

QUELLE COMPETENCE KINESITHERAPIQUE FACE A UNE CRISE D'ASTHME AIGUE GRAVE AU CABINET ?

Dominique DELPLANQUE, Kinésithérapeute, certifié en kinésithérapie respiratoire, Sartrouville (78).

Référence : DELPLANQUE, D. *Quelle compétence kinésithérapique face à une crise d'asthme aiguë grave au cabinet ?* Congrès de la Société de Kinésithérapie de Réanimation, Paris, 2003. In : Actualités en kinésithérapie de réanimation, Elsevier, Paris, 2003, 85-88

La compétence est la prise d'initiative et de responsabilité du kinésithérapeute sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté. Elle résulte d'une démarche propre au praticien (démarche diagnostique) qui accepte de prendre en charge la situation et de se prendre en charge lui-même face à cette situation. C'est donc la capacité à traiter un problème réel (crise d'asthme aiguë grave) dans un environnement professionnel (cabinet de ville) avec ses enjeux (pronostic vital).

La prise de responsabilité, contrepartie de l'autonomie, correspond à assumer soi même la charge de l'évaluation de la situation, la prise d'initiative sur elle et des effets qui vont en découler. Cette relation de responsabilité est une relation forte ; si nous sommes responsables, c'est que les choses dépendent de nous. Et cette responsabilité est d'autant plus sensible qu'elle intéresse nos patients et, dans le cas présent, dans une situation pouvant mettre en jeu le pronostic vital du malade.

Cette situation, une crise d'asthme aiguë grave, comporte à la fois :

- Un ensemble d'éléments objectifs:

On constate une polypnée (> 50 /mn chez le petit enfant, > 30 /mn chez le grand enfant) avec orthopnée, contractures des sterno-cléido-mastoïdiens et tirage sternal. A l'extrême, on peut observer des pauses respiratoires. La mesure du débit de pointe est impossible à pratiquer (chez les patients qui seraient en mesure de le faire).

L'amplitude de la ventilation est limitée avec blocage inspiratoire du thorax. Une distorsion thoracique est fréquemment observée chez le petit enfant. L'apparition d'une respiration paradoxale est un signe de gravité : arrêt respiratoire imminent.

On note des sueurs et une cyanose peut être d'apparition parfois plus tardive. La SpO₂ montre alors une désaturation.

A l'auscultation, on note des sibilances tant expiratoires qu'inspiratoires, faisant parfois place à un silence auscultatoire qui est un signe de gravité extrême.

La tachycardie peut dépasser 130 /mn puis apparaît une bradycardie, signe de gravité laissant craindre un arrêt cardiaque. Le pouls paradoxal peut dépasser 20 mmHg.

Sur le plan neuropsychique, il existe une agitation parfois extrême et une angoisse avec soif d'air. L'apparition d'une somnolence, d'un coma sont des signes de mort imminente.

- Un pronostic

La ventilation paradoxale, les pauses respiratoires, le silence auscultatoire, la bradycardie et les troubles de la conscience (sommolence et coma) sont des signes extrêmement péjoratifs avec un très grand risque de décès.

- La manière qu'à le kinésithérapeute d'appréhender la situation en terme de maîtrise soi et surtout dans sa capacité à réagir immédiatement, d'aller à l'essentiel en saisissant d'un coup

d'œil la logique de la situation, après l'évaluation qu'il en fait tout en court-circuitant les étapes d'une procédure.

En effet, face à cette situation, le praticien doit développer une compétence qui correspond à une intelligence pratique de la situation qui s'appuie sur des connaissances acquises.

Le terme d'intelligence associe une dimension cognitive et compréhensive. Comprendre une situation, c'est savoir l'apprécier en tenant compte des « comportements » de ses constituants. Dans le cas présent, il s'agit de prendre en compte les différents dysfonctionnements, de leur évolution dans le temps et de faire les liens entre eux, composante de la démarche diagnostique, orientée vers l'action.

Cette compétence ne pourra s'exercer sans les connaissances requises qui seront mobilisées, utilisées dans cette situation : la crise d'asthme aiguë grave.

L'asthme est une maladie chronique inflammatoire des voies aériennes. Cette inflammation provoque des épisodes plus ou moins aigus d'asthme et rend les voies aériennes sensibles à des stimuli tels que les allergènes, les irritants chimiques, la fumée de tabac, l'air froid ou l'exercice.

L'exposition à ces stimuli provoque, dans les voies aériennes, trois phénomènes qui interviennent à des degrés divers en fonction de la sévérité de la crise :

- la bronchoconstriction, liée à la contraction des muscles lisses bronchiques, de survenue rapide ;
- l'œdème inflammatoire de la muqueuse bronchique, de survenue plus lente mais de durée plus longue ;
- l'hypersécrétion bronchique d'un mucus épais, de survenue plus lente et de durée longue.

Chez le petit enfant, les crises sont souvent sévères avec une fréquence accrue d'état de mal parfois inaugural. Chez les enfants plus âgés, la plupart des crises dites « soudaines et graves » sont en fait des crises négligées et traitées tardivement. Certaines crises peuvent néanmoins survenir et s'aggraver en quelques minutes sans symptômes annonciateurs les jours précédents. Enfin, certains asthmes en état stable, peuvent présenter une crise soudaine et grave.

Lors d'une crise d'asthme aiguë grave, deux phénomènes vont coexister : l'obstruction bronchique (les résistances des voies aériennes sont majorées) et la fermeture des petites voies aériennes (VR majoré, CV abaissée malgré une CPT le plus souvent augmentée).

Les résistances à l'écoulement de l'air augmentant, le patient va déplacer son volume courant dans le VRI, le volume de fin d'expiration est donc plus élevé que la CRF.

Cette hyperinflation permet :

- d'augmenter la pression à l'intérieur des bronches ;
- de créer une pression positive dans les voies aériennes (autoPEP) retardant l'apparition du collapsus bronchique.

Cette hyperinflation représente donc un mécanisme protégeant du rétrécissement excessif des petites voies aériennes. Cette ventilation à haut volume représente la seule possibilité pour le sujet de maintenir, en début de crise, une ventilation en partie efficace.

L'asthmatique, en crise, présente aussi d'autres particularités :

- une activité tonique inspiratoire des scalènes et des muscles intercostaux pendant l'expiration ;
- une constriction glottique active ;
- un accroissement paradoxal de la force musculaire inspiratoire.

Le travail respiratoire de ces patients en crise est néanmoins considérable car :

- l'hyperinflation augmente le travail élastique ;

- le patient doit annuler l'autoPEP (effort isovolume) avant de créer une dépression génératrice de volume inspiratoire.

Il est bien évident qu'un tel régime ventilatoire ne peut être maintenu longtemps sans qu'une fatigue des muscles respiratoire apparaisse et ce d'autant plus rapidement que le patient est petit (seuil de fatigue abaissé). Ainsi, avec la diminution de la force des muscles respiratoires, le volume courant tend à redescendre progressivement dans le VRI, l'hyperinflation diminue et le collapsus s'étend à un nombre croissant de territoires bronchiques qui ne participent plus aux échanges gazeux. Hypoxie et hypercapnie en sont les conséquences.

Le kinésithérapeute de ville se trouve donc bien démuni. Vouloir modifier à tout pris le mode ventilatoire adopté spontanément par le patient, revient à ignorer qu'il résulte d'une adaptation mécanique liée au trouble ventilatoire obstructif (TVO). Il n'est donc que conséquence et ne peut être modifié que si l'on supprime la cause (le TVO). Ramener le thorax à une position aussi proche que possible du niveau ventilatoire de repos relève d'un contresens. L' hyperinflation active protège la fermeture des voies aériennes.

Le désencombrement bronchique est, quant à lui, secondaire dans toute crise d'asthme et n'a sa place que lorsque l'obstruction est contrôlée. En effet, les techniques de modulation de l'augmentation du flux expiratoire nécessitent de diminuer l'hyperinflation et de créer des débits expiratoires, ce qui est difficile, voire impossible et qui relève surtout du même non sens que pour la modification de la ventilation. Elles peuvent même être dangereuses par l'exclusion broncho-alvéolaire (collapsus) qu'elles peuvent entraîner.

L'utilisation de bronchodilatateurs avec chambre d'inhalation est peu efficace compte tenu de la réduction du calibre bronchique et du mode ventilatoire adopté par le patient qui ne permet pas une bonne déposition périphérique.

Bien évidemment, il se doit de rassurer et de dédramatiser la situation.

Le traitement d'une crise d'asthme aiguë grave impose donc une prise en charge hospitalière avec :

- une oxygénothérapie ;
- des bronchodilatateurs en nébulisation (aérosolthérapie) ou par voie générale ;
- une corticothérapie par voie générale ;
- parfois intubation et ventilation mécanique.

De plus un monitoring cardiaque et respiratoire est indispensable.

Ainsi, la compétence requise dans cette situation sera :

-♦ la faculté à mobiliser sans délai un réseau d'acteurs. En effet, cette situation complexe et grave dépasse les compétences du kinésithérapeute. Il doit donc faire appel à des compétences qu'il ne possède pas, celles du médecin urgentiste du SAMU et de son équipe (appel au centre 15). De ce fait, kinésithérapeute et médecin urgentiste partagent le même enjeu, la guérison du patient. Partager des enjeux, c'est donner un sens collectif aux actions, c'est associer responsabilité personnelle et collective dans le développement d'une morale de comportement.

-♦ la mise en pratique éventuelle des gestes d'urgence, que sont :

- la désobstruction rhino-pharyngée , éventuellement par aspiration nasopharyngée
- la ventilation bouche-à-bouche, bouche-à-bouche-nez chez le petit enfant
- le massage cardiaque externe dont la technique est adaptée à l'âge du patient
- la ventilation manuelle au masque avec apport d'oxygène.

L'évaluation de l'efficacité de ces différentes manœuvres doit être immédiate et systématique.