

prédite par l'équation de Geiger. Cette diminution peut entre autres être expliquée par un VEMS diminué.

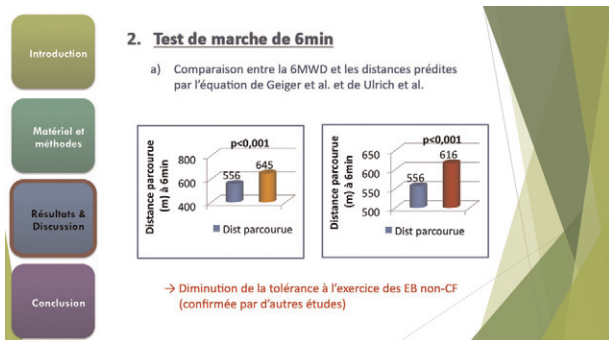


Fig. 1 Résultats.

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Brooks D, Solway S, Gibbons WJ. ATS statement on six-minute walk test. Am J Respir Crit Care Med 2003;167(9):1287.

Balfour-Lynn IM, Prasad SA, Lavery A, Whitehead BF, Dinwiddie R. A step in the right direction: assessing exercise tolerance in cystic fibrosis. Pediatr Pulmonol 1998;25(4):278–84.

Geiger R, Strasak A, Trembl B, Gasser K, Kleinsasser A, Fischer V, Stein JI. Six-minute walk test in children and adolescents. J Pediatr 2007;150(4): 395–9, 399e391–2.

Pasteur MC, Bilton D, Hill AT. British Thoracic Society guideline for non-CF bronchiectasis. Thorax 2010;65Suppl. 1: i1–58.

Lee AL, Button BM, Ellis S, Stirling R, Wilson JW, Holland AE, et al. Clinical determinants of the 6-Minute Walk Test in bronchiectasis. Respir Med 2009;103(5):780–5.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.09.018>

7

Auto-évaluation de la dyspnée comparée à l'évaluation du thérapeute[☆]

J. Guislain, G. Reyckler

Saint-Saulve, France

[☆]Auteur correspondant.

Adresse e-mail : juliette.guislain@gmail.com (J. Guislain)

Contexte La dyspnée est une difficulté respiratoire fréquemment rencontrée. Son étiologie est plurifactorielle. Elle se mesure classiquement avec l'échelle EVA ou l'échelle de Borg modifiée. Selon les situations les thérapeutes peuvent devoir estimer eux-mêmes la dyspnée d'un patient. Il est donc nécessaire de savoir si ça reflète bien la réelle dyspnée du patient.

Problématique L'auto-évaluation de la dyspnée est-elle comparable à l'évaluation du thérapeute ?

Objectif Le but est de vérifier à l'aide d'échelles validées d'évaluation de la dyspnée (EVA et Borg modifiée) si le thérapeute peut se baser sur son impression pour évaluer la dyspnée du patient.

Méthode Deux cent patients francophones âgés de 22 à 94 ans (âge moyen : 65,3 ans, SD : 14,9, avec un échantillon de 63 % d'hommes et de 37 % de femmes) ont été recrutés lors d'une consultation, d'une hospitalisation ou lors de séances de réadaptations pulmonaire ou cardiaque. L'évaluation de la dyspnée a été réalisée au repos et à l'effort par le patient (EVA–BorgPatient) et par le thérapeute (EVA–BorgKiné). Deux échelles ont été utilisées pour mesurer

la dyspnée, l'échelle visuelle analogique (EVA) ainsi que l'échelle de Borg modifiée (CR10).

Résultats Après analyse statistique, nous pouvons observer que les distributions sont normales avec des moyennes de 4,5 pour l'EVAPatient, de 3,8 pour l'EVAKiné et que la médiane des différences entre ces deux dernières est égale à 0 ($p = 0,025$ selon le test de Wilcoxon). Des moyennes de 2,8 pour BorgPatient et de 2,4 pour BorgKiné et la médiane des différences entre ces deux dernières est égale à 0 ($p = 0,004$). Nous observons une corrélation positive et significative entre les échelles EVAPatient et BorgPatient ($r = 0,581$, $p \leq 0,001$) ainsi qu'entre les échelles EVAKiné et BorgKiné ($r = 0,868$, $p \leq 0,001$). Entre les variables EVAKiné et EVAPatient on observe une corrélation positive significative ($r = 0,385$, $p = 0,025$). Il existe également une corrélation positive significative entre les variables BorgKiné et BorgPatient ($r = 0,498$, $p = 0,004$).

Discussion Il y a une bonne cohérence interne entre les deux échelles (EVA et Borg modifiée) montrant que les mêmes dimensions sont évaluées. L'évaluation que les patients font de leur dyspnée tend à être similaire à celle de l'expérimentateur. L'évaluation faite par ces deux groupes pour la dyspnée est plus en accord avec l'échelle de Borg modifiée comparativement à l'utilisation de l'échelle EVA sur la base des scores moyens. Le patient ainsi que l'expérimentateur sont capables d'évaluer avec justesse la dyspnée. Le thérapeute est capable d'identifier avec précision la dyspnée du patient avec les outils utilisés.

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Hareendran A et al. Proposing a standardized method for evaluating patient report of the intensity of dyspnea during exercise testing in COPD. International J COPD 2012.

Kjellström B, van der Wal MHL. Old and new tools to assess dyspnea in the hospitalized patient. Curr Heart Fail Rep 2013; ID: 101196487.

Nausherwan K et al. Mechanisms of dyspnea. Chest 2010;138(5):1196–201.

Grant S, et al. Comparison of the reproducibility and the sensitivity to change of visual analogue scales, borg scales, and likert scales in normal subjects during submaximal exercise. Chest 1999;116(5):1208–17.

Argulian E, Agarwal V. Meta-analysis of prognostic implications of dyspnea versus chest pain in patients referred for stress testing. Am J Cardiol 2014; 113(3): 559–64.

[☆]Travail réalisé à l'Université Catholique de Louvain (Bruxelles).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.09.019>

8

Comparaison du « test de marche de six minutes » avec le « test du lever de chaise », le « stepper test de trois minutes » et le « step test de trois minutes » chez un patient atteint de broncho-pneumopathie chronique obstructive[☆]

E. Boucard¹, G. Reyckler¹, M. Beaumont²

¹Bruxelles, Belgique

²Morlaix, France

[☆]Auteur correspondant.

Adresse e-mail : eliott.boucard.kine@gmail.com (E. Boucard)

Contexte Dans la littérature, on retrouve classiquement que les patients atteints de BPCO présentent une limitation de la capacité