

Bilan pneumologique avant et pendant VO₂

Avant est-ce nécessaire ?????

- il y a un minimum indispensable
- Le VEMS +/- capacité vitale
- Permet d'avoir la ventilation maximum minute
- Peut être fait lors de l'épreuve d'effort
- Mais si pathologique on ne sait si état stable

EFR Ne pas oublier

- La spirométrie simple n'explore que la ventilation
- Hors la respiration comprends
 - La ventilation
 - La diffusion des gaz
 - Leur capture par la circulation et leur transport
 - Intérêt des rapport V_A/Q
 - La commande neuromusculaire
 - L'utilisation par la cellule

Pendant l'effort

- Oxymetrie de pouls
- Indispensable
- Désaturation?
- Cela n'exclut pas un troubles des échanges gazeux
 - On peut chuter sa pO₂ en gardant une saturation correcte
 - Sensibilité très faible

Peut on s'en contenter ?

- Oui Dans les cas très simple
 - Pas de pathologie pulmonaire
 - BPCO modérée
 - Indication purement cardiologique
- Non dès que
 - BPCO sévère
 - Pathologie pulmonaire intriquée
 - Doute sur origine d'une dyspnée

Que demander

- Une consultation pneumologique complète
- Pourquoi
 - Parfois on a la solution à la question posée avant (dyspnée)
 - Plusieurs tableaux fonctionnels différents avec des comportements à l'effort différent
 - Il n'y a pas un examen miracle
 - Cela peut modifier la façon de faire l'épreuve d'effort (gazo...)

Les tableaux +/- typique

- Le bronchiteux (blue bloater)
 - Tousse crache
 - Dyspnée de repos
 - Grosse anomalies VA/Q
 - Hypoxie qui parfois se corrige a l'effort
 - Syndrome obstructif +/- sévère parfois variable dans le temps
 - DICO peu abaissé

Les tableaux +/- typique

- L'emphysémateux (pink puffer)
 - Tousse crache quasi pas
 - Pas dyspnée de repos mais dyspnée effort ++
 - Peu anomalie VA/Q
 - Pas ou peu hypoxie repos mais hypoxie d'effort majeure
 - Syndrome obstructif sévère
 - DICO très abaissé
 - Distension et destruction en TDM

Les tableaux +/- typique

- La pneumopathie infiltrative
 - Dyspnée variable
 - hypoxie repos peut s'aggraver à l'effort
 - Syndrome mixte variable
 - DICO abaissé
 - Comportement à l'effort totalement imprévisible

Les tableaux +/- typique

- Le restrictif ou neuromusculaire
 - Peu dyspnée repos mais aggravation à l'effort
 - Hypoventilation alvéolaire à la gazo
 - Syndrome restrictif à l'EFR

Les tableaux +/- typique

- L'hyperventilation inapproprié à l'effort
 - Dyspnée effort majeure
 - Hyperoxie et hypocapnie à l'effort
 - EFR complète normale
 - Rapport ventilation debit O₂ et CO₂ à l'effort élevé

Les tableaux +/- typique

- l'obèse plusieurs mécanismes possibles
 - Simple augmentation du travail lié au poids
 - Soit lié a des anomalies respiratoires
 - Gazometrie variable
 - Effet shunt s'améliorant à l'effort et au changement de position
 - Syndrome obésité hypoventilation avec hypercapnie
 - EFR normale ou légère restriction

Et les facteurs confondant

- Anémie
- Ferriprivié sans anémie
- Manque de motivation à l'effort
- Cytopathie mitochondriale (anticancéreux, antiviraux)
- Myopathie cortisonique ou autre
- Etc.....

conclusion 1

- Vous ne faites pas une épreuve d'effort sans bilan cardio
- Il n'y a pas de raison de se priver de bilan pneumo avant
- Les dyspnées intriqués sont mieux exploré par un couple cardio pneumo bien entraîné à l'interprétation des VO₂

Conclusion 2

- Quand c'est pas simple c'est vite compliqué
- La gazométrie à l'effort et éventuellement le dosage des lactates est alors un élément important du diagnostic
- Il est dommage de ne pas tirer le maximum d'un examen compliqué