BPCO + ergothérapie

5 décembre 2015 Congrès BVPV- SBIP

D'Hayer Angélique - Coralie Colbrant Ergothérapeute – Kinésithérapeute Médecine Physique et réadaptation



Introduction

Définition

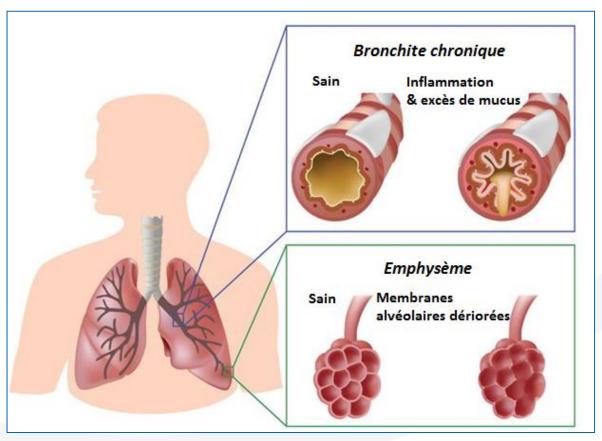
- Qu'est-ce que la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive ?
 - Maladie inflammatoire
 - Limitation des débits aériens
 - Incomplètement réversible et progressive
 - Causes : Tabac, pollution...



Introduction

Définition

Qu'est-ce que la bronchite chronique et l'emphysème ?



Cliniques universitaires Saint-Luc – D'Hayer et Colbrant

Toux et
expectorations >3
mois/an et
2 années
consécutives

Distension
espaces aériens
et destruction des
parois alvéolaires

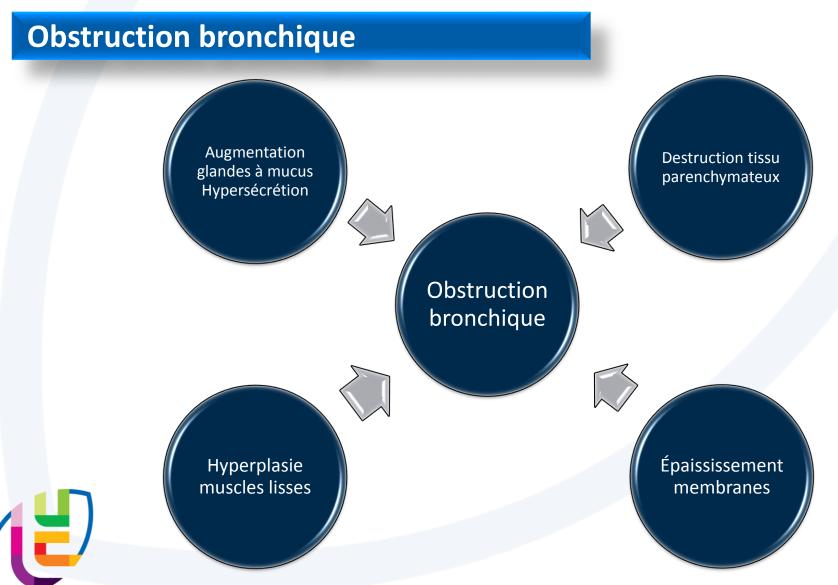


Limitation du flux expiratoire

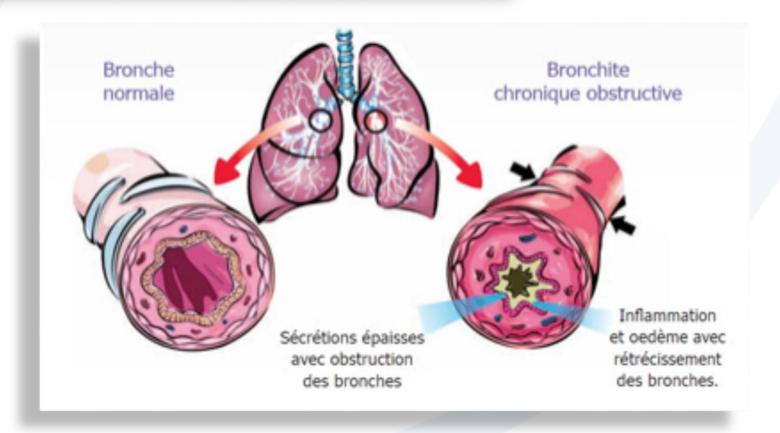
- Chez une personne saine :
 - ✓ Inhalation gaz nocifs → réponse inflammatoire normale
 - Touche voies aériennes, parenchyme et arbre vasculaire bronchique

- Chez un patient BPCO :
 - Modification de la réponse inflammatoire

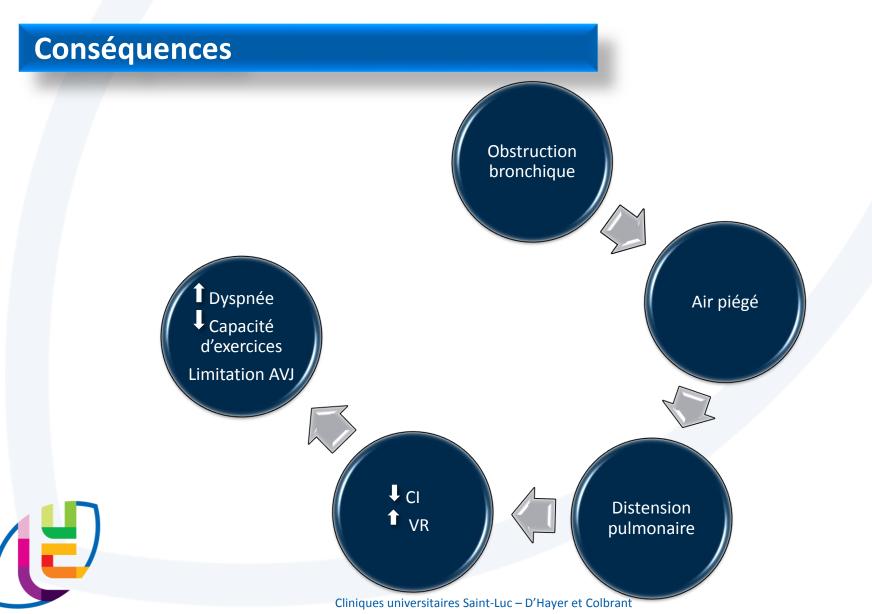




Obstruction bronchique







Symptômes et nouvelle classification

- La toux
- La dyspnée
- L'expectoration

Spirométrie	VEMS ≤ 50%	С	D	≥ 2 exacerbations par an	Exacerbations
nétrie	VEMS > 50%	A	В	< 2 exacerbations par an	bations
		CAT < 10 et/ou mMRC ≤ 1	CAT ≥ 10 et/ou mMRC > 1		
		Symptômes			



Aggravation des symptômes de la BPCO

Exacerbation

- Majoration des trois symptômes principaux > 48h
- Détérioration de la fonction pulmonaire
- Diminution de la qualité de vie
- Augmentation du risque de mortalité et d'hospitalisation



Aggravation des symptômes de la BPCO

3 niveaux d'exacerbation:

- Légère : simple modification du traitement inhalé
- Modérée : intervention médicale avec antibiothérapie et/ou corticothérapie systémique
- Sévère : hospitalisation

Hospitalisation

- Facteur de mauvais pronostic
- Mortalité intra hospitalière (10 à 15%) et extra hospitalière importante
- Optimiser la prise en charge hospitalière

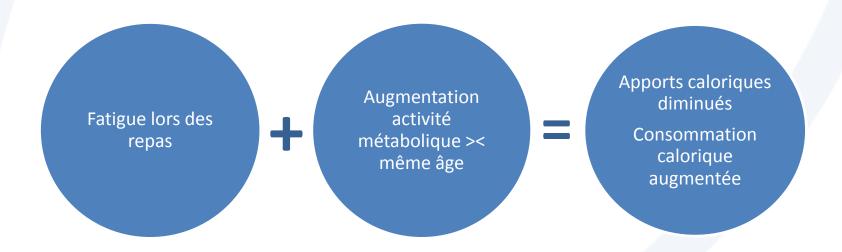


Conséquences physiques et morales

- 1) L'activité métabolique
- 2) La tolérance à l'effort



1) L'activité métabolique

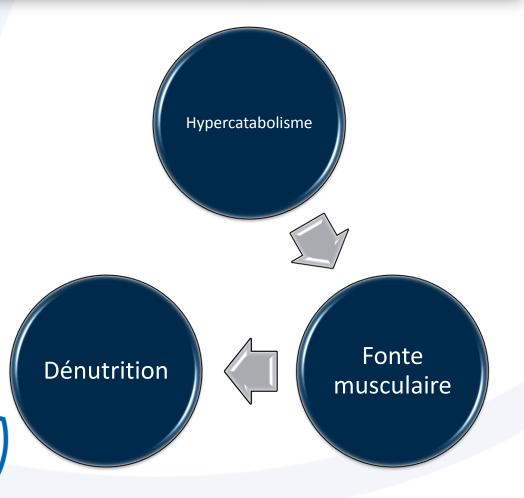




1) L'activité métabolique



Dénutri ≠ Maigre



L'activité métabolique

Importance :

- Du suivi alimentaire (<u>pas que</u> patients maigres)
- De motiver le patient à manger
- De l'aider à couper sa nourriture
- De laisser le plateau repas plus longtemps
- De réchauffer leur plat



- A l'état stable : tolérance diminuée
- Importance d'un programme de revalidation (ATS/ERS)
- Patient BPCO dyspnéique ou déconditionné
- Sensibilisation et recrutement du patient !!!



- Effet de la revalidation pulmonaire
 - Améliore la tolérance à l'exercice
 - Améliore la force musculaire
 - Améliore la qualité de vie
 - Réduit la dyspnée et la fatigue musculaire

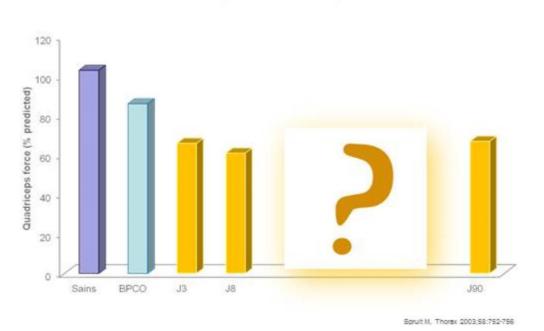


- Durant l'hospitalisation : difficulté plus importante
- Différentes causes :
 - Alitement prolongé (perte de force importante)
 - Haut dosage de corticostéroïdes
 - Bilan protéique diminué (apport calorique faible)
 - Augmentation de la dépense énergétique



La tolérance à l'effort

DYSFONCTION MUSCULAIRE ET EXACERBATION





- Durant l'hospitalisation : difficulté plus importante
- Différentes causes :
 - Alitement prolongé (perte de force importante)
 - Haut dosage de corticostéroïdes
 - Bilan protéique diminué (apport calorique faible)
 - Augmentation de la dépense énergétique



- Effet de la réhabilitation précoce
 - Améliore les symptômes du patient
 - Améliore la qualité de vie
 - Améliore la tolérance à l'effort
- Réhabilitation en hospitalisation (48 heures)
 - Améliore la force musculaire
 - Améliore la performance de marche
 - Récupération plus rapide de l'endurance de marche



- Importance de motiver le patient à :
 - Sortir du lit
 - Rester au fauteuil
 - Faire sa toilette seul
 - Se déplacer seul



Plan

- Introduction
 - **○** Lieu de travail de l'ergothérapeute
 - O Cercle vicieux du déconditionnement
- Ergothérapie et revalidation pulmonaire
 - Evaluation
 - Techniques d'économie d'énergie et de gestion du souffle

Conclusion

Introduction

Lieux de travail de l'ergothérapeute

- En hospitalisation
 - PEC individuelle
 - Equipe pluridisciplinaire
 - Projet commun : retour à domicile, amélioration de la qualité de vie (QdV)
- En revalidation pulmonaire
 - PEC de groupe
 - Equipe pluridisciplinaire
 - Projet commun : améliorer la qualité de vie



Pourquoi la qualité de vie diminue ?

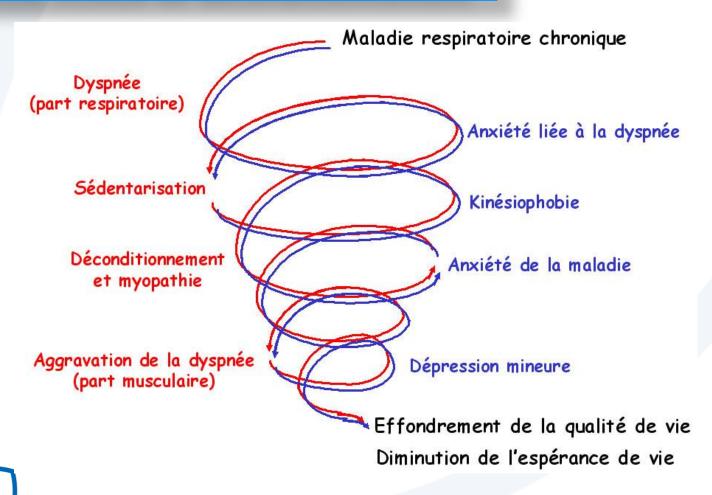
■ BPCO → Dyspnée dans les activités de la vie journalière (AVJ)

= Abandon de l'activité

- → Diminution des AVJ
- → Augmentation de l'intolérance à l'effort (Aguilaniu and al. 2008)
- → Diminution de la QdV



Cercle vicieux de déconditionnement





La revalidation pulmonaire comprend :

- Réentrainement à l'effort
- Renforcement musculaire
- Ergothérapie
- Education thérapeutique
- Suivi psychologique
- Conseils diététiques
- Accompagnement social
- Arrêt du tabac



Ergothérapie et revalidation

Rôles de l'ergothérapeute repris dans la littérature

- Evaluer le patient
- Proposer des aides techniques
- Diminuer les risques de chutes : aide à la marche
- Aménager le domicile
- Eduquer le patient



Evaluations

- La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)
 - Entretien semi-structuré
 - But : Définir des objectifs significatifs
 - 3 catégories : soins personnels, productivités et loisirs
 - Hiérarchisation des objectifs du patients (5 max)
 - Demande le rendement et la satisfaction

Source: Mary Law and Al. 2014

Le patient est au centre de sa thérapie, c'est lui qui nous mène vers l'amélioration de sa qualité de vie.

→ Ses objectifs significatifs



 « Les activités quotidiennes ne sont pas uniques aux ergothérapeutes et sont utilisées sur une base régulière par plusieurs professionnels de la santé »

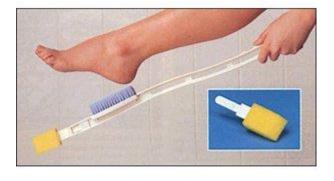


Objectif du patient : se laver et s'habiller en diminuant son essoufflement

- 1) On évalue/observe le patient dans l'activité
- 2) On propose des techniques d'économie d'énergie et de gestion du souffle :
 - a) Aides techniques (AT)
 - b) Aménagements de l'environnement
 - c) Adaptation de son souffle à son activité
 - d) Adoption de nouveaux comportements



a) Les aides techniques



























b) Aménagement de l'environnement











Source: Advys, identité

c) Adapter son activité à son souffle

Planifiant

Ex: Préparer les vêtements la veille

Séquençant / fractionnant

Ex : Faire des pauses préventives plutôt que des pauses d'essoufflement

Hiérarchisant / priorisant

Ex : Vais-je couper mes ongles de pieds le même jour que je lave mes cheveux ?

Déléguant

Ex: Demander d'aller chercher le shampoing dans la réserve quand il est vide



d) Adopter de nouveaux comportements

- Se laver les cheveux à une main
- Couper la douche pour se savonner
- Technique lèvre pincée lors de l'expiration
- Accrocher le pommeau de douche pour libérer les MS
- Etre assis : laver les jambes, mettre ses chaussettes et chaussures
- Favoriser les déodorants à billes plutôt que les aérosols



- Accrocher son soutien-gorge devant et puis le tourner
- Si les étagères d'armoires sont hautes avoir une petite marche pour diminuer l'amplitude des MS
- Réaménager les armoires
- Aérer la pièce
- Appuyer les coudes sur le lavabo pour se brosser les dents, se raser, se coiffer...
- Si lunettes d'oxygène, privilégier les vêtements qui se boutonnent devant (chemisier, robe...)



Conclusion

Le grand **défi** des équipes toutes disciplines confondues est de respecter le **rythme** du patient tout en le stimulant à **bouger**. C'est l'entraîner à **économiser** son souffle et son énergie mais l'encourager à faire une **activité physique**.





