

Dans quelle mesure peut-on récupérer par la rééducation les difficultés de réexpansion?

Autor(en): **Marion, L.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): - **(1973)**

Heft 249

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930495>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Dans quelle mesure peut-on récupérer par la rééducation les difficultés de réexpansion ?

Docteur L. MARION
Médecin-Directeur
La Musse par Evreux
Journal de Kinésithérapie

Rechercher dans quelles mesures on peut récupérer par la rééducation les difficultés de réexpansion après exérèses partielles, c'est poser le problème des limites de la rééducation.

A vrai dire, les difficultés de réexpansion pulmonaire tiennent à *trois ordres de facteurs* pouvant s'associer différemment dans chaque cas.

Le premier type de difficultés tient à *l'état du parenchyme* avant l'exérèse et tout particulièrement aux incarcérations pulmonaires du type de celles que l'on peut observer après les collapsus gazeux anciens, aujourd'hui devenus rares, ou après les pleurésies ou les pyothorax qui ont évolué pendant de longues années. Le parenchyme, est alors fréquemment bridé par une sclérose mutilante et, a tendance à reprendre après décortication, la forme initiale, quels que soient les efforts tant des soins post-opératoires que de la kinésithérapie. La réexpansion, qui peut être excellente, est malheureusement souvent assez médiocre et, s'obtient par un déplacement médiastinal, une ascension diaphragmatique, une rétraction thoracique, toute chose peu souhaitable mais difficilement évitable dans le cas particulier. Est-il besoin de dire, tant c'est évident, que la réexpansion est d'autant moins facile que davantage de

Des difficultés d'un tout autre ordre tendent à la persistance, après ablation des drains d'aspiration, d'un *épanchement fibrineux et de caillots* tendant à opacifier l'hémithorax de façon plus ou moins homogène, ou au contraire, par plages plus denses.

Si nous voulons bien mettre de côté le grand drame hémorragique ou compressif ayant nécessité un décaillotage chirurgical, le problème se pose de la conduite à tenir devant de tels aspects. Le rôle des kinésithérapeutes est alors majeur. Certes, il convient de ne pas négliger les ponctions multiples, étagées, successives qui permettent souvent de retirer des épanchements plus ou moins abondants et enkystés. Ces ponctions

sont d'ailleurs souvent plus efficaces après quelques jours, lorsque le sang fibrinolyse se trouve plus facilement ponctionnable. Toutefois, elles demeurent parfois inefficaces, s'il s'agit en particulier de caillots solides, ou de corps fibrineux, ou s'il s'agit de poches inaccessibles à la ponction. C'est alors qu'on a la surprise de voir qu'une kinésithérapie active, longtemps prolongée, amène le plus souvent une réexpansion très satisfaisante et d'excellente qualité contre toute attente. Il n'est pas question d'ailleurs de mettre le succès entièrement au compte de la kinésithérapie, qui joue certainement un rôle non négligeable dans la réexpansion, mais qui accompagne par ailleurs des phénomènes enzymatiques de lyse et de résorption sanguine de toute autre nature.

Le troisième type de difficultés de réexpansion nous arrêtera davantage. Il s'agit des *poches résiduelles gazeuses* après exérèse partielle. A vrai dire, l'idéal serait que jamais la kinésithérapie ne fut mise en œuvre dans de tels cas, puisque tout doit être fait pour les éviter. On sait que c'est là l'un des buts de l'aspiration continue post-opératoire. Toutefois, il est incontestable, que la réexpansion pulmonaire n'est pas toujours totale et qu'il persiste de temps à autre des poches résiduelles après exérèse partielle. Il faut, en fait, les classer en catégories selon les éventualités :

1. Tout d'abord, selon que la poche est ou non en communication avec l'arbre bronchique (fuites gazeuses persistantes ou non). Nous ne parlerons évidemment pas des fistules bronchiques à plein canal qui sont devenues extrêmement rares, mais plutôt des fuites bronchiolaires, ou des tranches de section chirurgicale, ou de la périphérie pulmonaire, notamment après décortication.

Dans ce premier cas, l'aspiration continue est souvent inefficace par permanence de la fuite, qui paraît même en quelque sorte entretenue par l'aspiration. C'est dans ces cas qu'il faut savoir abandonner momentanément le drainage pendant quelques jours, pour le reprendre ensuite secon-

dairement. A ce moment, on s'aperçoit, quelquefois avec satisfaction, que les fuites gazeuses ont disparu. Certains drainages itératifs, même très tardifs, peuvent encore amener à la paroi un poumon qui paraissait tout à fait rebelle à la réexpansion. De tels drainages peuvent ainsi être efficaces, alors que le poumon demeurerait initialement inerte. Il s'agit probablement du relâchement de la rigidité pulmonaire post-opératoire, qui est due tant à l'attrition tissulaire, qu'aux obstructions bronchiques, ou bronchiolaires avec plus ou moins de phénomènes d'atélectasie.

2. Il faut également distinguer les poches selon *la date* de leur apparition. Le cliché immédiatement post-opératoire renseigne déjà sur l'évolution prévisible. Certes, il est toujours flatteur et n'annonce nullement les ennuis qui apparaîtront les jours suivants. Toutefois, la non-réexpansion rapide du poumon appelle toujours l'attention et, le cliché post-opératoire ressemble très souvent à celui qui sera obtenu un mois plus tard. On peut dire, qu'une réexpansion immédiate est le plus souvent d'excellent pronostic. Par contre, la persistance d'une poche pendant les trois premiers jours est beaucoup plus fâcheuse et nécessitera certainement la mise en œuvre de la kinésithérapie. Tout différents sont les décollements secondaires après ablation des drains. S'ils constituent un épisode désagréable pour le malade, ils n'ont en général aucune conséquence, mais ils relèvent avant tout du drainage itératif qu'il ne faut jamais hésiter à répéter plusieurs fois si c'est nécessaire, tant cette petite intervention est bénigne, bien tolérée et efficace. Cette question des décollements secondaires nous amène d'ailleurs à poser la question de la responsabilité de la kinésithérapie dans leur apparition. On peut dire que deux écoles s'affrontent à ce sujet. Certains sont partisans d'une kinésithérapie active précoce (nous ne parlons évidemment pas ici d'un « nursing » post-opératoire, ni des expirations actives, ni de la toux provoquée qui ont lieu dès le réveil, mais de la kinésithérapie dite d'expansion). D'autres préfèrent attendre une semaine environ après l'intervention pour commencer à obtenir le maximum d'expansion inspiratoire. Nous ne prenons pas parti dans cette discussion et nous serions heureux d'avoir quelques avis à ce sujet. Nous pensons seulement que plus la kinésithérapie active est précoce, plus elle a de chances d'être efficace encore que la limitation des ampliements diaphragmatiques au début en limitent la portée, mais plus aussi elle a de chances de déterminer des décollements secondaires, sans d'ailleurs attribuer de gravité particulière à cet incident.

3. Il nous faut également distinguer les poches gazeuses selon *leur volume* et selon *leur siège*. Pour ce qui est du volume, il est évident que plus elles sont grandes, moins bon est le pronostic, encore que certaines grandes poches répondent

très bien au drainage itératif. Pour ce qui est du siège, il faut distinguer plusieurs hypothèses parmi les plus fréquentes. Les poches résiduelles après *lobectomie supérieure droite* sont généralement d'assez faible volume et réagissent assez bien à la kinésithérapie. Cependant une fixation trop rapide du poumon en position basse peut gêner considérablement la réexpansion, la limite inférieure horizontale de la poche ne se prêtant pas toujours à une bonne expansion dans le cône thoracique supérieur. Nous avons même observé un cas, où il fut nécessaire de réintervenir pour libérer le poumon de ses adhérences pariétales rapidement reconstituées et obtenir une réexpansion secondaire satisfaisante. Les difficultés sont encore plus grandes lorsqu'il s'agit d'une *lobectomie supérieure droite + Nelson*, le plan de clivage oblique en arrière ne se prêtant pas du tout à la réexpansion dans le cône thoracique. Cette difficulté jointe à l'existence de deux moignons bronchiques rend compte de la médiocrité fréquente du résultat de cette intervention.

A droite comme à gauche, les *exérèses segmentaires* ne donnent lieu généralement à aucune difficulté de réexpansion et les petites poches résiduelles que l'on peut observer répondent parfaite-

On cherche:

Physiothérapeute

pour cabinet à Genève

Nous offrons:

- poste de confiance
- salaire élevé
- 13^e mois
- semaine de 5 jours
- 5 semaines de vacances

Ecrire à F. REGAD,
61 rue Moillebeau,
1211 Pt.-Saconnex / Genève

ment à la kinésithérapie. Par contre, quel que soit le type d'exercice, les décollements sus-diaphragmatiques ne répondent guère à la gymnastique, le poumon se trouvant désolidarisé du diaphragme et ne pouvant plus être sollicité activement. Ces poches relèvent donc le plus souvent de la remise en place d'un drainage avec ou sans pneumopéritoine associé.

A gauche, la réexpansion est généralement facile. En effet, la *lobectomie supérieure gauche* est faite de telle façon (la scissure étant libre ou non) que le clivage oblique, en bas et en avant, vient s'appliquer très normalement sur la paroi antérieure du thorax. On peut même se demander si dans certaines circonstances les *lobectomies supérieures gauches* ne donnent pas de réexpansion plus facile que la *culminectomie* en raison de l'orientation des plans de clivage. A vrai dire, cette réexpansion gauche est parfois trompeuse. Satisfaisante sur les radiographies de face, et satisfaisante aussi par l'absence de poche résiduelle, elle est parfois obtenue au prix d'un déplacement cardio-médiastinal, d'une légère rétraction thoracique, tels que le cœur vient occuper le dièdre antérieur et que l'expansion pulmonaire examinée sur les clichés de profil est en réalité assez médiocre. Ainsi convient-il de fixer les limites de la kinésithérapie.

Enfin, il est permis de se demander si la réexpansion pulmonaire est toujours souhaitable. Elle peut en effet dans certains cas n'être obtenue qu'au prix d'une certaine distension. D'autre part, il faut tenir le plus grand compte de l'état lésionnel du poumon opéré. Nous nous rapportons ici exclusivement aux cas de *tuberculose pulmonaire* qui répondent encore à l'heure actuelle au plus grand nombre des exercices partielles. Il n'est pas scientifiquement démontré que la distension des segments contenant des nodules résiduels, puisse déterminer par elle seule des évolutions secondaires. Toutefois, un certain nombre de faits incitent à la prudence à ce sujet, et surtout, il n'est pas souhaitable de laisser des poches résiduelles à proximité de lésions tuberculeuses, même quiescentes, et ceci nous amène à décrire rapidement les dangers de la persistance de poches résiduelles.

En effet, il est permis de se demander pourquoi il nous paraît nécessaire de les traiter et de les faire disparaître. Elles peuvent être le siège de certaines complications. L'une est l'apparition plus ou moins tardive d'*empyèmes tuberculeux* après exercice (fausse récurrence). Ces empyèmes surviennent électivement après les exercices pour tuberculoses bacillifères, notamment si les bacilles sont résistants aux antibiotiques. L'autre est l'apparition d'*infections banales* à l'occasion d'une grippe ou d'une infection des voies respiratoires. Le troisième groupe de complications, beaucoup plus rare, mais qui tend à cesser d'être exceptionnel, est la possibilité de greffes *aspergillaires* dans

les poches après exercice partielle. C'est la raison pour laquelle il est souvent préférable, lorsque ces poches persistent, malgré la kinésithérapie, de pratiquer une thoracoplastie pour les faire disparaître. Mais dans ce cas, il est préférable d'en différer l'exécution après l'épreuve d'une bonne kinésithérapie. En effet, quels que soient les problèmes posés par la distension pulmonaire modérée, celle-ci dans le cas qui nous occupe, est généralement moins grave que la multiplication supplémentaire apportée par la thoracoplastie.

Pour nous résumer, nous dirons donc que le traitement par la kinésithérapie, des difficultés de réexpansion après exercice, est absolument indispensable et le plus souvent efficace. Ses résultats sont le plus souvent remarquables lorsqu'il s'agit de difficultés de réexpansion dues à la persistance d'un épanchement ou de dépôts fibrino-cruoriques. Dans le traitement des poches gazeuses résiduelles, ils sont plus variables et dépendent essentiellement du volume des poches et de leur siège. Excellents lorsque les poches sont de volume modéré et de siège apical ou antérieur, ils trouvent leurs limites dans le cas de poches trop volumineuses ou de fixation précoce du poumon à la paroi en mauvaises position. Lorsque le volume de la poche est important, il convient toujours d'associer la kinésithérapie aux autres moyens, en particulier au drainage itératif, qu'il peut être nécessaire de répéter et, si besoin, à la *thoracoplastie* de blocage. Ce sera toutefois la joie du kinésithérapeute de l'avoir évitée dans un grand nombre de cas.

□

Pour terminer, nous présenterons les statistiques des exercices partielles pratiquées dans notre établissement en 1963-1964 :

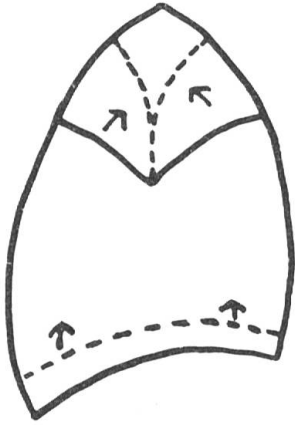
LA MUSSE 1963-1964

Exercices partielles et décortications	80
Réexpansions précoces	63
Réexpansions tardives	6
Thoracoplasties secondaires	5
Thoracoplasties concomitantes	4
Réexpansions médiocres	2
	—
	80

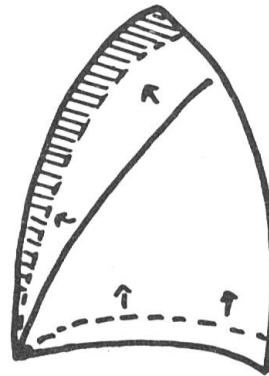
Tuberculose pulmonaire

Chirurgiens : H. LE BRIGAND
J.-J. GALEY

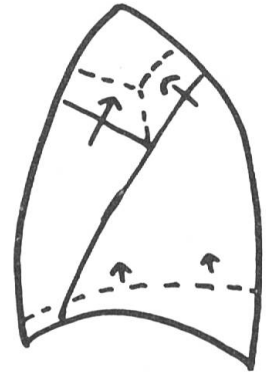
Kinésithérapeute : J. GOUDIN



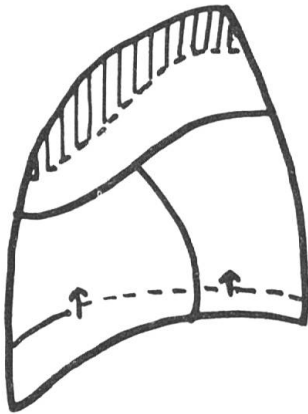
Réexpansion après lobectomie supérieure droite.



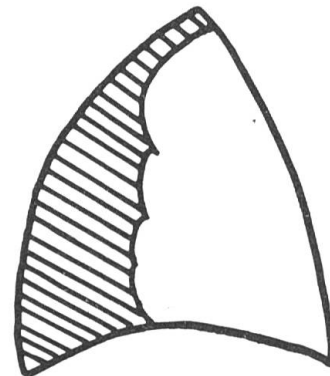
Réexpansion après lobectomie supérieure gauche.



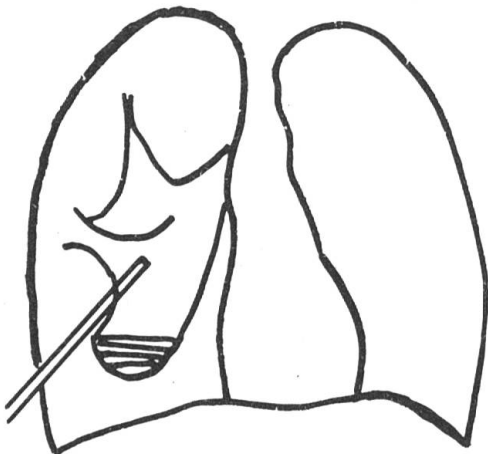
Réexpansion après culminectomie.



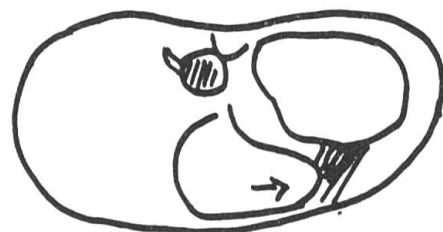
Difficulté de la réexpansion après lobectomie supérieure + Nelson.



Mauvaise réexpansion de profil pouvant faire illusion de face.



Aspect d'un grand décollement secondaire nécessitant un redrainage.



Aspect transversal.

Nach der Bewegung die Belohnung:



PIZ BUIN
FITNESS

Wer fit ist, pflegt sich fit.

Erhältlich in Fachgeschäften
GREITER AG