

DEMARCHE D'EVALUATION DIAGNOSTIQUE ILLUSTREE

Maud PRADINES, Kinésithérapeute, Sartrouville (78)

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

Dans de précédents numéros, nous vous avons proposé, à partir de cas cliniques concernant une personne adulte insuffisante respiratoire chronique et chez un enfant porteur d'une bronchiolite, 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 homme jeune présentant une séquelle de pleurésie purulente.

Monsieur L., âgé de 57 ans, sans antécédent respiratoire, vous est adressé pour séquelles d'épanchement pleural, avec une prescription de kinésithérapie respiratoire urgente, dans les suites d'une pleurésie purulente.

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 ? Séquelles pleurales dans les suites d'une pleurésie purulente avec perturbation de la cinétique ventilatoire.
- Quel est le contexte ? Nous sommes au-delà de la phase aiguë (inflammatoire). Il doit exister une restriction des volumes pulmonaires, ici chez un sujet jeune, indemne d'antécédents respiratoires, pouvant présenter une dyspnée d'effort et donc une détérioration de sa qualité de vie.
- Quel serait le pronostic en l'absence de traitement ? Evolution vers un syndrome restrictif plus ou moins sévère et un retentissement fonctionnel sur les possibilités à l'effort et donc sur la qualité de vie. 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 ? Récupérer la quasi-totalité des volumes et donc empêcher l'installation d'un syndrome restrictif afin de retrouver une fonction ventilatoire la plus proche de la normale. Cette récupération des volumes doit aller de pair avec une récupération maximale des possibilités fonctionnelles à l'effort. Ceci en lien avec les demandes du patient et son 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 ?

Prise de contact

Lors du premier contact, nous devons tenter de répondre à quelques questions : Qui est-il ? Qu'est-ce qui le gêne ? Que sait-il de la maladie ? Que pouvons nous lui apporter ?

Monsieur L. est informaticien et souhaite reprendre au plus vite son travail. Il est sportif et pratique depuis plusieurs années l'athlétisme. Il a peur de ne plus pouvoir faire de sport et cela l'inquiète. Il n'a jamais eu de maladies auparavant et n'a jamais fumé.

Il semble avoir bien compris ce qu'il vient de lui arriver (la pleurésie). Il verbalise des représentations justes concernant ses séquelles pleurales actuelles. Ceci nous permettra d'obtenir plus aisément sa coopération par une meilleure compréhension des exercices demandés. Il deviendra alors co-auteur de son traitement.

Evaluons la restriction des volumes mobilisables et le retentissement sur les capacités à l'effort.

En lien avec cette prise de contact, nous devons évaluer la restriction des volumes mobilisables

Cette évaluation repose sur :

- la clinique
- A l'auscultation, nous retrouvons une nette diminution avec abolition du murmure vésiculaire à la base droite, traduisant, dans ce contexte, un défaut de ventilation alvéolaire, orientant le positionnement du patient lors des séances. Il n'y a aucun signe stéthoscopique d'encombrement bronchique.
- Il existe quelques petits épisodes de toux sèche quinteuse mais de moins en moins fréquente.
- La douleur n'est présente que lors d'efforts respiratoires et reste modérée puisque cotée à 10 sur l'EVA.
- Le patient est apyrétique, nous sommes donc bien au-delà de la phase inflammatoire.
- L'oxymétrie de pouls est à 97%, indiquant une absence de retentissement biologique du dysfonctionnement mécanique de la ventilation.
- Le bilan morphostatique met en évidence une petite fermeture de l'hémithorax droit, un léger abaissement de l'épaule droite. Ces déformations sont réductibles et donc accessibles à la rééducation.
- Le bilan morphodynamique montre une asymétrie de ventilation avec un défaut d'ampliations thoracique et abdominale droit, confirmé par la palpation avec une sensation moindre de la poussée diaphragmatique à l'inspiration. Ceci en lien avec la morphologie observée sur la radiographie et confirmant la restriction des volumes mobilisables à l'EFR. Il y aura donc nécessité de positionner le patient de façon différente pour avoir une action plus sélective sur le grill costal d'une part et sur le diaphragme d'autre part.
- La dyspnée est de stade 2 sur l'échelle de Sadoul et d'intensité 28 sur l'EVA. Les possibilités à l'effort sont donc altérées et très certainement en lien avec le dysfonctionnement mécanique de la ventilation puisque ce patient ne décrit aucune gêne respiratoire avant sa maladie. La posologie sera donc adaptée et surtout le praticien sera attentif à tous signes cliniques apparaissant lors du soin, leur donnera du sens pour éventuellement réorienter son projet de soin.
- Le projet du patient est de retrouver le plus vite possible une vie normale et de reprendre ses activités sportive. Il n'envisage pas de ne plus faire de sport !

- la radiographie thoracique

La visualisation de la radio montre un accrochage de la coupole diaphragmatique droite en position haute avec un cul de sac costo-diaphragmatique non visible.

Cette visualisation permet au kinésithérapeute de prévoir la ou les positions dans lesquelles installer le patient et la localisation des exercices ventilatoire (ventilation localisée), compte tenu de l'ascension de la coupole diaphragmatique avec fermeture de l'angle costodiaphragmatique et du pincement costal (positions de travail différentes). La course diaphragmatique est limitée.

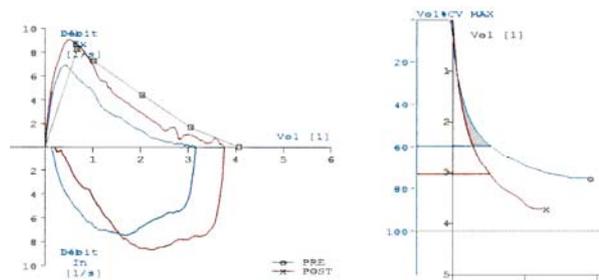


Fig 1 : Radiographie de face

- les EFR

Cette courbe (bleu) met en évidence une diminution des volumes d'environ 25%, sans diminution notable des débits ce qui permet d'imputer la baisse des volumes à un syndrome restrictif (il existe aussi une diminution des volumes dans les syndromes obstructif. En l'absence de mesure de la CPT, l'appréciation des débits permet de s'orienter vers l'un des deux syndromes ventilatoires.)

Cette restriction fonctionnelle des volumes illustre bien le dysfonctionnement de la mécanique ventilatoire externe ventilatoire observé chez ce patient et justifie donc des soins de rééducation afin de récupérer des volumes mobilisables.



VALEURS AVANT ET APRES KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE					
	THEO	PRE %Pre/T	POST	D%post	
Date	31/10 2006		13/11 2006		
CV IN	[L] 4.25	3.20	75.4	4.06	26.8
CVF	[L] 4.09	3.15	77.0	3.74	18.9
VEMS	[L] 3.25	2.40	73.9	2.99	24.3
VEMS % CV IN	[%] 76.9	75.1	97.6	73.6	-2.0
DEM 75	[L/S] 7.27	5.07	69.8	6.54	28.8
DEM 50	[L/S] 4.40	1.98	45.0	2.79	40.8
DEM 25	[L/S] 1.67	.508	30.5	.988	94.5
DEP	[L/s] 8.26	6.99	84.7	9.10	30.1
DEMM 25/75	[L/S] 3.59	1.28	35.7	2.03	58.3
VVM	[L/MIN] 121	80.8	66.9	56.7	-30

Fig 2 Courbes débit/volume avant et après 10 séances de rééducation.

Courbe Bleu : avant la prise en charge kinésithérapique
 Courbe Rouge : au terme de 10 séances

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

Patient de 57 ans, sans antécédent respiratoire, présentant une restriction des volumes mobilisables dans les suites d'une pleurésie purulente. La diminution des volumes mobilisables est de l'ordre de 25% sans retentissement biologique. Le retentissement à l'effort est modéré mais présent, entraînant une altération de sa qualité de vie par diminution des possibilités fonctionnelles l'empêchant de reprendre la totalité de ses activités antérieures à sa pleurésie.

La finalité de la prise en charge consistera à récupérer une fonction ventilatoire la plus proche de la normale (dimension biologique) avec des possibilités maximales à l'effort (dimension fonctionnelle : qualité de vie).

Le projet de soins consistera en une récupération de l'ampliation thoracique et de la course diaphragmatique par positionnement spécifique. Une spirométrie incitative inspiratoire dirigée y sera associée. Enfin, un réentraînement à l'exercice sur bicyclette et tapis de marche pourrait compléter les séances.

La spécificité de cette démarche, pour qu'elle aboutisse, est de considérer l'ensemble des dysfonctionnements présents afin de proposer un projet de soins pertinent et surtout qui permette au patient 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* »¹.

Bibliographie

- Antonello M, Delplanque D. Comprendre la kinésithérapie respiratoire. Du diagnostic au projet thérapeutique, Paris, Masson 2005
- 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

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