

Paralysie diaphragmatique bilatérale et kinésithérapie



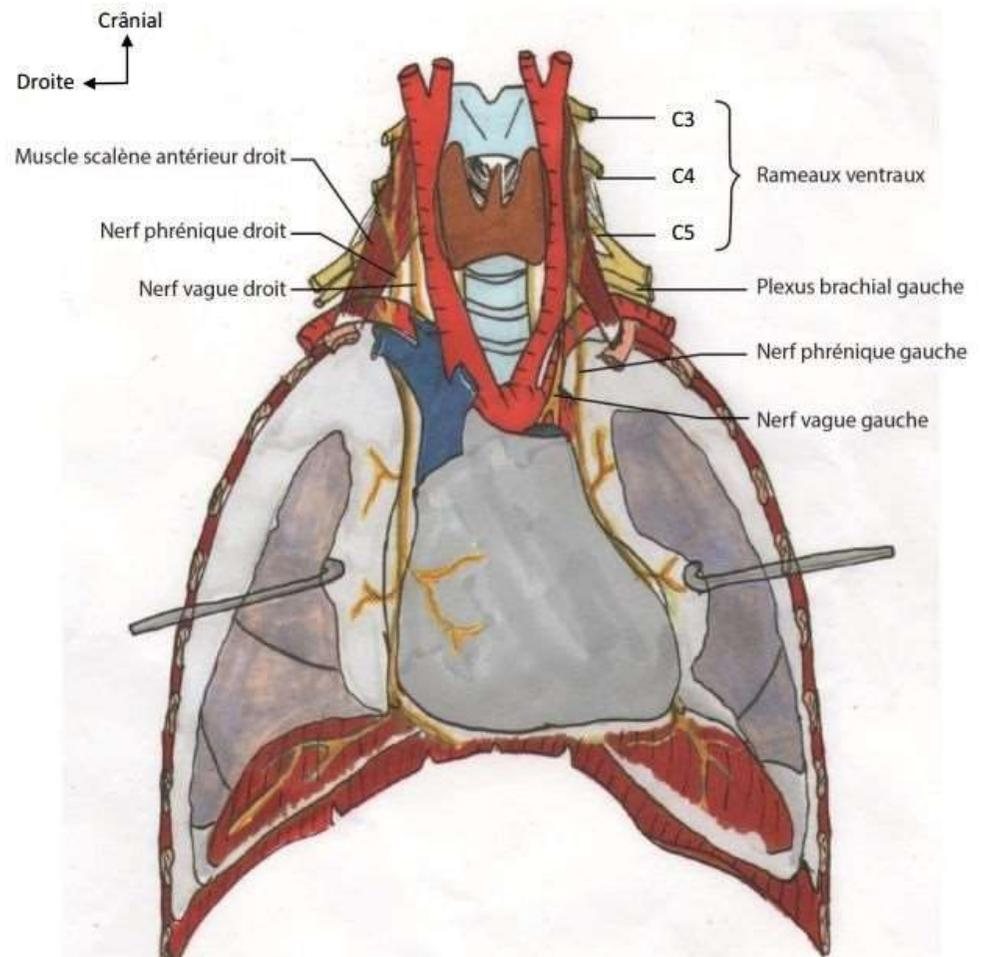
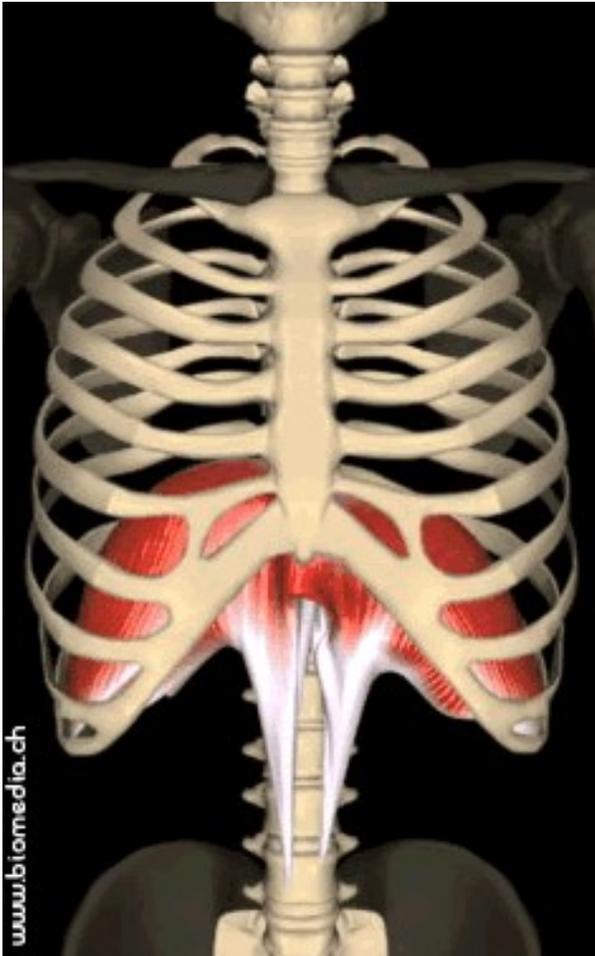
Cas clinique... mais encore...

- Kinésithérapie ET muscle squelettiques +++
- BPCO et renforcement Q4 +++
- Maintenant: muscle diaphragme +++
important à évaluer
- Et aussi en réa +++
- Chez le patient I/V

Le muscle Diaphragme

- Muscle qui sépare les cavités thoracique et abdominale
- 1 partie tendineuse et 1 partie musculaire
- Piliers (portion verticale)
- Coupoles (Partie sterno-chondro-costale, horizontale)
- 2 Muscles digastriques reliés par un centre tendineux (centre phrénique)





Les nerfs phréniques: portion cervicale

- Issus de la branche antérieure du 4^{ème} nerf cervical
- Portion cervicale: face antérieure du muscle scalène
- Entre dans le thorax entre l'artère et la veine Subclavière
- A gauche: longe le canal thoracique



Trajet thoracique



- A droite:
 - suit la veine cave supérieure
 - Passe en avant du pédoncule pulmonaire droit
 - Longe le péricarde
- A gauche:
 - Croise en arrière l'artère pulmonaire gauche
 - Longe le bord du péricarde
 - Rejoint le diaphragme en arrière de la pointe du coeur

Anastomoses des nerfs phréniques

- Seulement dans la portion thoracique
- 2 rameaux pour la plèvre et le péricarde
- 4 rameaux musculaires:
 - 1 abdominale: péritoine et piliers
 - 3 pour la partie costale et la partie sternale



La médiastinite nécrosante descendante (M.N.D.)

- Cellulite cervico-médiastinite
- Affection polymicrobienne d'extension à départ oropharyngé ou dentaire vers le médiastin
- Pathologie rapide et grave +++
- ATB et chirurgie pour lavage et drainage



Traitement des MDN



- ATB
- Traitement chirurgical
 - Débridement des collections
 - Lavage cavités pleurales et médiastinales
 - Drainage pleural et médiastinal
- Complications par infection et inflammation
 - +++ des nerfs phréniques
 - Atteinte des nerfs par nécrose
 - Atteinte partielle ou totale mais réversible

Diagnostic d'une atteinte phrénique dans les MND

- Soupçon par difficulté ou impossibilité de sevrage ventilatoire
- RP (ascension de la coupole)
- Echographie
- Scopies diaphragmatiques
- EMG



PRESENTATION DU CAS CLINIQUE

Cas clinique

- Homme de 45 ans
- Angine mal traitée
- Evolution grave et rapide: MND
- Mise à plat des collections médiastinales
- Décortications pleurales et lavages
- Drainages pleuraux et médiastinaux



Phase aiguë

- Patient I/V/S
- Phase grave
- Désencombrement bronchique
- Entretien articulaire par mobilisation
- Phase de qqs jours

Phase de réa stable

- Levée de sédation dès que la pronostic vital n'est plus engagé (J20)
- Essai de sevrage ventilatoire: échecs successifs en AI
- Altération des GDS avec hypercapnie (9 mmHg) et acidose respiratoire
- Décision de Trachéotomie



Examens complémentaires

- **Echographie:** mouvement paradoxal: coupoles montent à l'inspiration
- **EMG** à deux mois de l'épisode aigu: repousse partielle en cours: confirmation de la réversibilité de l'atteinte
- **Scopies** à deux mois et à quatre mois: récupération de la contraction diaphragmatique

Trachéotomie et réanimation

- Patient trachéotomisé et ventilé sur ventilateur de réa
- Passé rapidement sur ventilateur dédié 24/24
- Réhabilitation en parallèle
 - Cycloergomètre
 - Bord de lit
 - Marche avec ventilateur
 - Fauteuil



Trachéotomie

- Education à la ventilation avec dégonflement du ballonnet
- Stimulation nociceptive du carrefour oropharyngé
- Trachéotomie avec Système phonatoire
- Apprentissage de la phonation en ventilation continue: éducation au contrôle glottique
- Apprentissage de la déglutition et ventilation

Phase de secteur conventionnel

- **Réhabilitation +++**
- Mise en place de **deux programmes de ventilation**
 - Nuit avec des réglages de sécurité
 - Jour avec 2 programmes: un de réhab, l'autre avec baisse de l'AI pour recruter les muscles inspirateurs
 - Contrôle par les GDS +++
 - Contrôle de la tolérance clinique

- **Education** aux changements et au nettoyage de la chemise interne de la trachéotomie
- **Observance** +++ des ventilateurs pour modifier les réglages



**Kinésithérapie
Respiratoire**

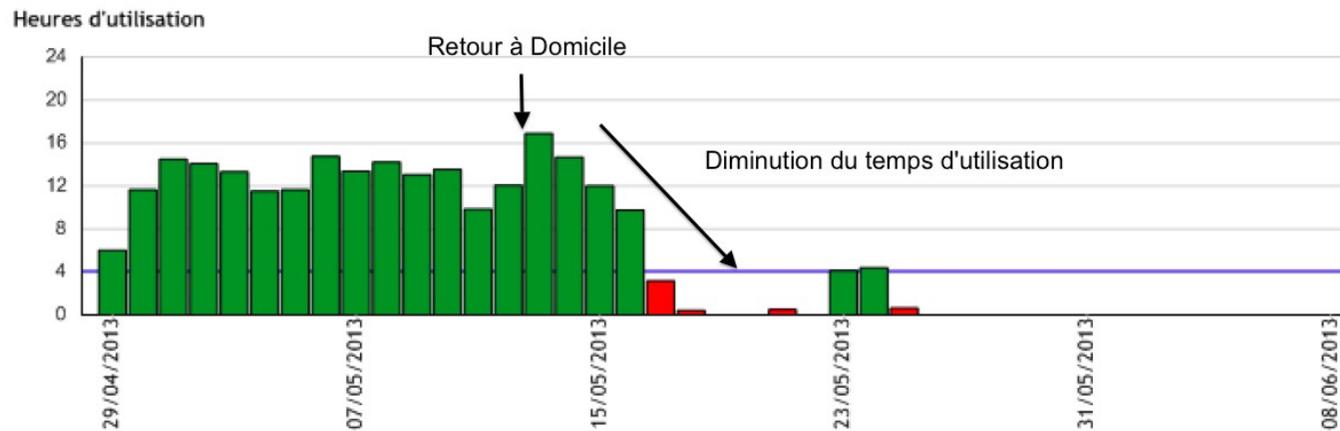
Samedi 28 Mai 2016

Préparation au retour au domicile

- Forfait 24/24.
- 2 ventilateurs
- Education
- Permission
- Prestataire pour récupérer les observances

Observance du ventilateur

Arrêt de la ventilation à l'initiative du patient
10 jours après son retour



Discussion

- Pourquoi tant d'observances?
- Pourquoi pas de sonde NAVA?
- Pourquoi pas IMT?
- Pourquoi pas de mesure de la PIM?

Enfin....

- **Comment différencier la récupération du diaphragme par la sollicitation ventilatoire de la récupération phrénique physiologique?**
- **Limitation de la surassistance**
- Avons nous surprotéger le patient? ou fin de sa récupération?
- Ressenti du patient....
- Humilité face à notre travail