

Mesurer l'essoufflement en 4 dimensions !

L'essoufflement d'effort est un symptôme fréquemment rencontré dans les maladies pulmonaires et dans l'insuffisance cardiaque. La dyspnée désigne alors une sensation anormale d'essoufflement, de gêne ventilatoire.

Les mécanismes de la dyspnée d'origine ventilatoire sont désormais mieux connus et s'ils diffèrent de ceux de l'insuffisance cardiaque, les conséquences sur la qualité de vie des malades et sur leur activité physique sont comparables. Les outils d'évaluation de la dyspnée sont nombreux mais pas toujours traduits et validés en français et surtout, les dimensions qu'ils abordent sont rarement explicites. Nous proposons d'aborder quelques-uns de ces outils selon quatre dimensions : perceptuelle, émotionnelle, fonctionnelle et... temporelle (tab. I).

L'autoévaluation de l'intensité

Comme pour toute perception corporelle, l'évaluation de la dyspnée ne peut relever que d'une autoévaluation par le patient. Mais le kinésithérapeute a un rôle fondamental pour permettre cette autoévaluation qui va favoriser l'expression constructive du symptôme.

L'échelle visuelle analogique (EVA) est un outil extrêmement répandu dans l'évaluation de la douleur qui peut être utilisé pour mesurer l'intensité de la dyspnée dans une situation donnée.

L'échelle de Borg modifiée (fig. 1) présente plusieurs avantages méthodologiques sur l'EVA. D'abord, c'est une échelle numérique et verbale ouverte (entièrement présentée au patient) qui est donc plus facile à appréhender. De plus, elle respecte le caractère exponentiel de la relation entre un stimulus corporel et sa perception (loi de Stevens), contrairement à l'EVA qui est linéaire. Ainsi, pour des stimulations faibles, les patients dyspnéiques peuvent développer une discrimination particulièrement fine de leur degré de dyspnée, ce qui contribue à leur maîtrise de ce symptôme.

La dyspnée dans les questionnaires de qualité de vie

Les questionnaires de qualité de vie en santé respiratoire traduits et validés en langue française abordent toujours la dimension émotionnelle de la dyspnée.

Le **Questionnaire respiratoire Saint-Georges** (QRSG) est un questionnaire de qualité de vie conçu pour être utilisé une fois par an dans la BPCO et l'asthme [1]. C'est un questionnaire auto-administré détaillé (une cinquantaine de questions) dont une quinzaine portent spécifiquement

Bertrand SELLERON

Cadre de santé
kinésithérapeute
Orléans (45)

► Tableau I

Classification des outils d'évaluation de la dyspnée en 4D

DIMENSIONS	PERCEPTION	ÉMOTION	FONCTION
OUTILS	EVA Borg	QRSG VQ11 ou CAT	Sadoul, MRC, QRSG, VQ11 ou CAT, BDI
ÉVOLUTION	Pluriquotidienne	Annuelle ou trimestrielle	Annuelle ou trimestrielle TDI

- 10 Essoufflement maximal
- 9 Essoufflement extrêmement sévère
- 8
- 7 Essoufflement très sévère
- 6
- 5 Essoufflement sévère
- 4 Essoufflement presque sévère
- 3 Essoufflement modéré
- 2 Essoufflement léger
- 1 Essoufflement très léger
- 0,5 Essoufflement à peine notable
- 0 Aucun essoufflement

► Figure 1

L'échelle de Borg modifiée

Mesurer l'essoufflement en 4 dimensions !

► **Tableau II**

Correspondance des échelles de Sadoul, MRC et MMRC

Échelles	Sadoul et Polu	MRC	MMRC
1	Essoufflement pour des efforts importants ou au-delà du 2 ^e étage	Essoufflé seulement pour des efforts intenses	0
2	Essoufflé au 1 ^{er} étage, à la marche rapide ou en légère pente	Essoufflé en hâtant le pas ou en légère côte	1
3	Essoufflé à la marche normale en terrain plat	Marche sur terrain plat plus lentement que les sujets de son âge ou doit s'arrêter en marchant à son rythme sur terrain plat	2
4	Essoufflé à la marche lente	Doit s'arrêter après 100 m ou quelques minutes de marche	3
5	Au repos	Trop essoufflé pour sortir de la maison	4

► **Tableau III**

Cotations de l'échelle BDI, d'après Aaron et coll. [4]

	Handicap fonctionnel	Amplitude de l'activité	Amplitude de l'effort
4	Aucun handicap	Extraordinaire (porter des charges lourdes)	Extraordinaire Uniquement au cours du plus grand effort possible
3	Léger handicap Aucune activité n'est complètement abandonnée	Importante (monter une forte côte, porter une charge modérée sur terrain plat)	Importante Au cours d'efforts importants mais non maximaux, sans pause
2	Handicap modéré Abandon d'au moins une des activités habituelles	Moyenne (monter moins de 3 étages, porter une charge légère)	Moyenne Au cours d'efforts moyens, avec des pauses
1	Grave handicap Incapacité à travailler ou abandon de la plupart des activités habituelles	Légère (marcher à plat)	Faible Au cours d'efforts légers, requérant peu d'efforts
0	Très grave handicap Incapacité à travailler et abandon de la plupart des activités habituelles	Essoufflé au repos, en position assise ou couchée	Essoufflé au repos, en position assise ou couchée

sur l'essoufflement mais seulement deux sur la dimension émotionnelle :

- « *Devant les autres, je me sens gêné(e) d'être essoufflé(e).* » ;
- « *J'ai peur ou je panique quand je n'arrive plus à respirer.* ».

Il existe aussi des questionnaires courts de qualité de vie, complémentaires du QRSG, tels que le **CAT** (ou *COPD assessment tool*) ou le **VQ11**. Le VQ11 est un questionnaire court conçu par l'équipe du laboratoire Epsilon de Montpellier (www.epsilon.org) validé dans la BPCO et d'utilisation trimestrielle [2]. Il aborde les dimensions fonctionnelle, émotionnelle et relationnelle de la dyspnée, de manière équivalente.

Les stades d'apparition de la dyspnée d'effort

Toujours basés sur le discours du patient, l'identification des efforts limités par la dyspnée s'appuie sur des échelles largement utilisées par les professionnels de santé. Elles permettent de catégoriser le niveau d'effort physique pour lequel la limitation par la dyspnée apparaît. Leur utilisation n'est donc pas si simple qu'il n'y paraît.

Actuellement en France, c'est l'**échelle de Sadoul et Polu** qui est la plus répandue. C'est la traduction historique de la « *Medical research council scale* » ou MRC, classant en cinq stades de 1 à 5.

L'**échelle MRC** a été modifiée (MMRC), en particulier au niveau de la cotation qui s'établit désormais de 0 à 4. C'est cette version modifiée qui est utilisée en particulier dans le score composite BODE. Un tableau de correspondance est donc nécessaire (tab. II).

Le score BDI/TDI : une approche fonctionnelle et dynamique de la dyspnée

Il s'agit d'une échelle développée il y a 30 ans par Mahler mais dont l'usage en France est encore restreint malgré une validation assez récente [3]. Tout d'abord l'**échelle BDI** (*Baseline dyspnea index*) mesure trois composantes de la dyspnée (tab. III) :

- le niveau de handicap fonctionnel ;
- l'amplitude de l'activité accomplie ;
- l'amplitude de l'effort déclenchant la dyspnée.

► **Tableau IV**
Cotations de l'échelle TDI

Amélioration			Pas d'évolution	Détérioration		
Majeure	Moyenne	Légère		Légère	Modérée	Majeure
+ 3	+ 2	+ 1	0	- 1	- 2	- 3

Chaque composante est cotée en cinq degrés de 0 à 4 (du plus grave au plus léger) et permet ainsi d'établir un score cumulatif concernant l'état de base d'un patient, allant de 0 (dyspnée maximale) à 12 (absence de dyspnée).

Surtout, l'échelle TDI (*Transition dyspnea index*) vient compléter le score BDI en apportant une cotation de l'évolution du handicap lié à la dyspnée, en amélioration ou en détérioration (tab. IV).

Conclusion

Comme la douleur, la dyspnée est une sensation corporelle qui a des conséquences émotionnelles et fonctionnelles. De nombreux outils sont à notre disposition dont certains sont validés en langue française, surtout pour la BPCO et l'asthme. Leur utilisation en pratique courante est indispensable pour le kinésithérapeute car ils constituent un moyen d'expression irremplaçable du principal symptôme altérant la qualité de vie des malades pulmonaires chroniques. Ils permettent de plus de mesurer l'évolution du handicap sous l'influence de l'évolution naturelle de la maladie ou des traitements. ✘



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Bouchet C, Guillemin F, Hoang Thi TH, Cornette A, Briançon S. Validation du questionnaire Saint-Georges pour mesurer la qualité de vie chez les insuffisants respiratoires chroniques. *Rev Mal Respir* 1996;13:43-6.
- [2] Ninot G et coll. Le VQ11, un questionnaire de qualité de vie spécifique à la BPCO utilisable en clinique. *Rev Mal Respir* 2010;472-81.
- [3] Laurendeau et coll. Étude de validation de l'échelle BDI/TDI dans la BPCO. *Rev Mal Respir* 2009;26;735-43.
- [4] Aaron SD *et al.* Measurement of short-term changes in dyspnea and disease-specific quality of life following an acute COPD exacerbation. *Chest* 2002;121:688-96.

NEWS

NOUVEL OUTIL POUR NOS CONFRÈRES MALVOYANTS ET NON-VOYANTS

D'ici quelques jours, nous mettrons en place sur notre site Internet – ainsi que sur celui de Kiné actualité – un outil susceptible d'intéresser nos confrères malvoyants et non-voyants : baptisé « **Speak Reader** », il permettra de lire nos articles au format HTML ou PDF. Mieux : vous aurez même la possibilité de télécharger les MP3 pour les écouter plus tard.

Pour utiliser cet outil, rien de plus simple : il vous suffira de cliquer sur l'icône « Écoutez » située en haut de page à côté d'un petit haut-parleur.