.

## Recueil des sécrétions et traitements inhalés

- le recueil des sécrétions a un intérêt très limité et ne permet pas d'évaluer la présence d'une surinfection bronchique (la coloration des sécrétions n'est pas un critère d'antibiothérapie, à la différence de la fièvre pendant plus de 48h)
- les sprays (bronchodilatateur, corticoïdes inhalés...) peuvent être utilisés s'ils sont prescrits. Le rôle du kinésithérapeute est de vérifier l'efficacité du bronchodilatateur (diminution ou augmentation des sibilants en raison du risque de réponse paradoxale chez le nourrisson) et d'éduquer la famille sur la prise du traitement de fond avec la chambre d'inhalation pour l'asthme.