

Réduire le risque de surinfection bronchique dans les Dilatations des Bronches

élaboration d'un programme francophone
d'éducation du patient pour les patients adultes
atteints de **Dilatation Des Bronches**

Un projet porté par l'Espace du Souffle
Pour le groupe ETHER de la SPLF
Jean-philippe Maffre, Tours



aucun lien d'intérêt

DÉFINITIONS CONTEXTE ET OBJECTIFS

DDB ou Bronchectasies

- **maladie chronique des bronches avec déformation permanente du parallélisme des parois (TDM), s'exprimant par une toux liée à une hypersécrétion muqueuse, fréquemment compliquée de suppuration.**

On exclut DDB non symptomatiques (âge), liées aux PID, DDB associées aux déficits immunitaires de l'enfance

- **Toux chronique**



DDB et qualité de vie

- qualité de vie (Questionnaire St Georges) comparable à BPCO sévère, fibrose ou autre handicap respiratoire
 - Fatigue, rhino sinusite, polypose nasale, douleurs thoraciques
 - retentissement social, familial
 - Isolement
- Pas de guérison
 - Sauf chirurgie pour forme limitée

Altération de la qualité de vie

- **Toux**
 - Fatigue, sommeil,
 - retentissement familial, social, professionnel
 - Aidants
- Pathologies associées
 - ORL Rhinosinusites, polypose, altération auditive
 - Fuites urinaires
 - Troubles digestifs (antibiotiques)
- Chronique; pas de guérison
 - Sauf si chirurgie

Soumise à des **complications**

- **Poussées infectieuses**
 - Suppuration bronchique
 - Atteinte pneumonique
- Clé de l'évolution
 - Responsable des hospitalisations
 - coûts
- **saignements bronchiques**
- destruction pulmonaire, insuffisance respiratoire

Exacerbations infectieuses

Objectif principal de la prise en charge

- fréquentes parfois sévères
 - altération qualité de vie,
 - dégradation fonctionnelle & mortalité
- Base de donnée EMBARC patients en Europe
 - 50 % ont > 2 épisodes / an
 - 1 / 3 hospitalisé
- Germes: Hemophilus, pseudomonas,
 - Moraxella staphylocoque, entérobactéries

cibles d'actions thérapeutiques

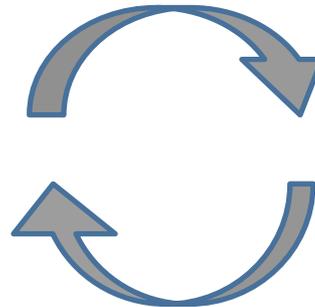
EMBARC ERS 2017

Infection bronchique chronique

Antibiothérapie orale ou inhalée au long cours.
Éradication d'une colonisation récente.
Traitement antibiotique d'une exacerbation

Altération pulmonaire

Traitement broncho-dilateur
Chirurgie
Réhabilitation respiratoire



Inflammation

Traitements anti
inflammatoire au long cours

Altération de la clairance muco ciliaire

Traitements muco régulateurs au long cours

bactériologie

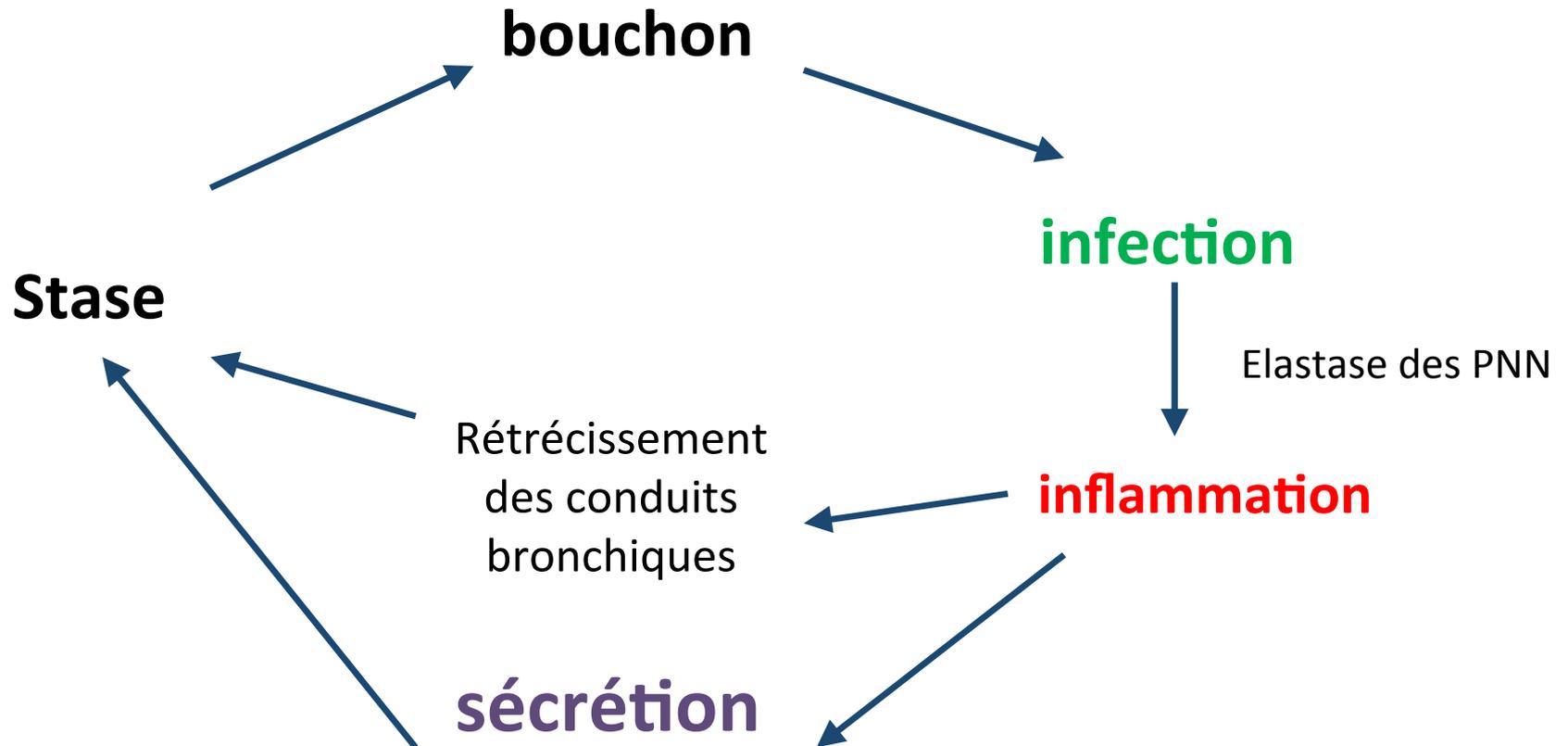
- Hémophilus influenzae Pseudomonas
 - Moraxella, staphylocoque, entérobactéries
- La suppuration chronique entretient l'inflammation chronique
- Infection chronique dans les sécrétions (Pyocyanique)
 - ↗ Fréquence exacerbations
 - ↘ qualité de vie
 - ↗ **mortalité**

l'altération de la paroi bronchique altère la Clairance muco ciliaire

- Altération muqueuse et paroi
- Déshydratation locale
- ↗ ↗ volume et viscosité du mucus
- **70 %** ont une expectoration importante quotidienne

→ **stagnation mucus,**
prévention bouchons obstructifs

Le cercle vicieux des DDB

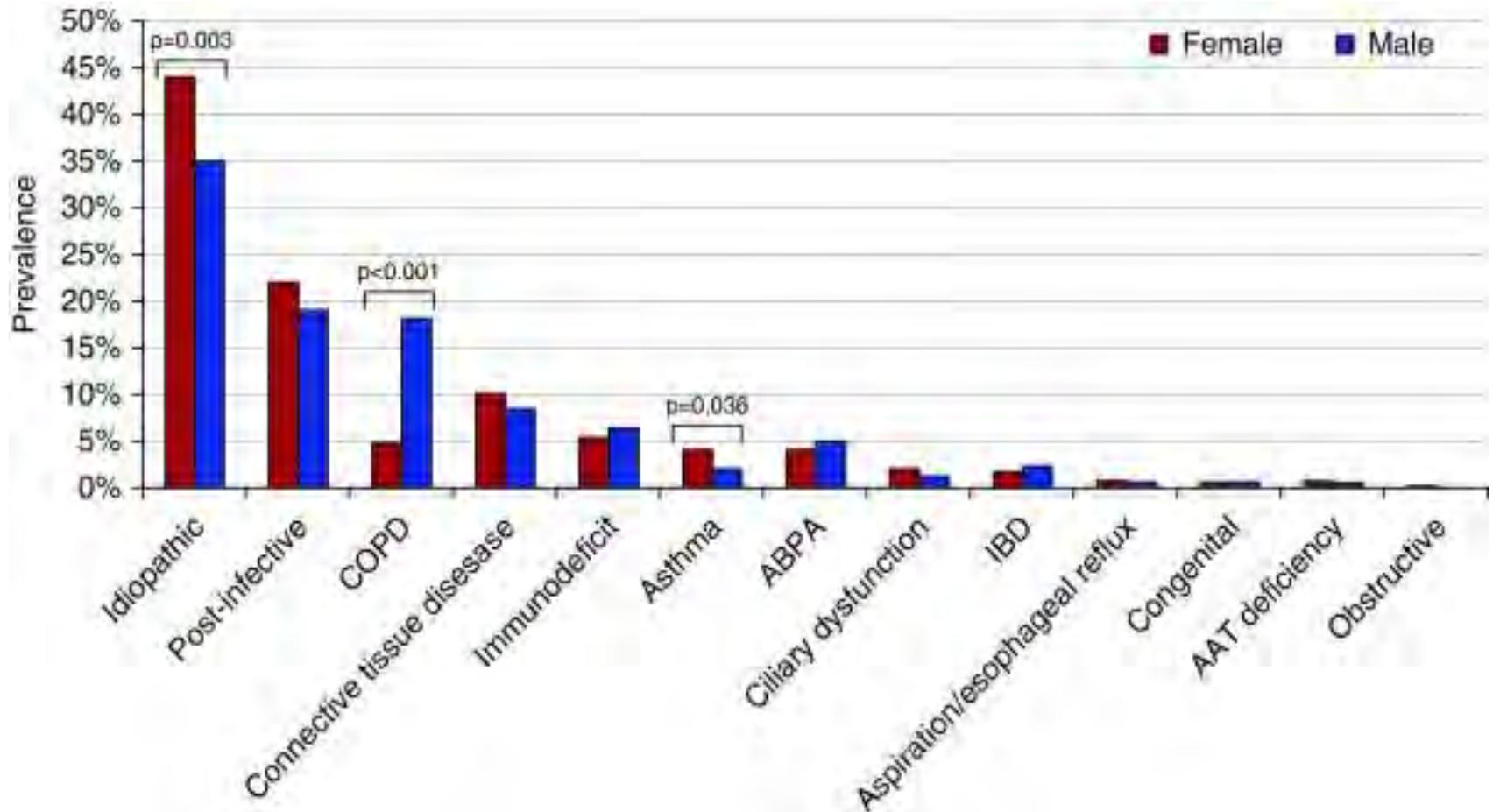


Maladie hétérogène

Origines variées

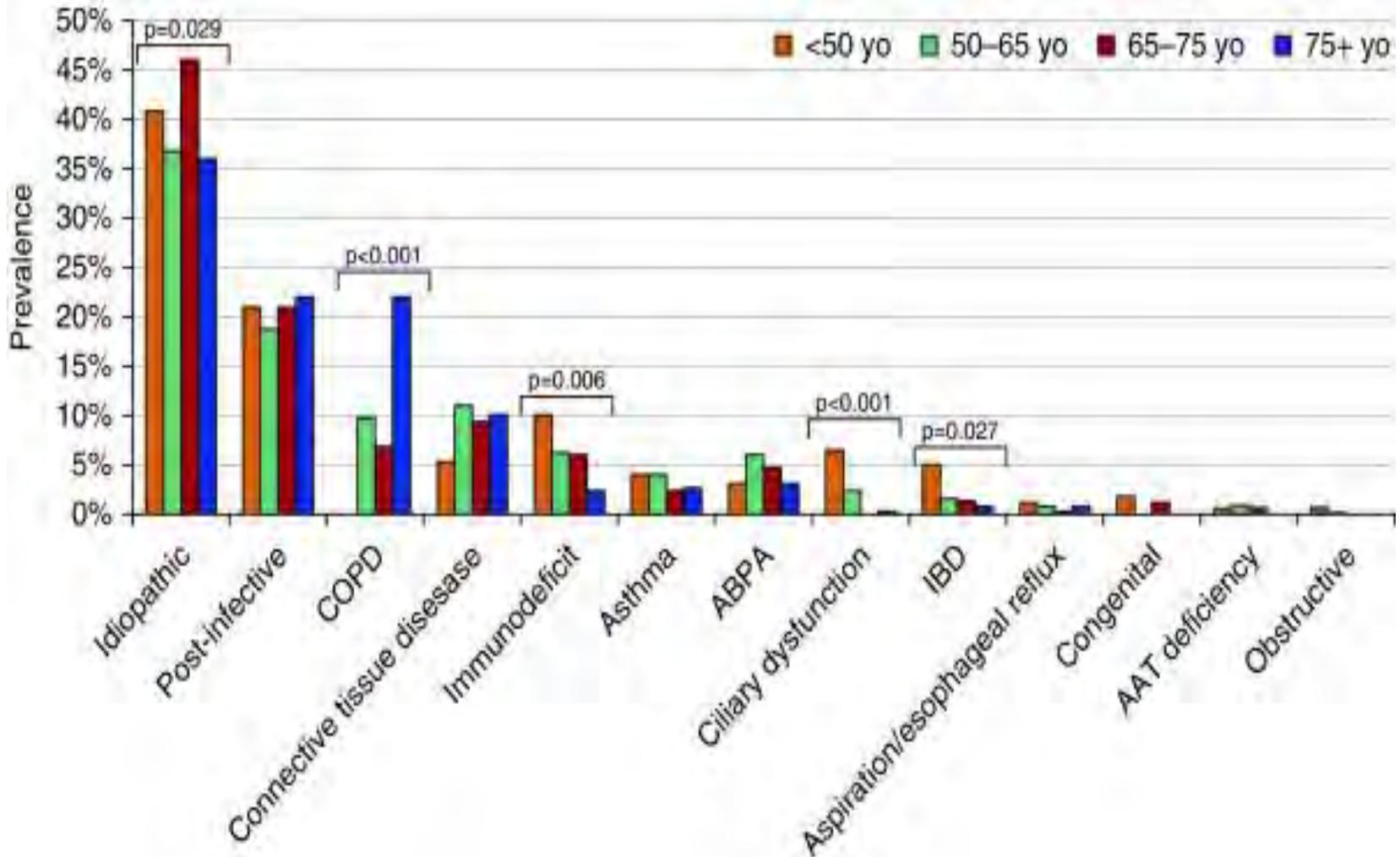
- **Bronches** :
 - dyskinésies ciliaires,
 - séquelles infectieuses,
 - BPCO, asthme, bronchiolites
- **Immunité** :
 - déficit communs variables
 - Maladies auto immunes : PR, MICI
- Dans 1/ 4 à 1/2 cas : idiopathique

Étiologie selon sexe



Lonni S, et al. Etiology of Non-Cystic Fibrosis Bronchiectasis in Adults . *Ann Am Thorac Soc*. 2015;12(12)

Selon âge



Lonni S, et al. Etiology of Non-Cystic Fibrosis Bronchiectasis in Adults . *Ann Am Thorac Soc.* 2015;12(12)

Lésions pulmonaires

- Altération bronchique
- Destruction pulmonaire variable selon les étiologies
- Évolutives avec les épisodes infectieux



Obstruction bronchique, dyspnée

- 50 % patients
 - Gros troncs, atteinte de la paroi, bouchons
 - Petites bronches, emphysème
- Mais aussi Sd restrictifs ou mixtes
- Dyspnée aussi liée à
 - Déconditionnement, fatigue
 - Atteinte musculaire, infection
- Dyspnée meilleur facteur prédictif de la mortalité
 - → objectif thérapeutique ++ : obstruction Br, réhab, nutrition ...

Épidémiologie(UK)

- 43 / 100 000 age entre 18 – 30
- 1239 / 100 000 entre 70-79
- Incidence en progression
- 50 % BPCO ont des DDB : « BCOS »
- Mortalité
 - x 2 / population générale
 - 50% supérieure à BPCO sans DDB
 - Décès: 91 % origine respiratoire
 - Pseudomonas ++++

Prévalence longtemps sous estimée

- EMBARC : **53 à 566 (!)** cas / 100 000
- confondue ou intégrée à BPCO
- Considérée comme séquelle
 - Peu passionnante pour les médecins

Score sévérité

- The Bronchiectasis Severity Index.

An International Derivation and Validation Study. Chalmers ARJCCM 2014 189, 5

- Independent predictors of **future hospitalization** were **prior hospital admissions**, Medical Research Council **dyspnea** score greater than or equal to 4, **FEV₁ < 30%** predicted, ***Pseudomonas aeruginosa* colonization**, colonization with **other pathogenic organisms**, and **three or more lobes involved** on high-resolution computed tomography.
- Independent predictors of **mortality** were older **age**, **low FEV₁**, **lower body mass index**, **prior hospitalization**, and **three or more exacerbations in the year** before the study.

Score FACED

Multidimensional approach to non-cystic fibrosis bronchiectasis: the FACED score. Martinez Garcia [Eur Respir J.](#) 2014 May;43

- The final seven-point score incorporated five dichotomised variables:
 - **F : forced expiratory volume** in 1 s % predicted
 - cut-off 50%, maximum value 2 points);
 - **A: age**
 - cut-off 70 years, maximum value 2 points
 - **C: presence of chronic colonisation by Pseudomonas aeruginosa**
 - dichotomic, maximum value 1 point
 - **E: radiological extension**
 - number of lobes affected, cut-off two lobes, maximum value 1 point
 - **D: dyspnoea**
 - cut-off grade II on the Medical Research Council scale, maximum value 1 point

mortalité

- Mortalité supérieure à une BPCO à fonction équivalente
 - 30 % à un an après exacerbation
 - Surtout si BPCO associée

Pseudomonas aeruginosa

- Mortalité x 3
- Hospitalisation x 7
- Au moins une exacerbation aigue en plus / an

Des problèmes d'observance

- Infections à pseudomonas
 - 20 % des cas
 - Majoration de la morbidité et mortalité
 - Altération de la qualité de vie
- Faible compréhension des enjeux du traitement
 - performance de l'autodrainage
 - Faible motivation à se traiter
 - Mauvaise compréhension des conséquences de l'infection
- Maladie subie
 - Sensation d'exclusion sociale

« laisser-faire de la maladie chronique »

- « -- c'est normal, c'est votre maladie »
- « on n'y peut rien, c'est chronique »
- « vous ne faites pas assez votre kinésithérapie »
- « vous avez arrêté votre antibiotique avant la date prévue »
- « vous pouvez compter sur nous à l'hôpital pour vous soigner »

→ ***ETP***

Base de données EMBARC Europe

Réunion pluri disciplinaire avec patients

REVUE DES RECOMMANDATIONS ERS 2017

ERS 2017 Suggestion d'utilisation des recommandations

Population cible	Recommandation forte (haut niveau de preuve pour une majorité de patients)	Recommandation conditionnelle ou faible
Patients	Tous ou presque les patients informés auront à choisir pour ou contre une proposition de prise en charge	La plupart des patients informés pourront choisir la prise en charge proposée mais une partie pourra le refuser
cliniciens	Tous les patients doivent recevoir les modalités de prise en charge recommandées	Adapter la prise en charge à la situation singulière du patient. Les médecins et soignants doivent consacrer plus de temps au processus de décision partagée, pour une stratégie reflétant une action individualisée pour le patient. L'aide à la décision et la stratégie conjointe sont particulièrement utiles.
Organismes publics	Les recommandations peuvent être adoptées comme normes publiques dans la plupart des situations	Les recommandations officielles seront issues d'échanges avec les responsables de santé

ERS 2017

- EMBARC : base donnée Européenne DDB
- Groupe de travail pneumologues biologistes patients
- Recommandations
- 9 questions

Q1: quel bilan étiologique minimal au diagnostic ?

Faible niveau de preuve

- NFS : leucocytes
 - Neutro / lymphopénie; lymphocytose
- Dosage Immunoglobulines A, G, M
 - Déficit humoral commun variable 2- 8 % des DDB
 - Amélioration clinique ++ si correction par γ globulines
- Recherche Aspergillose Broncho Pulmonaire Allergique ABPA
 - IgE totales, IgE spécifiques Aspergillus, sérologie Aspergillaire (IgG)
- Mycobactéries atypiques
 - Selon le contexte clinique et radiologique

Q1: en fonction du contexte

- déficit immunitaire vis-à-vis des germes encapsulés
 - Réponse vaccinale Pneumocoque
 - (Médié par IgG2)
- Maladie auto immune
- Forme atypique mucoviscidose
 - Nombreux variants génétiques; expression variable (polypose nasale, pancréatite, malabsorption, stérilité masculine)
- Dyskinésie ciliaire
- Déficit en alpha 1 Anti trypsine

Q 2: durée d'antibiothérapie exacerbation 14-21 j justifié vs < 14j ?

- Reco: ≤ 14 jours
 - Faible niveau de preuve ; peu d'études,
 - Surtout si infection peu sévère et germe sensible
 - Évaluation clinique +++

Q 3: traitement d'éradication pour colonisation récente: utile ?

- Si **Pseudomonas A**: traitement éradication recommandé
 - + Intérêt des AB nébulisés
 - Pas d'étude véritablement comparative
- littérature: bénéfice sur
 - Négativisation cultures
 - Fréquence des exacerbations ultérieures
 - Qualité de vie
- Faible niveau de preuve (indirecte)

Q3: Plusieurs protocoles

White L, *et al. Outcomes of Pseudomonas eradication therapy in patients with non-cystic fibrosis bronchiectasis. Respir Med 2012; 106: 356–360.*

- AB IV
- Ou AB IV puis AB nébulisés (Colimycine)
- Ou Ciprofloxacine
 - 80 % éradication / cultures au décours
 - 54 % restent éradiqués
 - Exacerbation 3,93 \searrow 2,09 / an
 - Amélioration clinique 2 patients/ 3

- *White L, et al. Outcomes of Pseudomonas eradication therapy in patients with non-cystic fibrosis bronchiectasis. Respir Med 2012; 106: 356–360.*

Q3

Orriols R, et al. Eradication therapy against *Pseudomonas aeruginosa* in non-cystic fibrosis bronchiectasis. *Respiration* 2015; 90: 299–305

- 35 patients colonisation récente
- Cefta/ Tobra suivi 3 mois Tobramycine 300 mg ou placebo
- 54 % éradiqué groupe Tobra vs 29 % Placebo
- Période libre plus longue
- Réduction exacerbation et hospitalisations

Surveillance préconisée après traitement éradication

- Clinique
- Et 1 ECBC au moins / an

Colonisation récente PA

Confirmation ECBC

Ciprofloxacine Orale

750 mg x 2

Phase initiale
2 semaines

Antibiotiques IV :
Béta lactam + aminoside

Antibiotiques Inhalés :
Colimicine/Tobramycine/
Gentamicine

Durée totale 3 mois

Antibiotiques IV :
Béta lactam + aminoside

Phase initiale
2 semaines

Antibiotiques Inhalés :
Colimicine/Tobramycine/
Gentamicine

Durée totale 3 mois

Ciprofloxacine Orale
Ou Antibiotiques IV PLUS
Antibiotiques Inhalés
(colimicine)

Phase initiale
2 semaines

Poursuite
Antibiotiques Inhalés

Durée totale 3 mois

Éradication PA

- consensus Infection chronique dans DDB:
 - **2-3 cultures du germe séparées dans l'année**
- Colonisation autre germe : peu de preuve de bénéfice du ttt d'éradication

Q 4: traitement anti inflammatoire ?

- Corticoïdes inhalés non recommandés
 - Sauf si asthme documenté (ABPA)
 - Faible niveau de preuve
- Statines: pas d'intérêt
 - Forte recommandation

Q5: antibiotiques longue durée
> 3 mois: Oui si 3 exacerbations / an

- AB inhalés si infection chronique PA
- Macrolides (Azithromycine, Erythromycine)
 - Si infection chronique PA et AB inhalés contraindiqués, ou mal tolérés ou non faisables
 - Pas d'infection à PA
- AB non macrolide si pas de PA et macrolide impossible
- AB inhalés si pas PA et AB oral impossible

Q5 étude EMBRACE

Wong et al. Azithromycin for prevention of exacerbations in non-cystic fibrosis bronchiectasis (EMBRACE): A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2012

- contrôlée 141 patients sous Azithromycine 6 mois
- Exacerbation 0,59 vs 1,57
- Autres études
 - BAT Azithromycine
 - BLESS Erythromycine
 - POSITIVES
- Effets secondaires
 - Diarrhée
 - Résistance streptocoques oropharyngés
 - Pas d'anomalie Qt

Q5 Antibiotiques inhalés

- Pas de résistance après 6-12 mois
 - Colimicine nébulisée
 - Ciprofloxacine liposomale
 - Gentamicine
- Bonne tolérance
 - Dyspnée souvent rapportée
- Pas toxicité auditive ou rénale avec
 - Macrolides, aminosides

≥ 3 exacerbations par an

Majorer désencombrement
Traitement cause

infection P.aeruginosa

infection NON
P.aeruginosa

Pas efficace ou
intolérance

AB inhalés
3 - 6 mois

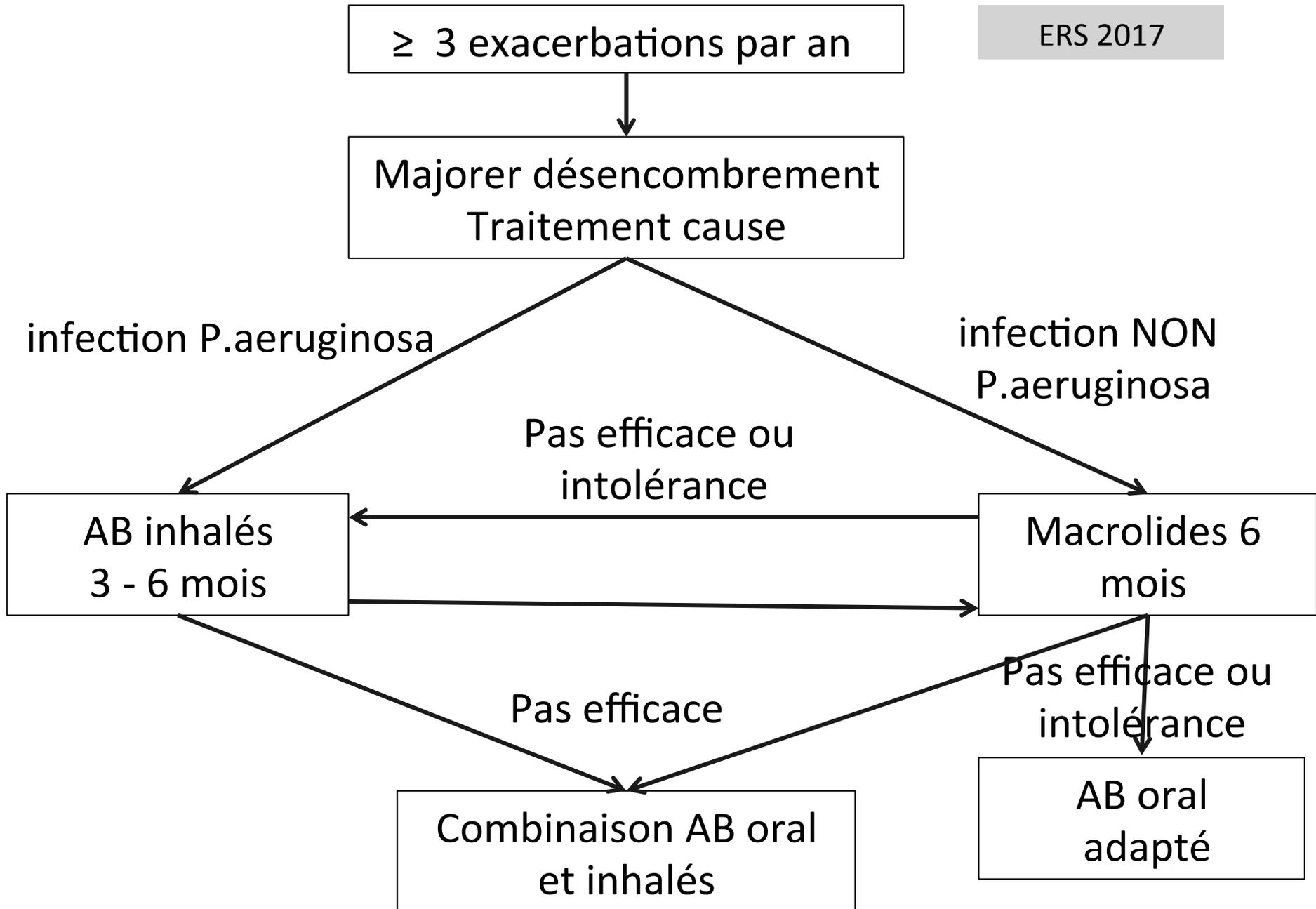
Macrolides 6
mois

Pas efficace

Pas efficace ou
intolérance

Combinaison AB oral
et inhalés

AB oral
adapté



Q6: agents mucolytiques

- **Mannitol** poudre 320 ou 400 mg x 2 / j
 - Amélioration QdV
 - Amélioration élimination sécrétions
 - Régression des sécrétions > avec Mannitol
- **Sérum salé** 4 ml 7 % x 1 / j ou 5 ml à 6 % vs placebo
 - Amélioration QdV (infection PA sans traitement AB long avec SS 7 %)
 - Réduction coûts (7 %)
- Pas d'effet sur la survenue d'exacerbation
- Effet délétère de DNase
- Mucolytiques oraux type Carbocystéine : aucune étude favorable

Q 6: Effets secondaires

- Mannitol
 - Bronchospasmes =1,8 %
 - Dyspnée 1,3 %
 - Effet secondaires mannitol
 - 20,2 % gpe Man
 - 16,7 % gpe placebo
- Salé hypertonique
 - Bien toléré
 - Pas de différence avec PLB

Q 7 : ttt de fond bronchodilatateurs > 3 mois

- Pas de principe
 - Si dyspnée, au cas par cas
- Pour aider la kinésithérapie,
- les nébulisations de solution mucolytique
 - d'antibiotiques

Q 8 : chirurgie ?

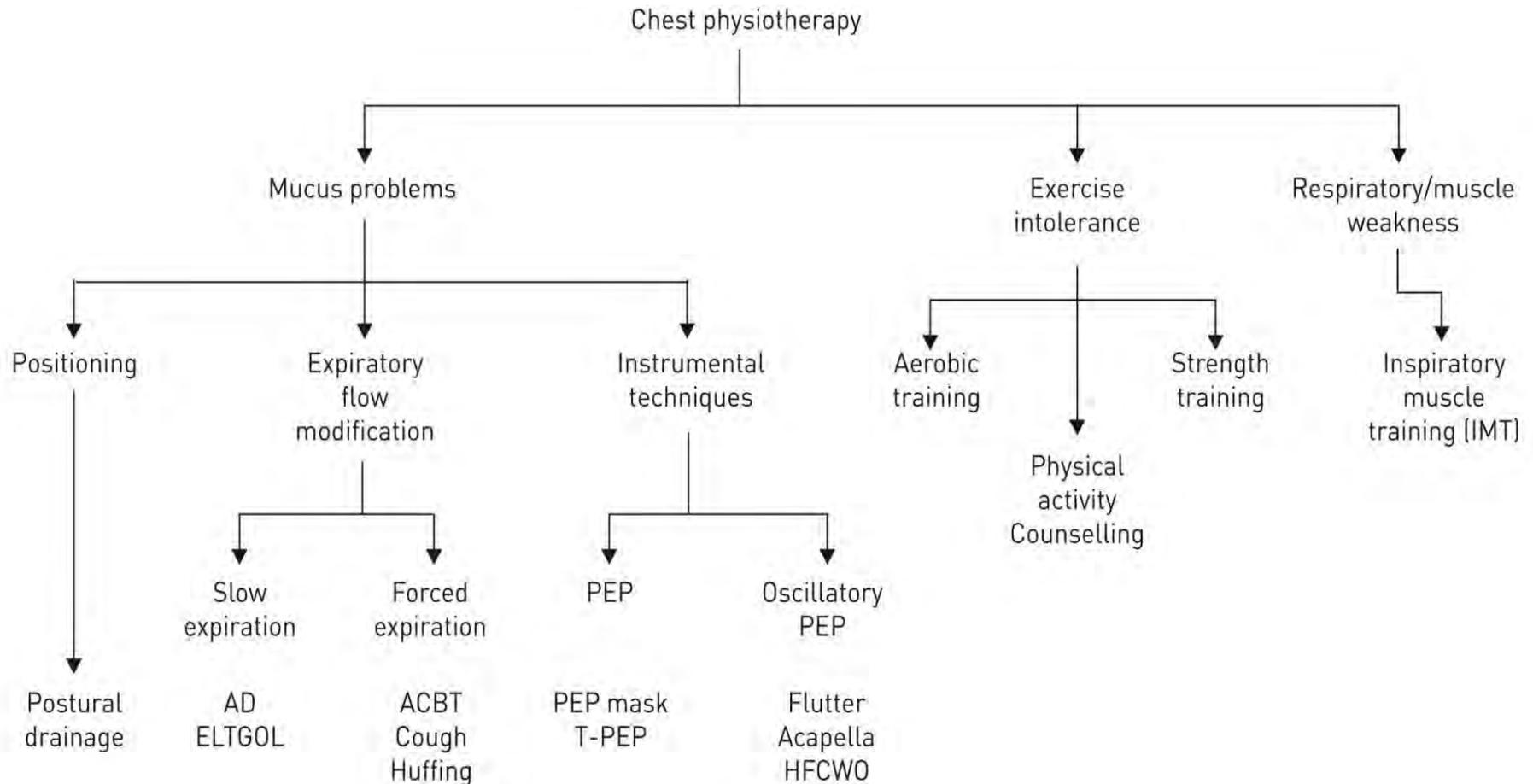
- Si localisée ET grande fréquence des exacerbations échappant aux mesures conventionnelles

Q 9: KINESITHERAPIE

- Drainage préventif et réhabilitation
 - Éducation au drainage bi quotidien ; par Kinési *entraîné*
 - Réhabilitation si limitation à l'exercice
 - Recommandation forte

Q9 la kinésithérapie ERS 2107

Chest physiotherapy interventions flow chart based on clinical experience from the task force panel.



Pourquoi un programme d'ETP?

Existe en anglais, en espagnol

- Rien en Français

débrouille-toi

vas sur le net

ressources sur le web: Autogestion

- « L'autogestion est très importante pour les personnes atteintes de maladies chroniques comme les bronchectasies. Il existe de nombreux moyens de contrôler votre maladie au quotidien.»
- « Vous devez prendre vos médicaments, effectuer les exercices de désencombrement des voies respiratoires recommandés, »
- « surveiller vos symptômes et faire part des éventuels changements à votre médecin, »
- « faire de l'exercice, manger sainement et arrêter de fumer si vous le faites. »
- Pour plus de conseils concernant l'autogestion, consultez le site web Bronchiectasis Patient Priorities.

Les sources d'information pour les patients.

- bronchiectasis.me
- bronchiectasis.scot.nhs.uk/
- blf.org.uk/support-for-you/bronchiectasis
- www.nhs.uk/Conditions/Bronchiectasis
- patient.info/health/bronchiectasis-leaflet
- www.bronchiectasishelp.org.uk/
- www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/brn
- <http://www.bronchiectasis.info/>
- medlineplus.gov/ency/article/000144.htm
- www.webmd.boots.com/a-to-z-

- <http://www.europeanlunginfo.org/bronchiectasis/tre...>
 - Traduit en français
- <https://en.wikipedia.org/wiki/Bronchiectasis>
 - français

L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

« une aide apportée aux patients, à leurs familles et/ou leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie ».

Ministère de la Santé. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des Personnes atteintes de maladies chroniques et des Solidarités. (2007-2011). Avril 2007. INPES

l'ETP dans les DDB

- Peu d'études
- Pas de bénéfice majeur dans la perception des symptômes, la consommation d'antibiotiques,
- les patients rapportent une amélioration de leur confiance et la gestion de leur quotidien,
- ont apprécié les outils d'information mis à leurs disposition.
- Les dernières recommandations positionnent l'éducation thérapeutique dans le domaine des DDB dans les projets de recherche clinique.

- Lavery et al, Expert Patient Self-Management Program Versus Usual Care in Bronchiectasis: A Randomized Controlled Trial Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2011
- T Hill A, L Sullivan A, D Chalmers J, et al British Thoracic Society Guideline for bronchiectasis in adults Thorax 2019;74:1-69

Expert patient self-management program versus usual care in bronchiectasis:
a randomized controlled trial.

Lavery KA, Arch Phys Med Rehabil. 2011 Aug; 92(8):1194-201.

- 2 sessions de groupe d'information spécifique
- Puis programme de 6 semaines « Programme Patient expert ».
- “disease-specific education component included causes of bronchiectasis, disease process, medical investigations, dealing with symptoms, airway clearance techniques, exacerbations, health promotion, and support available.
- All patients received a patient booklet entitled “Living With Bronchiectasis” that summarized the information and was a resource for further reference.”

- 2 études retenues (adulte)
- The first evaluated the effect of a combined early rehabilitation and self-management programme on 389 participants admitted to hospital with acute **exacerbations of chronic respiratory disease** ([Greening 2014](#)).
 - However, we were only able to use a subset of 20 participants with bronchiectasis in the review.
- The second study evaluated the impact of an expert patient self-management programme on 64 participants with bronchiectasis ([Lavery 2011](#)).
 - **in stable condition**
- **Pas de conclusion positive**
 - Faible évidence

Approche éducationnelle

Pas de recette, de protocole, de recommandation, de consensus

Approche, anthropologique, linguistique, philosophique

Pluridisciplinaire, collaborative, empathique

L'ETP commence par l'énoncé du diagnostic

- **Elucidant** la situation
 - Pour le *patient* dans sa singularité, son contexte, son histoire
- **Pédagogique**
 - Pourquoi
 - Quelle stratégie
 - Comment l'appliquer
- Répondre aux craintes et attentes.



Bases et principes de l'ETP

- **1 diagnostic éducatif**
 - Repérer des vulnérabilités
 - Recueillir la parole du patient
 - Craintes et attentes
 - **2 mise en œuvre**
 - Modules
 - **3 évaluation**
 - 4 retour au patient et son médecin
 - **5 maintien des acquis**
 - Suivi
 - soutien
- narration
 - Dialogue empathique
 - Résolution de problèmes
 - Retour sur expérience
 - Utilisation d'outils
 - métaphores

Définir des thèmes

- Utilité pratique pour la prise de décision du patient
 - De se traiter
 - De changer des comportements : tabac, activité physique, poids, vaccins ...
 - **Auto soins**
 - **Adaptation**
- Développer des outils



Patients reported that bronchiectasis had an impact on their physical and psychosocial functioning

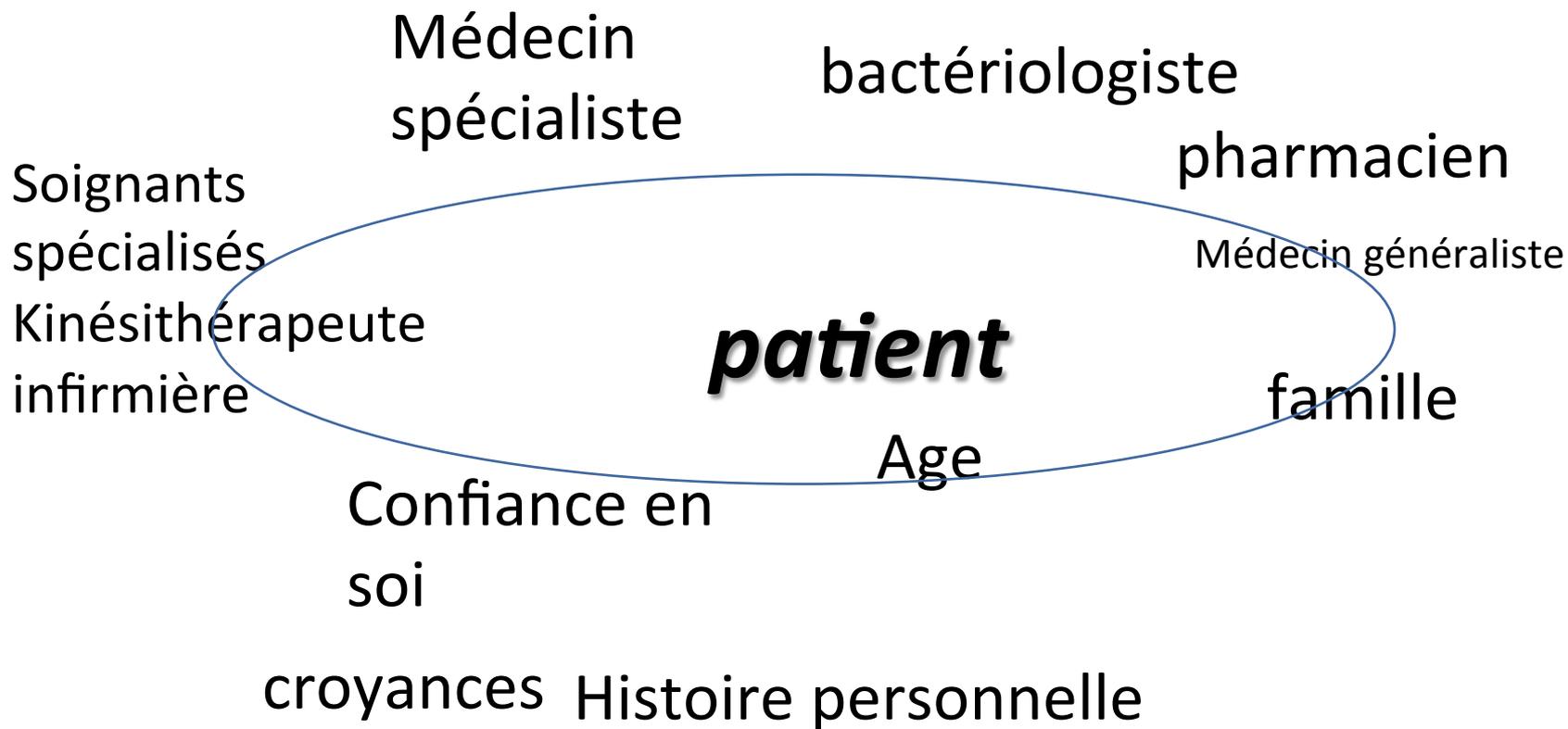
- “When you have an exacerbation of this, it is a disgusting disease you know, and you have a poor self-image”
- “To me self-management began when I was first diagnosed. First of all finding out as much as I could about the condition, what it is, what causes, what possible causes of it. There are a number of causes of it some of them unknown. What sort of treatments, in terms of medication and self-help should I be looking to”
- “Self-management to me means when I get up in the mornings I have to do postural drainage, and sort of clapping of the lungs”
- “Exercise is the biggest component of my self help there is no doubt about that”
- “I take a cod liver oil capsule every morning”

Obstacles et soutiens

- The most consistent obstacle to self-management, discussed in all four focus groups, was in relation to disease severity/stability.
 - “I have been with the physios twice, but I have no regime of management... because I don't believe I've got a severe case of this
 - —> *sous estimation fréquente de la situation par le patient*
- Patients with bronchiectasis identified sources of support that would encourage them to self-manage
 - “If I understood more what to do I could try and help it myself. I don't want to come in to hospital”
- Some patients indicated that they would like to have reviews to ensure they were using self-management strategies correctly
 - —> *besoin d'accompagnement dans le programme d'éducation*

les aidants

- The role of family was identified as important in self-management, particularly in giving advice, providing support and assisting with treatment



Une pathologie parfaite pour les compétences d'auto soins et d'adaptation

- Gestion de la toux, de l'encombrement
 - « La toilette bronchique »
- Gestion de la suppuration bronchique et des poussées d'infection
- Utilisation des ressources de soins et des acteurs de la santé
 - Kinésithérapeute, labo de bactério, infirmières libérales, médecin traitant, spécialiste, service de pneumologie
- Pratique de l'activité physique

DÉROULEMENT DU PROGRAMME

12 SÉANCES

Phase 1: qu'est-ce-que la DDB ?

- Lésion bronchique
 - Les bronches, fonction, sécrétion drainage naturel
 - Altération des fonctions dans la DDB
 - conséquences
- Hypersécrétion
 - Toux, drainage naturel ou aidé
 - Stagnation des sécrétions
 - Inflammation, infection, sécrétion: cercle vicieux
- Chronique +++
 - Variations saisonnières, avec l'âge, les infections

Histoire de la DDB

- Les causes: si disponible
- Ancienneté
- Impact sur la vie personnel
 - Toux: score de Leicester
 - Fatigue, dyspnée
 - Consommation médicale (urgences, hospitalisations)
- Étendue, sévérité
 - Nombre de lobes concernés

Diagnostic éducatif: le (a) patient(e)

- Son histoire, ses connaissances sur sa maladie
- Ses idées et représentations
- L'impact de DDB sur sa vie
 - De famille
 - Professionnelle, sociale
- Ses craintes
- Son lien avec le médecin, la structure de soin
- Ses ressources
 - Activité physique, confiance en soi
 - Ses expériences positives, négatives
- Ses freins
 - Homéopathie ...

Objectifs sécurité & efficacité

- 1 - mon état de base
- 2 - je vais moins bien
- 3 - j'évalue mon action
- 4 - je prends des décisions
 - Antibiotiques, consultation, examen bactériologique des sécrétions

Définir son état de base

- La toux
 - Retour sur expérience personnelle
 - Score de Leicester
- Perception de l'encombrement
 - la toux « sèche », la « trachéite »... !
- Stratégies d'évitement
 - antitussifs
 - Lady Windemere
- Retentissement
 - Social
 - Sommeil +++

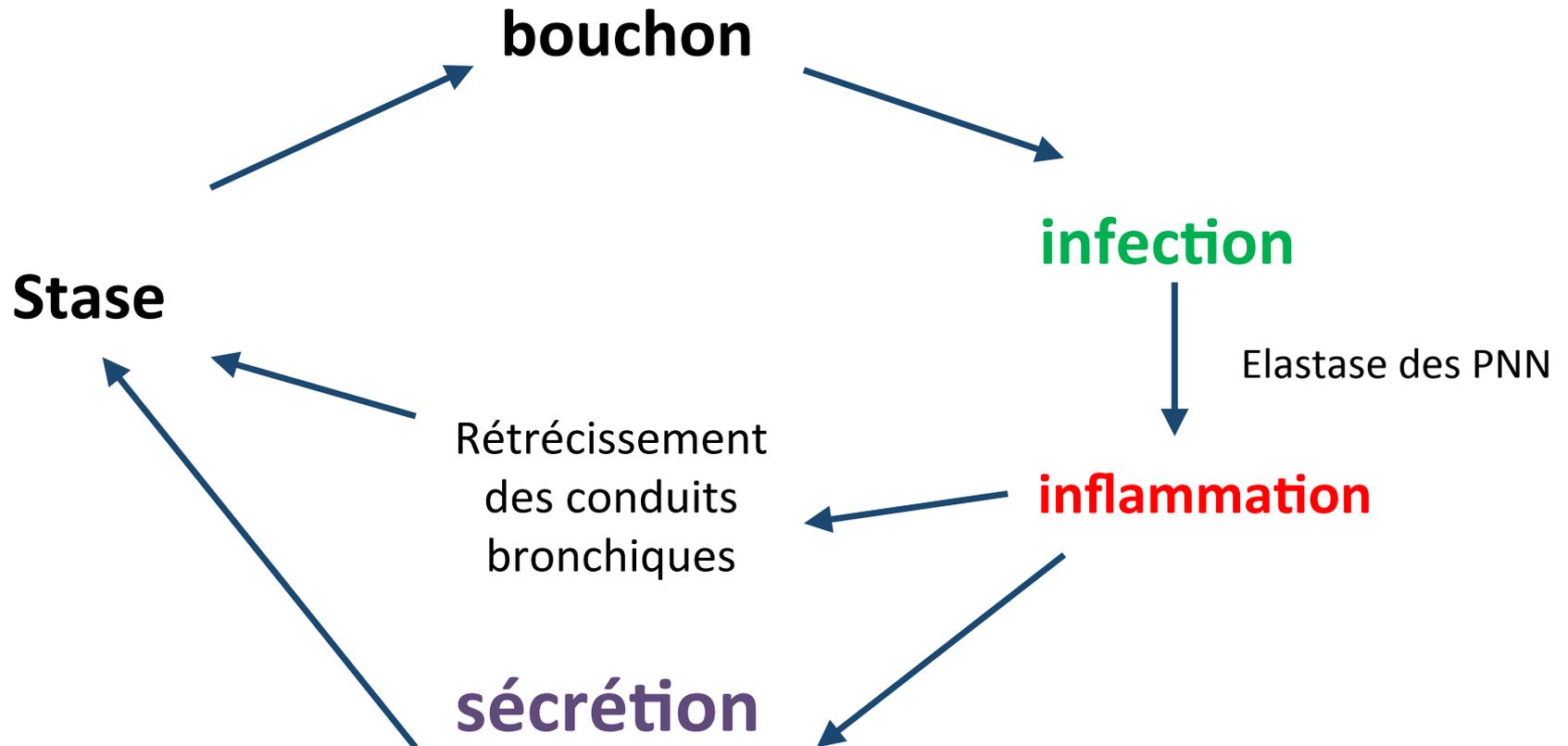
Le score de toux de Leicester

- Validé en français
- Sur les 2 dernières semaines
- 3 domaines
 - Cliniques
 - Social
 - Psychologique
- Reflète aussi la qualité de vie
- Outil de base dans l'évaluation de l'ETP

Les sécrétions

- Volume et couleur
- Évaluation au cours du temps
- Déceler une dégradation justifiant une action
- → définir son état de base +++

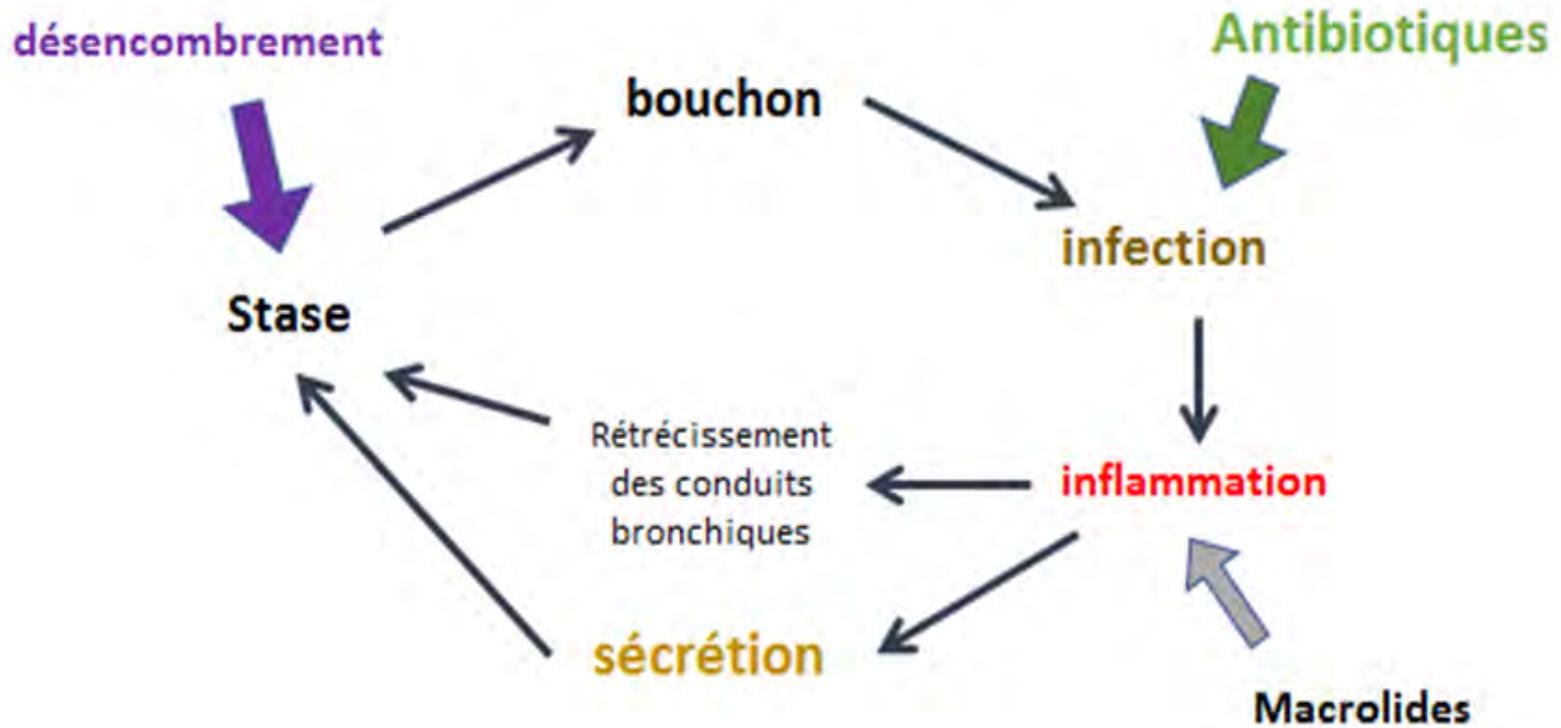
Le cercle vicieux des DDB



La pullulation bactérienne

- Gérée par le drainage
- Changement
 - Rapide
 - Imposant un antibiotique
- Évaluation de son effet
- Résistance
 - Évaluation de l'efficacité à 48 h
- Quand faire l'ECBC?

Le cercle vicieux des DDB



PLAN D'ACTION

Je vais moins bien

- Mes actions
 - Je majore mon drainage,
 - Auto drainage
 - Recours aux dispositifs: instrumentaux, nébulisations etc...
 - Hydratation
 - Je contacte mon kiné
- J'évalue à 48 h
 - Ça va mieux
 - C'est pas mieux

J'ai une poussée infectieuse

- J'ai prévu la situation avec mon pneumologue
 - Je prends l'antibiotique prescrit par avance
 - Je préviens mon médecin
- Je n'a pas de plan d'action
 - Je consulte
 - Je raconte comment mon AB précédent a marché

Ma situation s'arrange

- Je poursuis la durée prévue
- Je maintiens un drainage plus important

L'infection résiste au traitement

- Dois-je faire un ECBC?
 - C'était dans le plan d'action
 - J'applique le plan (Fiche technique travaillée au préalable)
 - Pas de plan d'action
 - Allo docteur

EXPÉRIENCE DE L'ESPACE DU SOUFFLE

18 mois

- Groupes de 6 à 8 patients
- 12 séances deux fois / semaine
- Programme connaissance de la maladie
- Ateliers désencombrement
- Pratique et découverte de l'activité physique
- Élaboration du plan d'action
 - Selon la vision du pneumologue référent

évaluation

- Nette amélioration des scores de Leicester
- Qualité de vie
- Satisfaction des patients +++
 - Confiance, gestion de la toux au quotidien
 - Rapport avec entourage
 - Meilleure activité au quotidien
 - Amélioration fatigue
- Pas de donnée sur exacerbations pour l'instant.

CONCLUSION



DDB très adaptée à un programme d'ETP



- Besoin de connaissance pour le patient
- Mécanismes compréhensible et facile à s'approprier
- Expertise dans le désencombrement
 - Centre très spécialisé
 - Suivi sur plusieurs mois (événements gérés « en direct »)
- Programme en cours d'écriture pour le groupe ETHER