

Intérêt des aspirations naso-pharyngées dans le désencombrement du nouveau-né et du nourrisson

Claude VINCON

Christian FAUSSER

-◇-

Ce geste fréquent est extrêmement banalisé et habituel, tout du moins en pratique hospitalière. Ceci explique probablement une bibliographie française et internationale pauvre, aussi bien en ce qui concerne la technique, les incidents et accidents, que son utilisation par les kinésithérapeutes lors des gestes de désencombrement bronchique. Il semble aussi qu'il existe des habitudes d'écoles en faveur ou en défaveur de l'aspiration naso-pharyngée (ANP).

I - QU'EST-CE QUE L'ASPIRATION NASO-PHARYNGEE ?

L'aspiration naso-pharyngée doit être abordée comme un soin autorisé et réalisé par l'ensemble du personnel médical et paramédical : infirmières (annexe 1), kinésithérapeutes (annexe 2). Il convient en premier lieu d'en définir les indications, la fréquence, la technique et les critères de succès.

A. OBJECTIFS DE L'ANP :

- Maintenir la perméabilité de la filière naso-pharyngée afin d'améliorer le passage du flux aérien chez un nouveau-né, un nourrisson ou un petit enfant qui ne peut se moucher ou chez un patient qui se trouve dans l'impossibilité de le faire activement lui-même (coma, syndrome neurologique et/ou paralytique).

- En effet :

. le nouveau-né de moins de six semaines a une ventilation nasale privilégiée, bien que ceci puisse être contesté dans des circonstances exceptionnelles. (annexe 3)

. Il acquiert entre six semaines et six mois la possibilité de respirer par la bouche.

- Chez le nourrisson le nez est :

- Un filtre de l'air inspiré
- Un réchauffeur
- Un humidificateur (annexe 4).

Le nez bouché est donc :

- Une détresse respiratoire possible chez le tout petit
- Une alimentation difficile
- Un sommeil perturbé.
- Un danger lors d'un vomissement, puisque l'extériorisation nasale ne peut se faire. (2)

B - INDICATIONS :

Les ANP sont utilisées s'il y a suspicion d'obstruction nasale chez un nouveau-né ou un nourrisson.

Par exemple, et en pratique hospitalière en cas de :

- asphyxie chez le tout petit,
- syndrome de détresse respiratoire de type inspiratoire,
- de pathologies infectieuses pulmonaires qu'elles soient virales ou bactériennes avec atteinte de la muqueuse de la porte d'entrée (le nez),

Elles sont de plus utilisées dans les situations de :

- pathologies de reflux gastro-oesophagien,
- prothèse nasale au long cours provoquant des hypersécrétions,
- ventilation non-invasive à type de PEP nasale ventilée ou non, ou d'INFANT FLOW SYSTEM®,
- sonde gastrique ou sonde O²,
- de syndromes malformatifs où la filière nasale est perturbée et hypersécrétante (atrésie, syndrome de Pierre Robin...)
- déficit de la déglutition soit d'origine neurologique ou neuromusculaire lorsque qu'il existe une stase des sécrétions dans l'oropharynx,
- syndromes malformatifs complexes, chirurgicaux comme l'atrésie de l'oesophage ou la hernie diaphragmatique. C'est dans ces situations que l'aspiration nasopharyngée continue trouve sa place (sonde de REPLOGE)

C - CRITERES DE SUCCES :

- amélioration de l'état clinique (meilleure oxygénation chez le tout petit)
- reperméabilisation des voies aériennes avec disparition :
 - . des bruits nasopharyngés
 - . de la gêne inspiratoire
 - . de la toux d'origine laryngée
- reprise alimentaire normale surtout chez les tout petits ;

D - PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Ces précautions et le respect d'un protocole garantissent l'innocuité du geste. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'articles relatant des incidents ou des accidents, d'origine infectieuse ou mécanique liés à l'utilisation des ANP. Ceci est un point particulièrement important de notre expertise.

Il faut utiliser un matériel adéquat aussi bien en pratique hospitalière que libérale :

- des mains propres ;
- une sonde à usage unique, souple et non traumatisante ;
- d'un diamètre adapté aux choanes de l'enfant ;
- d'un système d'aspiration fiable dont la pression négative n'excède pas 6 à 700 mb ;

II - COMMENT SE FAIT LE GESTE ?

La réalisation de ce geste est bien codifiée (annexe 1) (2).

Il faut respecter les principes suivants :

- être à distance d'un repas (1 h 30 à 2 h)
- prendre soin de fixer la tête ;
- de franchir la narine sans aspirer et de se diriger en bas et en arrière, lentement ;
- d'une longueur à enfoncer qui est égale à la distance qu'il existe entre l'aile du nez et le coin externe de l'œil. Cette nouvelle distance prend en compte des observations de reflux décrites lorsque la longueur est supérieure à cette distance de référence (1).

III. QUAND CE GESTE EST-IL UTILISE ?

- Lorsqu'il existe une dyspnée inspiratoire liée à des sécrétions nasales ou pharyngées, provoquant une gêne ventilatoire ou à l'alimentation (tétée) (2).
- Lorsque la dyspnée inspiratoire modifie un score d'évaluation de l'encombrement et que son élimination par l'ANP permet d'en faire varier le résultat (5).
- Sa fréquence est déterminée par le kinésithérapeute au cours de la séance et l'ANP peut être inaugurale de la séance de désencombrement.

IV. INCIDENTS - ACCIDENTS :

Malgré nos recherches, nous n'avons pas retrouvé d'incidents ou d'accidents qu'ils soient d'ordre infectieux ou traumatique dans la littérature, autres que ceux décrits dans notre ouvrage (2), à savoir :

- des saignements qui témoignent souvent de la fragilité d'une muqueuse nasale infectée lors d'une pathologie virale ou bactérienne. Aucune hémorragie sévère n'est retrouvée dans la littérature.
- une toux émétisante si la sonde est enfoncée au-delà des limites permises.

V. UTILISATION PAR LE KINESITHERAPEUTE DE L'ANP - DISCUSSION :

La littérature kinésithérapique, référente, n'aborde pas l'ANP (3) ou la signale en une phrase (4). Elle est par contre bien décrite dans un autre ouvrage (2).

Sur prescription médicale, elle est la seule possibilité en pratique de ville ou hospitalière pour réaliser un prélèvement de recherche virale ou bactérienne, sur le site nasal, principale porte d'entrée des agents infectieux. (annexe 5)

Il s'agit d'un moyen puissant de nettoyage de la filière nasale qui ne provoque pas de renflements donc d'efforts intempestifs surtout chez le petit nourrisson malade. Elle évite l'utilisation de moyens dangereux comme l'intromission du doigt ou d'un abaisse langue dans la cavité buccale qui provoque très souvent un réflexe nauséux à type de vomissement ou de reflux gastro-oesophagien.

D'autre part, elle est un argument important du diagnostic kinésithérapique pour l'appréciation de la perméabilité de la filière nasale (atrésie partielle, déviation, obstruction par épaissement de la muqueuse etc...).

Elle constitue un outil professionnel pour le désencombrement d'urgence en cas de vomissement intempestif par le nez ou de malaises.

VI. CONCLUSION :

L'ANP se présente comme un geste professionnel, simple, facile à utiliser, sans risques majeurs importants lorsque son apprentissage a été réalisé. L'ANP est largement utilisée par le corps paramédical et médical. En pratique de ville, elle réclame peu de matériel, mais des règles de propreté élémentaires.

Son utilisation par le kinésithérapeute doit être possible mais non systématique, car elle ne doit être utilisée que lors d'une obstruction nasale mise en évidence par le diagnostic kinésithérapique.

De plus, en raison des particularités anatomo-physiologiques du tout petit encombré, elle semble privilégiée et praticable chez le nourrisson jusqu'à l'âge d'un an.

BIBLIOGRAPHIE

1. DEMONT B. ESCOURROU P. VINCON C. CAMBAS CH. GRISAN A. ODIEVRE M.

Effets de la kinésithérapie respiratoire et des aspirations naso-pharyngées sur le reflux gastro-oesophagien chez l'enfant de 0 à 1 an avec et sans reflux pathologique.

Arch. Fr. Pediatr. 1991,48 : 621-625.

2. VINCON C. FAUSSER C.

Kinésithérapie respiratoire en pédiatrie.

Première éd 1989 et deuxième éd *Masson éditeur*.1993 : 63-64.

3. BARTHE J. BINOCHE C. BROSSARD V.

Pneumokinésithérapie.

Douin éditeur Paris. 1990

4. POSTIAUX G.

Kinésithérapie respiratoire de l'enfant .

De Boeck et Larcier s.a .1998 : 221

5. FAUSSER C. VINCON C. HUAULT G.

Evaluation de l'encombrement du nourrisson.

Kinésithérapie scientifique – 37 – 38, n° 395 Décembre 1999