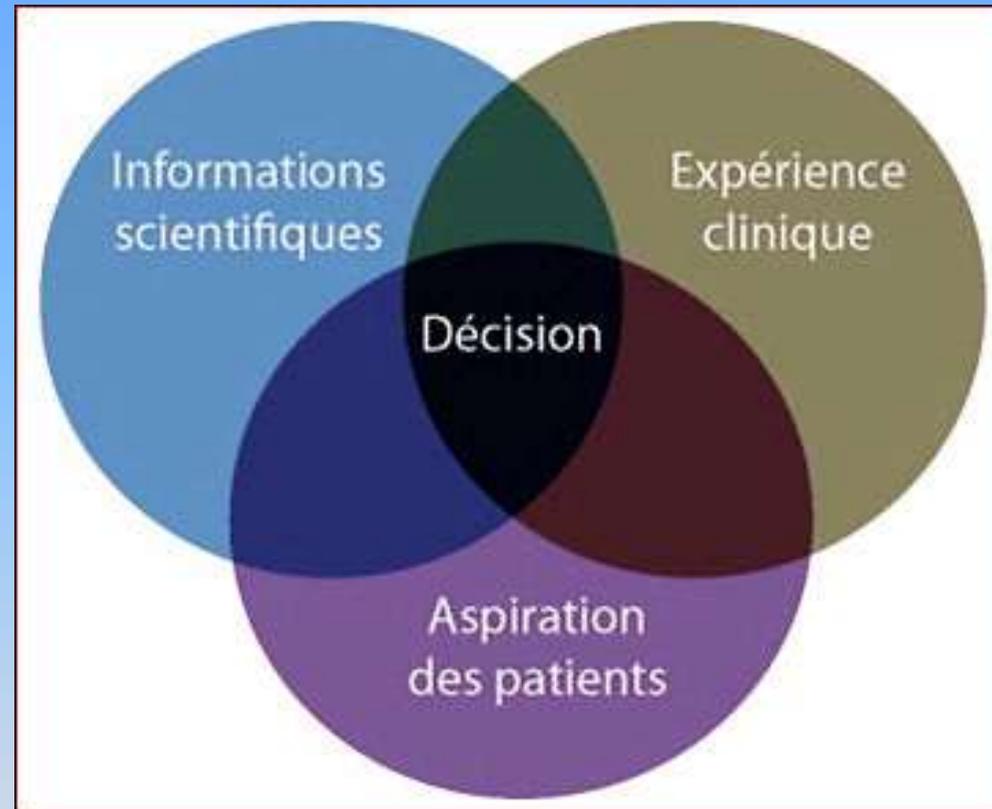


**DEMARCHE EVALUATION
DIAGNOSTIQUE
EN
KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE**

Dominique DELPLANQUE
www.delplanque-formation.com

BDKV4.1

EBP



Evaluation Diagnostique = Prise de décision

Evaluer: un questionnaire

- Pourquoi évaluer ?
- Qu'est-ce que je vais évaluer?
- Comment évaluer?
- Quelle traçabilité ?
Se poser des questions pour sortir des procédures stéréotypées

Pourquoi évaluer ?

C'est se poser la question: Quelle visée, quelle finalité à notre prise en charge ?

- **Visée biologique – L'hématose.**

- **Visée humaine –**
 - **Améliorer la qualité de vie et l'autonomie des malades porteurs de pathologies chroniques.**
 - **Augmenter leur responsabilité vis-à-vis de leur maladie**

Les finalités conditionnent notre approche du soin

Qu'est-ce que je vais évaluer?

C'est se poser la question: Quel est le problème médical et social du patient?

- Quelles sont les structures atteintes (déficiences)?**
- Quelles sont les fonctions altérées (incapacités)?**
- Quelle est l'expression clinique de ces atteintes structurelles ou fonctionnelles?**
- Quel est l'handicap?**
- Quelle est sa qualité de vie?**

Le problème médical du patient

Cette représentation s'appuie sur:

- Le diagnostic médical**
- Le contexte (situation d'urgence ou chronicité, stade d'évolution de la maladie)**
- Le pronostic en l'absence de traitement**
- Les savoirs théoriques acquis sur la maladie (anatomopathologie, physiopathologie, expression clinique et évolution prévisible de la maladie, traitements habituels médical et kinésithérapique, Consensus)**

Finalité de la démarche d'évaluation diagnostique

- **Evaluer la faisabilité du soin**
- **Evaluer le rapport Bénéfices / Risques (HAS)**
- **Prendre une décision**

Balance Bénéfices / Risques

- **Bénéfice de la prise en charge MK selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur des indicateurs biologiques et de santé publique**
- **Risque de la prise en charge selon la charge de travail auquel doit faire face le patient:**
 - **Peut-on l'augmenter sans risque ?**
 - **Quel est le matériel nécessaire, en dispose t-on?**

Balance Bénéfices / Risques

- **L'évaluation des bénéfices tient alors compte du niveau de preuve des essais cliniques, de l'ampleur et probabilité des bénéfices dans ces essais et des caractéristiques des patients inclus.**

Balance Bénéfices / Risques

- **L'évaluation des risques comprend le repérage des inconvénients et la constitution d'un faisceau d'arguments pour déterminer les effets indésirables potentiels.**

Balance Bénéfices / Risques

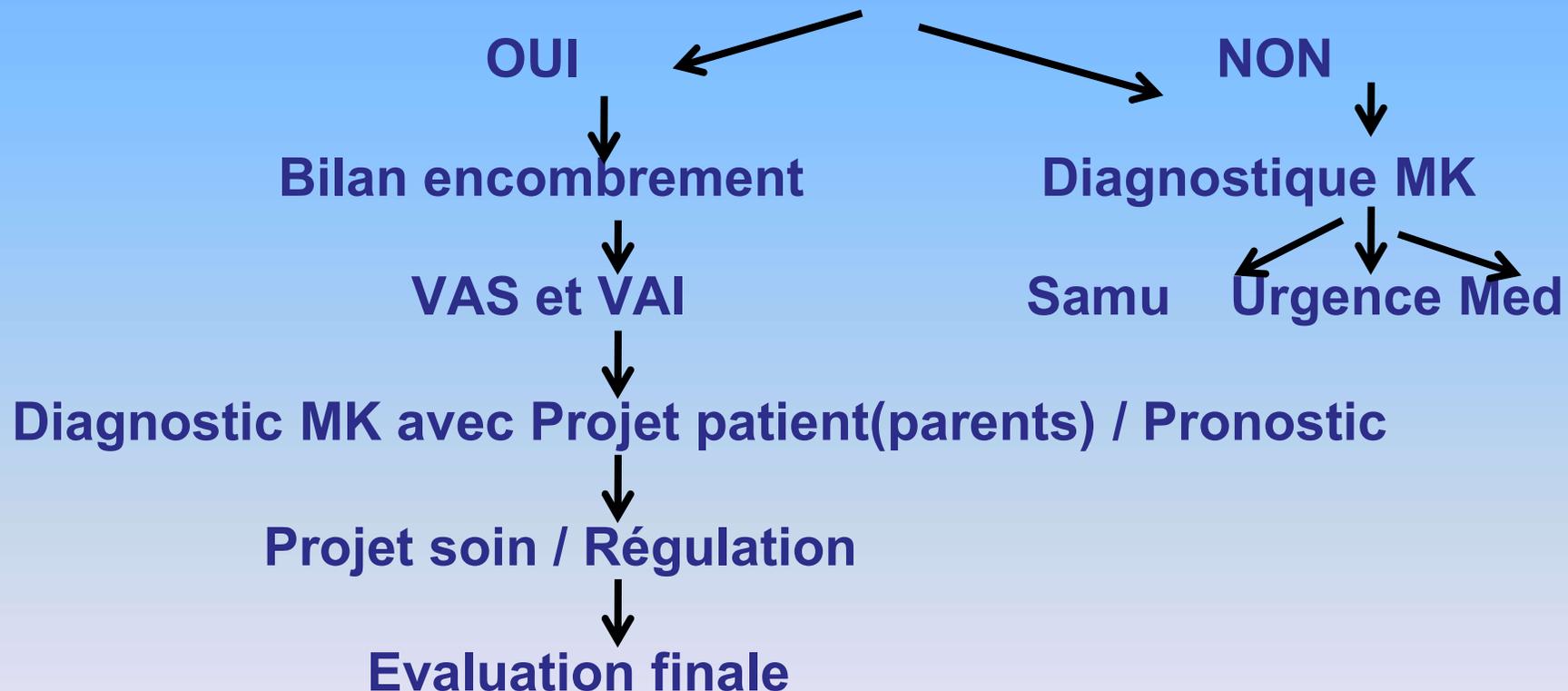
- **N'est pas figée.**
- **Nécessité de réévaluer selon évolution des connaissances et de la situation du patient.**
- **Permet la remise en cause périodique des décisions prises dans l'intérêt des patients.**
- **Comporte parfois une part de subjectivité**

Évaluation orientée

- **Hypothèses diagnostiques et thérapeutiques permettent d'orienter l'évaluation vers la quête d'éléments ciblés:** *« Compte tenu du type d'atteinte, du contexte, j'oriente mon bilan vers ... »*
- **Un bilan exhaustif et aveugle fait perdre beaucoup de temps sans être plus efficace.**
- **Le choix d'évaluer certains critères plus significatifs que d'autres est issu de la connaissance préalable des atteintes physiopathologiques d'une maladie.**

Exemple de démarche en lien avec un encombrement bronchique

- Faisabilité – Bénéfices/Risques/ Charge de travail ventilatoire



Charge de travail ventilatoire

- **Indicateurs cliniques respiratoires et généraux**
 - Définition des « balises »
 - Significations biologique, spirométrique, radio.....
 - Impacts sur l'action kinésithérapique
- **Indicateurs de pondération**
 - Âge contexte, ATCD, pathologies associées, matériel disponible,.....
 - Impact sur les « balises »
- **PRISE DE DECISION: Diagnostic MK**

Indicateurs cliniques respiratoires et généraux

Selon âge et contexte:

- **Signes cliniques d'hypoxémie (cyanose,...) et d'hypercapnie; SaO₂; Fr; tirage; Dyspnée; gêne expiratoire; Sibilances;**
- **Fr cardiaque; TA; Alimentation; Température; tonus; douleur;**

Diagnostic MK: non faisabilité du soin

Attitude MK:

- **SAMU** si risque d'arrêt cardiorespiratoire imminent
- **Urgence** versus **médecin traitant** selon soins à prévoir

Diagnostic MK: soin réalisable

- **Evaluer la potentialité de diminuer ou de pallier les incapacités du patients pour lui permettre de réaliser son projet de vie.**
- **Sachant que la kinésithérapie peut modifier par son action telle ou telle atteinte structurelle ou fonctionnelle et que cette atteinte s'exprime par des symptômes , il y a lieu d'orienter l'évaluation diagnostique.**

Une évaluation centrée sur le patient

- L'handicap peut être vécu différemment d'un patient à l'autre, selon valeurs et critères propres à chaque personne. Selon aussi son **PROJET DE VIE**
- Donc, ne pas évaluer la réalité du patient au travers du prisme de nos propres convictions: reconnaître autrui dans son humanité et son altérité.
- L'évaluation de sa qualité de vie par le patient lui-même afin de ne pas la réduire à l'impact de la maladie.

Comment évaluer ?

C'est se poser la question: Qu'est-ce qu 'évaluer ?

- **C'est mesurer: quantifier, doser, jauger. En rapport à une norme. Indique un écart / norme.**
- **C'est interpréter la mesure, construire du sens**
Rapports aux valeurs. Donner du sens par rapport au patient, au contexte, au projet du patient.

L'évaluation

- **Travail de mentalisation, correspondant à la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables les images, les mesures, les émois pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi.**

Interrogatoire - Prise de contact

- Qui est-il?
- Qu'est-ce qui le gêne? De quoi se plaint-il?
- Que sait-il ? (de sa maladie, de son traitement)
- Comment gère-t-il sa maladie, son traitement ?
- Comment vit-il ses problèmes de santé?
- Qu'attend t-il de la prise en charge ?
- Quelles sont ses capacités cognitives et d'apprentissage?
- Quelle est sa motivation?
- A-t-il un projet de vie, lequel ?
- Que pouvons-nous lui proposer ?

Ceci pour mesurer l'écart entre ses attentes et ce qui est réellement possible et anticiper sur l'élaboration d'un contrat thérapeutique pertinent

Évaluation de la gêne fonctionnelle

Dyspnée d'effort d'augmentation progressive

- Initialement, autolimitation inconsciente des activités
pas de gêne perçue
- Secondairement, impossibilité d'effectuer des efforts :
handicap

« Je suis obligé de m'arrêter à chaque étage dans l'escalier »

« Quand je vais à la pêche avec les autres, je suis à la traîne »

« Je suis handicapé par rapport aux autres »

La dyspnée signe en général l'obstruction et la distension

Évaluation de la gêne fonctionnelle

Lorsque les symptômes sont exprimés,
l'interrogatoire en évalue le
retentissement sur la qualité de vie

- *« Je suis de plus en plus gêné dans mon travail, mon patron m'en a fait la remarque »*
- *« Il me faut plus de temps pour faire mes trajets à pied »*
- *« Je suis fatigué »* Confrontation EFX / TDM6

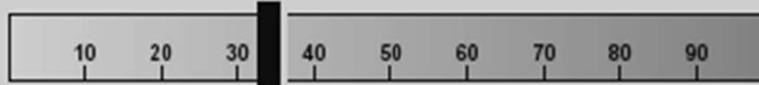
La diminution de la qualité de vie et la perte de productivité augmentent à mesure que la maladie progresse

Évaluation de la gêne fonctionnelle

Échelle visuelle analogique (EVA)

L'intensité de la dyspnée est mesurée en millimètres par la distance entre la position de la croix et l'extrémité « pas de dyspnée » (longueur totale = 100 mm)

Pas de dyspnée



Dyspnée maximale imaginable

Échelle CEE

Stades - Dyspnée

- 1 - lors d'un exercice important
- 2 - à la marche en montée
- 3 - à la marche à plat pour suivre un sujet du même âge
- 4 - à la marche à plat à son propre pas
- 5 - pour les activités de la vie courante (parler, manger...)

Échelle de BORG

- | | |
|--|---|
| 0 - Aucune | 5 - Sévère |
| 0,5 - Très, très légère
(juste perceptible) | 6 |
| 1 - Très légère | 7 - Très sévère |
| 2 - Légère | 8 |
| 3 - Modérée | 9 - Très, très sévère
(presque maximale) |
| 4 - Assez sévère | 10 - Maximale |

Échelle de Sadoul

- 1: efforts importants ou au-delà du 2^{ème} étage
- 2: marche en pente légère
- 3: marche normale en terrain plat
- 4: marche lente
- 5: au moindre effort

Évaluation de la gêne fonctionnelle

Saint Georges Respiratory Questionnaire (SGRQ)

Questionnaire spécifique des maladies respiratoires, sensible et reproductible chez les insuffisants respiratoires chroniques

Mesure de l'état de santé selon 3 composantes :

- **Symptômes** : détresse due aux symptômes respiratoires (toux, expectoration, sifflements, dyspnée)
- **Activité** : effet des troubles sur la mobilité et l'activité physique, le travail domestique, les loisirs
- **Impact** : Impact psychosocial de la maladie

**Auto-questionnaire court
de qualité de vie liée à la santé
spécifique
à la BPCO**

le VQ11

**G. Ninot, F. Soyez et C. Préfaut
Laboratoire Epsilon ERI25 INSERM**

Questionnaire de qualité de vie **BPCO**

Nom _____ Prénom _____

Date ____ / ____ / 20 ____

Les phrases suivantes expriment des sentiments sur les conséquences d'une maladie respiratoire. Pour chacune, cochez l'intensité qui vous correspond le mieux maintenant. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
1	Je souffre de mon essoufflement	<input type="checkbox"/>				
2	Je me fais du souci pour mon état respiratoire	<input type="checkbox"/>				
3	Je me sens incompris par mon entourage	<input type="checkbox"/>				
4	Mon état respiratoire m'empêche de me déplacer comme je le voudrais	<input type="checkbox"/>				
5	Je suis somnolent dans la journée	<input type="checkbox"/>				
6	Je me sens incapable de réaliser mes projets	<input type="checkbox"/>				
7	Je me fatigue rapidement dans les activités de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>				
8	Physiquement, je suis insatisfait de ce que je peux faire	<input type="checkbox"/>				
9	Ma maladie respiratoire perturbe ma vie sociale	<input type="checkbox"/>				
10	Je me sens triste	<input type="checkbox"/>				
11	Mon état respiratoire limite ma vie affective	<input type="checkbox"/>				

Questionnaire auto-administré

11 affirmations

3 dimensions réparties aléatoirement: fonctionnelle, psychologique et relationnelle

5 modalités de réponse

1 score global

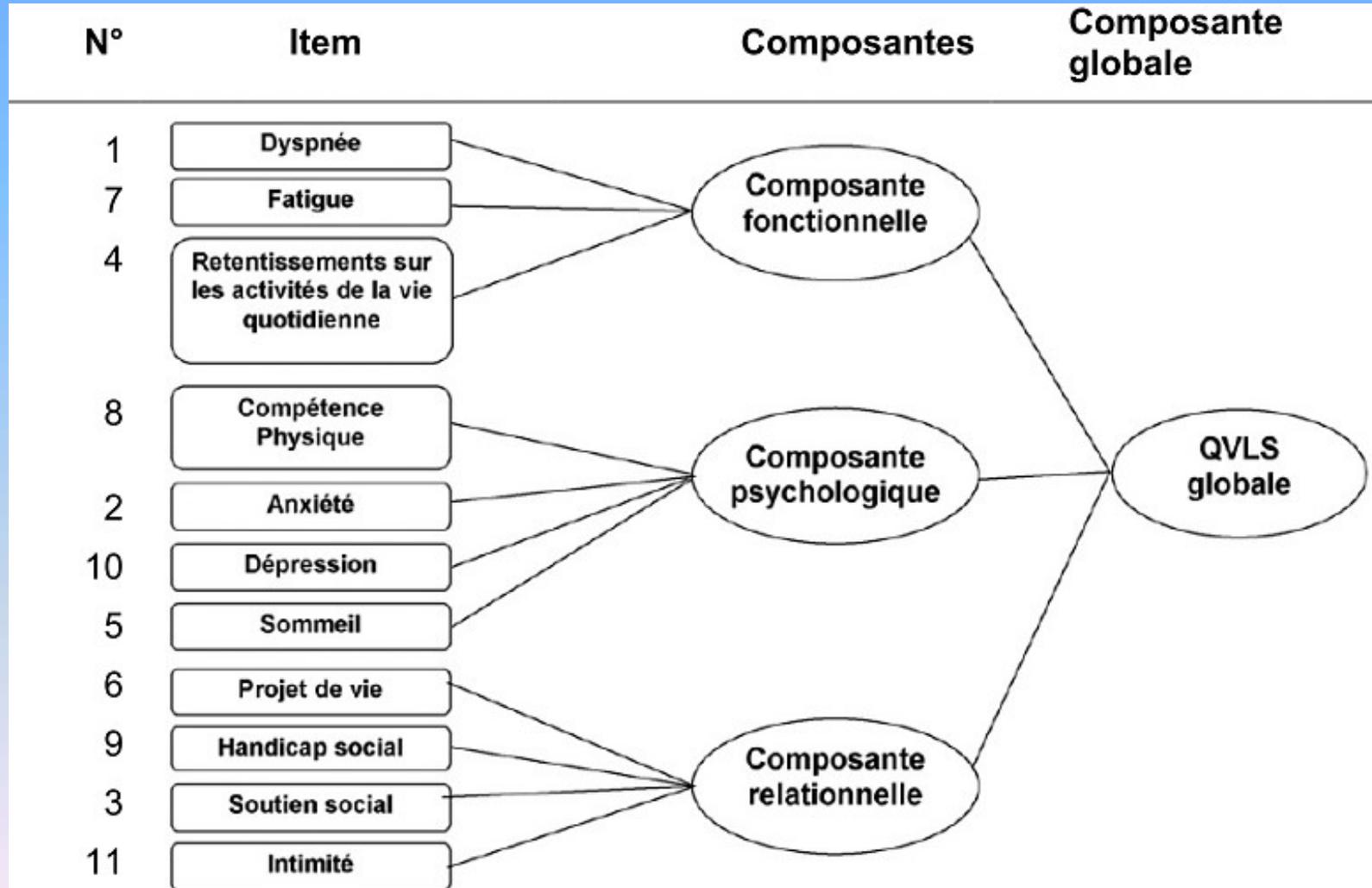
3 scores spécifiques

(Ninot et al., 2010, RMR)

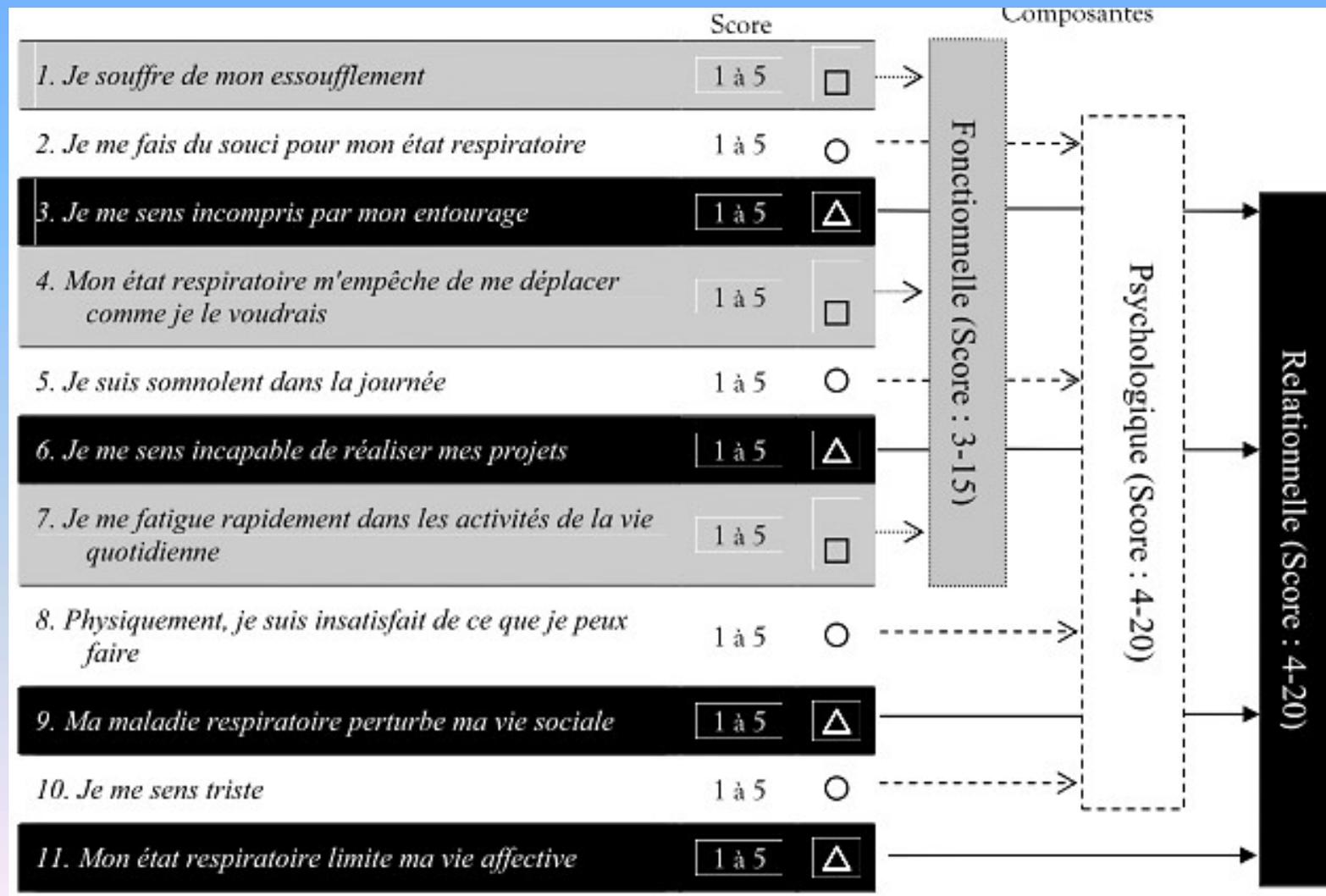
Questions et domaines de la qualité de vie liée à la santé représentés dans le VQ-11

<i>Item</i>	Domaine exploré
<i>1. Je souffre de mon essoufflement</i>	Dyspnée
<i>2. Je me fais du souci pour mon état respiratoire</i>	Anxiété
<i>3. Je me sens incompris(e) par mon entourage</i>	Soutien social
<i>4. Mon état respiratoire m'empêche de me déplacer comme je le voudrais</i>	Retentissements sur les activités de la vie quotidienne
<i>5. Je suis somnolent(e) dans la journée</i>	Sommeil
<i>6. Je me sens incapable de réaliser mes projets</i>	Projet de vie
<i>7. Je me fatigue rapidement dans les activités de la vie quotidienne</i>	Fatigue
<i>8. Physiquement, je suis insatisfait(e) de ce que je peux faire</i>	Compétence physique
<i>9. Ma maladie respiratoire perturbe ma vie sociale</i>	Handicap social
<i>10. Je me sens triste</i>	Dépression
<i>11. Mon état respiratoire limite ma vie affective</i>	Intimité

Les dimensions du VQ11



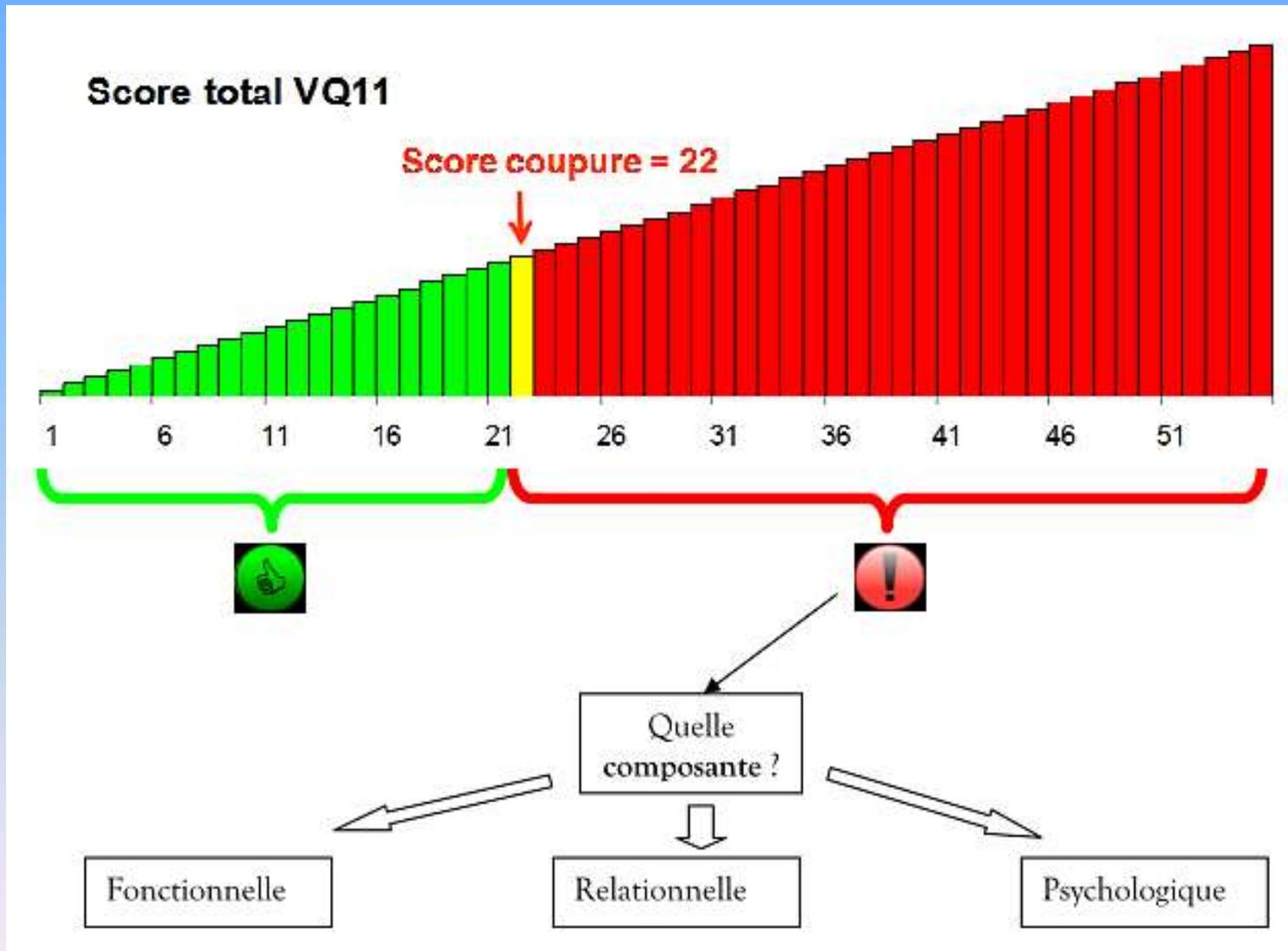
Calcul des scores



Calcul des scores

- Score Fonctionnel _____/15
- Score  Psychologique _____/20
- Score  Relationnel _____/20
-  Total _____/55

Interprétation



Signes cliniques d'hypoxémie et d'hypercapnie

Hypoxémie

- *cyanose centrale*, au niveau des lèvres, ongles, oreilles.
(apparaît lorsque le taux d'hémoglobine réduite $\geq 5\text{g}/100\text{ ml}$) \neq de marbrures (cyanose périphérique liée à \downarrow débit circulatoire)
- *agitation*, irritabilité
- *tachycardie*

Hypercapnie

- *sueurs profuses*, au visage
- *flapping tremor* (incoordination motrice)
- *somnolence* et obnubilation progressive
- *Hypertension artérielle*

Confrontation avec GDS et SpO₂

EXAMEN CLINIQUE DE LA LA VENTILATION

- **Examen morphostatique** Confrontation avec la RADIO
 - Recherche de déformations thoracorachidiennes
 - Cause d'un éventuel dysfonctionnement (syndrome restrictif)
 - Conséquence d'un éventuel trouble obstructif
- **Examen morphodynamique**
 - Signes traduisant un dysfonctionnement dynamique de la ventilation au repos ou à l'effort
 - Symétrie de la ventilation
 - Synchronisme et amplitude du déplacement des compartiments
 - Fréquence respiratoire
 - Respiration lèvres pincées Confrontation avec EFR
 - Activité diaphragmatique, force des abdominaux

Toux

- Efficacité, grasse, productive
- sèche d'irritation, plus ou moins douloureuse
- dyspnéïsante

Confrontation DEP

Quand, comment ?

Expectoration

- Volume
- Consistance
- Purulence
- Qualités rhéologiques: les sécrétions sont-elles facilement mobilisables ?

Confrontation ECBC

Quand, comment ?

L'auscultation pulmonaire

Voir Présentation Auscultation

La percussion thoracique

- **Bruit normal**
tympanisme
- **Bruit anormaux**
matité (condensation pulmonaire ou épanchement pleural)
augmentation sonore (pneumothorax, emphysème)

La palpation

- **Vibrations vocales (33)**
augmentées (condensation pulmonaire)
diminuées, abolies (épanchement pleural)
- **Contractures musculaires**
plus ou moins douloureuses

Syndromes physiques

Percussion

Palpation

Auscultation

? sonorité normale
ou augmentée

vibrations vocales
diminuées ou abolies

murmure vésiculaire
aboli

? matité franche

vibrations vocales
abolies

murmure vésiculaire
aboli

? matité

vibrations vocales
augmentées

murmure vésiculaire
aboli

Syndromes physiques (réponses)

Confrontation Radiologie

Percussion	Palpation	Auscultation	
sonorité normale ou augmentée	vibrations vocales diminuées ou abolies	murmure vésiculaire aboli	<u>épanchement pleural gazeux</u>
matité franche	vibrations vocales abolies	murmure vésiculaire aboli	<u>épanchement pleural liquidien</u>
matité	vibrations vocales augmentées	murmure vésiculaire aboli	<u>condensation parenchymateuse</u>

SIGNES CARDIO-VASCULAIRES

- **Variables d'un sujet à l'autre**
- **Décompensation respiratoire brutale**
 - Hypertension artérielle systémique
 - tachycardie
- **Insuffisance cardiaque droite**
 - Hépatomégalie et reflux hépatojugulaire
 - Oedèmes des membres inférieurs
 - Elargissement de l'aire cardiaque à la radiographie

Bilan Diagnostic Educatif

Cerner les besoins et les attentes du patient à travers:

- **Sa vision de sa santé**
- **Ses comportements de santé ou de non santé ?**
- **Son vécu dans son parcours de la maladie et sa manière de faire le deuil de sa santé antérieure**
- **Ses connaissances, ses croyances, ses représentations**
- **Ses habilités, ses caractéristiques personnelles**
- **Ses projets**
- **Son contexte de vie : sa famille, son entourage, son travail, le soutien social qu'il reçoit**
- **Le diagnostic éducatif peut être réalisé en essayant de répondre à ces questions**

(D'Ivernois – Gagnayre)

Bilan Diagnostic Educatif

- Qui est-il ?
- Qu'est-ce qu'il a ?
- Qu'est-ce qu'il fait ?
- Que vit-il ?
- Que sait-il et que croit-il ?
- Que peut-il faire ?
- Quels sont ses projets ?
- Dans quel environnement est-il ?

Quelle traçabilité?

- **Le diagnostic kinésithérapique, c'est l'aboutissement de l'évaluation diagnostique afin de mettre en évidence le handicap du patient et les dysfonctionnements qui en sont la cause.**
- **C'est reconnaître le patient dans son humanité et sa différence**

Formalisation de la démarche

- **Le diagnostic kinésithérapique**
 - **Prise de co-décision avec le patient (loi 2002)**
 - **Elaboration du projet**
 - **Critères d'évaluation du geste, du soin**
 - **Facilite le retour réflexif sur ses pratiques**
 - **Assure la traçabilité de nos soins**
 - **Permet la communication**
 - **Dispositif légal**

Le diagnostic kinésithérapique

- **C'est la mise en lien des données issues du bilan et l'évaluation globale de l'ensemble des résultats.**
- **Temps de réflexion et d'analyse qui permet de poser la problématique kinésithérapique**
- **Réflexion pronostique permettant de définir la visée du projet de soins et les objectifs à atteindre en fonction de leur faisabilité et de la disponibilité de moyens thérapeutiques adaptés et du projet de vie du patient.**

Le diagnostic kinésithérapique

- **Un diagnostic, pour être propre à une profession doit relever de son objet et de ses compétences spécifiques, à travers son exercice, ses valeurs et la pensée d'action qui la sous-tende.**

Le diagnostic kinésithérapique

Formalisation par écrit: obligation légale

- **Outil de décision et de communication avec le patient, les confrères et le médecin**

L'écriture aide à structurer sa pensée

Travail de conceptualisation qui nous permet de passer d'un statut d'agent exécutant à celui d'ingénieur

Définition du diagnostic médical

- **C'est nommer une maladie, un état, un stade dans l'évolution d'une pathologie.**
- **Le diagnostic est nominal**

Définitions BDK

- Article R. 4321-2 alinéa 2 (code santé publique)

Dans le cadre de la prescription médicale, le MK établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés

Définitions BDK

- **Définition CNOMK**

Le diagnostic kinésithérapique s'analyserait en une évaluation par le MK, dans le cadre de la prescription médicale, de l'état du patient. Combiné avec les objectifs de soins, il permettrait par la suite au praticien de choisir les actes et techniques nécessaires au traitement du patient.

Définitions BDK

- **AFREK:** « processus d'analyse des déficiences et incapacités observées ou mesurées. C'est un processus d'évaluation du pronostic fonctionnel dont les déductions permettent:
 - D'établir un programme de traitements en fonction des besoins constatés
 - De choisir les actes de kinésithérapie à mettre en œuvre »

Définitions BDK

- **CIH²** : décrit la détérioration de l'état de santé par 3 niveaux d'atteintes possibles:
 - La déficience ou anomalie de structure (structurelle)
 - L'incapacité ou réduction de la possibilité d'accomplir une activité considérée comme normale (fonctionnelle)
 - Le handicap ou désavantage sociale (environnementale)

Définitions BDK

- **ANAES:** « Le diagnostic kinésithérapique permet, à partir des renseignements médicaux, de l'examen masso-kinésithérapique et du projet du patient de formuler la problématique à partir de laquelle déterminer les éléments à traiter en priorité. En fonction du diagnostic kinésithérapique, le MK établit la stratégie thérapeutique, préventive et éducative.

Définitions BDK

- **SIGNEYROLE:** 'le diagnostic est une activité de problématisation qui sert non seulement à prendre des décisions thérapeutiques fondées mais aussi à assumer une autonomie professionnelle »

Définitions BDK

- **ANTONELLO - DELPLANQUE:** « le diagnostic kinésithérapique correspond en la reconnaissance de dysfonctionnements susceptibles de justifier d'objectifs réalistes de kinésithérapie dans le cadre d'un projet thérapeutique. La visée du projet thérapeutique est de permettre au patient de réaliser son projet de vie (dimension réflexive pronostique) »

Définitions BDK

- **ANTONELLO – DELPLANQUE:** « le diagnostic kinésithérapique est donc le résultat d'une activité intellectuelle qui consiste à mettre en lien et à confronter des informations issues de connaissances théoriques, de l'expérience clinique et de l'évaluation kinésithérapique »

Le projet de rééducation

L'évaluation porte le projet et lui donne son sens



CO CONSTRUCTION AVEC LE PATIENT

- **Le projet de soins a pour objectif:**
 - De diminuer le handicap en améliorant les dysfonctionnements (curatifs) ou en réduisant leur impact (palliatif).
 - Dans les maladies chroniques, stabiliser la situation en évitant l'apparition ou l'aggravation de complication (préventif).
 - Améliorer la qualité de vie du patient
 - Augmenter sa responsabilité vis-à-vis de sa maladie

Le projet de rééducation

- **Définir** avec le patient chaque objectif du projet de kinésithérapie en précisant les résultats à obtenir et les moyens les plus pertinents pour y parvenir.
- **Argumenter** les choix techniques.
- **Prévoir** le système d'évaluation permettant de juger de l'adaptation des techniques, de l'atteinte des objectifs, voire de la validité du projet.
- **Intégrer** l'évaluation des modifications instantanées induites par l'exercice de la kinésithérapie

Le projet de rééducation

- **Nécessité de disposer de connaissances sérieuses sur les techniques de rééducation dans leur variété, leur mode d'action, leur posologie, leurs résultats.**

Les principaux objectifs en kinésithérapie respiratoire

- **Améliorer l'hématose**
- **Diminuer la dyspnée et la désadaptation à l'effort**
- **Améliorer la mécanique ventilatoire**
- **Gérer un encombrement bronchique**

Pour chacun de ces objectifs il existe une dimension éducationnelle qui est partie constitutive du soin.

Outils et indicateurs d'évaluation diagnostique par type de dysfonctionnement.

DYSFONCTIONNEMENT	CRITERES D'EVALUATION DIAGNOSTIQUE
ENCOMBREMENT	<ul style="list-style-type: none"> - Toux grasse - Bruits à l'auscultation (crépitants, ronchi) - AFE test - Répercussions sur la qualité de vie - Radiographies thoraciques (atélectasie, hypoventilation)
ALTERATION DE LA MECANIQUE VENTILATOIRE	<ul style="list-style-type: none"> - Hypoventilation <ul style="list-style-type: none"> - aux EFR (Fr/Vt) Capacité Vitale - à l'examen clinique - à l'examen radiologique - Dyspnée (Borg, EVA) - Asymétrie de la ventilation
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	<ul style="list-style-type: none"> - Gaz du sang et signes cliniques d'hypoxémie et/ou d'hypercapnie - Oxymétrie de pouls - Signes cliniques d'IRA - Dyspnée (Borg ou EVA) - EFR
DESADAPTATION A L'EFFORT	<ul style="list-style-type: none"> - Dyspnée à l'effort (Sadoul, Borg, EVA) - TDM 6 minutes - Qualité de vie (St georges ou Grosbois..) - Epreuve d'effort - Etude morphodynamique des muscles respiratoires
DEFICIT D'EDUCATION	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan éducatif suivant nécessité (obstruction, encombrement...)

Un cas clinique

Présentation

- *Madame L, âgée de 59 ans, est porteuse d'une DDB bilatérale et diffuse, post coquelucheuse se traduisant par une toux et une expectoration chronique purulente ainsi qu'une dyspnée d'effort progressivement croissante dans le temps. Le traitement de fond consiste en une oxygénothérapie de 4l/mm, Bécotide® 4x2 bouffées par jour et Ventoline® 4x2 bouffées.*
- *Depuis quelques jours, il est noté une aggravation de son état fonctionnel respiratoire avec une majoration de l'encombrement bronchique. Elle présente une fièvre à 38°5.*
- *Le traitement prescrit consiste en une antibiothérapie et des séances de kinésithérapie respiratoire.*

Un cas clinique

Questionnement

- Quel est le diagnostic médical ?
- Quel est le contexte ?
- Quelle est la prescription ?
- Quel serait le pronostic en l'absence de traitement ?
- A priori, quelle serait la finalité de la kinésithérapie respiratoire ?
- A partir de cette finalité, quels éléments du dossier allez-vous étudier ? Qu'allez-vous rechercher dans ces examens ? Que vont-ils vous apporter ?

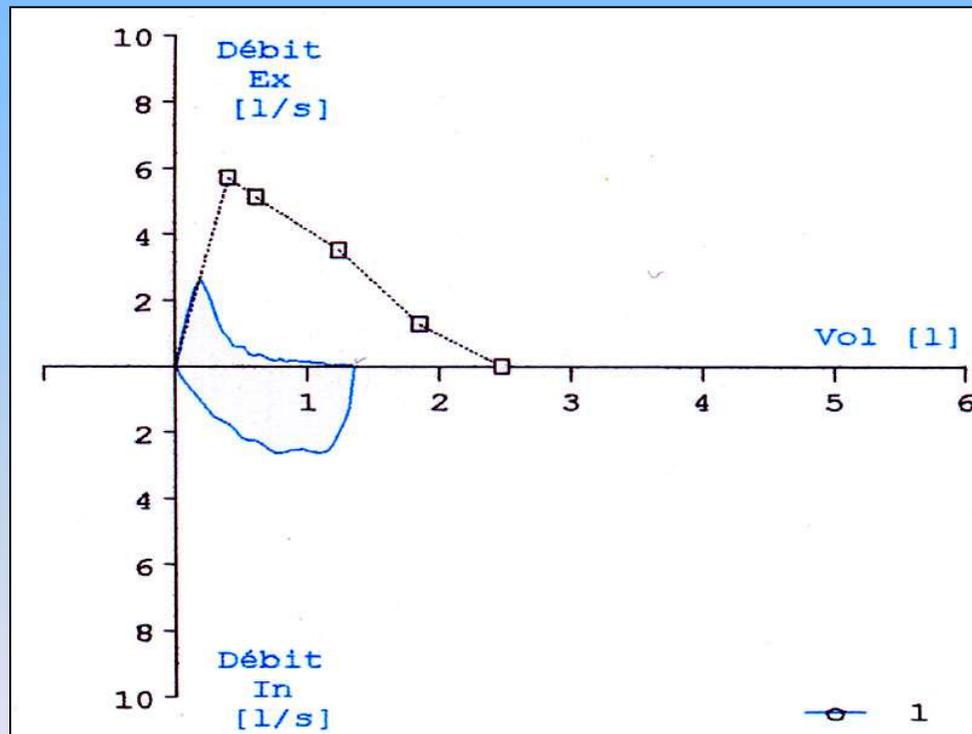
Un cas clinique

Résultats des gaz du sang

- En ventilation spontanée, sous 4 l d'O₂ les résultats sont les suivants :
- pH 7,38
- PaO₂ 9,3 Kpa (70 mmHg)
- PaCO₂ 9,1 Kpa (68,5 mmHg)
- HCO₃ 40,3 mM/l
- Sat 93%
- Hb 19g/100ml

Un cas clinique

EFR

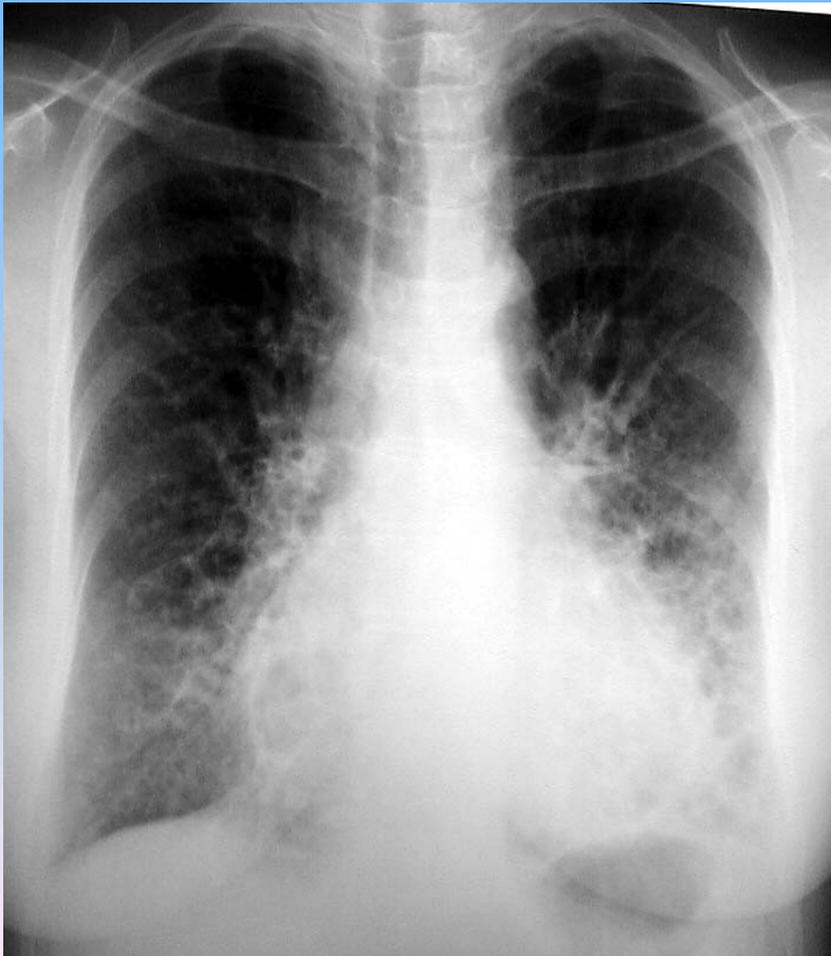


CV : 1,45l (56%)
VEMS : 0,747 l/s (35,8%)
DEP : 2,63 l/s (46%)
DEM 75: 0,930 l/s (18,1%)
DEM 50: 0,225 l/s (6,42%)
DEM 25: 0,119 l/s (9,35%)

Items du bilan	Résultats	Signification « physiopathologique - médicale »	Impact sur le projet de soin MK	Liens avec les autre(s) indicateur(s) du bilan
Exemple : Auscultation	<i>Sibilances mono-phoniques</i> ¶ ¶ ¶ (Noter les différents résultats obtenus)	<i>Compression dynamique excessive des bronches à l'expiration : emphysème (perte des fibres élastiques)</i>	<i>Moduler les techniques d'augmentation du flux expiratoire afin d'éviter un collapsus précoce</i>	<i>Syndrome obstructif aux EFR : Probable encombrement bronchique (toux inefficace) ; Probable dyspnée à l'effort (hyperinflation dynamique) ...</i>
Exemple : EFR	<i>chute importante du VEMS/CV avec importante distension</i> ¶ ¶ (Noter les différents résultats obtenus)	<i>syndrome obstructif sévère</i>	<i>Evaluer les volumes mobilisables, la plage de volume dans laquelle il y a des débits "efficaces", orientant vers l'adaptation de la technique (comportement dynamique de la bronche lors de l'expiration forcée), voire la mise en place d'une aide technique.</i>	<i>Probable distension à la radio, désadaptation à l'effort, difficulté au drainage bronchique (encombrement) ...</i>

Un cas clinique

Radiographie



Le compte rendu radiologique indique une hyperclarté diffuse, des coupes diaphragmatiques aplaties, une ouverture des sinus costodiaphragmatiques des dystrophies bronchiques diffuses

Un cas clinique

Bilan kinésithérapique

- A l'auscultation, nous retrouvons des ronchi et des sibilants dans les deux champs pulmonaires.
- L'oxymétrie de pouls est à 93%.
- Le bilan morphostatique met en évidence une cyphose dorsale, un enroulement des épaules non réductibles, un cou court et une ptose abdominale.
- Le bilan morphodynamique indique une hypertrophie et mise en jeu des muscles inspireurs accessoires au repos, une mobilité du thorax en bloc et de faible amplitude et une expiration de repos active. Présence du signe de Hoover.
- La dyspnée est de stade 4 sur l'échelle de Sadoul et d'intensité 5 sur l'EVA. Augmentation de la dyspnée lors de la séance.
- Le drainage bronchique autonome est peu rentable avec apparition rapide d'une fatigue et d'une majoration de la dyspnée avec désaturation..
- Le projet de la patiente est de ne pas être hospitalisée afin d'assister au mariage de sa petite fille dans 10 jours..

Un cas clinique

Diagnostic kinésithérapique

- *Patiente insuffisante respiratoire oxygénodépendante, en phase d'exacerbation due à une surinfection bronchique avec un encombrement diffus et bilatéral. Les volumes mobilisables et les débits expiratoires sont fortement diminués avec une charge de travail ventilatoire augmentée mais qui reste compatible avec des soins kinésithérapiques. Le drainage bronchique autonome est inefficace. A l'effort, majoration de la dyspnée et désaturation (observées lors des tentatives de drainage bronchique autonome). La patiente est fortement motivée et souhaite éviter l'hospitalisation.*
- *La finalité de la prise en charge consistera à éviter la décompensation respiratoire (dimension biologique) et permettre à la patiente d'assister au mariage de sa petite fille (dimension humaine).*
- *Le projet de soins consistera en une ventilation globale avec un support en pression positive, afin d'augmenter les volumes et les débits, d'améliorer la ventilation alvéolaire et de diminuer la charge de travail ventilatoire. L'apport d'oxygène sera augmenté et une surveillance par oxymétrie de pouls sera instaurée. A partir de cette ventilation, mise en place d'un drainage bronchique dirigé par modulation du flux expiratoire.*
- *Une réévaluation doit être programmée afin d'envisager, dans un second temps, une éducation au drainage bronchique autonome.*

Références

- Nomenclature Générale des Actes Professionnels des Masseurs Kinésithérapeutes (modifiée les 5 octobre 2000, 17 octobre 2003 et 9 janvier 2004)
- Arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie. Publication au Journal Officiel le 16 mai 2007.
- Antonello M., Delplanque D. et col. Comprendre la kinésithérapie respiratoire, Paris, Masson, 2005 (2ème édition)
- Evaluer: Un nouveau souffle. Kinésith. Scient. N° 455, mai 2005
- Massiot M., Aboiron H., Selleron B., Vaillant J., Wils J., Stevenin P. Evaluation et rééducation. EMC, Kinésithérapie, Médecine physique – réadaptation. 26-005-B-10, 2005
- Ardoino J., L'approche multi référentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives, Analyses et pratiques de formation, Paris VIII, Formation permanente, Décembre 1993, n°25-26
- Ramin M. Contribution des sciences de l'éducation à la formation des formateurs en kinésithérapie. Master recherche éducation et formation. Université de Provence, Aix Marseille 1, 2005

Références

- SIGNEYROLE J., Questions d'écriture. *Kiné Actualité*, 2001, 800, 8-10.
- VIEL E., *Le diagnostic kinésithérapique*, Paris, Masson, 2ème Edition, 2000
- VAILLANT J., *Histoires sous le signe : kinésithérapie et médecine.* , *Kinésithérapie Scientifique*, 2002, 424, 35-52
- GEDDA M., *Décision kinésithérapique : identité, démarche, chaînes logiques.* Paris : Masson, 2001
- TRUDELLE P., *La fiche de liaison en kinésithérapie. Résultats d'une enquête et proposition.* *Kinésithérapie Scientifique*, 2000, 405, 49-55
- ABOIRON H., *Le concept CIH et kinésithérapie.* *Kinésithérapie Scientifique*, 1999, 389, 26
- GATTO F., *L'évaluation des compétences des masseurs kinésithérapeutes pourrait-elle conduire à l'autonomie d'exercice de la profession ? Expertise du rapport Matillon intitulé : Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé.* *Kiné Actualité*, 2003, 918
- DELPLANQUE D., ANTONELLO M., *L'évaluation au service de l'autonomie professionnelle en kinésithérapie respiratoire : de l'utilité du bilan diagnostic kinésithérapique.* *Kinésithérapie Scientifique*, 2001, 414, 52-6
- *Déterminer la balance bénéfices/risques d'une intervention: pour chaque patient.* *Rev Prescrire*, 2014, 34 (367), 381-5

Références

- DELPLANQUE D., ANTONELLO M., COTTEREAU G., BONNEFOY S., De l'évaluation en kinésithérapie respiratoire au bilan diagnostic kinésithérapique. Des critères pour quoi faire ? Des critères pour faire quoi ? *Kinésithérapie Scientifique*, 2001, 417, 50-3
- DELPLANQUE D., ANTONELLO M., Le Bilan Diagnostic Kinésithérapique. Quel contenu ? Quelle forme ? *Kinésithérapie Scientifique*, 2002, 420, 51-2
- DELPLANQUE D., ANTONELLO M., Du diagnostic kinésithérapique au projet thérapeutique : une nouvelle approche de la kinésithérapie respiratoire. *Kinésithérapie Scientifique*, 2002, 427, 47-9
- DELPLANQUE D. Contribution à l'analyse des processus cognitifs mis en jeu dans la démarche d'évaluation diagnostique en kinésithérapie respiratoire. Mémoire pour l'obtention du Master 2, option ingénierie des systèmes de formation, Université de Corse, 2004-2005
- DELPLANQUE D., EYMARD C. De l'existence de savoirs construits spécifiques en kinésithérapie respiratoire contributifs à la démarche d'évaluation diagnostique. *ReK*, 2005, n°3, 19-29
- WILS J., Rencontres kinésithérapiques de l'AP-HP, 1998
- SIGNEYROLE J., Problématiques en rééducation. *Kiné Actualité*, 2001, 800, 6-7