



*Prise en charge en réanimation  
pédiatrique à travers l'œil du  
kinésithérapeute*  
**Nouveau-né**

Yann Combret  
*Kinésithérapeute- Groupe Hospitalier du Havre*  
*PhD – Université Catholique de Louvain*

Orateur : Yann COMBRET, Le Havre

Je déclare les liens d'intérêt potentiel suivants :

Consultant : Air Liquide



réanimation 2021

PARIS 9-11 JUIN

Palais des Congrès de Paris  
Porte Maillot

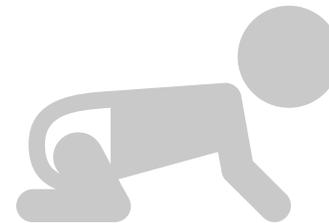


ATTENTION  
CHANGEMENT  
DE DATE

# Définitions



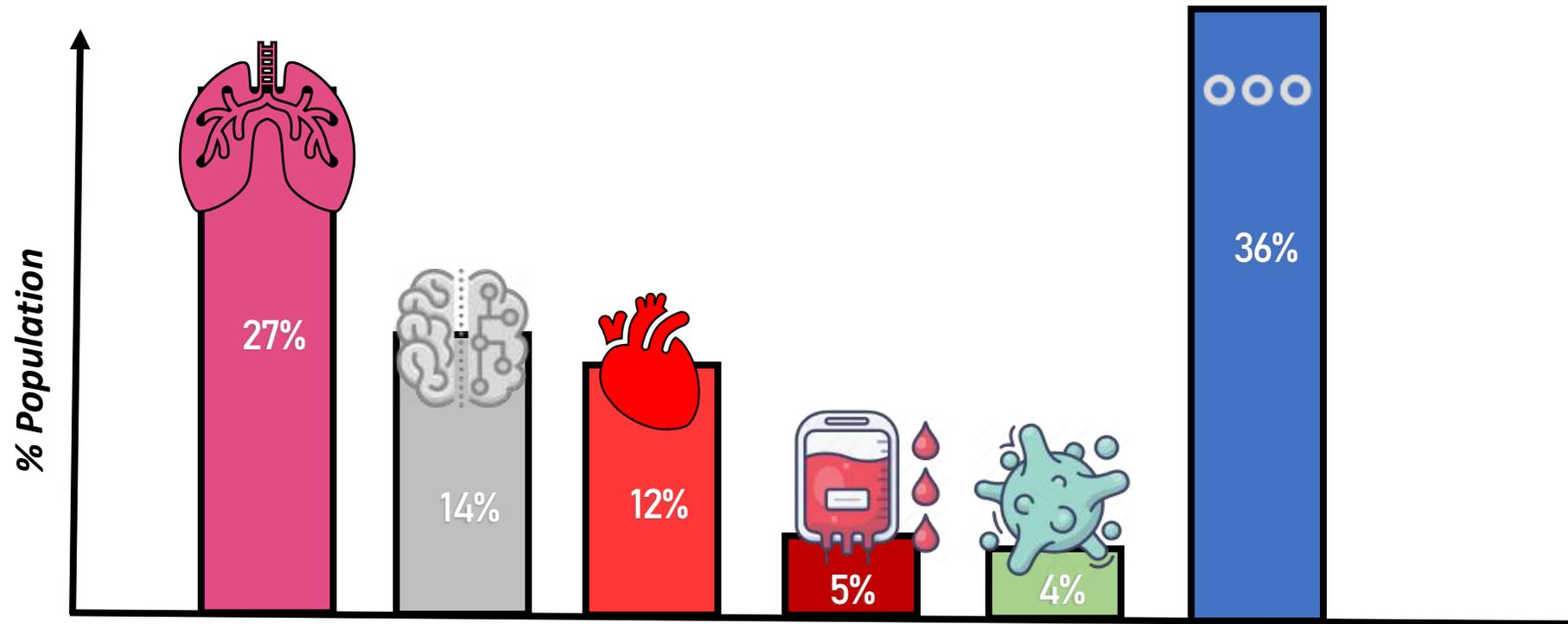
***Nouveau-né :***  
***0 à 28 jours***



***Nourrisson :***  
***Jusqu'à 2 ans***

# Contexte : Population

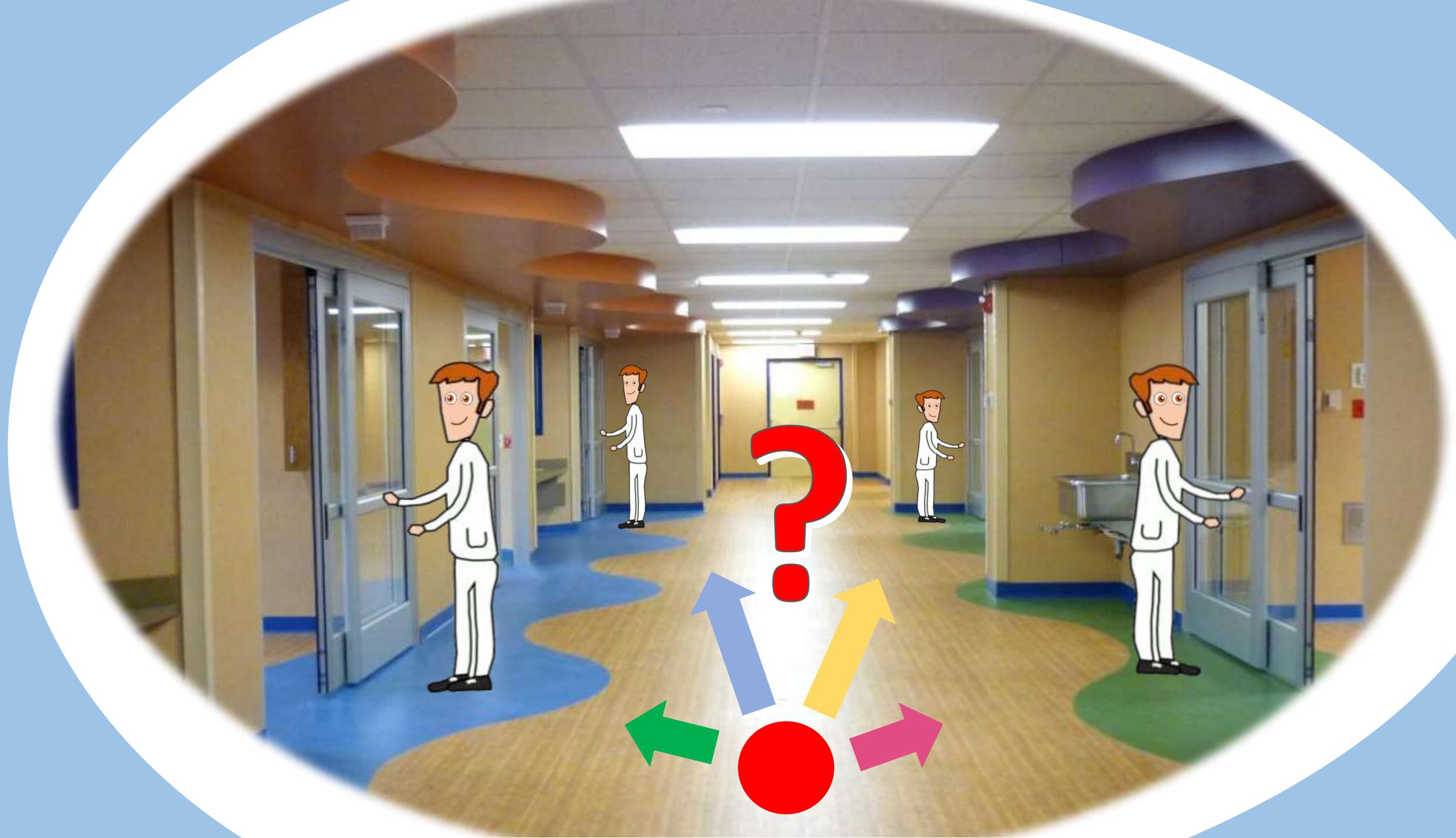
Virtual PICU system  
203875 enfants (4 ans)



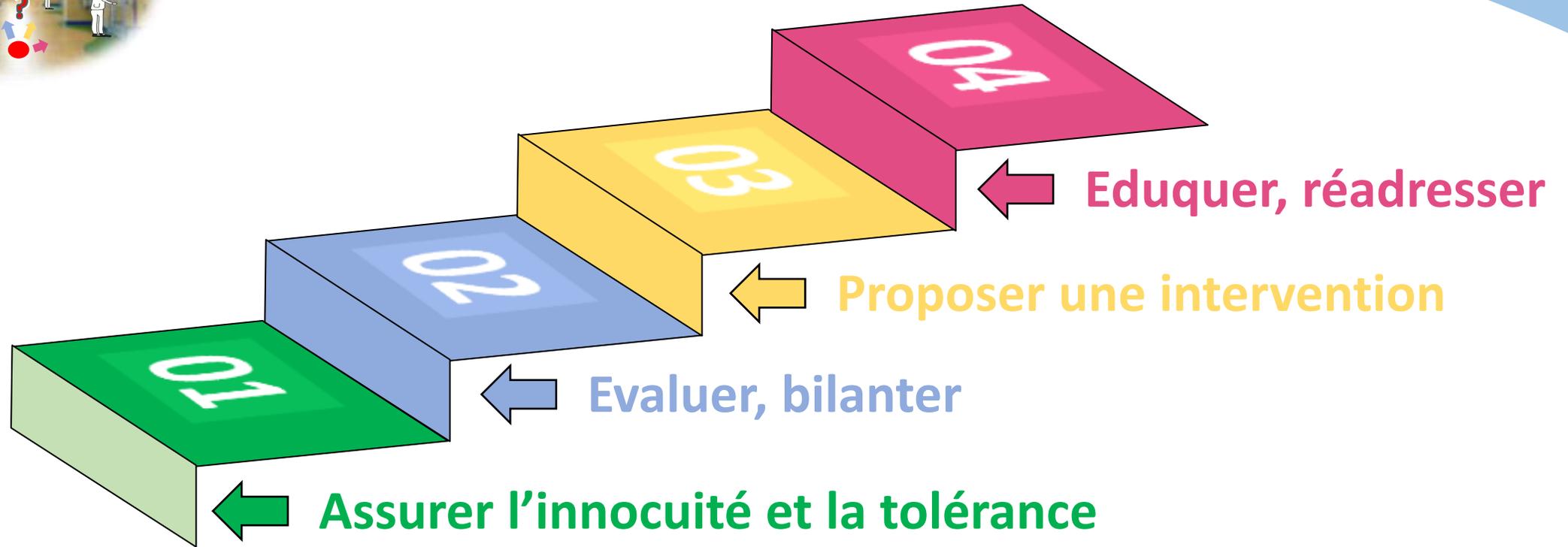
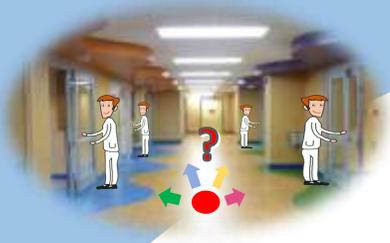
Field-Ridley et al., *Pediatr Crit Care Med*, 2016

# Contexte : Pluri(/multi/trans)disciplinarité





# Stratégie thérapeutique



Images PICU Up I Program (John Hopkins University) et Moerman et al, Reanimation, 2016

# Innocuité & Tolérance : mobilisation précoce



## Contraindications:

**(Not safe to mobilize, bed repositioning only)**

### Cardiovascular:

- Hemodynamic instability (stable/weaning vasoactive infusion is NOT a contraindication)
- Acute ischemia, unstable/uncontrolled arrhythmia
- Systemic/Pulmonary hypertensive crisis

### Respiratory

- Impending respiratory failure, escalating respiratory support/interventions, unstable airway

### Neurological/Neurosurgical

- Acute cerebral edema/intracranial hypertension
- Sudden, unexplained deterioration in consciousness
- Uncontrolled seizures/ seizures exacerbated by mobilization

### Surgical

- Major active bleeding, unstable pelvic/spinal fracture; surgical emergency

Excluded from  
PICU Up! levels  
and activities

Extracorporeal membrane oxygenation

Open chest

Open abdomen

Unstable fracture

Medical orders specifying alternate activity



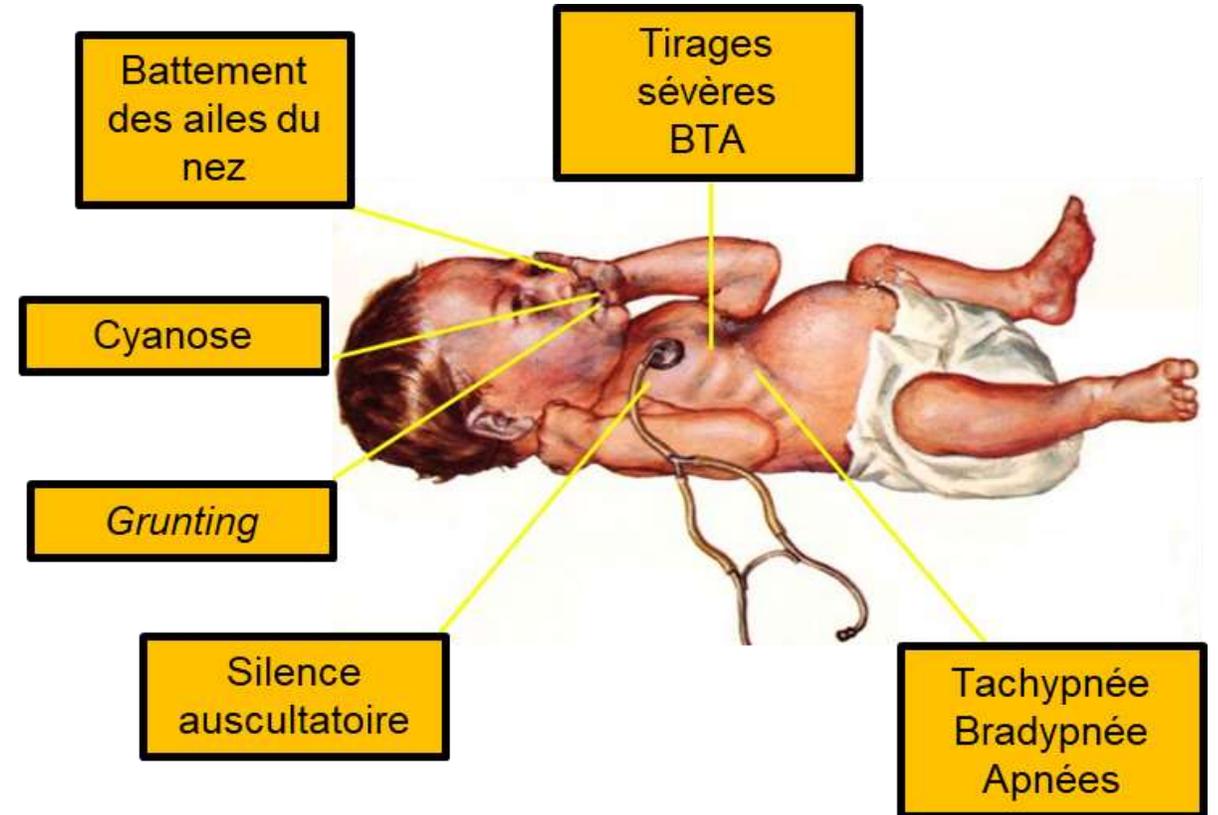
# Innocuité & Tolérance : BAN



**Tableau 1.**

Drapeaux rouges.

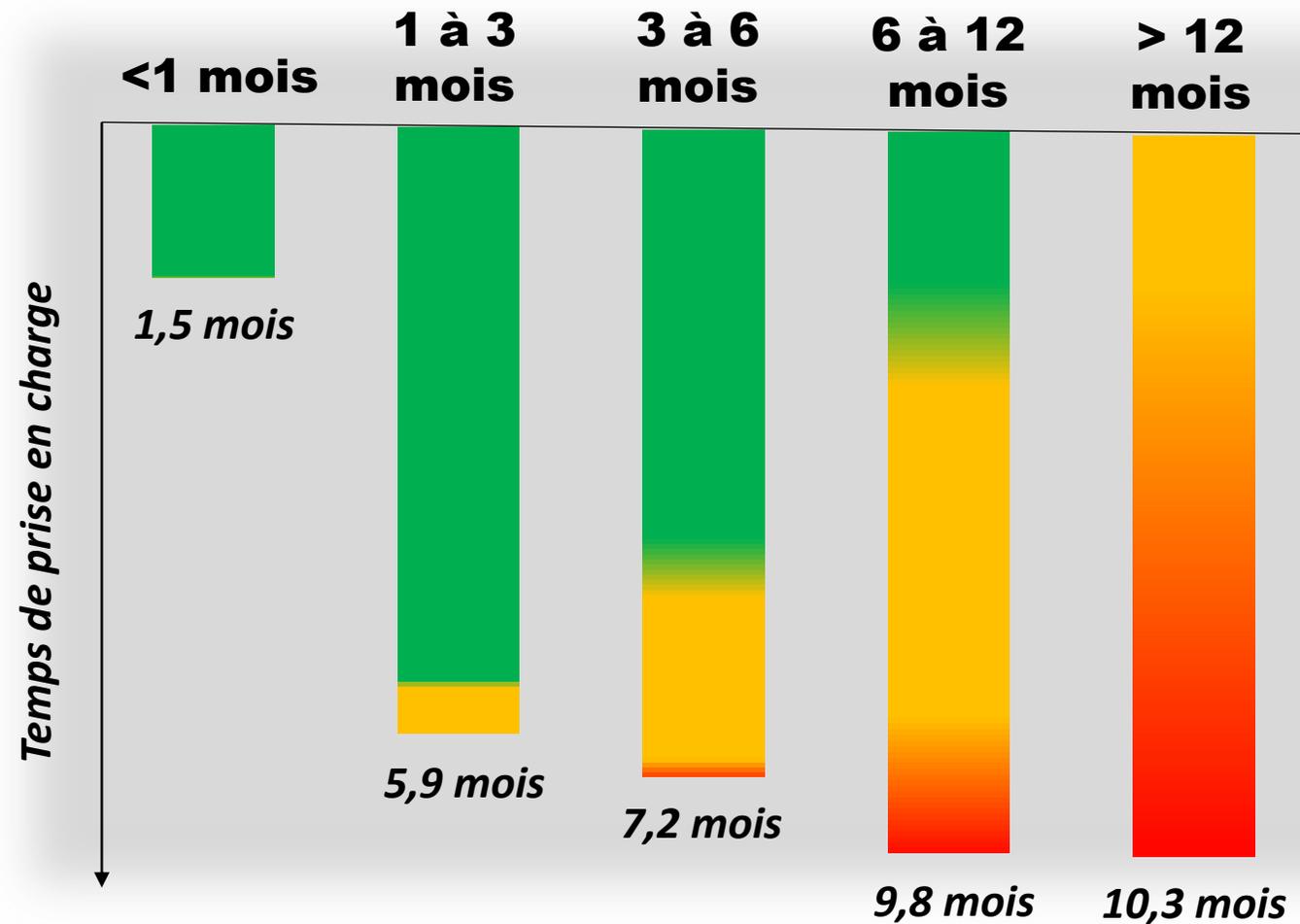
	Critères nécessitant de référer l'enfant aux urgences
Observation	État général (sommolence, léthargie, irritabilité anormale) Cyanose, marbrure Apnées Tirage sévère, balancement thoracoabdominal Battements des ailes du nez
Paramètres vitaux	FC > LSN <sup>a</sup> ou < LIN <sup>a</sup> FR > LSN <sup>a</sup> SpO <sub>2</sub> < 92 % <sup>b</sup>
Écoute	<i>Grunting</i> Silence auscultatoire Sibilants audibles à distance, à l'oreille



# Evaluer & bilanter



Image et Moerman et al, *Reanimation*, 2016

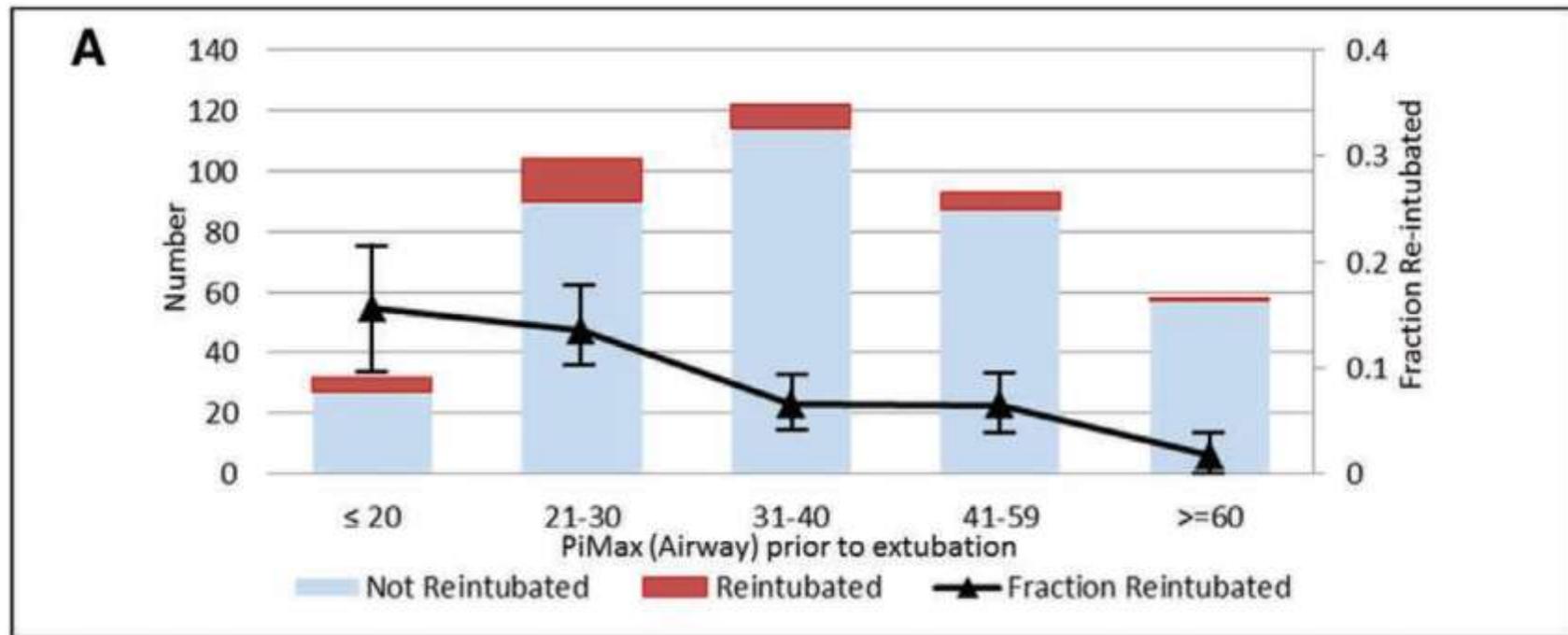


# Evaluer & bilanter



Critical Care  
Medicine

## Risk Factors for Pediatric Extubation Failure: The Importance of Respiratory Muscle Strength\*



*Khemani et al, Crit Care Med, 2017*

# Proposer une intervention



*Mobilisations passives du nourrisson (pédalage, flexion dorsale des chevilles, épaules...)*

*Réaménagement  
Prévention auprès des  
soignant(e)s*

*Postures*

*Equilibre assis, debout,  
verticalisation, marche*

# Proposer une intervention



# Eduquer, réadresser



## Preschool respiratory hospital admissions following infant bronchiolitis: a birth cohort study

Helen Skirrow,<sup>1</sup> Thomas Wincott,<sup>1</sup> Elizabeth Cecil,<sup>1</sup> Alex Bottle,<sup>1,2</sup> Ceire Costelloe,<sup>1</sup> Sonia Saxena<sup>1</sup>

**Table 2** Percentage of children with at least one respiratory admission, before 5 years of age, in those with previous infant bronchiolitis admissions and those without

	Infants admitted with bronchiolitis	No admission for bronchiolitis in infancy
Respiratory condition admission	21.7 (21.0 to 22.3)	7.62 (7.56 to 7.69)
Asthma admission	4.27 (3.96 to 4.58)	0.880 (0.856 to 0.903)
LRTI admission	6.77 (6.38 to 7.15)	2 (1.97 to 2.04)
URTI admission	11.9 (11.4 to 12.4)	4.75 (4.70 to 4.81)
Wheezing admission	4.84 (4.51 to 5.17)	0.884 (0.860 to 0.908)

95% confidence intervals shown in brackets.

LRTI, lower respiratory tract infection; URTI, upper respiratory tract infection.



Risque de  
ré hospitalisation avant 5 ans  
(2,34 à 5,02 selon les étiologies)

Skirrow et al, Arch Dis Child, 2019

# Eduquer, réadresser



**Preventing deformational plagiocephaly through parent guidance: a randomized, controlled trial**



Diminution de la prévalence à 3 mois  
de 31-33% à 11-15%  
(selon évaluation en 2 ou 3D)



...Continuité de prise en charge...!

**Aarnivala et al, Eur J Pediatr, 2015**

# *Take-Home Messages*

Rôle à part entière

Contribuer à la prise en charge et à la progression de chaque patient

Innocuité ↔ Prévention et Transmission

Beaucoup de questions en suspend



*Merci de votre attention*



[yann.combret@gmail.com](mailto:yann.combret@gmail.com)

