

## DEMARCHE D'EVALUATION DIAGNOSTIQUE ILLUSTREE

Dominique DELPLANQUE, Kinésithérapeute, Certifié en kinésithérapie respiratoire, Master 2 en Sciences de l'Education, Sartrouville (78)

Dans un numéro précédent, nous vous avons proposé, à partir d'un cas clinique concernant une personne adulte insuffisante respiratoire chronique, d'illustrer le raisonnement mis en œuvre aboutissant à un diagnostic kinésithérapique, une prise de décision et à un projet thérapeutique.

Tentons la même démarche lors de la prise en charge d'un enfant porteur d'une bronchiolite.

*L'enfant M., âgé de 2 mois, vous est adressé pour une bronchiolite, avec une prescription de kinésithérapie respiratoire urgente.*

Dans le cadre de cette prise en charge qui, précisons le, a été faite en cabinet de ville, il convient de se poser quelques questions préliminaires, incontournables pour construire une évaluation adaptée et donc pertinente :

- Quel est le diagnostic médical ? Infection virale, probablement à VRS entraînant un tableau de Bronchiolite.
- Quel est le contexte ? Perturbation brutale de la ventilation chez un enfant de 2 mois avec augmentation de la charge de travail ventilatoire, dyspnée et risque de déshydratation. L'évaluation doit donc aller à l'essentiel et être en lien avec les indicateurs de cette augmentation de la charge de travail ventilatoire.
- Quel serait le pronostic en l'absence de traitement ? Risque de décompensation respiratoire et ou de déshydratation avec hospitalisation. Ceci permet de mieux situer la kinésithérapie dans la prise en charge médicale et permet de définir la visée du projet de kinésithérapie et les objectifs à atteindre en fonction de leur faisabilité et de la disponibilité de moyens thérapeutiques adaptés.
- Quelle serait donc la finalité de la kinésithérapie ? Eviter la décompensation respiratoire et la déshydratation par diminution de la charge de travail ventilatoire (représentée en grande partie par l'augmentation des résistances bronchiques dues à l'encombrement) à laquelle le patient doit faire face. Ceci en lien avec les demandes des parents et leur projet de vie.
- A partir de cette finalité, quels éléments cliniques et examens complémentaires devons-nous étudier ? Qu'allons nous rechercher ? Que vont-ils nous apporter ?

Lors du premier contact, nous devons tenter de répondre à quelques questions : Qui est-il ? Qu'est-ce qui le gêne ? De quoi les parents se plaignent-ils ? Que savent-ils de la maladie ? Que pouvons nous lui apporter ?

### Prise de contact

Cet enfant ne présente pas d'antécédents particuliers (citons ceux qui nous aurait intéressé et qui participe à donner du sens à notre démarche d'évaluation : la prématurité, une cardiopathie congénitale, une dysplasie broncho-pulmonaire,...).

M est âgé de 2 mois, les risques de décompensation sont grands (le sens donné à la symptomatologie clinique devra prendre en compte cette dimension). Il est enfant unique et il est gardé à la maison (les risques de contagions, notamment en terme de surinfection bactérienne sont moindres). Il s'agit de son deuxième épisode de bronchiolite (nous ne pouvons pas encore parler d'asthme du nourrisson). Nous le voyons 24 heures après le début

de sa maladie et 12 heures après la consultation médicale (la symptomatologie pouvant évoluer rapidement chez l'enfant).

Le traitement médical consiste en des conseils d'alimentation (fractionnement), un bronchodilatateur avec chambre d'inhalation (il conviendra d'évaluer la prise de ce médicament) et une désobstruction rhinopharyngée (là aussi, il faudra prévoir de réguler la pratique des parents qui semblent, selon la description qu'ils en font, assez « agressive »). Les parents s'étonnent de l'absence d'antibiothérapie prescrite ! (nous devons, à partir de leurs savoirs, expliquer le non intérêt de ce médicament).

La gêne expiratoire de l'enfant est manifeste et porte sur l'expiration qui est active, bruyante et sifflante (ce qui confirme le caractère obstructif de la maladie). Il est tonique.

Les parents se plaignent de cette respiration avec une toux quasi permanente qui les angoisse, du manque d'appétit (a-t-il conservé une alimentation au moins supérieur à 50%, présente-t-il des vomissements importants ? a-t-il perdu du poids ?), d'une altération du sommeil (enfant fatigable). La température corporelle est de 37°9. Ces indicateurs nous servent dans notre démarche d'évaluation et constituent pour les parents les critères d'efficacité de notre action.

### **Evaluons la faisabilité de la prise en charge**

En lien avec cette prise de contact, nous devons évaluer la charge de travail ventilatoire à laquelle l'enfant doit faire face afin d'apprécier s'il sera capable de faire face à une majoration de cette charge induite par l'acte de soin. Il s'agit là d'évaluer la faisabilité de la séance.

Cette évaluation repose sur :

- La fréquence respiratoire, qui est mesurée chez M. à 30 /mn (donc inférieure à 60 / mn qui constituerait alors une limite à la pratique du soin)
- La présence de tirages, ici tout à fait modérés, en lien avec une mise en jeu des muscles inspireurs accessoires n'entraînant pas de signe de lutte majeur.
- L'enfant ne fait pas d'apnées.
- La cyanose est absente chez cet enfant, avec une oxymétrie de pouls à 98% (en dessous de 94%, il y a contre indication à la pratique du soin). Le temps de recoloration cutanée est inférieur à 3 secondes, l'état hémodynamique est stable.
- La fièvre qui est inférieure à 39° (le risque de convulsion est improbable).
- L'alimentation maintenue au dessus de 50% sans perte de poids (Le risque de déshydratation est faible).
- L'enfant est vigilant et tonique

Cette première partie du bilan nous indique donc l'absence de contre indication à la pratique d'une séance de kinésithérapie. Le soin étant à priori faisable, nous allons alors nous intéresser à l'encombrement.

### **L'encombrement**

A l'auscultation, nous retrouvons des ronchi et des râles sibilants dans les deux champs pulmonaires confirmant l'encombrement et orientant le choix de la position de l'enfant ainsi que la modulation du flux expiratoire. Les voies aériennes supérieures sont obstruées mais non « bouchées ».

La toux est efficace tant mécaniquement (explosive) que dans son rôle d'expulsion des sécrétions bronchiques. Les sécrétions sont fluides, claires et transparentes (sont donc susceptibles d'être mobilisées aisément).

La pratique d'une AFE test permet de confirmer l'encombrement sur toute la hauteur de l'arbre bronchique, d'apprécier la mobilisation des sécrétions et de vérifier l'intégrité du grill costal par l'absence de réactions douloureuses de l'enfant lorsque l'on met en contrainte le thorax.

Cette AFE permet aussi de mettre en évidence une petite diminution des volumes mobilisables compte tenu de la distension avec une résistance réelle mais modérée ressentie sous nos mains en lien avec l'obstruction. Ces indicateurs conditionneront d'emblée le geste d'AFE et l'intensité des pressions exercées afin d'éviter l'apparition précoce d'un collapsus bronchiques lors des manœuvres. La modification de ces indicateurs, au décours des séances, nous renseignera sur l'évolution de la maladie.

Nous pourrions alors formuler notre diagnostic et notre projet thérapeutique de la façon suivante :

*Enfant de 2 mois qui, dans le cadre d'une bronchiolite, présente une augmentation de sa charge de travail ventilatoire qui reste néanmoins compatible avec la pratique d'une séance de kinésithérapie respiratoire. Les débits expiratoires sont diminués (compte tenu du caractère obstructif de la maladie) et les volumes mobilisables moindres (en lien avec la distension, conséquence de l'obstruction). Cette charge de travail ventilatoire sera réévaluée à chaque séance. L'encombrement bronchique est diffus et bilatéral. Les voies aériennes sont obstruées mais non « bouchées ». Les parents sont fortement motivés et souhaite éviter l'hospitalisation. Les savoirs expérimentiels des parents ne semblent pas, en ce qui concerne la médication et le lavage du nez, compatibles avec les savoirs référents en médecine.*

*La finalité de la prise en charge consistera à éviter la décompensation respiratoire et la déshydratation (dimension biologique) et permettre à l'enfant et aux parents de retrouver une vie « normale » (dimension humaine).*

*Le projet de soins consistera en une mise en place d'un drainage bronchique dirigé par modulation passive du flux expiratoire et une désobstruction des voies aériennes supérieures. Une éducation à la santé concernant l'usage de l'antibiothérapie et surtout la pratique du lavage du nez fera partie intégrante du soin.*

La spécificité de cette démarche, pour qu'elle aboutisse, est de considérer l'ensemble des dysfonctionnements présents, donc bien au-delà du simple encombrement (qui n'est plus alors la priorité) afin de proposer un projet de soins pertinent et surtout qui permette à la patiente de réaliser son projet de vie.

C'est dans cette évaluation que s'est élaboré le projet de soins. Si tel n'était pas le cas, on peut alors se poser des questions sur l'intérêt de l'évaluation.

Notons qu'à chaque étape du bilan, le kinésithérapeute évalue (interprète, donne du sens) les mesures selon des représentations issues de la médecine mais aussi en lien avec l'action kinésithérapique.

En effet, les kinésithérapeutes ont élaboré des connaissances spécifiques à leur profession, conjointement aux connaissances médicales habituellement enseignées. Ces connaissances aboutissent à des compétences intellectuelles spécifiques à un domaine d'exercice : connaissances, savoirs, interprétation de données, prise de décision, développement de l'esprit critique. Ces savoirs participent à donner du sens à la démarche d'évaluation diagnostique : « le sens est une interprétation, et produire du sens c'est faire une certaine analyse de l'expérience, c'est l'interpréter – autrement dit- c'est la doter de cohérence »<sup>1</sup>.

## Bibliographie

---

<sup>1</sup> Mezirow J. *Penser son expérience. Développer l'autoformation*, Lyon, Chronique Sociale 2001

- Antonello M, Delplanque D. Comprendre la kinésithérapie respiratoire. Du diagnostic au projet thérapeutique, Paris, Masson 2005
- Delplanque D. La charge de travail ventilatoire d'un nourrisson porteur d'une bronchiolite : Incidences en kinésithérapie respiratoire de ville. Kinesith. Scient., 2004, 443, 55-56
- Delplanque D. Contribution à l'analyse des processus cognitifs mis en jeu dans la démarche d'évaluation diagnostique en kinésithérapie respiratoire. Mémoire de Master 2, Université de Corse, 2005.
- Delplanque D., Eymard C. De l'existence de savoirs construits spécifiques en kinésithérapie respiratoire contributifs à la démarche d'évaluation diagnostique. ReK, 2005, 3, 19-29