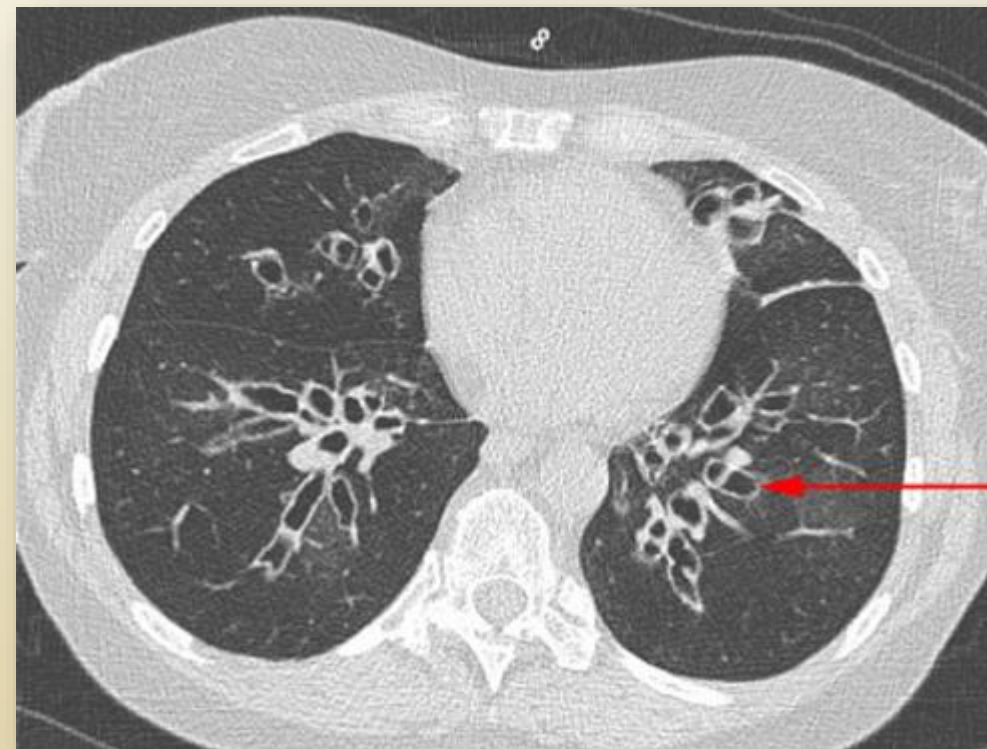


# Kinésithérapie et bronchectasies : quand, comment et avec quels moyens ?



William Poncin, Kinésithérapeute

CPLF Marseille, 27-01-2017

## Déclaration de liens d'intérêts

J'ai actuellement, ou j'ai eu au cours des trois dernières années, une affiliation ou des intérêts financiers ou intérêts de tout ordre avec les sociétés commerciales suivantes **en lien avec la santé**.

Absence de liens d'intérêts

# Introduction



## Kinésithérapie et bronchectasies (**DDB**) :

- Quand
- Comment
- Quels moyens
  
- Quoi
  1. Désencombrement <sup>1</sup>
  2. Exercice – Activité physique <sup>1</sup>
  3. Incontinence urinaire

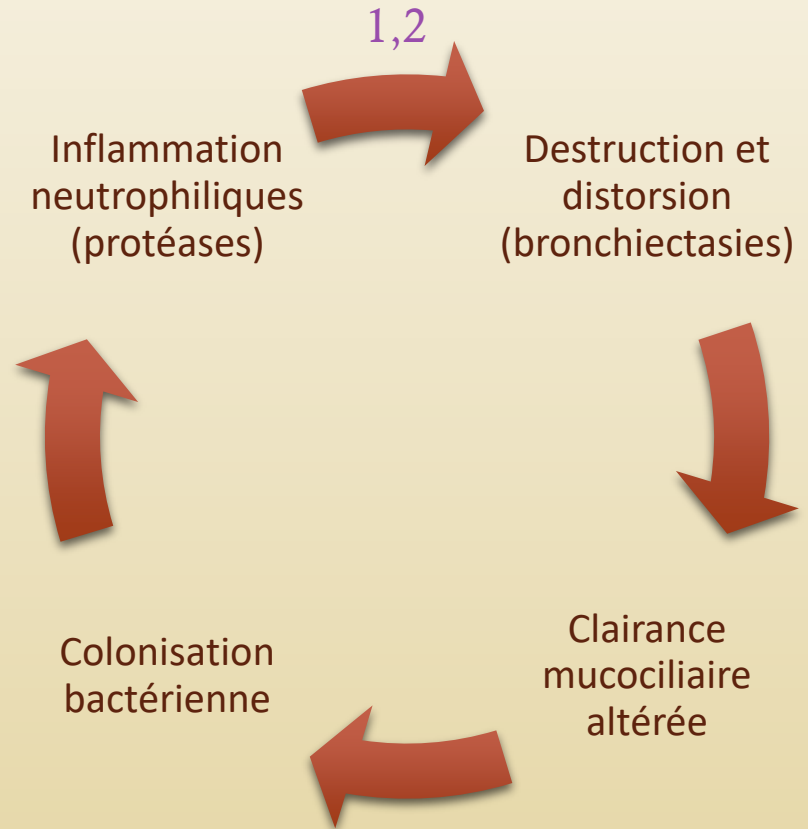
# Désencombrement



1

## ◇ Rationnel

- ◇ Cercle vicieux de Cole <sup>1</sup>
- ◇ Kiné respiratoire <sup>3</sup> :
  - ◇ Améliorer la toilette bronchique
  - ◇ Réduire le risque d'infection, d'exacerbation
  - ◇ Maintenir la fonction pulmonaire
  - ◇ Reconnue, préconisée dans les DDB



1. Cole et al. Eur J Respir Dis Suppl 1986
2. McShane et al. AJRCCM 2013
3. Khoo et al. J Clin Med 2016

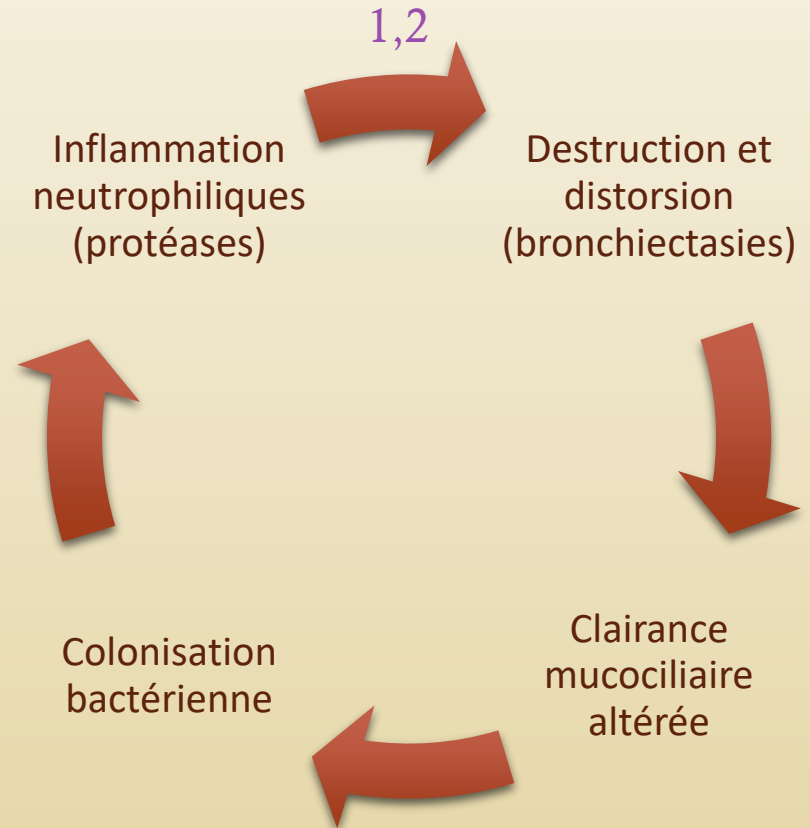
# Désencombrement



1

## ◇ Rationnel

- ◇ Cercle vicieux de Cole <sup>1</sup>
- ◇ Kiné respiratoire <sup>3</sup> :
  - ◇ Améliorer la toilette bronchique
  - ◇ Réduire le risque d'infection, d'exacerbation
  - ◇ Maintenir la fonction pulmonaire
  - ◇ Reconnue, préconisée dans les DDB
- ◇ 101/103 DDB : 98% toux chroniques productive <sup>4</sup>

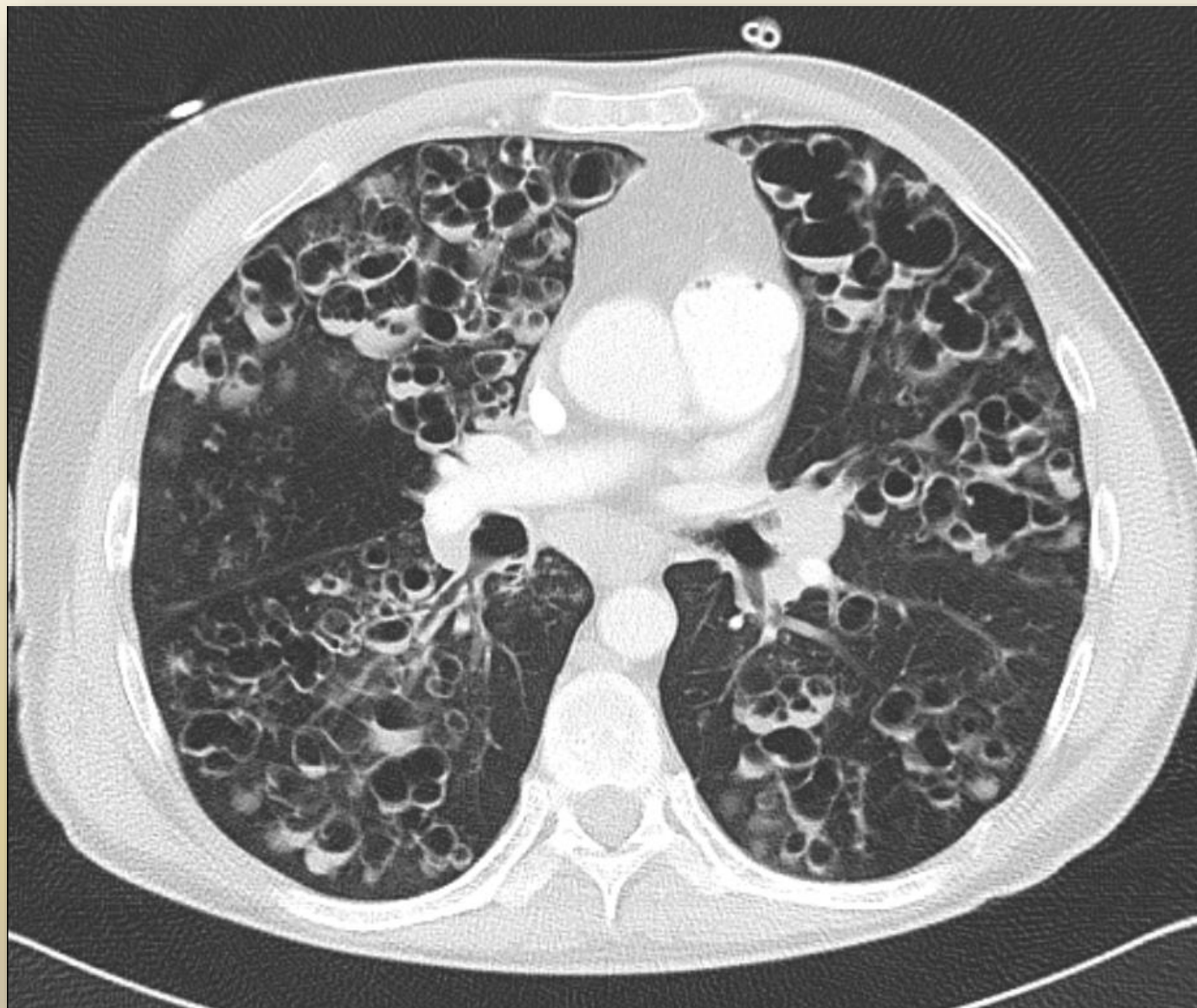


1. Cole et al. Eur J Respir Dis Suppl 1986
2. McShane et al. AJRCCM 2013
3. Khoo et al. J Clin Med 2016
4. King et al. Respir Med 2006

# Désencombrement



1





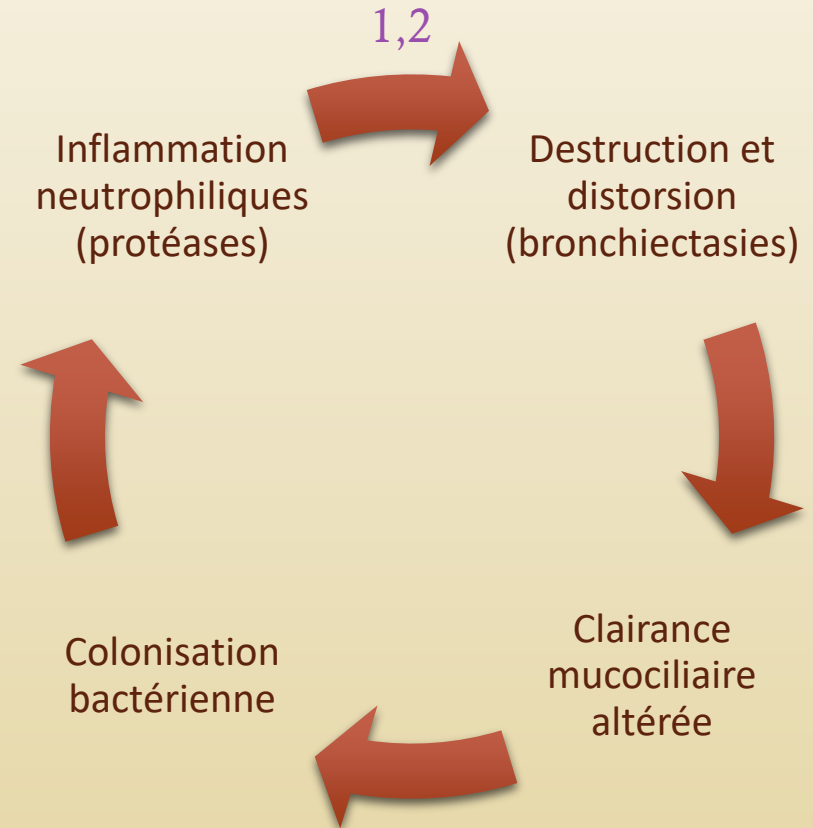
# Désencombrement



1

## ◇ Rationnel

- ◇ Cercle vicieux de Cole <sup>1</sup>
- ◇ Kiné respiratoire <sup>3</sup> :
  - ◇ Améliorer la toilette bronchique
  - ◇ Réduire le risque d'infection, d'exacerbation
  - ◇ Maintenir la fonction pulmonaire
  - ◇ Reconnue, préconisée dans les DDB
- ◇ 101/103 DDB : 98% toux chroniques productive <sup>4</sup>
- ◇ Malgré le faible niveau de preuve <sup>5</sup>



# Désencombrement

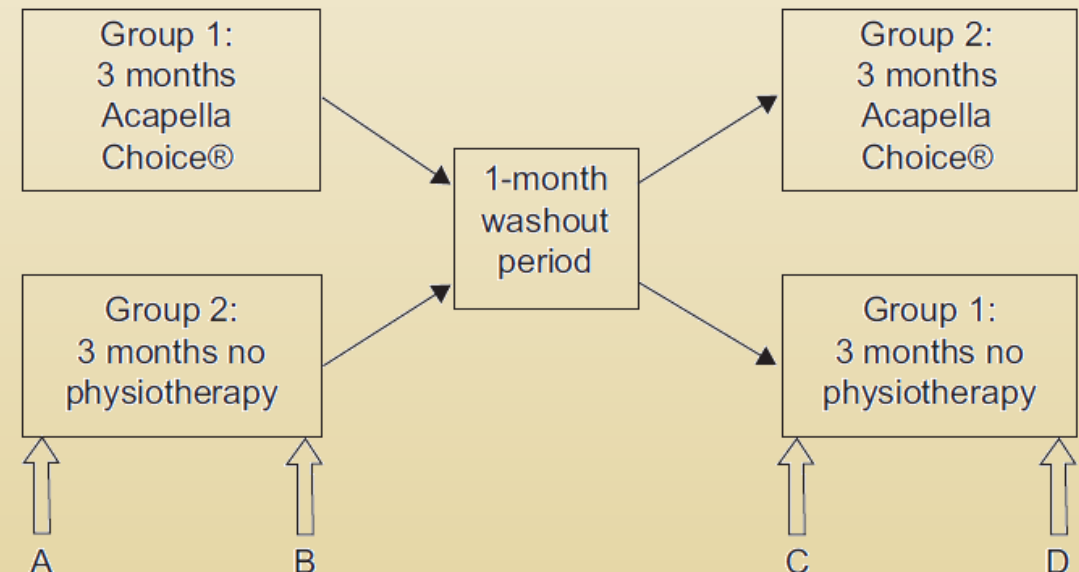


1

## ◆ Quelques études clés

### ◆ Murray et al. <sup>1</sup> (3 mois de KR vs 3 mois sans KR, cross-over)

- ◆ 20 patients DDB (12 M)
- ◆ Tousseurs chroniques
- ◆ Age médian (IQR) : 73 ans (72 – 77)
- ◆ VEMS % médian (IQR) : 76% (48 – 98)
- ◆ Ne pratiquant pas de la KR régulièrement avant l'étude
- ◆ PEP-o (pression expiratoire positive oscillante) 2x/jour







- ◇ Quelques études clés
  - ◇ Murray et al. <sup>1</sup>

Outcome	Twice daily physiotherapy	No regular physiotherapy	p-value
Total LCQ score improvement	1.3 (-0.17–3.25)	0 (-1.5–0.5)	0.002
24-h sputum volume mL	2 (0–6)	-1 (-5–0)	0.02
FEV <sub>1</sub> L	-0.01 (-0.06–0.08)	-0.01 (-0.1–0.11)	0.7
FVC L	-0.01 (-0.09–0.28)	0.06 (-0.08–0.21)	0.9
FEF <sub>25–75%</sub> L·s <sup>-1</sup>	-0.02 (-0.17–0.16)	0.04 (-0.1–0.34)	0.6
MIP cmH <sub>2</sub> O	-1 (-9–7)	5.5 (-10–12.5)	0.7
MEP cmH <sub>2</sub> O	5 (-11–25)	8.5 (-3.7–19.7)	0.7
Exercise capacity m	40 (15–80)	0 (-10–20)	0.001
Sputum bacterial load cfu·mL <sup>-1</sup>	-1 × 10 <sup>3</sup> (-2.78 × 10 <sup>6</sup> –1.74 × 10 <sup>7</sup> )	1 × 10 <sup>3</sup> (-6.5 × 10 <sup>7</sup> –6.4 × 10 <sup>6</sup> )	0.72
Total SGRQ score improvement	7.8 (-0.99–14.5)	-0.7 (-2.3–0.05)	0.005
Exacerbations n	5	7	0.48

Data are presented as median (interquartile range), unless otherwise stated. LCQ: Leicester Cough Questionnaire; FEV<sub>1</sub>: forced expiratory volume in 1 s; FVC: forced vital capacity; FEF<sub>25–75</sub>: forced expiratory flow at 25–75% of FVC; MIP: maximum inspiratory pressure; MEP: maximum expiratory pressure; SGRQ: St George's Respiratory Questionnaire.



- ◇ Quelques études clés
  - ◇ Murray et al. <sup>1</sup>

Outcome	Twice daily physiotherapy	No regular physiotherapy	p-value
Total LCQ score improvement	1.3 (-0.17–3.25)	0 (-1.5–0.5)	0.002
24-h sputum volume mL	2 (0–6)	-1 (-5–0)	0.02
FEV <sub>1</sub> L	-0.01 (-0.06–0.08)	-0.01 (-0.1–0.11)	0.7
FVC L	-0.01 (-0.09–0.28)	0.06 (-0.08–0.21)	0.9
FEF <sub>25–75%</sub> L·s <sup>-1</sup>	-0.02 (-0.17–0.16)	0.04 (-0.1–0.34)	0.6
MIP cmH <sub>2</sub> O	-1 (-9–7)	5.5 (-10–12.5)	0.7
MEP cmH <sub>2</sub> O	5 (-11–25)	8.5 (-3.7–19.7)	0.7
Exercise capacity m	40 (15–80)	0 (-10–20)	0.001
Sputum bacterial load cfu·mL <sup>-1</sup>	-1 × 10 <sup>3</sup> (-2.78 × 10 <sup>6</sup> –1.74 × 10 <sup>7</sup> )	1 × 10 <sup>3</sup> (-6.5 × 10 <sup>7</sup> –6.4 × 10 <sup>6</sup> )	0.72
Total SGRQ score improvement	7.8 (-0.99–14.5)	-0.7 (-2.3–0.05)	0.005
Exacerbations n	5	7	0.48

Data are presented as median (interquartile range), unless otherwise stated. LCQ: Leicester Cough Questionnaire; FEV<sub>1</sub>: forced expiratory volume in 1 s; FVC: forced vital capacity; FEF<sub>25–75%</sub>: forced expiratory flow at 25–75% of FVC; MIP: maximum inspiratory pressure; MEP: maximum expiratory pressure; SGRQ: St George's Respiratory Questionnaire.



- ◇ Quelques études clés
  - ◇ Murray et al. <sup>1</sup>

Outcome	Twice daily physiotherapy	No regular physiotherapy	p-value
Total LCQ score improvement	1.3 (-0.17–3.25)	0 (-1.5–0.5)	0.002
24-h sputum volume mL	2 (0–6)	-1 (-5–0)	0.02
FEV <sub>1</sub> L	-0.01 (-0.06–0.08)	-0.01 (-0.1–0.11)	0.7
FVC L	-0.01 (-0.09–0.28)	0.06 (-0.08–0.21)	0.9
FEF <sub>25–75%</sub> L·s <sup>-1</sup>	-0.02 (-0.17–0.16)	0.04 (-0.1–0.34)	0.6
MIP cmH <sub>2</sub> O	-1 (-9–7)	5.5 (-10–12.5)	0.7
MEP cmH <sub>2</sub> O	5 (-11–25)	8.5 (-3.7–19.7)	0.7
Exercise capacity m	40 (15–80)	0 (-10–20)	0.001
Sputum bacterial load cfu·mL <sup>-1</sup>	-1 × 10 <sup>3</sup> (-2.78 × 10 <sup>6</sup> –1.74 × 10 <sup>7</sup> )	1 × 10 <sup>3</sup> (-6.5 × 10 <sup>7</sup> –6.4 × 10 <sup>6</sup> )	0.72
Total SGRQ score improvement	7.8 (-0.99–14.5)	-0.7 (-2.3–0.05)	0.005
Exacerbations n	5	7	0.48

Data are presented as median (interquartile range), unless otherwise stated. LCQ: Leicester Cough Questionnaire; FEV<sub>1</sub>: forced expiratory volume in 1 s; FVC: forced vital capacity; FEF<sub>25–75%</sub>: forced expiratory flow at 25–75% of FVC; MIP: maximum inspiratory pressure; MEP: maximum expiratory pressure; SGRQ: St George's Respiratory Questionnaire.



- ◇ Quelques études clés
  - ◇ Murray et al. <sup>1</sup>

Outcome	Twice daily physiotherapy	No regular physiotherapy	p-value
<b>Total LCQ score improvement</b>	1.3 (-0.17–3.25)	0 (-1.5–0.5)	0.002
24-h sputum volume mL	2 (0–6)	-1 (-5–0)	0.02
FEV <sub>1</sub> L	-0.01 (-0.06–0.08)	-0.01 (-0.1–0.11)	0.7
FVC L	-0.01 (-0.09–0.28)	0.06 (-0.08–0.21)	0.9
FEF <sub>25–75%</sub> L·s <sup>-1</sup>	-0.02 (-0.17–0.16)	0.04 (-0.1–0.34)	0.6
MIP cmH <sub>2</sub> O	-1 (-9–7)	5.5 (-10–12.5)	0.7
MEP cmH <sub>2</sub> O	5 (-11–25)	8.5 (-3.7–19.7)	0.7
Exercise capacity m	40 (15–80)	0 (-10–20)	0.001
Sputum bacterial load cfu·mL <sup>-1</sup>	-1 × 10 <sup>3</sup> (-2.78 × 10 <sup>6</sup> –1.74 × 10 <sup>7</sup> )	1 × 10 <sup>3</sup> (-6.5 × 10 <sup>7</sup> –6.4 × 10 <sup>6</sup> )	0.72
<b>Total SGRQ score improvement</b>	7.8 (-0.99–14.5)	-0.7 (-2.3–0.05)	0.005
Exacerbations n	5	7	0.48

Data are presented as median (interquartile range), unless otherwise stated. **LCQ**: Leicester Cough Questionnaire; FEV<sub>1</sub>: forced expiratory volume in 1 s; FVC: forced vital capacity; FEF<sub>25–75%</sub>: forced expiratory flow at 25–75% of FVC; MIP: maximum inspiratory pressure; MEP: maximum expiratory pressure; **SGRQ**: St George's Respiratory Questionnaire.



- ◇ Quelques études clés
  - ◇ Murray et al. <sup>1</sup>

Outcome	Twice daily physiotherapy	No regular physiotherapy	p-value
Total LCQ score improvement	1.3 (-0.17–3.25)	0 (-1.5–0.5)	0.002
24-h sputum volume mL	2 (0–6)	-1 (-5–0)	0.02
FEV <sub>1</sub> L	-0.01 (-0.06–0.08)	-0.01 (-0.1–0.11)	0.7
FVC L	-0.01 (-0.09–0.28)	0.06 (-0.08–0.21)	0.9
FEF <sub>25–75%</sub> L·s <sup>-1</sup>	-0.02 (-0.17–0.16)	0.04 (-0.1–0.34)	0.6
MIP cmH <sub>2</sub> O	-1 (-9–7)	5.5 (-10–12.5)	0.7
MEP cmH <sub>2</sub> O	5 (-11–25)	8.5 (-3.7–19.7)	0.7
<b>Exercise capacity m</b>	<b>40 (15–80)</b>	<b>0 (-10–20)</b>	<b>0.001</b>
Sputum bacterial load cfu·mL <sup>-1</sup>	-1 × 10 <sup>3</sup> (-2.78 × 10 <sup>6</sup> –1.74 × 10 <sup>7</sup> )	1 × 10 <sup>3</sup> (-6.5 × 10 <sup>7</sup> –6.4 × 10 <sup>6</sup> )	0.72
Total SGRQ score improvement	7.8 (-0.99–14.5)	-0.7 (-2.3–0.05)	0.005
Exacerbations n	5	7	0.48

Data are presented as median (interquartile range), unless otherwise stated. LCQ: Leicester Cough Questionnaire; FEV<sub>1</sub>: forced expiratory volume in 1 s; FVC: forced vital capacity; FEF<sub>25–75</sub>: forced expiratory flow at 25–75% of FVC; MIP: maximum inspiratory pressure; MEP: maximum expiratory pressure; SGRQ: St George's Respiratory Questionnaire.



- ◇ Quelques études clés
  - ◇ Murray et al. <sup>1</sup>

Outcome	Twice daily physiotherapy	No regular physiotherapy	p-value
Total LCQ score improvement	1.3 (-0.17–3.25)	0 (-1.5–0.5)	0.002
24-h sputum volume mL	2 (0–6)	-1 (-5–0)	0.02
FEV <sub>1</sub> L	-0.01 (-0.06–0.08)	-0.01 (-0.1–0.11)	0.7
FVC L	-0.01 (-0.09–0.28)	0.06 (-0.08–0.21)	0.9
FEF <sub>25–75%</sub> L·s <sup>-1</sup>	-0.02 (-0.17–0.16)	0.04 (-0.1–0.34)	0.6
MIP cmH <sub>2</sub> O	-1 (-9–7)	5.5 (-10–12.5)	0.7
MEP cmH <sub>2</sub> O	5 (-11–25)	8.5 (-3.7–19.7)	0.7
Exercise capacity m	40 (15–80)	0 (-10–20)	0.001
Sputum bacterial load cfu·mL <sup>-1</sup>	-1 × 10 <sup>3</sup> (-2.78 × 10 <sup>6</sup> –1.74 × 10 <sup>7</sup> )	1 × 10 <sup>3</sup> (-6.5 × 10 <sup>7</sup> –6.4 × 10 <sup>6</sup> )	0.72
Total SGRQ score improvement	7.8 (-0.99–14.5)	-0.7 (-2.3–0.05)	0.005
<b>Exacerbations n</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>0.48</b>

Data are presented as median (interquartile range), unless otherwise stated. LCQ: Leicester Cough Questionnaire; FEV<sub>1</sub>: forced expiratory volume in 1 s; FVC: forced vital capacity; FEF<sub>25–75</sub>: forced expiratory flow at 25–75% of FVC; MIP: maximum inspiratory pressure; MEP: maximum expiratory pressure; SGRQ: St George's Respiratory Questionnaire.



# Désencombrement



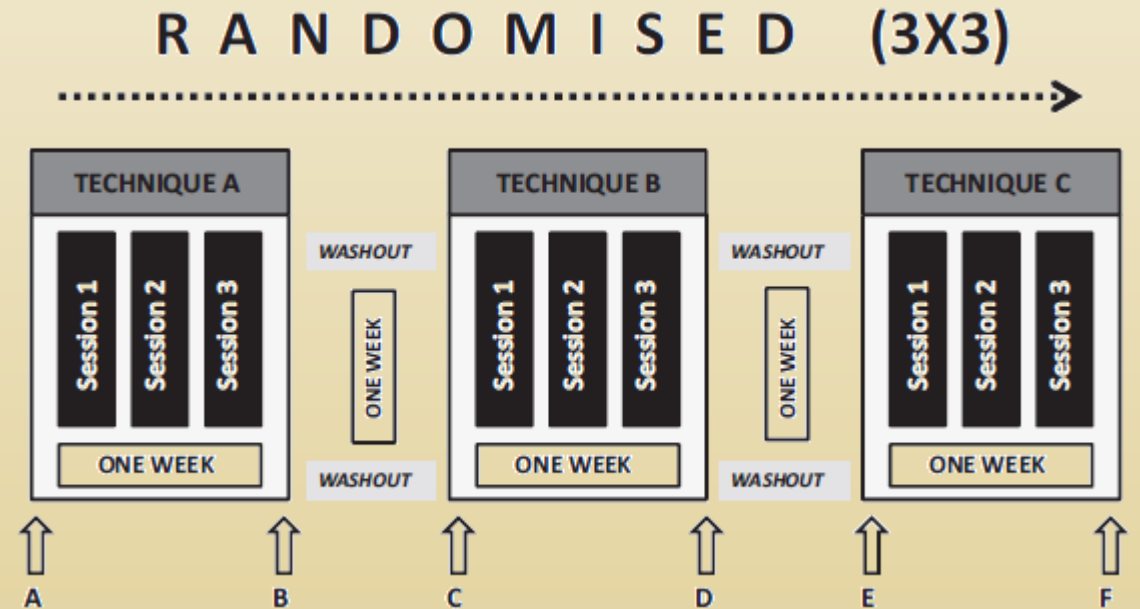
1

- ◇ Quelques études clés
  - ◇ Murray et al. <sup>1</sup> (3 mois de KR vs 3 mois sans KR, cross-over)
    - ◇ Données démographiques
      - ◇ 20 patients (12 M)
      - ◇ Age médian (IQR) : 73 ans (72 – 77)
      - ◇ VEMS % médian (IQR) : **76% (48 – 98)**
      - ◇ Ne pratiquant pas de la KR régulièrement avant l'étude
    - ◇ Résultats
      - ◇ Amélioration de la clairance mucociliaire
      - ◇ Amélioration de la qualité de vie – sévérité de la toux
      - ◇ Amélioration de la capacité à l'exercice
      - ◇ Pas d'effet sur le nombre d'exacerbation



## ◆ Quelques études clés

- ◆ Herrero-Cortina et al. <sup>1</sup> (1 semaine de traitement en cross-over)
  - ◆ 31 patients DDB (9 M)
  - ◆ Production quotidienne sputum > 15ml
  - ◆ Age moyen : 60 ans ± 18
  - ◆ VEMS % moyen : 63% ± 23
  - ◆ Kiné Respi : 40min 3x/sem
  - ◆ DA vs ELTGOL vs PEP-Temporaire
    - ◆ DA : autonomie
    - ◆ ELTGOL : thérapeute dépendant
    - ◆ PEP-T : appareil dépendant



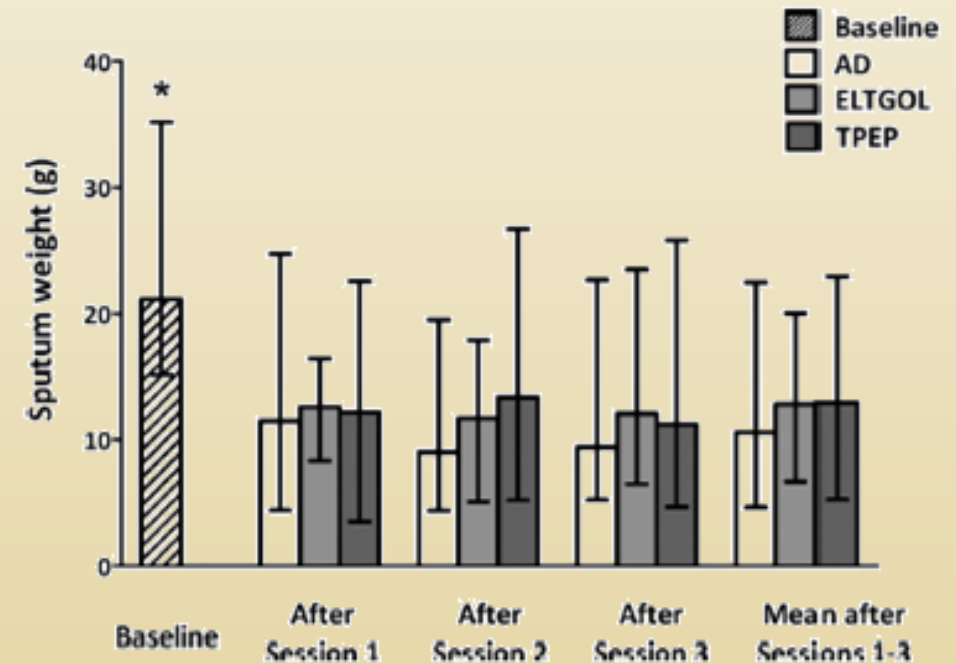
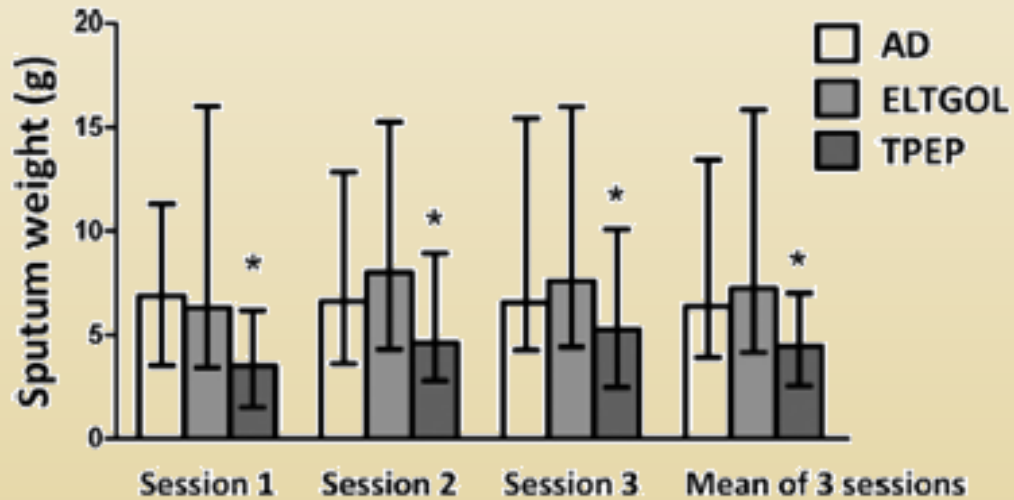
# Désencombrement



1

## ◇ Quelques études clés

### ◇ Herrero-Cortina et al. <sup>1</sup>



Amélioration significative sévérité toux (mesuré par « Leicester Cough Questionnaire » – LCQ)

# Désencombrement



1

## ◆ Quand?

- ◆ Pas de recommandation concernant la fréquence ou quels patients cibles
  - ◆ Quotidiennement (?) chez certains patients plus à risques <sup>1,2</sup>  
Infections chroniques (*Pseudomonas Aeruginosae*, autres) ; Exacerbations fréquentes ( $\geq 2$  / an)
  - ◆ Attention Reflux Gastro-Œsophagien <sup>3</sup>

## ◆ Comment?

- ◆ Pas de recommandation concernant la technique → Choix individuel
  - ◆ Qualité des sécrétions
  - ◆ Préférence
  - ◆ ...

## ◆ Avec quels moyens?

- ◆ PEP, PEP-o, DA, ELTGOL, ACBT\*, ... au moins 30min <sup>4</sup>
- ◆ Exercice Physique <sup>5</sup>



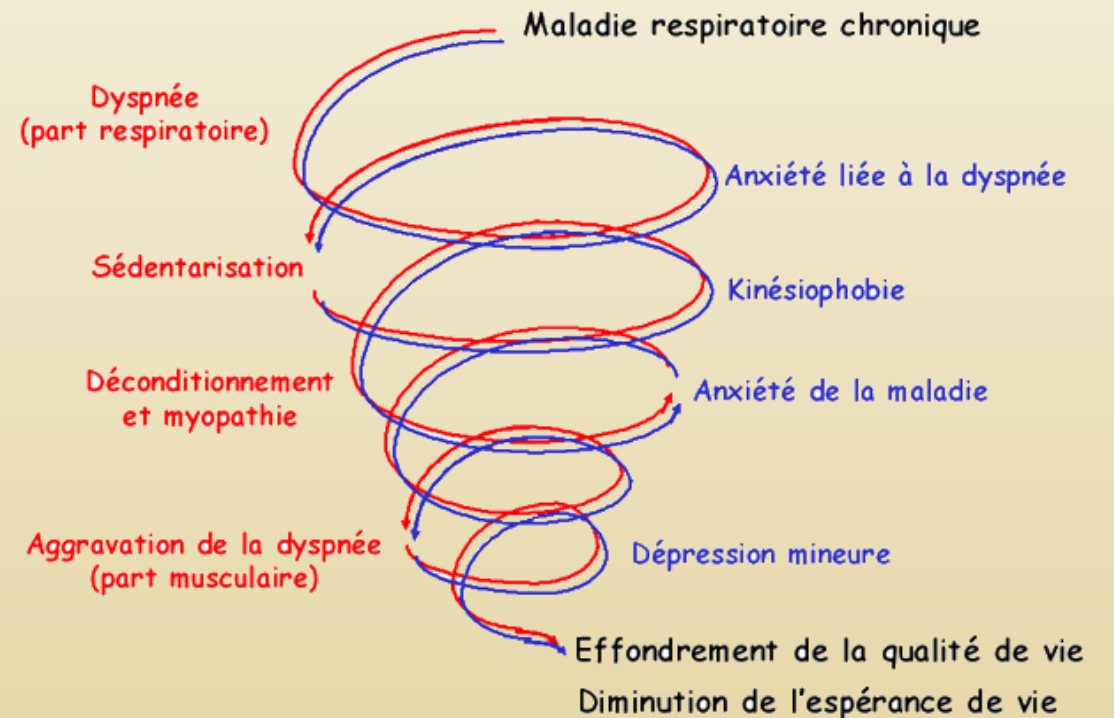
1. Martinez-Garcia et al. Ann Am Thorac Soc 2016
2. Aliberti et al. Eur Respir J 2016
3. Lee et al. Respirology 2014
4. Ramos et al. Respir Care 2015
5. Dwyer et al. BMJ Pulm Med 2017



## ◇ Rationnel

### ◇ Muscles squelettiques dysfonctionnels <sup>1</sup>

- ◇ Inflammation
- ◇ Échanges gazeux défavorables
- ◇ Déséquilibre électrolytique
- ◇ Dénutrition
- ◇ Médicaments (corticoïdes)
- ◇ Inactivité



NB :

Activité physique = tout mouvement corporel résultant en une dépense d'énergie

ex: marcher pour aller au boulot, monter les escaliers, jardiner ...

Exercice = forme d'activité physique mais planifiée, structurée et répétée

ex: jogging, vélo, sports collectifs, ...



## ◇ Rationnel

### ◇ Ozalp et al. <sup>1</sup>

- ◇ 20 DDB vs 20 sujets sains
- ◇ Démographiquement semblable
- ◇ Age moyen : 43ans ( $\pm 14$ )
- ◇ Patients DDB :
  - ◇ VEMS = 62% ( $\pm 20$ )
  - ◇ VEMS/CVF = 73% ( $\pm 15$ )

**Table 2 Peripheral muscle function, exercise capacity, fatigue and health status in patients with bronchiectasis and healthy subjects**

	Bronchiectasis (n = 20)	Healthy (n = 20)	p
<b>Peripheral muscle strength</b>			
Knee extension (N)	266.7 $\pm$ 63.3	310.4 $\pm$ 73.0	0.050
Shoulder abduction (N)	158.6 $\pm$ 56.7	183.0 $\pm$ 50.6	0.15
Hand grip (N)	176.9 $\pm$ 62.0	198.7 $\pm$ 54.5	0.18
<b>Peripheral muscle endurance</b>			
Squats (n)	15.80 $\pm$ 3.28	22.50 $\pm$ 4.43	< 0.0001*
<b>Fatigue</b>			
Fatigue Severity Scale	4.66 $\pm$ 1.67	3.37 $\pm$ 1.53	0.007*
<b>Exercise capacity</b>			
6MWT distance (m)	559.2 $\pm$ 98.7	636.0 $\pm$ 74.3	0.008*
6MWT%	90.5 $\pm$ 14.3	105.6 $\pm$ 12.5	0.001*
Borg-dyspnea	2.20 $\pm$ 1.90	0.07 $\pm$ 0.24	< 0.001*
Borg-fatigue	1.77 $\pm$ 1.89	0.92 $\pm$ 1.43	0.26
Borg-quadriceps fatigue	1.65 $\pm$ 1.89	0.95 $\pm$ 2.30	0.16





## ◇ Quelques études clés

### ◇ Lee et al. <sup>1</sup>

◇ Revue systématique

◇ Réhabilitation Pulmonaire ou Exercice vs Pas d'intervention physique

◇ 4 études, 164 patients <sup>2-5</sup>

◇ Programme de 8 semaines réalisé à l'hôpital <sup>2-4</sup>

◇ 2x / semaine + 1x / semaine à domicile (non supervisé)

◇ Combinaison d'ex d'endurance (30-45min) + renforcement périphérique

1. Lee et al. Arch Phys Med Rehabil, in press

2. Newal et al. Thorax 2005

3. Mandal et al. Respir Med 2012

4. Lee et al. Respir Res 2014

5. Greening et al. BMJ 2014



## ◆ Quelques études clés

### ◆ Lee et al. <sup>1</sup>

#### ◆ Capacité à l'exercice

##### ◆ Test de marche de 6 minutes (TDM6')

◆ MCID = 25m <sup>2</sup>

◆ Amélioration de 32m

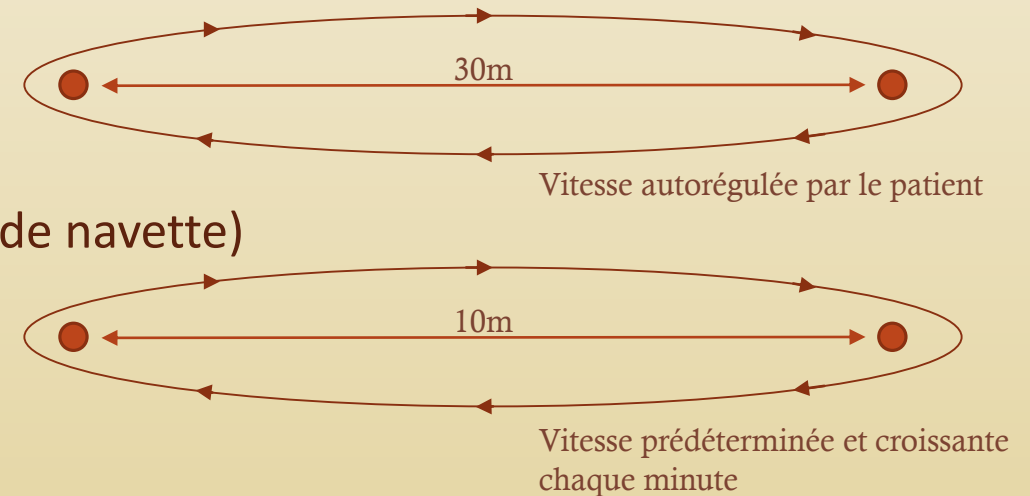
##### ◆ Incremental Shuttle Walking Test (ISWT, test de navette)

◆ MCID = 35m <sup>2</sup>

◆ Amélioration de 67m

◆ Mais amélioration pas maintenue 6-12 mois après...

◆ Importance d'initier un changement de comportement dans l'activité physique! <sup>3</sup>



1. Lee et al. Arch Phys Med Rehabil, in press

2. Lee et al. J Cardiopulm Rehabil Prev 2014

3. Burtin et al. Respiration 2015

# Activité Physique & Exercice



2

- ◇ Quelques études clés
  - ◇ Lee et al. <sup>1</sup>
    - ◇ Capacité à l'exercice
    - ◇ Force/endurance musculaire périphérique
      - ◇ Non étudié



## ◇ Quelques études clés

### ◇ Lee et al. <sup>1</sup>

◇ Capacité à l'exercice

◇ Force/endurance musculaire périphérique

◇ Qualité de vie & Perception sévérité toux

◇ Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) → 0-100 (hte valeur = moindre qualité)

◇ MCID = 4 points <sup>2</sup>

◇ Amélioration de 4,65 points

◇ Maintenu à 3 mois, mais pas à 6 mois.

◇ Leicester Cough Questionnaire (LCQ) → 3-21 (faible valeur = toux plus sévère)

◇ MCID = 1,3 points <sup>3</sup>

◇ Amélioration NS de 1,27 points

1. Lee et al. Arch Phys Med Rehabil, in press

2. Wilson et al. AJRCCM 1997

3. Raj et al. Handb Exp Pharmacol 2009



## ◇ Quelques études clés

### ◇ Lee et al. <sup>1</sup>

◇ Capacité à l'exercice

◇ Force/endurance musculaire périphérique

◇ Qualité de vie, symptômes

◇ Symptômes psychologiques <sup>2</sup>

◇ Hospital anxiety and depression scale (HADS)

◇ Anxiété et dépression : NS

◇ NB : peu de participant avec des symptômes cliniques significatif à T0

1. Lee et al. Arch Phys Med Rehabil, in press

2. Lee et al. Respir Res 2014



## ◇ Quelques études clés

### ◇ Lee et al. <sup>1</sup>

- ◇ Capacité à l'exercice
- ◇ Force/endurance musculaire périphérique
- ◇ Qualité de vie, symptômes
- ◇ Symptômes psychologiques
- ◇ Exacerbations <sup>2</sup>
  - ◇ Fréquence (N° / an)
    - ◇ Médiane 2 vs 1 (p = 0,013)
  - ◇ Temps avant la prochaine exacerbation
    - ◇ Médiane 8 mois vs 6 mois (p = 0,047)

1. Lee et al. Arch Phys Med Rehabil, in press

2. Lee et al. Respir Res 2014





## ◇ Quand?

- ◇ Évaluer (TDM6', ISWT, force musculaire MI, éventuellement force M Respi)
- ◇ Proposer systématiquement lorsque valeur anormale <sup>1-3</sup>

## ◇ Comment et avec quels moyens?

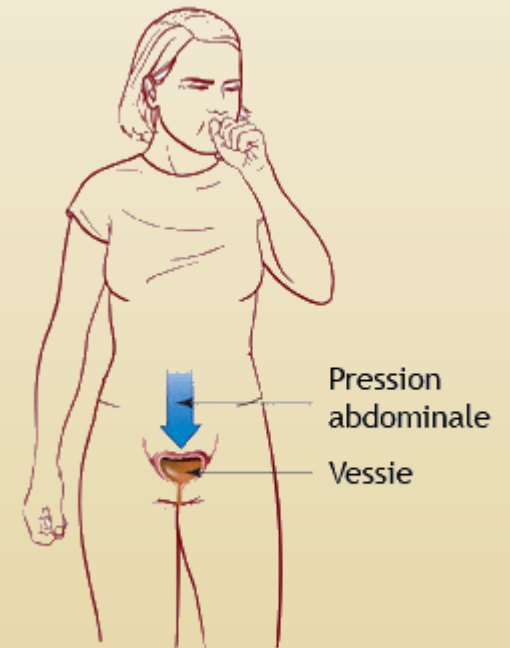
- ◇ Capacité à l'exercice :
  - ◇ Tapis de marche – 75% vitesse max test de navette <sup>4</sup>
  - ◇ Vélo – 60% Wmax extrapolé via TDM6' <sup>5</sup>
- ◇ Renforcement périphérique
  - ◇ Avec ou sans poids du corps, avec ou sans charge
  - ◇ [www.pulmonaryrehab.com.au](http://www.pulmonaryrehab.com.au)
- ◇ Changement de comportement !!!
  - ◇ Éducation thérapeutique, Podomètre, Applications connectées, ...

1. Troosters et al. Eur Respir J 1999
2. Jenkins et al. Physiother Theory Pract 2009
3. Probst et al. Respir Med 2012
4. Lee et al. Respir Res 2014
5. Hill et al. Arch Phys Med Rehabil 2008



## ◇ Rationnel

- ◇ Maladies respiratoires chroniques → toux chronique <sup>1</sup>
    - ◇ Hyperpression vésicale
    - ◇ Incontinence urinaire (IU) d'effort
  
  - ◇ Peu de patients le mentionnent
  - ◇ Beaucoup ignorent l'existence de traitement
  
  - ◇ Conséquences probables sur le drainage
  - ◇ Conséquences probables sur les exercices/activité physique
- ◇ Une seule communication IU  $\Leftrightarrow$  DDB : Rees et al. Br J Nurs 2013





- ◆ Rees et al. <sup>1</sup>
  - ◆ Nouveau service pour adultes avec DDB
  - ◆ 76 patientes questionnées à propos de symptômes d'incontinence
    - ◆ 42/76 (55%) : incontinence urinaire!
    - ◆ Décivant des effets dramatiques sur la qualité de vie
    - ◆ Des 42 patientes,
      - ◆ Durée des symptômes d'IU > 5 ans : 87,5%
      - ◆ Durée des symptômes d'IU > 10 ans : 40%
    - ◆ Consultation infirmière spécialisée : amélioration chez 80% des patientes.

# Incontinence urinaire



3

## ◇ Quand?

- ◇ Évaluer systématiquement!

## ◇ Comment

- ◇ Simple questionnaire spécifique

## ◇ Avec quels moyens?

- ◇ Spécialisation ou référer
- ◇ 80% des patientes ayant bénéficié d'une intervention spécifique : amélioration symptômes d'IU <sup>1</sup>

# Take-home messages



## ◆ Désencombrement

- ◆ Encore peu de preuve sur le long terme
- ◆ Recommandé, traitement pilier
- ◆ Individualisation de la technique



## ◆ Exercice et activité physique

- ◆ A évaluer systématiquement et proposer intervention adaptée
- ◆ Effet sur les exacerbations à confirmer mais prometteur
- ◆ Effet sur la mortalité?
- ◆ N'a de sens « que » si cela débouche sur un changement de comportement!



## ◆ Incontinence urinaire

- ◆ Très fréquent mais rarement reportée
- ◆ Conséquences néfastes sur la qualité de vie et les traitements
- ◆ A investiguer systématiquement et référer!



**Merci pour votre attention! Questions?**