

Lettre ouverte à la rédaction de la revue Prescrire en réponse à la publication de l'article : « Bronchiolites : pas de place pour la kinésithérapie respiratoire »

*par Marik FETOUH, MKDE, DIU de kinésithérapie respiratoire,
chargé d'enseignements au CHU de Bordeaux*

Bordeaux, le 6 décembre 2012

A l'attention du Dr Bruno Toussaint, directeur de la publication de la revue Prescrire

Les médias grand-public se sont emparés d'un article publié dans le numéro de décembre 2012 de votre revue (Prescrire n°350) : « Bronchiolites : pas de place pour la kinésithérapie respiratoire »⁽¹⁾. Au-delà du trop simpliste débat « pour ou contre la kinésithérapie respiratoire », il est difficile de partager, tant sur le fond que sur la forme, votre interprétation de la synthèse méthodique du Réseau Cochrane⁽²⁾ à partir de laquelle vous vous permettez de conclure : « En 2012, on dispose de données solides montrant que, chez les nourrissons atteints de bronchiolite, la kinésithérapie respiratoire n'est pas efficace et a une balance bénéfices-risques défavorable, y compris avec la technique habituellement utilisée en France. Mieux vaut épargner cette épreuve aux bébés. »

Dans la version résumée de votre article disponible en ligne⁽³⁾, vous affirmez qu'il existe de graves effets secondaires de la kinésithérapie respiratoire : « la kinésithérapie respiratoire expose les nourrissons à d'autres effets indésirables, notamment des douleurs, voire des fractures de côtes (1 fracture pour 1 000 nourrissons traités) ». Vous oubliez au passage de citer **l'origine de cette affirmation qui n'est pas la synthèse Cochrane**. La version complète de votre article⁽¹⁾ prend soin de citer la référence qui n'est autre que la revue Prescrire elle-même⁽⁴⁾. Nous pouvons supposer que cette ancienne publication se réfère à l'étude de Chalumeau datant de 2002⁽⁵⁾ évoquée à la page 14 de la synthèse Cochrane en ces termes : « A retrospective observational study in the literature suggests an association between rib fractures and chest physiotherapy (Chalumeau 2002) but this adverse effect was not observed in any of the nine clinical trials included in this review. » Les moins anglophones auront compris que **la fracture de côte** comme un effet secondaire est possible, mais pas certain. De plus, cet effet secondaire **n'a en effet été observé dans aucune des neuf études** analysées dans la synthèse Cochrane. Chalumeau concluait d'ailleurs prudemment que la kinésithérapie respiratoire doit être considérée comme une cause **potentielle** de fracture de côte, en l'absence d'autre cause identifiable dans les 5 cas constatés au cours de son étude rétrospective. De plus, la question de la douleur n'est jamais abordée, contrairement à ce vous affirmez.

Vous évoquez les autres effets indésirables en ces termes : « Les principaux effets indésirables rapportés dans ces essais ont été une désaturation en oxygène pendant la séance, et des vomissements avec la technique d'accélération du flux expiratoire. » Vous vous appuyez cette fois sur le contenu de la synthèse Cochrane qui se base sur 9 études. Parmi ces 9 études, 2^(6,7) n'étaient pas publiées à l'époque de la synthèse et leurs auteurs ont donc été contactés pour clarification et collecte des données. Ces 2 études, non accessibles directement encore aujourd'hui pour une revue par les pairs, et quelle que soit leur qualité, ont-elles réellement leur place dans cette synthèse ? La question mérite d'être posée. Parmi les 7 études restantes, 3^(8,9,10) ont étudié les effets de la kinésithérapie respiratoire telle qu'elle est pratiquée au sein de « l'école francophone », c'est à dire une prise en charge à base de techniques expiratoires passives. Selon la synthèse Cochrane : « la seule étude ayant spécifiquement étudié les effets indésirables (Gajdos 2010⁽⁸⁾) retrouve une proportion significativement plus grande d'enfants ayant présenté une déstabilisation respiratoire transitoire ou ayant vomi dans le groupe traité par kinésithérapie respiratoire, mais pas d'effet indésirable grave. » Toujours selon Cochrane, RoCHAT 2010⁽⁹⁾ n'a observé aucune complication directe de la kinésithérapie, telle qu'une détérioration respiratoire et Postiaux 2011⁽¹⁰⁾ n'a observé aucun effet indésirable.

En résumé selon Cochrane, 1 seule des 9 études a spécifiquement étudié les effets indésirables des techniques expiratoires passives utilisées en France et conclut à leur augmentation dans le groupe traité à l'hôpital par kinésithérapie respiratoire. Alors que votre conclusion est la suivante : « Les principaux effets indésirables rapportés dans ces essais ont été une désaturation en oxygène pendant la séance, et des vomissements avec la technique d'accélération du flux expiratoire. » Le pluriel utilisé ici est totalement erroné, et il est impossible de conclure sur ce point sans études complémentaires.

Se pose en outre la question de l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire. Pour rappel, 4^(7,8,9,10) des 9 études retenues dans la synthèse Cochrane utilisent les techniques françaises dont 3^(8,9,10) sont publiées. En nous penchant sur les conclusions de chacune de ces 3 études, voici ce que nous lisons :

- Gajdos 2010
« IET + AC had no significant effect on time to recovery in this group of hospitalized infants with bronchiolitis. Additional studies are required to explore the effect of chest physiotherapy on ambulatory populations and for infants without a history of atopy. »
Ce que nous nous autorisons à traduire par : les techniques de kinésithérapie respiratoires recommandées en France n'ont pas d'effet significatif sur le temps de guérison dans ce **groupe d'enfants hospitalisés pour bronchiolite. Des études supplémentaires sont nécessaires pour explorer les effets de la kinésithérapie respiratoire sur la population traitée en ambulatoire et pour les enfants sans antécédent d'atopie.**
- RoCHAT 2010
« In conclusion, this study shows the absence of effectiveness of CP techniques using passive acceleration of expiratory flux in infants hospitalized for bronchiolitis. It seems justified to recommend against the routine prescription of CP, as already proposed by some consensus conferences. This important finding should be included when establishing allocation of resources in the actual cost-containment era. Further work is needed before extending this recommendation to children managed on an outpatient basis. »
La traduction est claire : en conclusion, cette étude montre l'absence d'efficacité de la kinésithérapie respiratoire utilisant les techniques expiratoires passives chez **les enfants hospitalisés pour bronchiolite. Il semble justifié de recommander de ne pas prescrire en routine la kinésithérapie respiratoire, comme cela est déjà proposé par certaines conférences de consensus. Cette importante conclusion devrait être prise en compte dans l'attribution des financements en cette époque de maîtrise des dépenses. Un travail complémentaire est nécessaire avant d'étendre cette recommandation aux enfants traités en ambulatoire.**
- Postiaux 2011
« Our new CPT method showed short-term benefits to some respiratory symptoms of bronchial obstruction in infants with acute respiratory syncytial virus bronchiolitis. »
En voici notre traduction : notre nouvelle méthode de kinésithérapie respiratoire a montré des **bénéfices à court-terme sur certains symptômes respiratoires d'obstruction bronchique chez les enfants avec bronchiolite à virus respiratoire syncytial.**

L'une de ces 3 études conclut à un intérêt de la kinésithérapie respiratoire tandis que les 2 autres ne montrent **pas d'effet significatif sur les patients hospitalisés pour bronchiolite et souhaitent, que des études supplémentaires soient réalisées pour évaluer les effets de la kinésithérapie respiratoire chez les enfants traités en ambulatoire** présentant une bronchiolite légère à modérée. Et ce d'autant plus que ces 2 études évoquent d'autres pistes de recherche avec un effet statistiquement significatif selon la sous-population concernée (non atopique dans Gajdos 2010) ou l'objectif étudié (amélioration d'un score clinique et respiratoire incluant l'auscultation dans RoCHAT 2010).

Cette analyse met en évidence que :

- seulement 3 études nous concernent car publiées et se rapportant aux techniques de l'école francophone
- parmi ces 3 études exploitables, une est favorable à la kinésithérapie respiratoire
- ces études portent sur les nourrissons hospitalisés, c'est à dire 2 à 3 % des nourrissons,
- 2 études sur 3 ne mettent pas en évidence d'effets secondaires de la kinésithérapie
- aucune des 3 ne parle de fractures costales.

Votre conclusion « En 2012, on dispose de données solides montrant que, chez les nourrissons atteints de bronchiolite, la kinésithérapie respiratoire n'est pas efficace et a une balance bénéfices-risques défavorable, y compris avec la technique habituellement utilisée en France. » est donc non conforme à la réalité, tant sur le fond, puisqu'il n'y a pas de données solides permettant de trancher dans un sens ou dans l'autre contrairement à ce que vous affirmez, ni sur la forme, car vous vous référez à des études faites en milieu hospitalier, et vous vous permettez néanmoins de conclure pour l'ensemble des populations de patients pris en charge, y compris en ville.

Nous venons de démontrer que contrairement à ce que vous affirmez, il n'existe pas de données solides, ni au sujet de l'efficacité de la kinésithérapie respiratoire, ni concernant ses potentiels effets secondaires, et qu'il reste donc à mener de nouvelles études, en particulier sur la prise en charge en ville. Votre article ne fait que reprendre des études connues depuis un certain temps, qui ne permettent pas de trancher la question. Aussi, et jusqu'à ce qu'une mise à jour des recommandations de la HAS soit faite, c'est la conférence de consensus de 2000⁽¹⁾ qui s'applique en France : la kinésithérapie respiratoire, ne vous en déplaise, est donc toujours recommandée dans la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson.

Plutôt que de jeter injustement l'anathème sur les kinésithérapeutes avec un certain acharnement depuis 2006, année de votre première publication qui disait déjà exactement la même chose, vous devriez plutôt vous interroger sur les raisons d'un manque de données probantes dans ce domaine. Le fait que la kinésithérapie ne soit pas encore en France une discipline universitaire, à la différence de presque tous les autres pays européens, nous prive des moyens nécessaires à la réalisation de telles études.

Plutôt que de faire inutilement peur aux dizaines de milliers de familles qui ont ou vont avoir recours à la kinésithérapie respiratoire pendant cette épidémie de bronchiolite, il serait plus utile et plus logique de demander, aux côtés de toutes les organisations professionnelles des kinésithérapeutes, une intégration de la kinésithérapie comme discipline universitaire, ainsi que la conduite de véritables études multicentriques contrôlées et randomisées qui portent sur la prise en charge du nourrisson en ville.

Comme le précise l'article R 4127-13 du code de déontologie médicale « Lorsque le médecin participe à une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il doit ne faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public ». Force est de constater que la publication de cet article dans la revue dont vous dirigez la rédaction ne fait pas état de « données confirmées », ni de la plus élémentaire « prudence » et s'inquiète encore moins de l'impact au niveau du public. Afin de vous mettre en conformité avec le Code de déontologie médicale, et de permettre un juste droit de réponse aux professionnels qui ont été bafoués par vos allégations, je vous demande de publier cette lettre ouverte sur le site de la revue Prescrire, ainsi que dans son prochain numéro.

Dans cette attente, je vous prie de croire en l'expression de mes salutations très distinguées.

Marik FETOUH



1. Prescrire Rédaction. "Bronchiolites : pas de place pour la kinésithérapie respiratoire" Rev Prescrire 2012 ; 32 (350) : 927.
Disponible en ligne à <http://www.prescrire.org/Fr/3/31/48334/0/NewsDetails.aspx>.
2. Roqué i Figuls M, Giné-Garriga M, Granados Rugeles C, Perrotta C. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art. No.: CD004873. DOI: 10.1002/14651858.CD004873. pub4.
3. Prescrire.org, Article en une.
Disponible en ligne à <http://www.prescrire.org/Fr/3/31/48281/0/NewsDetails.aspx>
4. Prescrire Rédaction. "Bronchiolite, kinésithérapie et fractures de côtes (suite)" Rev Prescrire 2007 ; 27 (288) : 794-796.
5. 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 Sep;32(9):644-7.
6. Aviram 1992 {published and unpublished data}. Aviram M, Damri A, Yekutielli C, Bearman J, Tal A. Chest physiotherapy in acute bronchiolitis [Abstract]. *European Respiratory Journal* 1992;5(Suppl 15):229-30. [CENTRAL:CN-00492981].
7. Lopez Galbany 2004 {unpublished data only}. Lopez Galbany N. Oral presentation in local meeting. Presentation slides on file 2004 (accessed 1 January 2011).
8. Gajdos V, Katsahian S, Beydon N, Abadie V, de Pontual L, Larrar S, et al. Effectiveness of chest physiotherapy in infants hospitalized with acute bronchiolitis: a multicenter, randomized, controlled trial. *PLoS Medicine* 2010;7(9):1-11.
9. Rochat I, Leis P, Bouchardy M, Oberli C, Sourial H, Friedli-Burri M, et al. Chest physiotherapy in bronchiolitis: a randomised trial assessing passive expiratory manoeuvres. *Paediatric Respiratory Reviews* 2010;11(Suppl 1526):85-6.
*Rochat I, Leis P, Bouchardy M, Oberli C, Sourial H, Friedli-Burri M, et al. Chest physiotherapy using passive expiratory techniques does not reduce bronchiolitis severity: a randomised controlled trial. *European Journal of Pediatrics* 2011 [Epub ahead of print].
10. Postiaux G, Louis J, Gerroldt J, Kotik A-C, Lemuhot A, Patte C. Effects of a new chest physiotherapy protocol in infant RSV bronchiolitis, a RCT. *European Respiratory Society Annual Congress, Berlin, Germany, October 4-8. 2008:E1772.* [CENTRAL: CN-00679586].
* Postiaux G, Louis J, Labasse HC, Gerroldt J, Kotik AC, Lemuhot A, et al. Effects of an alternative chest physiotherapy regimen protocol in infants with RSV bronchiolitis. *Respiratory Care* 2011; Vol. 56, issue 7: 989-94. [DOI: 10.4187/respcare.00721; PUBMED: 21352671].
11. ANAES. Conférence de consensus, prise en charge de la bronchiolite du nourrisson, texte des recommandations. *Thérapie.* 2001 Mar-Apr;56(2):175-85.