

FICHE

Kinésithérapie - Syndrome d'hyperventilation au cours des symptômes prolongés de la Covid-19

Validée par le Collège le 10 février 2021

Document destiné aux masseurs-kinésithérapeutes

Définition

Après la Covid-19, un dysfonctionnement respiratoire vraisemblablement d'origine centrale (shunt de la voie chémoréceptrice et moindre régulation par le tronc cérébral) peut se traduire cliniquement par un syndrome d'hyperventilation (SHV), sans pathologie respiratoire documentée. On observe une fréquence et /ou des volumes respiratoires disproportionnés par rapport aux besoins.

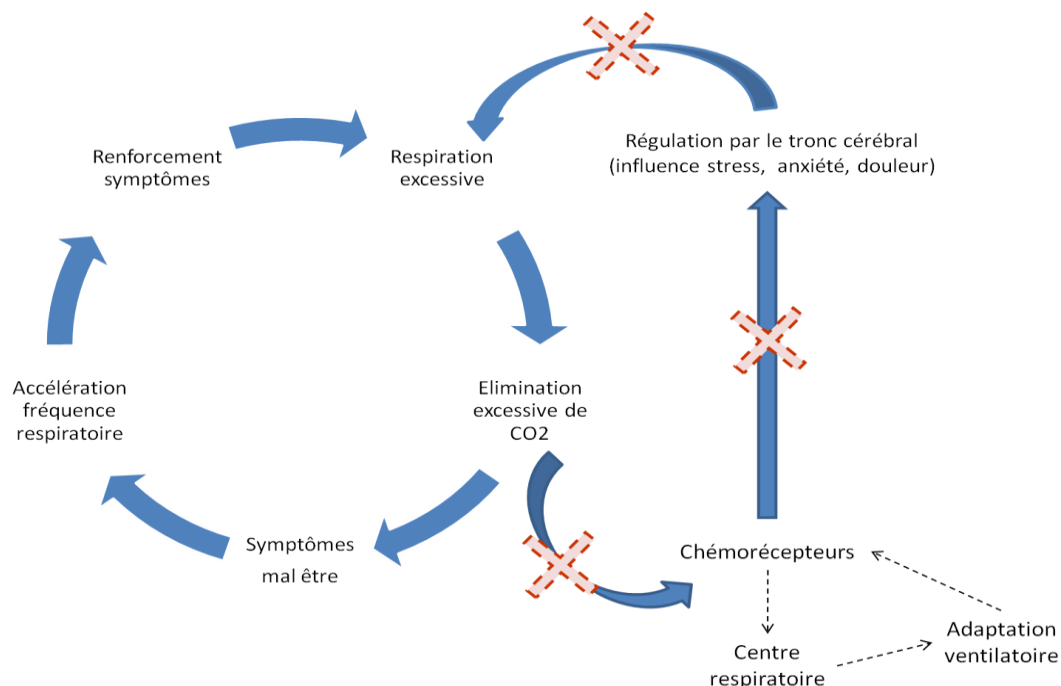


Figure 1 Cercle vicieux du SHV, d'après Sauty et al., 2008.

Symptômes et signes

On peut observer une dyspnée (gêne respiratoire), une anxiété, une toux, un mode ventilatoire (généralement) thoracique haut avec une surutilisation des inspirateurs accessoires, une respiration bucco-buccale superficielle, la présence en excès de soupirs, bâillements, raclements de gorge, inspirations trop profondes. D'autres symptômes tels que céphalées, confusion, vertiges, lipothymie, palpitations, arythmies, ballonnements, nausées, épigastalgies, paresthésies, tremblements, crampes ou douleurs musculaires peuvent être ressentis ou rapportés.

Il n'y a pas de désaturation, une hypocapnie peut être présente. Il appartient de distinguer une polypnée secondaire à une pathologie parenchymateuse due à l'infection au SARS-CoV-2 et une hyperventilation.

Évaluation

L'évaluation du SHV repose essentiellement sur l'observation clinique, au repos et/ou à l'effort. Le syndrome d'hyperventilation revêt un caractère multidimensionnel. Les désordres ventilatoires sont à évaluer selon trois dimensions :

- biomécanique (dysfonctionnement de la commande des muscles respiratoires) ;
- facteurs cognitifs et émotionnels ;
- biochimique (hypocapnie).

L'appréciation de ces désordres est essentielle pour orienter le patient vers des méthodes de traitement adaptées. Une quantification et un suivi des symptômes d'hyperventilation peuvent être proposés au travers du questionnaire de Nijmegen. Ce questionnaire peut également être une aide au diagnostic.

Traitement

Les différents éléments du diagnostic médical peuvent justifier une prescription de kinésithérapie respiratoire spécifique. A l'issue de son bilan diagnostic kinésithérapique, le kinésithérapeute conviendra de la conduite thérapeutique adaptée et individualisée à chaque patient. Le kinésithérapeute doit être formé à la rééducation du syndrome d'hyperventilation (*cf.* fiche dyspnée).

La rééducation est basée sur une observation méthodique de la respiration (fréquemment thoracique haute) et une attention bienveillante des affects. Elle fait appel à la conscientisation de la respiration et repose sur le contrôle ventilatoire au cours de diverses situations (au repos, à l'effort en résistance et en endurance) vécues de manière positive. Elle comprend des exercices respiratoires à différents volumes, débits et pressions, des apnées, avec guidage par le kinésithérapeute et une sensibilisation à la ventilation abdomino-diaphragmatique, ainsi qu'éventuellement thoracique haute et basse en fonction de la clinique. Les techniques de relaxation ou de sophrologie pourraient avoir un intérêt.

La rééducation encourage également la pratique des exercices respiratoires à domicile (auto-rééducation, environ 15 minutes par jour) et une transposition de la gestuelle respiratoire au quotidien.

L'efficacité de la prise en charge s'observe par l'amélioration de la symptomatologie et du quotidien des patients : baisse de la dyspnée, de la fréquence respiratoire, reprise de l'activité physique, amélioration de l'hypocapnie et de la qualité de vie.

Indépendamment du SHV, le patient peut avoir besoin d'un réentraînement à l'effort à débiter progressivement (cf. fiche réentraînement à l'effort). La rééducation du SHV est prioritaire afin d'éviter une éventuelle gêne à l'effort.

La prescription médicale est accompagnée d'un courrier du médecin précisant le diagnostic médical et les renseignements nécessaires à la bonne pratique de la rééducation. Le kinésithérapeute adresse au prescripteur un courrier détaillant le bilan initial puis l'évolution du patient.

En l'absence d'amélioration rapide (10 à 15 séances), il est conseillé de réévaluer le patient.

Références bibliographiques

1. Andrejak C, Cottin V, Crestani B, Debieuvre D, Gonzalez-Bermejo J, Morelot-Panzini C, et al. Guide de prise en charge des séquelles respiratoires post infection à SARS-CoV-2. Propositions de prise en charge élaborées par la Société de Pneumologie de Langue Française. Version du 10 novembre 2020. Rev Mal Respir 2021;38(1):114-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2020.11.009>
2. Sauty A, Prosper M. Le syndrome d'hyperventilation. Rev Med Suisse 2008;4(180):2500-5.
3. van Dixhoorn J, Folgering H. The Nijmegen Questionnaire and dysfunctional breathing. ERJ open research 2015;1(1). <http://dx.doi.org/10.1183/23120541.00001-2015>
4. Vidotto LS, Carvalho CRF, Harvey A, Jones M. Dysfunctional breathing: what do we know? J Bras Pneumol 2019;45(1):e20170347. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-3713/e20170347>

Ce document présente les points essentiels de la publication : Kinésithérapie - Syndrome d'hyperventilation au cours des symptômes prolongés de la Covid-19, méthode réponse rapide, 10 février 2021
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr