La réadaptation de la MPOC

« Moi, faire de l'exercice? »

Simon Parenteau, MD, FRCPC

Présenté dans le cadre de la conférence intitulée
Mise à jour sur les problèmes respiratoires
de l'Université de Montréal, septembre 2004

Le cas de M. Bélair

M. Bélair a 62 ans. Il se plaint de dyspnée qui progresse depuis plusieurs mois. Il ne présente aucune douleur thoracique ni dyspnée de repos. Il a cessé de fumer il y a trois ans. Une échographie-dobutamine récente n'a montré aucun dysfonctionnement ventriculaire gauche grave, ni ischémie à la stimulation pharmacologique, ni valvulopathie.

Sa médication est la suivante : fluticasone (250 µg)-salmétérol (25 µg) en aérosol doseur, 2 inhalations, 2 fois par jour, qu'il prend avec un dispositif d'espacement, tiotropium (18 µg), 1 fois par jour et salbutamol (100 µg), 2 inhalations de 2 à 3 fois par jour, au besoin.

À l'examen physique, on note : 18 respirations à lèvres pincées par minute, pression artérielle de 125\78 mmHg, rythme cardiaque régulier de 78 battements par minute, atrophie musculaire marquée, maigreur, murmure vésiculaire diminué et symétrique, sans bruits adventices.

Spirométrie : volume expiratoire maximal par seconde : 1,1 L (38 % de la valeur attendue chez ce patient et capacité vitale forcée : 2,4.

Rayon X pulmonaire : signes de maladie pulmonaire obtructive chronique (MPOC), pas d'infiltrat ni de lésion évolutive.

La dyspnée d'effort : le symptôme prédominant

Symptôme prédominant chez le patient atteint d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), la dyspnée d'effort constitue le résultat de plusieurs facteurs. En début de maladie, ce sont les efforts d'intensité modérée à intense qui génèrent le plus d'inconfort. Plus la maladie progresse, plus la tolérance à l'effort s'amenuise.

Le tableau 1 résume les principaux éléments pouvant contribuer à augmenter l'essoufflement chez le patient qui souffre d'une MPOC.

Même si les médicaments employés par les patients atteints d'une MPOC s'avèrent de plus en plus efficaces pour le traitement de la dyspnée, ils ne réussissent pas à traiter plusieurs conditions morbides qui co-existent chez beaucoup de ces patients. Notons parmi ces dernières la dénutrition, le déconditionnement musculaire, les symptômes anxiodépressifs, l'isolement social et la sensation constante de perte de contrôle qui vont aussi, de façon plus ou moins directe, contribuer à augmenter la sensation de dyspnée et à diminuer la qualité de vie.

Cet article a pour but de vous familiariser

Tableau 1

Les causes de dyspnée chez le patient atteint de la maladie pulmonaire obstructive chronique

- Déséquilibre entre les zones ventilées et perfusées
- Hyperinflation pulmonaire
- Inactivité et déconditionnement musculaire
- Hypoxémie
- Comorbidité (anxiété, insuffisance cardiaque, maladie thrombo-embolique, etc.)

Les risques rattachés à la réadaptation sont minimes, si l'évaluation médicale initiale est adéquate.

avec l'approche non pharmacologique du traitement de la MPOC.

Quelle est la cause du déconditionnement musculaire?

Il y a probablement plusieurs causes contribuant au déconditionnement musculaire. L'inactivité qui progresse au fur et à mesure que la tolérance à l'effort diminue ne semble pas être le seul facteur en cause. On peut inclure dans la liste les problèmes nutritionnels et l'utilisation récurrente de stéroïdes par voie générale. Le rôle que pourraient jouer certaines cytokines circulantes est à l'étude.

Le déconditionnement se manifeste principalement par une perte de volume musculaire, une perte de force et une fatigabilité plus grande.

La réadaptation respiratoire

On peut définir la réadaptation respiratoire comme étant un programme multidisciplinaire de soins composé de modalités thérapeutiques individualisées pour les patients ayant des difficultés respiratoires chroniques.

Le but des programmes étant d'améliorer la performance physique, puis la performance psychologique des patients et d'augmenter leur niveau d'autonomie, on comprend que ces programmes ne sont pas réservés aux patients souffrant d'une MPOC, mais à tous les patients atteints d'une maladie respiratoire et qui sont limités par la dyspnée.

Il importe de savoir que la plupart des études visant à déterminer l'efficacité des programmes de réadaptation ont été faites auprès d'une clientèle majoritairement atteinte de MPOC.

Le **Dr Parenteau** est pneumologue, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et chargé de formation clinique, faculté de médecine, Université de Montréal.

Le contenu des programmes

On retrouve beaucoup de variabilité à l'intérieur des divers programmes offerts. Certains éléments, toutefois, sont assez constants et se regroupent à l'intérieur de deux grands volets.

Les tableaux 2 et 3 résument de façon non exhaustive les principaux éléments des programmes d'exercice et d'enseignement.

Tableau 2

Le contenu général des programmes d'exercices

- Entraînement aérobique : marche, tapis roulant, bicyclette stationnaire
- Musculation : cage thoracique, membres inférieurs et supérieurs
- Étirements et relaxation

L'évaluation initiale des patients

Il est important, avant de débuter le programme, de s'assurer que les patients aient une thérapie optimale, tant sur le plan de la maladie respiratoire que sur celui des

Tableau 3

Le contenu des programmes d'enseignement

- Anatomie et physiologie simplifiées de la maladie pulmonaire obstructive chronique (et autres maladies selon la clientèle)
- Utilisation optimale des médicaments
- Techniques de contrôle de la dyspnée
- Conservation de l'énergie et relaxation
- Voyages, loisirs et sexualité
- Bienfaits de l'activité physique
- Contrôle de l'anxiété
- Symptômes d'exacerbation et plan d'action
- Approche de fin de vie

Tableau 4

Les principales contre-indications à un programme de réadaptation

- Trouble cognitif sévère
- Cardiopathie instable (ischémique, valvulaire ou autre)
- Maladie vasculaire grave (anévrysme, maladie vasculaire périphérique grave)
- Risque élevé de fractures (ostéoporose sévère)
- Arthropathie grave limitant la mobilité

Et M. Bélair?

M. Bélair a d'abord rencontré son pneumologue qui a procédé à une réévaluation de sa médication, vérifié son statut vaccinal et recommandé son inscription à un programme de réadaptation respiratoire.

Il effectue maintenant et ce, depuis 4 semaines, 3 séances de bicyclette stationnaire par semaine d'une durée de 30 à 45 minutes sans être incommodé par la dyspnée. Il sort plus fréquemment, connaît mieux ses médicaments et la façon de les prendre. Il possède aussi les connaissances nécessaires pour reconnaître rapidement une détérioration de son état et est en possession d'un plan d'action écrit qu'il a appris à utiliser, le cas échéant.

Le patient s'alimente mieux et se sent beaucoup plus énergique. Il se sent beaucoup moins anxieux et craintif de se retrouver en situation de perte de contrôle de sa dyspnée.

autres états co-morbides, par exemple, le diabète ou l'hypertension artérielle.

Il est aussi primordial de s'assurer que le patient ne souffre pas d'autres maladies qui pourraient contre-indiquer un programme d'exercices ou, à tout le moins, mandater un ajustement du programme. Une évaluation en physiothérapie est souvent utile afin de dépister et de prendre en considération certains problèmes musculosquelettiques. Le tableau 4 indique les principales contre-indications.

Des tests de fonction respiratoire complets, ainsi qu'une épreuve d'effort en laboratoire permettent de déterminer l'intensité de l'entraînement qui sera ciblé ensuite.

Quels sont les bénéfices de la réadaptation?

La réadaptation respiratoire a été l'objet de nombreuses études et méta-analyses qui mettent clairement en évidence une réduction de la dyspnée d'effort, une augmentation de la tolérance à la marche et une qualité de vie améliorée. De plus en plus d'études suggèrent une diminution de l'utilisation des services de santé (visites non planifiées chez le médecin et à l'urgence).

Il est important de savoir que les bénéfices se poursuivent en général tant que les patients demeurent observants à leur programme d'exercices. Ajoutons que les risques rattachés à la réadaptation sont minimes, si l'évaluation médicale initiale est adéquate. *Clin*

Références disponibles — contactez *Le Clinicien* à : **clinicien@sta.ca**

À retenir...

- La qualité de vie des patients atteints de maladies respiratoires diverses est souvent fortement réduite en raison de plusieurs facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.
- Combiné à plusieurs autres facteurs, le déconditionnement contribue à augmenter la dyspnée des patients et il doit être adressé par un programme d'exercices.
- La réadaptation respiratoire consiste à établir un plan d'intervention multidisciplinaire en vue de diminuer la dyspnée, augmenter les aptitudes d'auto-prise en charge des patients et améliorer leur qualité de vie.
- Une évaluation initiale médicale préalable simple et rigoureuse permet de réaliser des interventions efficaces dans un contexte sécuritaire.