

L'hospitalisation en unité de pneumologie après passage en Soins intensifs : étape de transition vers un retour à domicile

Th. Golard
Service de pneumologie





Plan de l'exposé

- Principe de la prise en charge à la sortie des Soins intensifs
 - Philosophie de la prise en charge à la sortie des Soins intensifs
 - Critères du retour à domicile
 - Comment organiser la sortie
 - Mesures préventives à mettre en place
 - Mise en place de la démarche palliative
- Place de l'éducation thérapeutique ?
 - Type de prise en charge en fonction de la situation pathologique :
 - Problème aigu chez un patient sans co-morbidités
 - Problème aigu révélant un pathologie chronique
 - Problème aigu chez un patient connu
 - Le patient BPCO : modèle de prise en charge intégrée
 - Place de l'éducation thérapeutique dans la prévention des exacerbations

La philosophie de la prise en charge à la sortie des Soins intensifs : elle est régie par deux règles :

1. Obtenir une récupération fonctionnelle dans les meilleurs délais
1. Anticiper la destination du patient

Les taux d'occupation actuels (80,2% pour l'année 2016) impliquent une **démarche pro-active** pour réduire au maximum les durées de séjour (4,6 jours pour l'année 2016) !

La philosophie de la prise en charge à la sortie des Soins intensifs : elle est régie par deux règles :

1. Obtenir une récupération fonctionnelle dans les meilleurs délais.

Ceci implique :

- Viser rapidement l'autonomisation : retrait des KT et autres sondes, sevrage de l'O₂, lever précoce et mise en charge, ...
- Evaluation multi-disciplinaire initiale afin de définir le plan thérapeutique à adopter :
 - Rationalisation du traitement médicamenteux
 - Rôle du kiné
 - Place de la logopède
 - Place de la diététicienne

La philosophie de la prise en charge à la sortie des Soins intensifs : elle est régie par deux règles :

2. Anticiper la destination du patient :

- Retour à domicile ?
- Orientation vers un service de revalidation ou de long séjour (MR, MRS) ?
- Mise en place d'une démarche palliative ?

Suivant l'impact fonctionnel du problème de santé, il convient de faire intervenir rapidement le service social si le retour à domicile est compromis ou si le domicile doit être adapté

Rôle primordial d'une bonne coordination des intervenants d'aval : médecin de famille, service de soins à domicile, kiné, ...

Critères du retour à domicile

Il n'y pas de critères définis -> préconiser une évaluation quotidienne sur l'état du patient.

Paramètres à contrôler :

- Paramètres cliniques et fonctionnels
- Paramètres socio-économiques
- Paramètres d'autogestion

Comment organiser la sortie ?

But : assurer le meilleur suivi au domicile afin d'obtenir la meilleure qualité de vie possible et d'éviter la réhospitalisation.

- S'assurer que le patient a reçu et compris les conseils sur la maladie
- Contacter et informer les professionnels de santé concernés
- S'assurer que les documents de sortie sont prêts et mis à jour
- Inscrire le patient dans une démarche de suivi et de contrôle de la maladie et de ses comorbidité. En insistant sur le sevrage tabagique.

Mesures préventives à mettre en place

Objectif :

Que le malade reçoive les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures et au bon moment.
Le tout au meilleur coût.

Le suivi doit être assuré par un médecin pneumologue (consultations), médecin généraliste, infirmière référente et d'étage (suivi téléphonique, entretiens,...), kinésithérapeute (en chambre et en salle), infirmière à domicile, diététicienne, AS (environnement), psychologue, tabacologue.

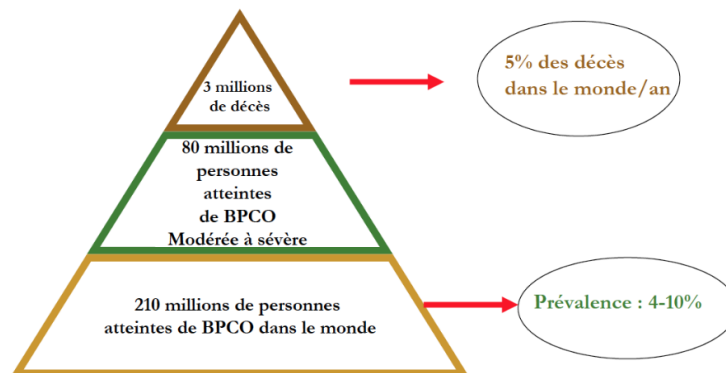
Importance de la coordination !!!

Mise en place de la démarche palliative

- Quand envisager la mise en place d'une démarche palliative ?
- Existe-t-il des moyens de prédire la survie d'un patient souffrant d'une pathologie respiratoire chronique ?

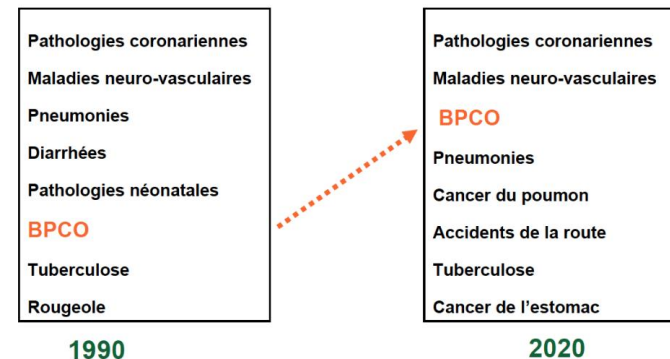
S'il était utile de le rappeler ...

La BPCO : une affection fréquente



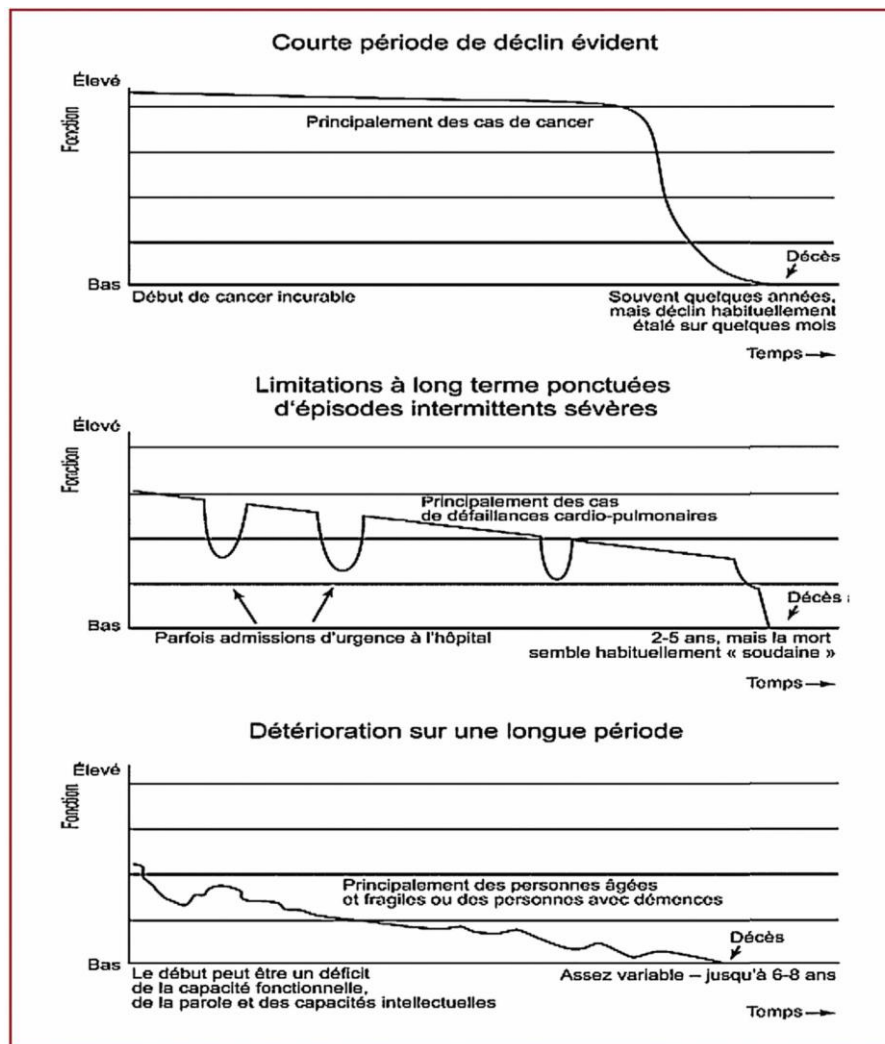
OMS, 2008

Mortalité



Mise en place de la démarche palliative

L'exemple du patient BPCO



Mise en place de la démarche palliative

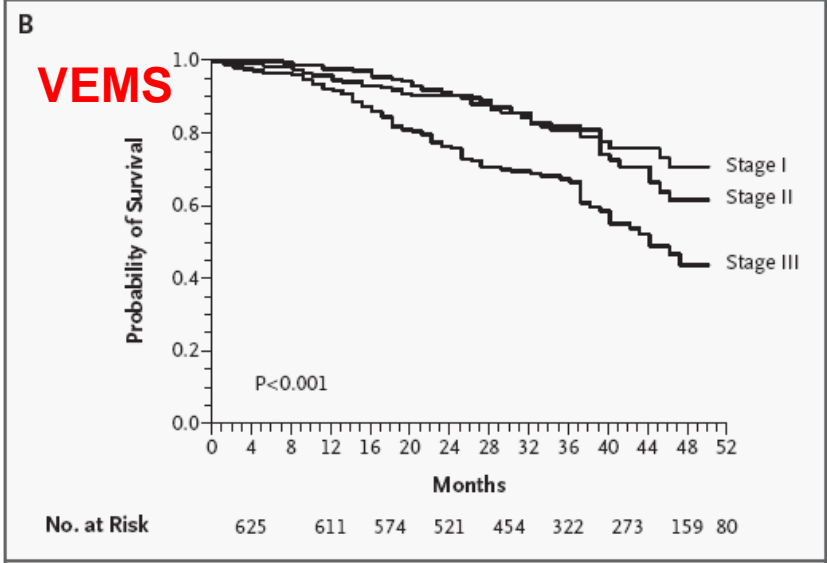
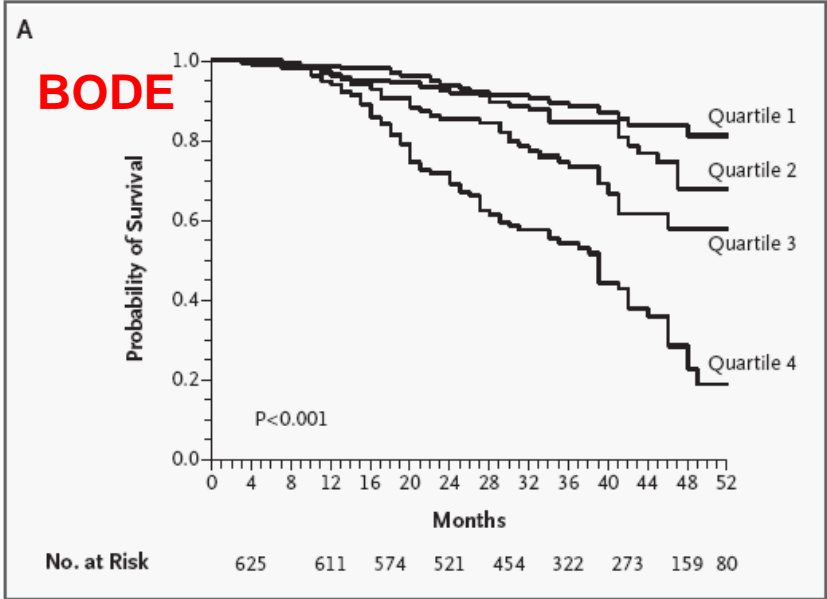
Existe-t-il des moyens de prédire la survie d'un patient souffrant d'une pathologie respiratoire chronique ?

L'exemple du patient BPCO

Table 2. Variables and Point Values Used for the Computation of the Body-Mass Index, Degree of Airflow Obstruction and Dyspnea, and Exercise Capacity (BODE) Index.*

Variable	Points on BODE Index			
	0	1	2	3
FEV ₁ (% of predicted) [†]	≥65	50-64	36-49	≤35
Distance walked in 6 min (m)	≥350	250-349	150-249	≤149
MMRC dyspnea scale [‡]	0-1	2	3	4
Body-mass index [§]	>21	≤21		

Quartiles	
1	0-2
2	3-4
3	5-6
4	7-10



Mr G.S. 64 ans : adressé pour avis

Médicaments :

Acétylcystéine, Spiriva, Sérétide et Duovent.

Affection actuelle :

Monsieur Guilmot est âgé de 64 ans, il était employé de banque et est retraité depuis 54 ans (du fait d'une restructuration). Il fume depuis l'âge de 18 ans environ, +/- 20 cigarettes par jour, soit une consommation cumulée avoisinant les 30 PA. Il ne présente guère d'autre ennui de santé que respiratoire. Cet homme vit seul depuis son divorce en 2001. Il est très sédentaire avec mauvais moral (lié à sa perte d'autonomie) et dyspnée survenant pour des efforts légers de la vie quotidienne. Il n'accuse aucune tendance à la surinfection respiratoire à répétition et réalise bien la vaccination anti grippale mais pas anti pneumococcique. L'appétit est médiocre, le poids est légèrement à la baisse. Pyrosis rare. Il a remarqué pour la première fois cette été la survenue d'œdèmes des membres inférieurs assez important. Il dort mal du fait d'une difficulté d'endormissement et d'un trouble du maintien de la continuité de sommeil. Ceci ne semble pas en rapport avec des plaintes respiratoires.

Le sommeil est toutefois jugé récupérateur. Le dérm bronchorrhée. Il se déplace en moto avec plus ou moins machine).

Examen clinique :

62kg - 184cm - BMI : 18,3kg/m².

Biologie (résultats anormaux) du 24/04 :

vol.globulaire moyen : 107 micron³. CRP : 5.08 mg/L. Glycémie 143 U/L (+).

Tomodensitométrie thoracique de juillet dernier : absence d'emphysème destructeur panlobulaire extensif avec no lobaires moyennes. Petite lame de collapsus parenchymal droit avec une légère distorsion de la trame bronchique as nodulaires répartis dans les deux champs pulmonaires ; note une régression de la taille des deux éléments nodulaires gauche (de 12 à 7 mm pour le plus volumineux). Disparition des autres éléments nodulaires paraissent stables. On retrouve de petites impactions de mucus au sein des bronches gauche. Pas d'image de cavitation suspecte.

Sur le plan médiastinal : pas d'adénomégalie. Ganglions ca droits.

Sur le plan osseux : stigmates de tassement du plateau supérieur de D11, d'aspect ancien, stable.

Par rapport à l'examen de juillet 2012, on constate une régression nette de certains nodules au niveau des deux apex et un statu quo global pour le reste.

Epreuves fonctionnelles respiratoires : trouble ventilatoire obstructif sévère avec atteinte très sévère des petites voies aériennes, altération sévère de la conductance spécifique, hyperinflation importante et coefficient de diffusion effondré (VEMS à 1.1L (32%), indice de Tiffeneau mesuré à 25%, D25 à 11%, D50 à 8%, D75 à 9%, CPT à 10.6L (140%), VR à 5.9L (230%), Sgaw à 15% et Kco à 6% (le 25/02)).

Test de marche de 6 minutes : distance parcourue de 278 mètres (42% des valeurs attendues) au prix d'une désaturation importante (SpO₂ passant de 92 à 87%) et d'une tachycardisation importante (FC passant de 92 à 109/min). EVA dyspnée 5/10 et fatigue 5/10.

CAT score : 18.

Exchocardiographie d'octobre 2012 : bonne dynamique globale et régionale avec une légère hypertrophie ventriculaire gauche entre 11 et 12 mm. Le ventricule gauche n'est pas dilaté et la fraction d'éjection est à 70%. Pattern mitral de type I. Sclérose aortique sans sténose. Cavités droites modérément dilatées. Gradient tricuspide entre 45 et 49 mmHg témoignant d'une hypertension artérielle pulmonaire nette. La veine cave inférieure ne se collabe pas. Elle est dilatée à plus de 20 mm.

Première consultation :
BODE : 7
Espérance de vie à 52
mois < 20%

Type de prise en charge en fonction de la situation pathologique

La philosophie de prise en charge varie en fonction de la situation pathologique :

- **Problème aigu chez un patient sans co-morbidités :**

la prise en charge vise la récupération fonctionnelle complète

- **Problème aigu révélant un pathologie chronique :**

un plan de prise en charge doit être établi incluant un important volet éducatif

- **Problème aigu chez un patient connu :**

le plan thérapeutique doit être revu et un contrôle des acquis doit être effectué

Le patient BPCO : modèle de prise en charge intégrée

Place de l'éducation thérapeutique dans la prévention des exacerbations

But: éviter l'hospitalisation et/ou la réhospitalisation

Comment?

- Déterminer les objectifs
 - Savoir
 - Savoir faire
 - Savoir être

- Contrôle du déroulement des actions

- Évaluation des objectifs

Le patient BPCO : modèle de prise en charge intégrée

Plusieurs méthodes pédagogiques:

- Information
- Le plan d'action

CARNET DE SUIVI



CARNET DE SUIVI

Références:

- Carnet de suivi du patient BPCO, <http://www.bpcO.org>
- GOLD, update 2017; <http://www.goldcopd.org>; dernière révision Mars 2017
- <https://www.bvp-sbp.org>

Clinique St-Luc Bouge - Service de pneumologie
Rue Saint-Luc 8, 5004 Namur
Tél : 081209461
081209320

BE/CARD-8E/SPO-171126 04/2017

Avec le soutien logistique de  **Boehringer
Ingelheim**

**Clinique de l'insuffisance
respiratoire**
Service de Pneumologie

FICHE PSY

Score HAD-A :

Score HAD-D :

Score BDI :

Traitement anxiolytique et antidépresseur :

.....

Génogramme :

.....

Remarques :

.....

FICHE DIÉTÉTIQUE

Rendez-vous chez la diététicienne

Diététicienne	Jour	Heure	Lieu

Prévoir 1h pour la première consultation (bilan) et 1/2h pour les suivis.
Renseignez-vous auprès de votre mutuelle si vous avez droit à un remboursement.
 En cas d'empêchement, veuillez annuler votre RDV le plus tôt possible
 au 081/20.99.16.

Activités physiques :

Activités sédentaires :

Impératifs /Loisirs :

Motivation et attentes

.....

Pathologies associées

Diabète / Obésité abdominale / HyperChol / Hypertrigly /

Syndrome Meta / Héritéité / HTA / Stress / Tabac / SAS ?

Autres

Histoire diététique

Histoire pondérale

Poids le plus bas ? A quel âge ?

Poids le plus haut ? A quel âge ?

PRISE EN CHARGE

• **Traitement médicamenteux :**

- Anticholinergique :
- Betamimétique :
- Corticoïde inhalé :
- Autre :

• **Vaccinations :**

• **Tabacologue :**

• **Diététique :**

• **Kinésithérapie respiratoire :**

• **Réhabilitation :**

• **Réduction pulmonaire :**

- Endoscopique :
- Chirurgicale :

• **Greffe pulmonaire :**

- Taille :
- Poids :
- Groupe sanguin :

• **Remarques :**

.....
.....
.....

INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM :

PRENOM :

DN :

Allergies :

Coordonnées :

Personne de contact :

Généraliste :

Pneumologue :

Pharmacien :

Kinésithérapeute :

Tabacologue :

Diététicienne :

Cardiologue :

Autre :

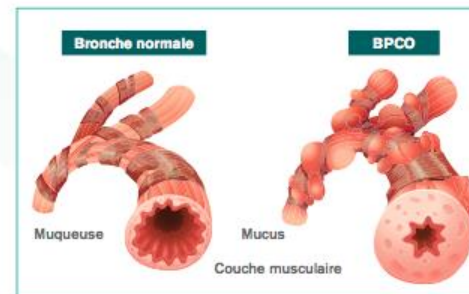
INFORMATIONS THEORIQUES

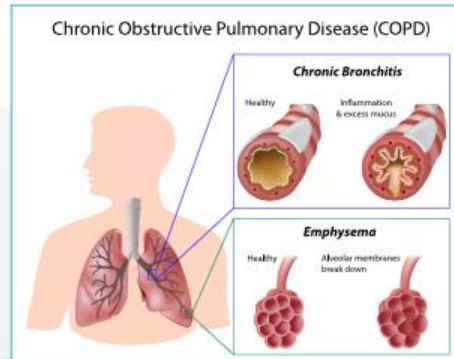
Plusieurs maladies respiratoires chroniques mènent à une insuffisance respiratoire mais la plus fréquente est la Broncho Pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Dans ce feuillet, vous trouverez plus d'informations sur cette maladie.

1. Qu'est-ce que c'est la BPCO ?

Définition

La BPCO est une maladie respiratoire chronique. Elle regroupe deux entités : la bronchite chronique, qui est une inflammation chronique des bronches responsable d'une diminution du calibre des voies aériennes et une augmentation des sécrétions bronchiques, et l'emphysème qui est une destruction de la paroi des alvéoles pulmonaires (zone responsable de l'oxygénation) et à la perte d'élasticité du poumon.



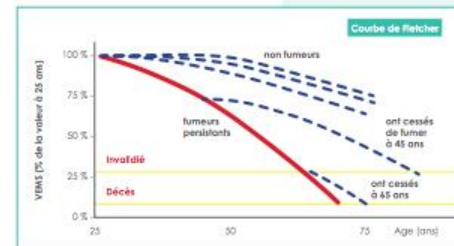


Cette maladie, longtemps asymptomatique, débute insidieusement par une toux, des expectorations matinales puis un essoufflement qui s'installe d'abord à l'effort et ensuite au repos. Elle est également responsable de poussées aiguës de la maladie (exacerbations) et favorise les épisodes infectieux.

Causes

Le tabagisme est la principale cause de BPCO : le déclin fonctionnel est plus rapide chez les fumeurs persistants (cf courbe ci-dessous). Lorsque vous arrêtez de fumer, le déclin fonctionnel redevient physiologique pour votre âge. Il n'est donc jamais trop tard pour cesser de fumer. Par ailleurs, il existe des cas liés à l'exposition professionnelle à des produits toxiques, des fumées, des poussières, ...

6

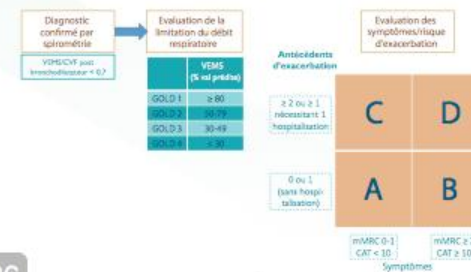


Fréquences

Dans le monde, environ 84 millions de personnes en souffrent. Elle est la 3^{ème} cause de mortalité. En Belgique, elle touche 400.000 personnes.

Sévérité

Selon votre capacité respiratoire, vos symptômes et le nombre d'exacerbations, on distingue quatre grades de sévérité :



7

La sévérité et le pronostic de votre maladie s'évalue donc par un interrogatoire précis de vos symptômes, plusieurs questionnaires sur le retentissement de la maladie, sur votre qualité de vie et des paramètres objectifs mesurés par des épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR), la saturation en oxygène au repos, lors d'un test de marche et éventuellement durant la nuit. Pour mieux préciser les mécanismes, les conséquences et la meilleure prise en charge de votre maladie, d'autres examens sont parfois utiles : gazométrie artérielle (prélèvement de sang au niveau du poignet), prise de sang, épreuve d'effort, scanner thoracique, fibroscopie bronchique, ...

Exacerbation

Une exacerbation de la BPCO est un événement aigu caractérisé par une dégradation des symptômes respiratoires de base (essoufflement, toux, expectorations) de plus de 2 jours qui nécessite une adaptation du traitement de fond. Elle peut être légère, modérée (motivant l'instauration d'antibiotique et/ou de cortisone) ou sévère si elle nécessite une hospitalisation et durer jusqu'à huit à douze semaines !

Elle peut être d'origine infectieuse (virale dans 40% des cas, bactérienne dans 40% ou à germe atypique) ou non (suite à la pollution, une embolie pulmonaire, une mauvaise prise du traitement de fond, ...).

Les exacerbations sont des événements indésirables dans la vie du BPCO pour plusieurs raisons :

Elles sont tout d'abord responsables d'un déclin fonctionnel respiratoire plus rapide, d'une augmentation des symptômes, d'un impact sur la qualité de vie et d'une augmentation de la mortalité.

Elles sont également responsables d'une fragilité transitoire qui augmente grandement le risque de faire une deuxième exacerbation dans les huit semaines qui suivent le premier épisode, volontiers plus sévère. Certains patients BPCO sont plus sujets aux exacerbations et ont un profil dit « exacerbateur ». Leur suivi doit être plus renforcé.

Il est donc primordial de tout faire pour les prévenir de manière optimale.

Comorbidités

D'autres maladies peuvent être associées à la BPCO. Les maladies cardiovasculaires (cœur, vaisseaux sanguins) sont fréquentes parce qu'elles sont également liées à l'âge et au tabagisme. La BPCO peut être associée à l'anxiété, à la dépression, à des problèmes de dénutrition, à l'ostéoporose, à des troubles du sommeil, ... Vu le tabagisme, il est également primordial de dépister le cancer. Ces maladies ou problèmes associés sont appelés comorbidités. Le dossier d'un patient BPCO est donc parfois complexe.

1. Anxiété

En moyenne, 50% des personnes souffrant de BPCO présentent des symptômes anxieux, avec une plus grande prévalence chez les femmes. L'anxiété peut altérer la vie sociale et la qualité de vie générale, elle augmente la fréquence des exacerbations et prolonge la durée des hospitalisations.

L'anxiété est un « état subjectif de détresse, un sentiment pénible d'attente et d'appréhension d'un danger à la fois imminent et imprécis ». Elle peut se traduire dans le comportement (agitation, fatigue, irritabilité, débit de parole rapide, concentration ralentie, perturbation du sommeil) et au niveau physique, sous forme de palpitations, d'aggravation de l'essoufflement ou de transpiration.

2. Dépression

Comme toutes les maladies chroniques, la BPCO favorise la dépression. On estime que 33% des patients BPCO présentent des symptômes de dépression modérée avec une augmentation jusqu'à 75% chez les personnes nécessitant une oxygénothérapie.

Les symptômes de dépression les plus fréquents sont un ralentissement moteur, une fatigue, des difficultés attentionnelles, des pertes de mémoire, une diminution de l'estime de soi. Avec le temps, elle peut donner lieu à des sentiments de tristesse, un pessimisme et une dépréciation de soi. Le regard des autres lié à la perte d'autonomie et à l'invalidité renforce également les symptômes dépressifs. Ceci renforce le cercle vicieux de l'isolement social et/ou professionnel.

3. Dénutrition

L'insuffisance respiratoire chronique provoque une réaction inflammatoire généralisée, une augmentation du travail des muscles respiratoires et par conséquent, une majoration du métabolisme énergétique au repos. Par ailleurs, l'essoufflement, l'anxiété, la dépression et la fatigue compliquent la prise alimentaire. Il existe donc un déséquilibre entre l'augmentation des besoins nutritionnels et une diminution de la prise alimentaire. Un état de dénutrition peut dès lors apparaître.

La dénutrition altère la qualité de vie, augmente la mortalité et la morbidité (augmentation des complications, de la fréquence et de la durée des hospitalisations).

4. Troubles du sommeil

Le sommeil représente un tiers de notre vie. C'est bien entendu une période capitale en terme de récupération pour pouvoir assurer un bon fonctionnement diurne mais également vitale pour le bon fonctionnement de certaines fonctions physiologiques, notamment endocriniennes. La perturbation du sommeil est donc responsable du développement ou de l'aggravation de certaines maladies (syndrome d'apnées du sommeil, mauvaise oxygénation nocturne, hypertension artérielle, infarctus du myocarde, déstabilisation d'un diabète, développement de certains cancers).

L'insuffisance respiratoire chronique est responsable d'une fragmentation du sommeil qui appauvrit sa qualité et provoque ainsi une fatigue diurne excessive. Elle peut être associée à d'autres maladies du sommeil qui aggravent encore la qualité de vie des patients et leurs pathologies chroniques. Au final, il a bien été montré qu'un patient BPCO souffrant de troubles chroniques du sommeil présente un risque accru de mortalité.

Compte tenu de la fréquence importante des troubles du sommeil dans la BPCO, ceci doit faire l'objet d'une attention toute particulière et bien entendu d'une prise en charge adéquate le cas échéant.

2. Quelles sont les mesures à prendre ?

Le traitement de la BPCO repose sur différents axes comportant la prévention, la prise en charge médicale, la réhabilitation respiratoire et dans certaines circonstances, le recours à certaines procédures très spécifiques.

Prévention

1. Tabagisme

A l'heure actuelle, aucun traitement ne permet de guérir cette maladie. La seule mesure préventive qui puisse stopper l'évolution de la maladie est donc l'arrêt du tabagisme. Quelles que soient les aides que nous pouvons vous proposer (médicamenteuse ou non), votre motivation est un élément-clé.

2. Vaccinations

Les vaccinations ne vous protègent pas de toutes les infections mais de certaines, les plus fréquemment impliquées chez les patients insuffisants respiratoires.

La vaccination antigrippale est conseillée chaque année. En effet, la grippe peut mener à une exacerbation modérée à sévère de BPCO et donc déboucher sur une hospitalisation.

Le pneumocoque est en Belgique le premier germe responsable de bronchite bactérienne et de pneumonie. La vaccination anti-pneumococcique est également recommandée. Si elle ne protège pas du risque de développer une infection à Pneumocoque, elle réduit toutefois grandement sa gravité.

Pour obtenir une protection optimale, deux vaccinations sont recommandées à huit semaines d'intervalle : Prevenar® puis Pneumovac®. Si ce schéma est utilisé, la protection est valable toute la vie et aucun rappel n'est recommandé.

3. Activité physique et vie saine

Pour mieux vivre son insuffisance respiratoire, il faut adopter et modifier vos habitudes de vie pour améliorer votre qualité de vie :

- Garder une activité physique est toujours recommandée, mais à adapter en fonction de votre capacité respiratoire.
- Adopter une alimentation saine et variée, adaptée à vos besoins nutritionnels.
- Avoir des loisirs et une vie sociale, ...

Traitement médical

1. Traitement de fond

Bronchodilatateurs

Les médicaments les plus importants dans la prise en charge de la BPCO sont les bronchodilatateurs, qui ont pour objectif de dilater les bronches au maximum pour améliorer le passage de l'air. Ils permettent donc de diminuer l'essoufflement, d'améliorer la tolérance à l'exercice et de diminuer le nombre d'exacerbations, améliorant ainsi la qualité de vie.

Il existe deux types de bronchodilatateurs à longue durée d'action, à utiliser tous les jours en traitement de fond : les Beta2-mimétiques et les anticholinergiques. Il existe également des associations des 2 molécules dans un même dispositif. Pour certains d'entre eux (anticholinergiques et associations), vous devez remplir des critères précis pour bénéficier du remboursement de la mutuelle. Ils ne sont par ailleurs justifiés qu'à partir du stade modéré de BPCO.

Il existe de nombreux dispositifs avec différentes techniques d'inhalation. Lors de l'instauration du traitement, votre médecin, pharmacien, ... doit vous expliquer la technique. Vous trouverez également l'explication dans la notice explicative ou une vidéo de démonstration sur le lien de la Société Belge de pneumologie (<https://www.bvp-sbp.org/index.php/fr/members-corner/actualites/127-videos/208-ellipta-fr>).

Corticoïdes Inhalés

Les corticoïdes inhalés ne sont jamais utilisés seuls dans l'insuffisance respiratoire. Ils agissent comme anti-inflammatoire et n'ont d'intérêt que dans les stades les plus évolués de la BPCO et/ou lorsque les symptômes sont persistants et/ou lorsque les exacerbations sont trop importantes malgré un traitement bronchodilatateur bien conduit. Ils ont très peu d'effets secondaires au niveau de l'organisme général mais sont fréquemment responsables d'irritation et de mycose oro-pharyngée, raison pour laquelle il faut systématiquement se rincer la bouche après chaque utilisation.

2. Traitement de secours

En plus de votre traitement de fond, vous pouvez avoir recours à des bronchodilatateurs dits de courte durée d'action, qui vont vous soulager rapidement lors d'un effort ou d'un accès d'essoufflement. Ces médicaments ne remplacent pas votre traitement de fond et la fréquence avec laquelle vous y avez recours est un reflet de l'équilibre de votre insuffisance respiratoire. En cas d'exacerbation, ces bronchodilatateurs peuvent être utilisés sous forme aérosolisée car vous n'aurez probablement pas le débit inspiratoire suffisant pour réaliser de manière optimale votre puff. En dehors de cette période, les aérosols ont peu de place dans le traitement chronique.

3. Traitement de l'exacerbation

La cortisone en comprimé est souvent indiquée, lors d'une exacerbation mais pour une période courte (5 jours), uniquement après avis médical et pour passer le cap difficile. La cortisone par voie orale n'a pas de place dans le traitement au long cours : elle n'est pas efficace et grevée d'effets secondaires non négligeables (ostéoporose, diabète, hypertension, fonte musculaire, rétention d'eau, ...).

Les antibiotiques ne sont pas systématiquement indiqués lors des exacerbations, ils sont réservés aux exacerbations comportant des critères d'infection (fièvre, crachats purulents, ...) que seuls vos médecins sont à même de déterminer. En effet, trente pour cent des exacerbations ne sont pas causées par une infection.

4. Oxygénothérapie

Le traitement par oxygène n'est indiqué et remboursé que dans deux situations : en aigu suite à une exacerbation (remboursement de 3 mois par an) ou en cas d'insuffisance respiratoire chronique sur base de critères précis définis par l'INAMI. Dans cette deuxième situation, c'est votre pneumologue de référence qui détermine vos besoins (le jour, la nuit, à l'effort) et qui doit effectuer les démarches pour obtenir le remboursement auprès de votre mutuelle.

Réhabilitation et chirurgie comme traitement médical

La réhabilitation respiratoire est un ensemble de moyens proposés aux patients insuffisants respiratoires, pour réduire le handicap et améliorer la qualité de vie, en réalisant notamment des activités physiques quotidiennes. Elle est importante et fait partie intégrante de la prise en charge de votre insuffisance respiratoire.

Elle permet une diminution de la dyspnée, une amélioration de la tolérance à l'effort et par conséquent une amélioration de la qualité de vie plus efficace que les traitements médicamenteux.

Elle est axée sur une évaluation initiale de vos capacités à l'effort établie par un pneumologue réhabilitateur qui rédige ensuite un programme personnalisé d'exercices physiques par une équipe pluridisciplinaire (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, diététicienne, médecin, tabacologue, ...).

Le but final de la réhabilitation est de vous réapprendre à vaquer à vos occupations de la vie quotidienne tout en améliorant votre pronostic vital.

Chirurgie ou traitement endoscopique

Dans certains cas très particuliers, des procédures mini invasives (endoscopiques) ou chirurgicales peuvent être discutées en vue de réduire l'emphysème. En dernier recours, dans les formes sévères, une transplantation pulmonaire peut être envisagée, dans le cadre d'une prise en charge dans un des trois centres belges spécialisés (ULB Erasme, UCL Mont-Godinne, KUL).

L'insuffisance respiratoire chronique est responsable d'une fragmentation du sommeil qui appauvrit sa qualité et provoque ainsi une fatigue diurne excessive. Elle peut être associée à d'autres maladies du sommeil qui aggravent encore la qualité de vie des patients et leurs pathologies chroniques. Au final, il a bien été montré qu'un patient BPCO souffrant de troubles chroniques du sommeil présente un risque accru de mortalité.

Compte tenu de la fréquence importante des troubles du sommeil dans la BPCO, ceci doit faire l'objet d'une attention toute particulière et bien entendu d'une prise en charge adéquate le cas échéant.

2. Quelles sont les mesures à prendre ?

Le traitement de la BPCO repose sur différents axes comportant la prévention, la prise en charge médicale, la réhabilitation respiratoire et dans certaines circonstances, le recours à certaines procédures très spécifiques.

Prévention

1. Tabagisme

A l'heure actuelle, aucun traitement ne permet de guérir cette maladie. La seule mesure préventive qui puisse stopper l'évolution de la maladie est donc l'arrêt du tabagisme. Quelles que soient les aides que nous pouvons vous proposer (médicamenteuse ou non), votre motivation est un élément-clé.

2. Vaccinations

Les vaccinations ne vous protègent pas de toutes les infections mais de certaines, les plus fréquemment impliquées chez les patients insuffisants respiratoires.

La vaccination antigrippale est conseillée chaque année. En effet, la grippe peut mener à une exacerbation modérée à sévère de BPCO et donc déboucher sur une hospitalisation.

Le pneumocoque est en Belgique le premier germe responsable de bronchite bactérienne et de pneumonie. La vaccination anti-pneumococcique est également recommandée. Si elle ne protège pas du risque de développer une infection à Pneumocoque, elle réduit toutefois grandement sa gravité.

Pour obtenir une protection optimale, deux vaccinations sont recommandées à huit semaines d'intervalle : Prevenar® puis Pneumovac®. Si ce schéma est utilisé, la protection est valable toute la vie et aucun rappel n'est recommandé.

3. Activité physique et vie saine

Pour mieux vivre son insuffisance respiratoire, il faut adopter et modifier vos habitudes de vie pour améliorer votre qualité de vie :

- Garder une activité physique est toujours recommandée, mais à adapter en fonction de votre capacité respiratoire.
- Adopter une alimentation saine et variée, adaptée à vos besoins nutritionnels.
- Avoir des loisirs et une vie sociale, ...

Traitement médical

1. Traitement de fond

Bronchodilatateurs

Les médicaments les plus importants dans la prise en charge de la BPCO sont les bronchodilatateurs, qui ont pour objectif de dilater les bronches au maximum pour améliorer le passage de l'air. Ils permettent donc de diminuer l'essoufflement, d'améliorer la tolérance à l'exercice et de diminuer le nombre d'exacerbations, améliorant ainsi la qualité de vie.

Il existe deux types de bronchodilatateurs à longue durée d'action, à utiliser tous les jours en traitement de fond : les Beta2-mimétiques et les anticholinergiques. Il existe également des associations des 2 molécules dans un même dispositif. Pour certains d'entre eux (anticholinergiques et associations), vous devez remplir des critères précis pour bénéficier du remboursement de la mutuelle. Ils ne sont par ailleurs justifiés qu'à partir du stade modéré de BPCO.

Il existe de nombreux dispositifs avec différentes techniques d'inhalation. Lors de l'instauration du traitement, votre médecin, pharmacien, ... doit vous expliquer la technique. Vous trouverez également l'explication dans la notice explicative ou une vidéo de démonstration sur le lien de la Société Belge de pneumologie (<https://www.bvp-sbp.org/index.php/fr/members-corner/actualites/127-videos/208-ellipta-fr>).

Corticoïdes Inhalés

Les corticoïdes inhalés ne sont jamais utilisés seuls dans l'insuffisance respiratoire. Ils agissent comme anti-inflammatoire et n'ont d'intérêt que dans les stades les plus évolués de la BPCO et/ou lorsque les symptômes sont persistants et/ou lorsque les exacerbations sont trop importantes malgré un traitement bronchodilatateur bien conduit. Ils ont très peu d'effets secondaires au niveau de l'organisme général mais sont fréquemment responsables d'irritation et de mycose oro-pharyngée, raison pour laquelle il faut systématiquement se rincer la bouche après chaque utilisation.

2. Traitement de secours

En plus de votre traitement de fond, vous pouvez avoir recours à des bronchodilatateurs dits de courte durée d'action, qui vont vous soulager rapidement lors d'un effort ou d'un accès d'essoufflement. Ces médicaments ne remplacent pas votre traitement de fond et la fréquence avec laquelle vous y avez recours est un reflet de l'équilibre de votre insuffisance respiratoire. En cas d'exacerbation, ces bronchodilatateurs peuvent être utilisés sous forme aérosolisée car vous n'aurez probablement pas le débit inspiratoire suffisant pour réaliser de manière optimale votre puff. En dehors de cette période, les aérosols ont peu de place dans le traitement chronique.

3. Traitement de l'exacerbation

La cortisone en comprimé est souvent indiquée, lors d'une exacerbation mais pour une période courte (5 jours), uniquement après avis médical et pour passer le cap difficile. La cortisone par voie orale n'a pas de place dans le traitement au long cours : elle n'est pas efficace et grevée d'effets secondaires non négligeables (ostéoporose, diabète, hypertension, fonte musculaire, rétention d'eau, ...).

Les antibiotiques ne sont pas systématiquement indiqués lors des exacerbations, ils sont réservés aux exacerbations comportant des critères d'infection (fièvre, crachats purulents, ...) que seuls vos médecins sont à même de déterminer. En effet, trente pour cent des exacerbations ne sont pas causées par une infection.

4. Oxygénothérapie

Le traitement par oxygène n'est indiqué et remboursé que dans deux situations : en aigu suite à une exacerbation (remboursement de 3 mois par an) ou en cas d'insuffisance respiratoire chronique sur base de critères précis définis par l'INAMI. Dans cette deuxième situation, c'est votre pneumologue de référence qui détermine vos besoins (le jour, la nuit, à l'effort) et qui doit effectuer les démarches pour obtenir le remboursement auprès de votre mutuelle.

Réhabilitation et chirurgie comme traitement médical

La réhabilitation respiratoire est un ensemble de moyens proposés aux patients insuffisants respiratoires, pour réduire le handicap et améliorer la qualité de vie, en réalisant notamment des activités physiques quotidiennes. Elle est importante et fait partie intégrante de la prise en charge de votre insuffisance respiratoire.

Elle permet une diminution de la dyspnée, une amélioration de la tolérance à l'effort et par conséquent une amélioration de la qualité de vie plus efficace que les traitements médicamenteux.

Elle est axée sur une évaluation initiale de vos capacités à l'effort établie par un pneumologue réhabilitateur qui rédige ensuite un programme personnalisé d'exercices physiques par une équipe pluridisciplinaire (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, diététicienne, médecin, tabacologue, ...).

Le but final de la réhabilitation est de vous réapprendre à vaquer à vos occupations de la vie quotidienne tout en améliorant votre pronostic vital.

Chirurgie ou traitement endoscopique

Dans certains cas très particuliers, des procédures mini invasives (endoscopiques) ou chirurgicales peuvent être discutées en vue de réduire l'emphysème. En dernier recours, dans les formes sévères, une transplantation pulmonaire peut être envisagée, dans le cadre d'une prise en charge dans un des trois centres belges spécialisés (ULB Erasme, UCL Mont-Godinne, KUL).

3. Quels sont les intervenants qui peuvent m'aider ?

Vu les maladies intriquées et les différentes conséquences de l'insuffisance respiratoire, il est primordial d'organiser une coordination de la prise en charge autour de différents intervenants.

Votre médecin traitant

Il est l'acteur principal de l'équipe car il est le détenteur de votre dossier médical global et la personne qui vous connaît le mieux ...

Pneumologue

Grâce à une première consultation, le pneumologue va confirmer le diagnostic et évaluer la sévérité de la maladie. Il va ensuite proposer un plan de prise en charge globale adapté à la sévérité de votre maladie, et vous orienter vers d'autres intervenants en fonction des comorbidités associées.

Contact au sein de Saint-Luc Bouge :
Secrétariat de Pneumologie (RDV au 081209461)

Tabacologue

Comme dit précédemment, la seule manière de ralentir le phénomène destructeur, c'est l'arrêt du tabac. Le tabacologue est un professionnel de la santé (médecin, psychologue) qui a effectué une formation de spécialisation dans la prise en charge des patients tabagiques. Il pourra vous aider à évaluer votre dépendance physique, mais aussi votre dépendance comportementale (gestuelle) et psychologique. Ensuite, après une évaluation et un renforcement de votre motivation à l'arrêt, des aides concrètes pourront être mises en place.

Les consultations s'adressent donc autant aux personnes décidées à arrêter de fumer qu'aux personnes qui souhaitent de l'information ou qui sont hésitantes.

En pratique, quel est le coût de cette prise en charge ? Vous pouvez bénéficier du remboursement de 8 consultations sur 2 ans dont la première est remboursée à raison de 30 euros, les 7 autres sont remboursées à raison de 20 euros par consultation.

Contact au sein de Saint-Luc Bouge :
Madame Lejoly, tabacologue (RDV au 081209164)

3. Quels sont les intervenants qui peuvent m'aider ?

Vu les maladies intriquées et les différentes conséquences de l'insuffisance respiratoire, il est primordial d'organiser une coordination de la prise en charge autour de différents intervenants.

Votre médecin traitant

Il est l'acteur principal de l'équipe car il est le détenteur de votre dossier médical global et la personne qui vous connaît le mieux ...

Pneumologue

Grâce à une première consultation, le pneumologue va confirmer le diagnostic et évaluer la sévérité de la maladie. Il va ensuite proposer un plan de prise en charge globale adapté à la sévérité de votre maladie, et vous orienter vers d'autres intervenants en fonction des comorbidités associées.

Contact au sein de Saint-Luc Bouge :
Secrétariat de Pneumologie (RDV au 081209461)

Tabacologue

Comme dit précédemment, la seule manière de ralentir le phénomène destructeur, c'est l'arrêt du tabac. Le tabacologue est un professionnel de la santé (médecin, psychologue) qui a effectué une formation de spécialisation dans la prise en charge des patients tabagiques. Il pourra vous aider à évaluer votre dépendance physique, mais aussi votre dépendance comportementale (gestuelle) et psychologique. Ensuite, après une évaluation et un renforcement de votre motivation à l'arrêt, des aides concrètes pourront être mises en place.

Les consultations s'adressent donc autant aux personnes décidées à arrêter de fumer qu'aux personnes qui souhaitent de l'information ou qui sont hésitantes.

En pratique, quel est le coût de cette prise en charge ? Vous pouvez bénéficier du remboursement de 8 consultations sur 2 ans dont la première est remboursée à raison de 30 euros, les 7 autres sont remboursées à raison de 20 euros par consultation.

Contact au sein de Saint-Luc Bouge :
Madame Lejoly, tabacologue (RDV au 081209164)

Psychologue

Vu la fréquence de l'anxiété chez les patients BPCO (50%) et ses répercussions sur la qualité de vie, il est primordial de prendre en charge l'anxiété : idéalement par une psychothérapie centrée sur les émotions, les pensées et les comportements ou parfois par une prise d'anxiolytiques conjointe à la thérapie. Ceci permettra une meilleure qualité de vie et une plus grande acceptation de la maladie.

Il en est de même pour la dépression, favorisée par la BPCO. La dépression n'est pas une fatalité, elle se soigne. Dans les formes modérées, une prise en charge psychologique est suffisante pour réduire significativement les symptômes dépressifs et améliorer la qualité de vie. Parfois des antidépresseurs peuvent être nécessaires dans un premier temps (avec accord médical) pour améliorer rapidement l'humeur et permettre une prise en charge psychologique.

Contact au sein de Saint-Luc Bouge :

Madame Lejoly, psychologue (RDV au 081209164)

Diététicienne

Vu le déséquilibre entre la majoration des besoins nutritionnels imposés par le travail des muscles respiratoires et la diminution de l'appétit provoquée par la fatigue, l'anxiété et les difficultés respiratoires, il est primordial de manger mieux pour vous apporter les éléments nutritifs nécessaires.

Le/la diététicienne est un spécialiste de l'alimentation qui vous accompagne dans une démarche personnalisée et respectueuse de vos habitudes alimentaires. Lors de la première consultation, un bilan alimentaire est réalisé afin de déterminer votre état nutritionnel. Lors des consultations de suivi, des conseils personnalisés pour le choix des aliments, des recettes, des trucs et astuces vous seront proposés afin d'optimiser votre alimentation. Des ateliers en groupe seront également proposés.

Contact au sein de Saint-Luc Bouge :

Service diététique (081209493) - consultation diététique :
Laurie Berger- Célia Crutzen (081209916 ou 081209917)




Durine Anna Lise ♀
 06/06/1959 • 58an(s)

M39805D

 Admission le 10/07/2017 08:26
 Libre

 Hôpital
 Formation - 11 - 4

(D.C./-/D.L.)

A C E G ⓘ

- Signaletique Patient
- Antécédents ICD
- Traitement Habituels
- Serveur de Résultats
- Episode administratif
- Formulaire
- Synopsis
- Genogramme
- Résultats Labo
- Admission
- Examen Clinique
- Examen complémentaire
- Documents
- Actes à facturer
- Clôture Dossier
- Administration des médicaments
- Axe clinique: Planning**

Axe clinique: Planning

Propriété puff premier contact (S - Education)


Propriété Puff premier contact

- | | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|---|
| Positionnement correcte du patient | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |  |
| Expiration avant inhalation du puff | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |  |
| Inspiration lente et profonde pendant l'inhalation du puff | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |  |
| Apnée de 10 secondes après l'inhalation du puff | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |  |
| Rinçage de la bouche après la réalisation du puff | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |  |

Manipulation correcte de l'appareil ▼

Utilisation du Puff Correcte ▼

Commentaire


Durine Anna Lise ♀
 06/06/1959 • 58an(s)

 M39805D Admission le 10/07/2017 08:26
 Libre

Hôpital Formation - 11 - 4 (D.C./-/D.L.) A C E G i


- Signaletique Patient
- Antécédents ICD
- Traitement Habituels
- Serveur de Résultats
- Episode administratif
- Formulaire
- Synopsis
- Genogramme
- Résultats Labo
- Admission
- Examen Clinique
- Examen complémentaire
- Documents
- Actes à facturer
- Clôture Dossier
- Administration des médicaments
- Axe clinique: Planning**
- Paramètres vitaux
- Ligne du temps
- Transmissions Ciblées
- Etats persistants

Axe clinique: Planning

Données depu

Propriété utilisation du puff correcte (T - Bien-être)

Propriété Utilisation correcte

- Le patient utilise correctement son puff** oui non 
- Positionnement correcte du patient oui non 
- Expiration avant inhalation du puff oui non 
- Inspiration lente et profonde pendant l'inhalation du puff oui non 
- Apnée de 10 secondes après l'inhalation du puff oui non 
- Rinçage de la bouche après la réalisation du puff oui non 

 Manipulation correcte de l'appareil non ▼

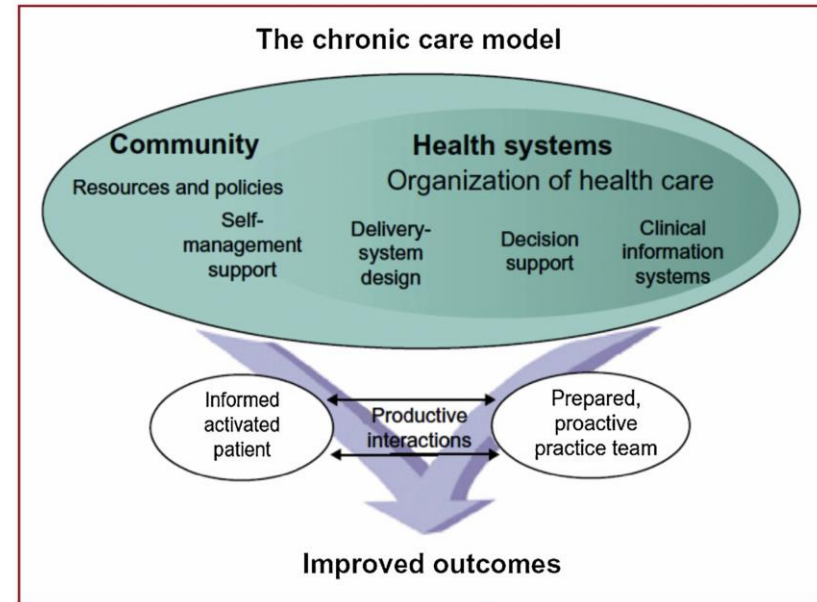
Raccourci de planification: "Suivi utilisation Puff incorrecte"

Si vous planifiez " Suivi utilisation Puff incorrecte veuillez stopper "Suivi utilisation Puff correcte"

Commentaire

Le patient BPCO : modèle de prise en charge intégrée

Conclusion :



Ne pas limiter l'ETP à l'information seule

Ne pas limiter l'ETP à un plan d'action seul

Faciliter l'accès à un professionnel de la santé

Favoriser l'autogestion par un professionnel de la santé formé

Importance de la réhabilitation respiratoire

Merci de votre attention