

DEMARCHE D'EVALUATION DIAGNOSTIQUE ILLUSTREE

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 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'une jeune femme présentant un asthme.

Mademoiselle D., âgée de 17 ans vous est adressé pour asthme, avec une prescription de kinésithérapie respiratoire urgente, dans les suites d'une crise d'asthme récente modérément sévère.

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 ? Il s'agit d'un asthme, c'est-à-dire d'une affection inflammatoire chronique et dynamique des voies aériennes se caractérisant par des épisodes d'obstructions bronchiques réversibles (la non réversibilité amène alors à la BPCO). Les causes de l'obstruction sont représentées par le bronchospasme, l'inflammation pariétale avec œdème et hypersécrétion (qui marque habituellement la fin d'une crise)
- Quel est le contexte ? Nous sommes en post crise d'asthme, l'épisode obstructif doit avoir disparu ou suffisamment régressé pour autoriser une prise en charge kinésithérapique, au moins pour un éventuel désencombrement bronchique. Il conviendra alors d'évaluer la fonction ventilatoire (qui devrait être proche de la norme en période intercritique chez cette jeune femme) et la présence d'une éventuelle dyspnée persistante. Il sera nécessaire d'évaluer la connaissance qu'elle a de sa maladie et la façon dont elle la gère selon ses activités quotidiennes en vue d'une éventuelle éducation thérapeutique, éducation à la santé.
- Quel serait le pronostic en l'absence de traitement ? En cas d'encombrement bronchique, il existe un risque d'infection bronchique par contamination bactérienne (pouvant exacerber son asthme). D'autre part, la méconnaissance qu'elle pourrait avoir de sa maladie entraînerait des comportements délétères vis-à-vis de sa santé pouvant engendrer des crises à répétition (altérant la qualité de vie) avec un risque de crise aiguë grave nécessitant la réanimation. 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 ? Elle est double : optimiser le fonctionnement de l'appareil ventilatoire (finalité biologique) et entreprendre une éducation thérapeutique, éducation à la santé (vectorisée par la dimension relationnelle). 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, bilan éducatif

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

Mademoiselle D est lycéenne et souhaite s'engager dans des études de communication. Elle avoue ne pas très bien savoir ce qu'est l'asthme et comme d'habitude elle se sent bien, elle a tendance à oublier de prendre ses médicaments. De toute façon, même « quand je ne les prends pas ça va bien, alors ! ». Elle ne comprend pas comment cela est arrivé et elle avoue avoir eu très peur. Elle est prête à reprendre son traitement car elle ne veut plus que cela recommence.

Mademoiselle D ne dispose pas d'un débitmètre de pointe et ignore tout de la surveillance de son souffle ainsi que de l'effet des différentes médications (bronchodilatateur et anti-inflammatoire).

Nous pouvons penser que le vécu de cette crise devrait favoriser un apprentissage afin de diminuer les risques de récurrences.

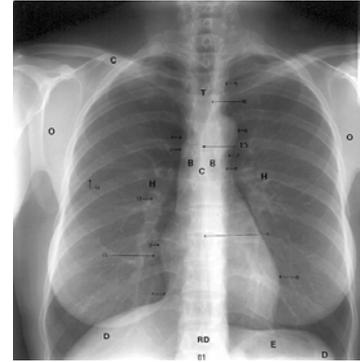
Evaluons l'obstruction et le retentissement sur les capacités à l'effort, la dyspnée

En lien avec cette prise de contact, nous devons évaluer l'obstruction et le retentissement sur ses capacités à l'effort qui repose sur :

- la clinique
- A l'auscultation, nous retrouvons quelques ronchi et râles sibilants dans les deux champs pulmonaires traduisant l'encombrement bronchique modéré avec très certainement une petite composante spastique. Cette composante obstructive sera, dans la mesure du possible, atténuée, voire supprimée par l'administration de bronchodilatateur (la kinésithérapie ne peut pas « lutter » contre un spasme).
- La toux est efficace tant mécaniquement (explosive) que dans son rôle d'expulsion des sécrétions bronchiques. Les sécrétions sont épaisses et visqueuses (sont donc peu susceptibles d'être mobilisées aisément et cela nécessitera une humidification par aérosolthérapie).
- La pratique d'une AFE test permet de confirmer l'encombrement sur toute la hauteur de l'arbre bronchique, d'apprécier la difficulté de mobilisation des sécrétions. Cette AFE permet aussi de mettre en évidence une petite résistance, modérée mais réelle, ressentie sous nos mains, en lien avec l'obstruction. Cet indicateur conditionnera 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 cet indicateur, au décours des séances, nous renseignera sur l'évolution de l'obstruction.
- L'oxymétrie de pouls est à 99%, indiquant une absence de retentissement biologique.
- Le bilan morphostatique ne montre pas de déformations, notamment celles qui pourraient être la conséquence de la composante obstructive de la maladie, c'est-à-dire des signes cliniques en lien avec la distension.
- Le bilan morphodynamique ne présente pas de signes cliniques de dysfonctionnement ventilatoire. La fréquence ventilatoire est à 18 /mn.
- La dyspnée est cotée à 1 sur l'échelle de Sadoul. La patiente ne présente donc qu'une dyspnée tout à fait modérée qui ne devrait pas gêner les efforts réalisés pendant les soins.
- Le projet de la patiente est de passer ses examens et « vivre avec le moins de contraintes possibles sa maladie ».

- la radiographie thoracique

La visualisation de la radiographie et la lecture du compte rendu nous indiquent l'absence d'anomalies radiologiques. Il n'y a plus de signes de distension, tel que l'on aurait pu le voir lors de la crise (compensation due à l'obstruction). La morphologie des coupes diaphragmatiques est harmonieuse et pourra autoriser une ventilation localisée à cette zone.

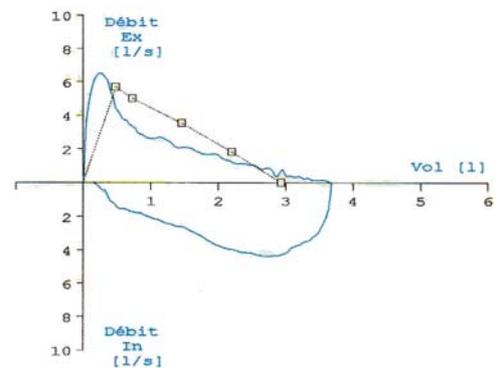


- les EFR

Cette courbe met en évidence une diminution non significative du VEMS (6%) mais un rapport VEMS/CV altéré (66%) avec une chute des débits expiratoires distaux. Le débit de pointe est supérieur à la norme.

Ce syndrome obstructif modéré illustre bien le dysfonctionnement ventilatoire observé chez cette patiente asthmatique.

La modulation du flux expiratoire devra prendre en compte le comportement dynamique des bronches à l'expiration, en lien avec le ressenti manuel lors de l'AFE test, sachant que ce comportement est aussi assez spécifique dans l'asthme (éviter des flux expiratoires et des reprises inspiratoires trop rapides). Une surveillance spirométrique sera nécessaire afin d'évaluer la fonction ventilatoire à distance de l'épisode aigu.



VALEURS BILAN SIMPLE			
	THEO	Réel	%R/T
Date		24/05 1998	
CV IN	[L] 3.00	3.59	120
CVF	[L] 2.94	3.65	124
VEMS	[L] 2.50	2.36	94.3
VEMS % CV IN	[%] 84.2	65.8	78.2
DEM 75	[L/S] 5.03	2.74	54.4
DEM 50	[L/S] 3.56	1.70	47.7
DEM 25	[L/S] 1.83	0.94	48.8
DEP	[L/s] 5.73	6.57	115
DEMM 25/75	[L/S] 3.17	1.52	47.9
VVM	[L/MIN] 54.7	71.6	131

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

Jeune femme de 17 ans, asthmatique, ayant présenté récemment une crise modérément sévère. Elle conserve une petite composante obstructive sans dyspnée. L'encombrement bronchique est diffus et bilatéral avec des sécrétions épaisses et visqueuses, difficiles à mobiliser. Elle ne présente aucun signe morphostatique de distension ni de signe clinique de dysfonctionnement ventilatoire. Elle est fortement motivée et souhaite éviter d'autres crises. Ses savoirs expérientiels ne semblent pas, en ce qui concerne les mécanismes de l'asthme, la prise et les effets des traitements locaux et leurs gestions, compatibles avec les savoirs référents en médecine.

La finalité de la prise en charge consistera à récupérer une fonction ventilatoire proche de la norme (dimension biologique) et à limiter le risque de récidives par une meilleure connaissance et gestion de sa maladie (dimension humaine).

Le projet de soins consistera en une mise en place d'une aérosolthérapie à visée humidificatrice et d'un drainage bronchique dirigé par modulation du flux expiratoire avec contrôle ventilatoire. Une éducation à la santé concernant la maladie, la prise médicamenteuse et la gestion de sa maladie fera partie intégrante du soin.

Tout comme dans les cas cliniques présentés dans les numéros précédents de cette revue ainsi que face à une crise d'asthme aigüe grave (SKR, 2003) ou lors d'une réhabilitation respiratoire (cas clinique présenté dans notre livre : Comprendre la kinésithérapie respiratoire, p 300-10), la spécificité de cette démarche, pour qu'elle aboutisse, est de considérer l'ensemble des dysfonctionnements présent 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 les mesures (interprète, donne du sens) 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. Quelle compétence kinésithérapique face à une crise d'asthme aigüe grave au cabinet ? Congrès de la Société de Kinésithérapie de Réanimation, Paris, 2003. In : Actualités en kinésithérapie de réanimation, Elsevier, Paris, 2003, 85-88
- 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