

d'un renâclement (**schéma 1 ci-contre**). La technique passive peut être associée aux manœuvres de drainage bronchique (**photo 1 ci-contre**).

## Objectif 2 : désencombrer l'arbre bronchique

### Le drainage bronchique

Depuis la conférence de consensus de décembre 1994 on sait que ce sont les techniques basées sur l'augmentation du flux expiratoire qui sont recommandées<sup>1</sup>. Comme dans la bronchiolite, on a affaire à une pathologie des petites bronches et que celles-ci sont oedématisées et éventuellement spasmées (cf. physiopathologie, 1<sup>ère</sup> partie), on évite les techniques rapides au profit des techniques lentes de type expiration lente prolongée (ELPr)<sup>2</sup>, recommandées lors de la conférence de consensus sur la bronchiolite du nourrisson.<sup>3</sup>

Vouloir appliquer des techniques rapides et brutales pour "approcher l'efficacité de la toux", c'est vouloir transposer à l'enfant non coopérant des techniques conçues pour l'adulte ou pour l'enfant coopérant sans tenir compte des particularités du nourrisson.

En effet, lorsqu'on appuie brutalement et rapidement sur le thorax d'un tout petit, outre le stretch réflexe des muscles inspirateurs, on provoque surtout des pleurs, c'est-à-dire un frein expiratoire (pression expiratoire positive : pep) qui va limiter les débits expiratoires rendant l'augmentation rapide du flux expiratoire impossible.

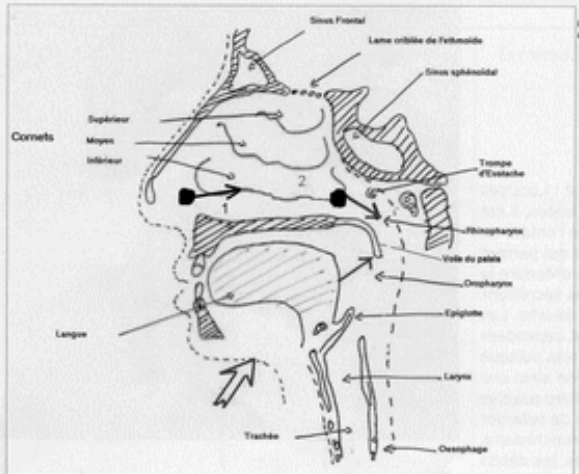
Le meilleur moyen donc d'approcher l'efficacité de la toux c'est encore... la toux elle-même que l'on peut déclencher par voie réflexe.

L'objectif est donc de faire souffler **lentement** pour ne pas exagérer la compression dynamique bronchique et **complètement** pour augmenter les débits distaux (**photo 2 page 20**).

## Objectif 3 : La toux et l'expectoration

Généralement, lorsque les sécrétions ont progressé de la périphérie aux gros troncs bronchiques, l'enfant tousse spontanément. Les professionnels sont souvent tentés de déclencher le réflexe de toux par un appui au-dessus de la fourchette sternale. Mais ce recours systématique est-il toujours justifié ou n'est-on pas un peu trop pressé d'être payé de ses efforts par la remontée d'une sécrétion ?

L'expectoration dirigée<sup>3</sup> se réalise par un appui sous la base de la langue dès que l'enfant a toussé. De cette manière, la déglutition est bloquée et la sécrétion apparaît à la commissure des lèvres (**photo 3 page 20**). Cette technique, fondamentale dans le traitement de la mucoviscidose pour réaliser des examens de crachats l'est beaucoup moins dans la bronchiolite où de tels examens ne sont pas nécessaires. Son avantage est



**Schéma 1 :**  
Temps 1 : renfllement,  
Temps 2 : appui  
rétro-mentonnier  
faisant remonter  
la langue lors de  
l'inspiration nasale.



**Photo 1 :** lors du drainage bronchique, la main thoracique peut venir fermer la bouche ou appuyer sous la langue pour obtenir un drainage rhinopharyngé rétrograde.

## TEST D'ÉVALUATION

1. Les techniques d'expiration lente prolongée sont les plus recommandées.  
 vrai  faux
2. Seule l'aspiration bronchique permet d'extérioriser des sécrétions pulmonaires.  
 vrai  faux
3. Un spray de bronchodilatateur doit toujours être administré avant la séance de kinésithérapie.  
 vrai  faux

RÉPONSES  
1. Vrai. Elles ont été recommandées par la conférence de consensus. La bronchiolite étant une pathologie des petites bronches il est important d'obtenir une expiration complète mais lente pour éviter la tendance au collapsus bronchial.  
2. Faux. Les techniques passives d'expectoration dirigée exécutées juste après une toux permettent de réaliser des Examens Cyto bactériologiques de Crachats (ECC).  
3. Faux. L'ordre d'administration du bronchodilatateur par rapport à la séance doit être déterminé par le kinésithérapeute qui suit quotidiennement l'enfant en fonction de son état clinique du jour.