Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 31 (1995)
Heft: 4

Artikel: Kinésithérapie respiratoire et asthme
Autor: Delplanque, D.
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929446

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 17.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

D. Delplanque, kinésithérapeute, certifié en kinésithérapie respiratoire, Paris
Correspondance: Monsieur Dominique Delplanque, 51, rue Richepanse, F-78500 Sartrouville

PRATIQUE

Kinésithérapie respiratoire et asthme

Résumé

L'asthme, affection inflammatoire des bronches, peut présenter différents tableaux cliniques de gravité variables. La qualité de la relation créée avec le malade asthmatique détermine la réussite du projet thérapeutique mis en place avec le patient. Celui-ci présente plusieurs volets que sont l'évaluation et l'auto-surveillance de la fonction respiratoire, le contrôle et si possible l'éviction des facteurs déclenchants, l'adaptation du traitement médicamental et la maîtrise de l'acte ventilatoire. Le désencombrement bronchique doit s'adapter au degré d'obstruction des voies aériennes et repose essentiellement sur la modulation de l'augmentation du débit expiratoire.
L'activité physique est fortement recommandée chez l'asthmatique, parfois associé à la prise préventive d'un bronchodilatateur avant l'effort.
Mots-clé: *Asthme, kinésithérapie respiratoire*

Introduction

L'asthme, affection inflammatoire chronique et dynamique des voies aériennes, associe bronchoconstriction, œdème et hypersecrétion bronchique. La variabilité inter- autant qu'intra-individuelle nécessite une approche graduée du traitement permettant une certaine flexibilité. En effet, selon les moments et les individus, la symptomatologie clinique peut aller d'un simple équivalent asthmatique (toux spasmodique nocturne) jusqu'aux crises les plus sévères risquant de mettre en jeu le pronostic vital à court terme.

Les objectifs du traitement de l'asthme sont d'améliorer la qualité de vie du patient par le contrôle des symptômes, la prévention des poussées et le rétablissement d'une fonction pulmonaire durable.

Le kinésithérapeute, en collaboration avec le médecin, a donc un rôle fondamental dans l'éducation, l'évaluation et la surveillance de la fonction pulmonaire, le contrôle des facteurs déclenchants, l'adaptation de la thérapeutique et la maîtrise de l'acte ventilatoire ainsi que du désencombrement bronchique associé souvent à un entraînement à l'effort.

La relation patient/thérapeute

L'éducation du patient et de son entourage nécessite tout d'abord d'expliquer, «d'enseigner» la maladie asthmatique. Le kinésithérapeute doit, en collaboration avec le médecin, inciter le patient à se sentir motivé, qualifié et confiant en sa capacité à contrôler son asthme.

Il est donc nécessaire de créer une relation, maîtrisée par le thérapeute qui détermine la qualité de la communication que nous avons avec notre malade et donc l'efficacité de notre traitement.

Le projet thérapeutique

La première étape correspond au recueil d'information qui s'alimente du bilan kinésithérapique, de la lecture du dossier et de l'analyse des examens complémentaires (EFR, radio, gaz du sang, etc.).

Le bilan kinésithérapique doit permettre la reconnaissance, à un instant donné de la maladie, des signes cliniques traduisant les phénomènes physiopathologiques sous-jacents et l'appréciation des critères de qualité de fonctionnement de l'appareil respiratoire.

Un projet intentionnel fixe ensuite les objectifs de la kinésithérapie. Celui-ci peut être réactualisé au cours de la rééducation par l'évaluation régulière de la progression dans l'atteinte de ces objectifs.

Enfin, un projet programmatique fixe le choix des modalités

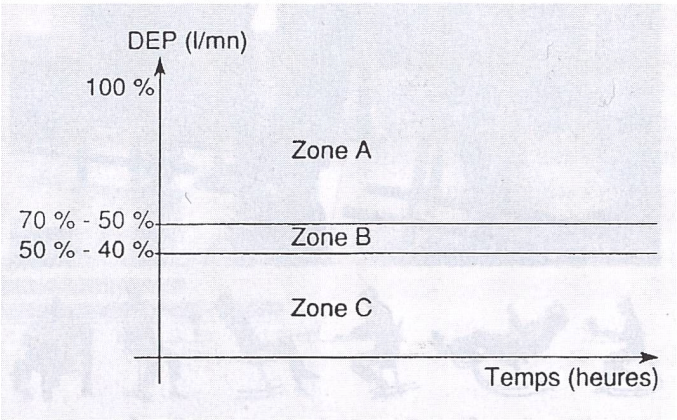


Fig. 1: Utilisation du DEP dans la surveillance de l'asthme:
- *Le DEP à 100 % représente le DEP maximum que le malade peut obtenir en période stable.*
- *La zone A correspond à la présence de gène respiratoire.*
- *La zone B correspond à la présence de signes d'irritation nécessitant bronchodilatateur et/ou médicament anti-inflammatoire. Le maintien du DEP dans cette zone, malgré le traitement, justifie une surveillance accrue et/ou une modification du traitement.*
- *La zone C correspond à une obstruction bronchique sévère nécessitant une corticothérapie. Le maintien en zone C au delà d'une heure, malgré la corticothérapie et les bronchodilatateurs nécessite une consultation médicale en urgence.*

techniques les plus adaptées au patient et à sa pathologie.

L'évaluation et la surveillance de la fonction respiratoire

L'évaluation et la surveillance de la fonction pulmonaire nécessitent un moyen simple, rapide et reproductible. La mesure du débit expiratoire de pointe (DEP) est le meilleur élément d'appréciation de l'évolutivité de la crise d'asthme. L'apprentissage de cette mesure, relativement aisé, doit être réalisé très tôt, car ce n'est pas au moment de la crise, en pleine anxiété qu'on pourra le faire correctement. Le rôle du kinésithérapeute est, au delà de l'apprentissage, d'expliquer l'intérêt de cette mesure et mettre en œuvre une éducation orientée vers l'autonomie et l'autosurveillance (fig. 1).

Ce paramètre nous guide dans les objectifs de rééducation. Il permet d'adapter nos techniques, notamment de désencombrement pulmonaire, au degré d'obstruction. De même, il peut justifier la sollicitation de bronchodilatateurs, d'en assurer l'utilisation optimale et d'en vérifier l'efficacité.

Le contrôle des facteurs déclenchant des crises d'asthme

Le contrôle des facteurs déclenchant des crises d'asthme est important dans la stratégie de la prévention. Une éviction judicieuse des facteurs déclenchants peut réduire les symptômes, le besoin de médicaments et l'hyperréactivité non-spécifique des voies aériennes.

Quelques mesures simples d'hygiène de vie à la maison doivent être préconisées:

- aérer quotidiennement, notamment la chambre à coucher;
- bannir les nids à poussière potentiels (tentures, doubles rideaux, etc.);
- choisir une literie (matelas, oreillers, couette, ect.) en matière synthétique et un revêtement de sol lavable;
- découvrir tous les jours le matelas pour limiter l'humidité au niveau de la literie (l'humidité favorise la multiplication des moisissures et des acariens);
- envisager le traitement régulier de la literie avec un produit anti-acarien, à pulvériser tous les deux à trois mois en particulier sur le matelas et les oreillers;
- faire le ménage à fond au moins une fois par semaine et passer l'aspirateur sur le matelas et la literie;
- garder le chat ou le chien, s'il y en a, à l'extérieur de la chambre à coucher;
- habiller éventuellement le matelas avec une housse «Gore-Tex» pour isoler les dormeurs des acariens;
- imposer à l'enfant un nombre limité de peluches et les choisir lavables.

Beaucoup de mesures sont à prendre pour la chambre à coucher, car c'est la pièce de la maison où l'on passe le plus de temps. C'est aussi le repaire de prédilection des acariens de la poussière de maison.

La thérapeutique médicale

L'adaptation de la thérapeutique prescrite par le médecin doit permettre d'identifier le traitement minimum permettant de maintenir le contrôle de la maladie. L'obtension et le contrôle de cette affection semble requérir un traitement quotidien par anti-inflammatoire et éventuellement par des bronchodilatateurs d'action rapide que sont les Béta 2 mimétiques sélectifs. L'efficacité de la thérapeutique est jugée par la mesure du DEP, reportée sur des fiches journalières qui permettent d'avoir un suivi dans le temps. Ce recueil d'informations est alors précieux pour le médecin afin d'affiner éventuellement son traitement.

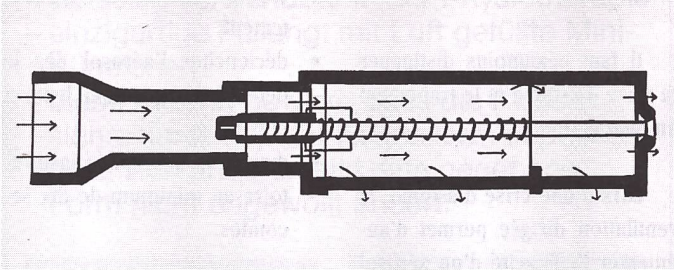


Fig. 2: Un débitmètre de pointe: Le «Mini-wright-peak-flow-meter».

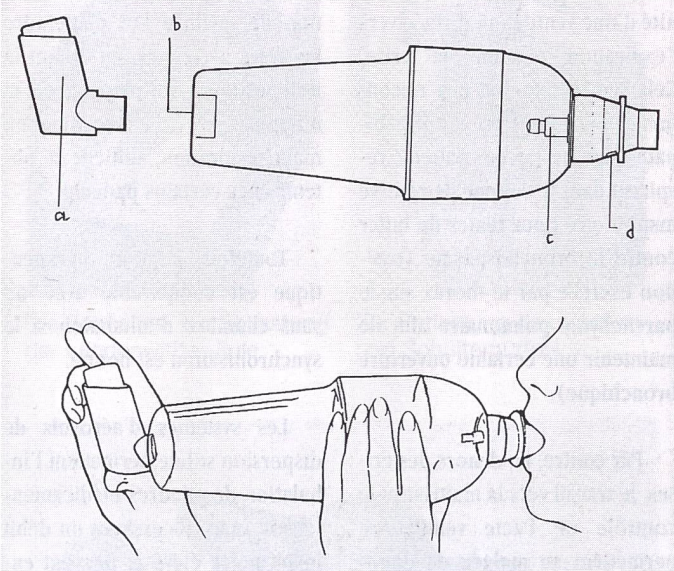


Fig. 3: Chambre d'inhalation pour aérosol-doseur:
- *a: aérosol-doseur*
- *b: orifice pour l'aérosol-doseur*
- *c: valve anti-retour*
- *d: orifice expiratoire*

La maîtrise de l'acte ventilatoire

La maîtrise de l'acte ventilatoire a plusieurs objectifs:

- une meilleure synchronisation des mouvements respiratoires (cage thoracique, abdomen) et une réharmonisation du jeu musculaire (le diaphragme essentiellement);
- une mesure correcte, fiable et réproductible du débit de pointe;
- une prise correcte des aérosol-doseurs.

La réharmonisation du jeu synergique agoniste-antagoniste du couple abdomino-diaphragmatique nécessite une prise de conscience de la respiration à différents niveaux (abdominal, thoracique haut et bas) et des exercices de placements ventilatoires.

Pratique

Il faut néanmoins distinguer la crise d'asthme et le traitement au long cours:

Lors d'une crise d'asthme, la ventilation dirigée permet d'augmenter l'efficacité d'un aérosol de bronchodilatateur par la simple diminution de la fréquence respiratoire. Par contre il existe une controverse sur l'opportunité d'une ventilation dirigée vers l'expiration pendant la crise. Cela semble en effet peu raisonnable d'un point de vue physiopathologique car ces patients respirent dans le volume de réserve inspiratoire pour tenter de lutter contre le bronchospasme (traction exercée par le thorax sur le parenchyme pulmonaire afin de maintenir une certaine ouverture bronchique).

Par contre, en dehors des crises, le travail vers la maîtrise et le contrôle de l'acte ventilatoire permettent au malade de dominer la sensation de dyspnée et d'étouffement lors des crises. Des exercices de placement ventilatoire à prédominance expiratoire sont indiqués si le patient présente une tendance à la distension thoraco-pulmonaire.

La mesure du DEP, réalisée à l'aide d'un petit appareil de type «Mini-wright-peak-flow-meter» (fig. 2), nécessite une inspiration maximale préalable, une étanchéité lors de l'introduction de l'embout dans la bouche et une expiration brutale et rapide. La mesure retenue est la meilleure de trois essais successifs.

La prise correcte d'aérosol-doseur nécessite un apprentissage lors des séances de kinésithérapie et suit un protocole strict:

- agiter le doseur;
- placer l'embout buccal à quelques centimètres de la bouche;
- expirer lentement et complètement;
- déclencher l'aérosol dès le début de l'inspiration, lente et maximale;
- maintenir une apnée inspiratoire au minimum de dix secondes.

L'utilisation d'une chambre d'inhalation (fig. 3), munie ou non d'une valve unidirectionnelle, permet à une plus grande fraction de médicament d'atteindre les voies aériennes, en évitant la redéposition oro-pharyngée, et n'impose plus la coordination main/respiration, difficile à obtenir chez certains patients.

Toutefois, l'action thérapeutique est comparable avec ou sans chambre d'inhalation si la synchronisation est bonne.

Les systèmes d'aérosols de dispersion solide permettent l'inhalation de poudres médicamenteuses, mais nécessitent un débit inspiratoire élevé et peuvent entrainer une irritation déclenchant toux et parfois bronchospasmes.

Le désencombrement bronchique

L'accélération du flux expiratoire technique de désencombrement bronchique, utilisant l'augmentation du flux expiratoire pour mobiliser les sécrétions de la périphérie vers la trachée, est la technique de choix. En effet, elle s'adapte:

- au patient (enfant ou adulte);
- à la pathologie (obstructive ou non, tenant compte de la fatigabilité);
- à la topographie de l'encombrement.

L'accélération du flux expiratoire est en fait une expiration active ou passive à plus ou moins haut volume pulmonaire dont la vitesse, la force et la longueur peuvent varier pour trouver le débit optimal nécessaire au désencombrement bronchique.

Chez l'asthmatique l'accélération du flux expiratoire doit être modulé en fonction du degré d'obstruction des voies aériennes. Le flux expiratoire doit être modérément accéléré (suffisamment pour vaincre les résistances bronchiques) pour drainer l'ensemble des voies aériennes. L'utilisation d'un frein expiratoire modéré (ex.: frein buccal) peut retarder le collapsus bronchique.

Enfin le malade doit apprendre à dominer les quintes de toux épuisantes et souvent peu productives par l'utilisation du réflexe de déglutition. Celui-ci consiste à fermer la bouche, serrer les dents, déglutir et ensuite inspirer lentement par le nez.

Le réentrainement à l'effort

L'activité physique et le sport sont vivement conseillés dans l'asthme, en particulier chez l'enfant.

Le sport peut apporter un bénéfice sur le plan physique en améliorant les capacités respiratoires (bronchodilatation, amélioration des performances diaphragmatiques) et sur le plan psychique en redonnant confiance à l'asthmatique et en lui évitant de se sentir exclu.

La natation, la marche, la course à pied et le cyclisme sont des sports conseillés. Une seule activité sportive est contre-indiquée: la plongée sous-marine avec bouteilles.

Chez certains asthmatiques, une crise d'asthme peut néanmoins survenir à l'effort. Elle est favorisée en particulier par le temps froid et sec, la respiration par la bouche entraînant une irritation bronchique (absence d'humidification nasale). Pour éviter d'être géné à l'effort, un bon échauffement, en respirant par le nez le plus longtemps possible (le fait d'interposer une écharpe sur le visage favorise le réchauffement et l'humidification de l'air respiré) est recommandé, ainsi que la prise d'un bronchodilatateur avant l'effort.

En cas de gène, il ne faut pas forcer et prendre un à deux bouffées d'un bronchodilatateur.

Conclusion

Le kinésithérapeute a donc un rôle important dans la prise en charge d'un malade asthmatique, à condition que celle-ci soit précoce, car trop souvent les malades sont adressés au kinésithérapeute à un stade avancé de leur maladie (insuffisance respiratoire chronique avec distension majeure).

Bibliographie:

Delplanque, D.; Antonello, M.: Kinésithérapie et réanimation respiratoire. Masson, Paris 1994.

Postiaux, G.; Lens, E.; Chapelle, P.: Arbre de décision thérapeutique en kinésithérapie respiratoire. Kinésithérapie Scientifique, 245, 38–48, 1986.

Prise en charge des crises d'asthme aiguës graves de l'adulte. Conférence de consensus. Réa. Soins intens. Méd. Urg., 5, 25–31, 1988.

Wils, J.; Lepresle, Cl.: L'accélération du flux expiratoire. Troisième journées de kinésithérapie et réanimation, pp. 46–58. Expansion Scientifique Française, Paris 1989.

NEU: ekaTherm®

Die Kalt-Warm Kompresse mit neuem Spezial-Gel

- Wärme- **und** Kälteanwendung
- Erwärmung in Mikrowelle (2-4 Min.)
- hohe Speicherkapazität
- formbeständig
- anschmiegsam
- weich und elastisch
- lange Haltbarkeit
- desinfizierbar
- umweltfreundlicher Inhalt

Grössen: 16 x 26 cm klein
24 x 32 cm mittel
28 x 36 cm gross

erhältlich in den Farben: **blau**, **pink**, **türkis** und **lila**

BIOTAN AG, Blegistr. 13, 6340 Baar
Tel.: 042 32 33 70 Fax.: 042 32 12 75

	M	L	XL
weiss			
grau			
lila			

Name / Vorname
Strasse
PLZ / Ort
Datum / Unterschrift

Ich bestelle ___ Stück T-Shirts zum Preis von Fr. ___ pro Stück, plus Versandspesen
Bestellen bei: Collection Matthias GmbH, Mühlemattweg 46, 3608 Thun
Telefon/Fax (033) 36 86 55
Preise: 1–5 Stk: Fr. 35.–/6–10 Stk: Fr. 28.–/11–20 Stk: Fr. 27.–/ab 21 Stk: Fr. 26.–

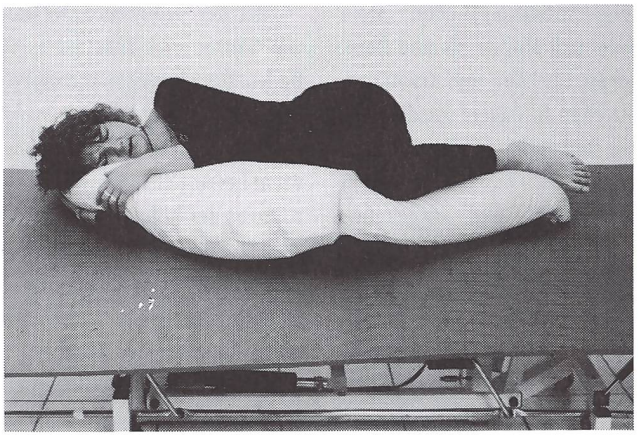
CorpoMed®-Kissen

für eine bessere Lagerung

- vielseitig verwendbar in der Physiotherapie
- einzigartige Füllung: mit Luft gefüllte Mini-Kügelchen
- diese Füllung bewirkt, dass die Kissen sich einerseits jeder Körperform anpassen, dass sich andererseits eine gegebene Form nicht ungewollt ändert.

Die Schnecke: zur Entlastung der Lendenwirbelsäule

Zur Entlastung des Nacken- und Schultergürtels



Seitenlage ohne Rotation in der Wirbelsäule

Senden Sie mir bitte:

❑ Prospekte
❑ Preise, Konditionen

Stempel:

BERRO AG
Postfach, 4414 Füllinsdorf, Telefon 061 - 901 88 44
7-G