

Auteur : E. VERIN

Sommaire

- [1 Les options thérapeutiques dans la réadaptation pulmonaire](#)
- [2 Traitement médical général](#)
- [3 Oxygénothérapie](#)
- [4 Ventilation non invasive](#)
- [5 Kinésithérapie respiratoire](#)
- [6 Réadaptation à l'effort](#)
- [7 La prise en charge nutritionnelle](#)
- [8 Le support psychologique](#)

Les options thérapeutiques dans la réadaptation pulmonaire

La pathologie respiratoire chronique la plus fréquente chez l'adulte est la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), principalement secondaire au tabagisme. La BPCO, est une maladie grave qui touche 3,5 millions de Français, soit 6 à 8% de la population adulte. Dans plus de 80 % des cas, le tabac en est la principale cause. Chez l'enfant, la pathologie asthmatique est la plus représentée. Ces pathologies respiratoires entraînent des syndromes obstructifs. Les pathologies restrictives sont plus rares, elles sont représentées le plus souvent par les pathologies neuromusculaires et les scolioses. Différentes modalités de traitement sont utilisées dans le cadre de la réadaptation pulmonaire. Elles incluent généralement une prise en charge médicale, une oxygénothérapie, de la kinésithérapie respiratoire, un réentraînement à l'effort, une prise en charge nutritionnelle et psychologique.

Traitement médical général

La prise en charge pharmacologique de la BPCO inclue la vaccination contre l'hémophilus influenzae et le pneumocoque, un traitement inhalé par anticholinergiques et/ou bêta 2 adrénergique, ainsi que l'inhalation de corticostéroïdes. La théophylline par voie orale peut améliorer l'endurance des muscles respiratoires et stimuler les centres de contrôle de la ventilation. L'exposition aux pollutions environnementales doit être prévenue. A ce traitement doit s'associer systématiquement un arrêt du tabagisme.

La mise en route d'une ventilation non invasive ou d'une oxygénothérapie de longue durée doit être discutée avec le pneumologue.

Oxygénothérapie

L'oxygénothérapie de longue durée (OLD), supérieure à 15 heures par jour améliore la survie et la qualité de vie des patients BPCO si une hypoxémie est présente. Elle permet aussi d'améliorer la tolérance à l'exercice ainsi que les performances cognitives. L'oxygénothérapie de longue durée peut aussi être indiquée s'il existe des signes d'hypertension pulmonaire, une polyglobulie ou des signes d'insuffisance ventriculaire droite. La prise d'oxygène peut se faire à partir de diverses sources de stockage, oxygène gazeux, liquide ou concentrateur d'oxygène. Chaque source présente des avantages et des inconvénients ; le choix pour un patient sera fonction de la facilité d'emploi, de la sécurité et de la disponibilité pour le transport et la déambulation. Le concentrateur à oxygène est la méthode la plus populaire d'oxygénothérapie à domicile. Des modèles portables sont maintenant disponibles pour la déambulation.

Les différentes sources d'oxygène :



Ventilation non invasive

Dans les cas les plus sévères, lorsque le patient présente une insuffisance respiratoire chronique, une ventilation non invasive avec un masque nasal, buccal ou bucco facial peut être mise en place à domicile. Le plus souvent, cette ventilation est nocturne, mais elle peut aussi se faire pendant la journée, le plus souvent lors des périodes de repos.

Exemples de ventilateurs :



Kinésithérapie respiratoire

Une bonne compréhension des explorations fonctionnelles respiratoires, de la mécanique pulmonaire et du travail ventilatoire chez le sujet normal et en pathologie sont essentiels à savoir pour planifier un programme de kinésithérapie respiratoire chez des patients ayant une pathologie respiratoire.

Les exercices respiratoires commencent par des techniques de relaxation, l'apprentissage de la ventilation avec des lèvres pincées, afin de maintenir une pression positive expiratoire positive et réduire l'hyperinflation. Il peut s'y associer un travail de l'endurance des muscles inspiratoires, avec augmentation progressive des résistances inspiratoires. Le travail des muscles expiratoires peut aussi apporter un certain confort.

Le désencombrement respiratoire est indiqué chez les patients ayant une altération de la pompe (pathologie musculaire), une altération de la structure du mucus (mucoviscidose), des anomalies des voies aériennes (dilatation des bronches) et une altération de la clairance mucociliaire (dyskinésie ciliaire). La clairance de sécrétion permet de réduire le travail de la ventilation, améliore les échanges gazeux et limite les infections ou les atélectasies.

Pour améliorer la kinésithérapie respiratoire, un traitement mucolytique ou bronchodilatateur peut être utile. Les traitements antitussifs dans n'ont ici pas d'indication. La technique de clairance des sécrétions inclue le drainage postural, la percussion manuelle ou mécanique, les vibrations, les oscillations au niveau des voies aériennes, et l'expiration forcée. Les positions tête en bas pour le drainage postural doivent être utilisées avec précaution chez les patients ayant une insuffisance cardiaque.

Les appareils de mobilisation des sécrétions peuvent être utilisés quand les autres techniques de mobilisation des sécrétions ne sont pas efficaces ou mal tolérés. Le plus utilisé est le "cough assist", dont l'utilisation se fait à aux travers d'un masque ou d'une pièce buccale ou avec un adaptateur sur les canules de trachéotomie.



Réadaptation à l'effort

La réadaptation à l'exercice en aérobie est la pierre angulaire de tout programme de réadaptation respiratoire. Les critères d'inclusion sont strictes, le patient doit avoir une diminution des capacités d'exercices secondaires à une atteinte respiratoire et doit être capable de participer de façon rigoureuse au programme de réentraînement, et ne doit pas avoir de contre-indication cardio vasculaire à l'effort.

La majorité des patients inclus dans les programmes de réadaptation sont des patients ayant une BPCO. L'objectif est une diminution de la dyspnée, et une amélioration de la tolérance à l'exercice. Au mieux la fréquence est de 3 à 5 séances par semaine, pendant 20 à 60 minutes, entre 50 et 85 % de la fréquence cardiaque maximale. Les indications sont principalement la BPCO, mais aussi l'asthme, la mucoviscidose, les pathologies de la cage thoracique.

La prise en charge nutritionnelle

Dans la BPCO, la perte de poids est habituelle, ce qui augmente la morbidité et la mortalité. Cette perte de poids pourrait être due à une résistance insulinaire, une augmentation des catécholamines circulantes et une dyslipidémie. Dans ces conditions, et surtout si un programme de réadaptation à l'effort est indiqué, un avis diététique est indispensable.

Le support psychologique

Une aide psychologique chez les patients ayant une insuffisance respiratoire peut être effective, surtout pour aider le patient dans son éducation thérapeutique, et lui permettre de faire face à son handicap. La dépression et l'anxiété sont très communes chez les patients insuffisants respiratoires et elles sont secondaires aux limitations induites par la dyspnée. Dans ces conditions une prise en charge spécialisée peut-être indiquée, en évitant les traitements dépresseurs respiratoires.