

Association de patients ; un rôle important dans le maintien des acquis de la réhabilitation respiratoire ; à propos de l'expérience CAPAIR littoral

M. Balint Gib¹, V. Durand¹, S. Ilie¹, L. Liefoghe², F. Wallyn³, C. Aron¹

1/CH Dunkerque 2/CAPAIR LITTORAL 3/CHRU - Lille (France).

Introduction

La réhabilitation respiratoire (RR) permet d'améliorer l'aptitude physique, la qualité de vie et de réduire le handicap des maladies respiratoires chroniques. Elle est recommandée en grade A pour les BPCO par la SPLF.

La création à Dunkerque d'un Club d'activités physiques adapté à l'insuffisant respiratoire (CAPAIR) permet aux patients de maintenir une activité physique régulière, encadrée, « pierre angulaire » de la RR.

Méthodes

Notre entraînement physique associatif, ambulatoire, propose 3 séances initiales/semaine (25 séances) de réentraînement des membres inférieurs au seuil ventilatoire (EFX) sur cycloergomètre ou tapis de marche, avec séance de gymnastique globale initiale, étirements en fin de session, associées à une séance de natation par semaine. L'encadrement des séances est effectuée uniquement par un professeur APA. Une évaluation de l'aptitude physique et de la qualité de vie est effectuée au début et à la fin des séances. Le programme est rédigé chaque semaine par le pneumologue et le professeur APA .

Résultats

Notre étude rétrospective concerne 48 patients (39 hommes, 9 femmes) d'âge moyen 62 ± 19 ans, d'IMC 30 ± 15 kg/m², de VEMS 2.1 ± 1.7 L, de puissance au seuil 60 ± 40 W, de VO₂max $18,1 \pm 9,3$ ml/kg/min et un TM6 de 312 ± 82 mètres. Le périmètre de marche s'accroît de 37 m (p<0,001). La qualité de vie s'améliore avec une perte de 7% sur le SGRQ (p<0,001). Le temps d'endurance (80% Pmax) augmente de 264% (p<0,001). Le temps d'équilibre en appui unipodal gagne 10 sec à droite et 8 sec à gauche (p<0,001).

Total n = 48	
Homme, n (%)	39 (81%)
Femme, n (%)	9 (19%)
Age (ans)	63 ± 19
IMC (kg/m2)	30 +/- 15
VEMS (l)	2,1 ± 1,7
Rapport de Tiffeneau (%)	65± 28
VO2 au SV (% VO2 max théo)	59 ± 31
Puissance au seuil ventilatoire (W)	60 ± 40
VO2 max (ml/kg/min)	18,1 ± 9,3
Puissance max (W)	110 ± 80

Fig 1 : Evolution T6M (m) et temps d'endurance (sec)

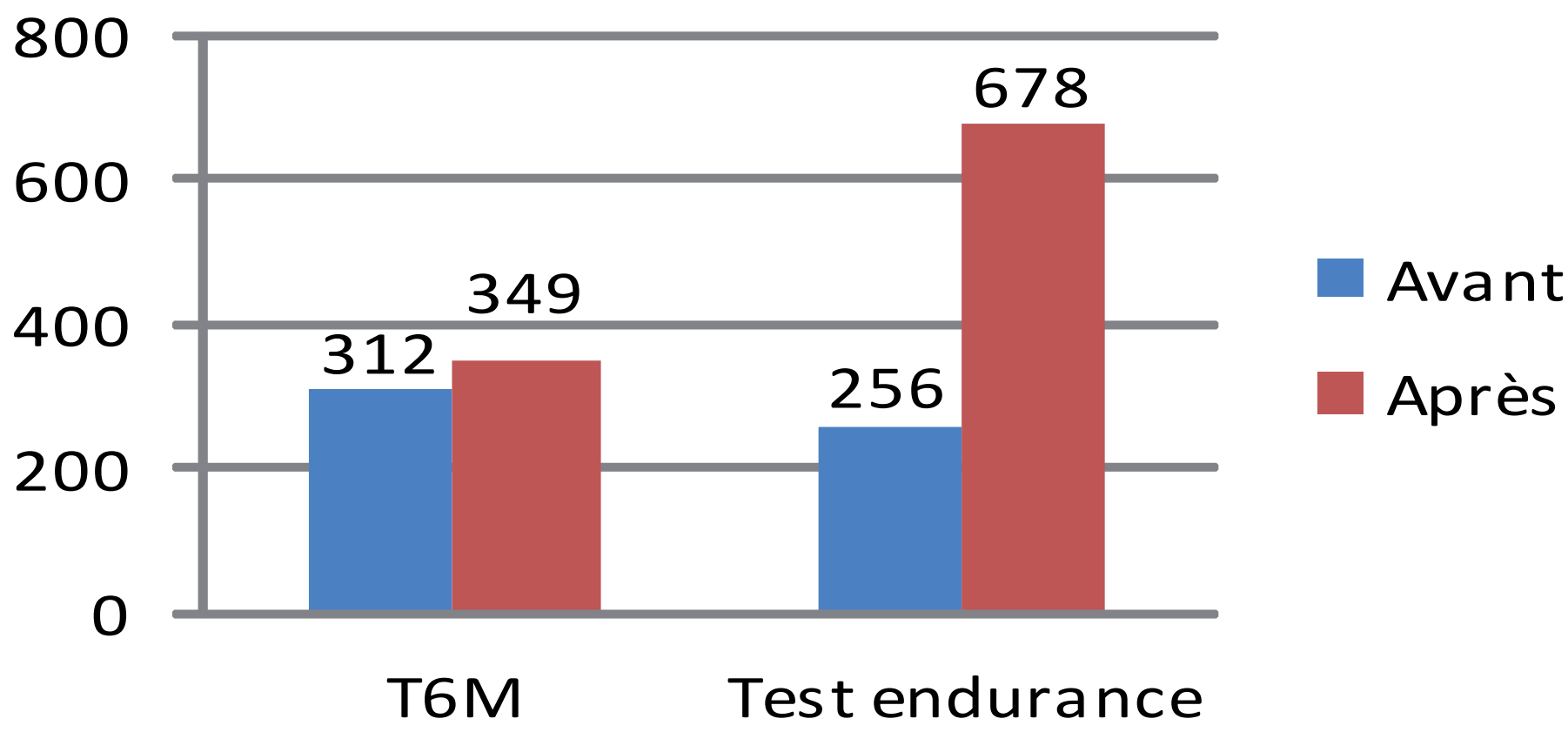
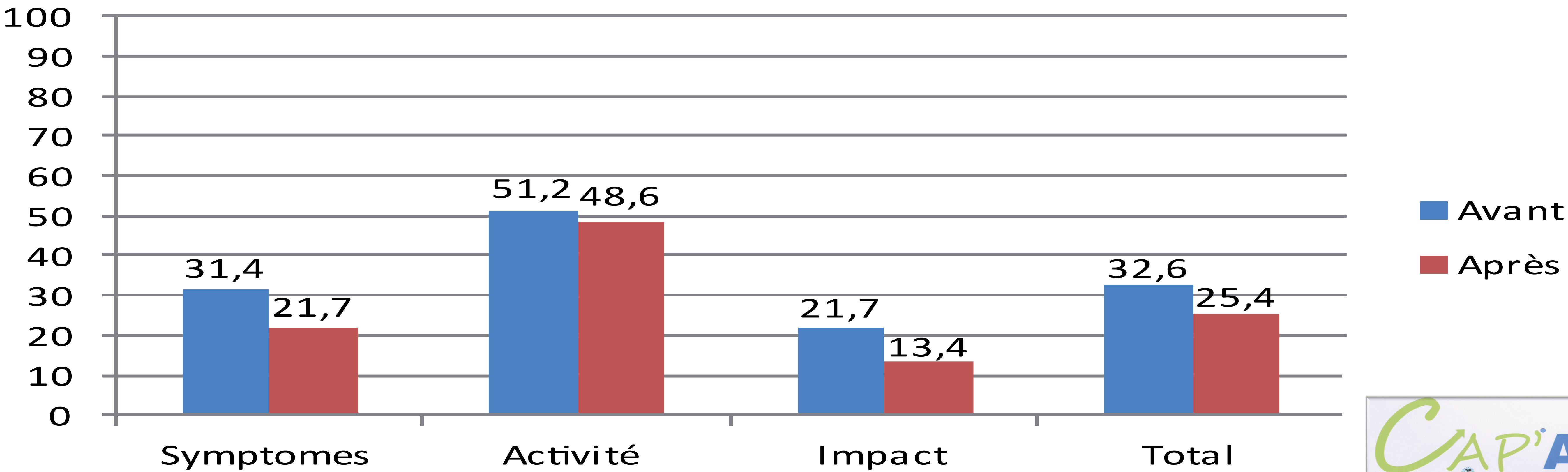
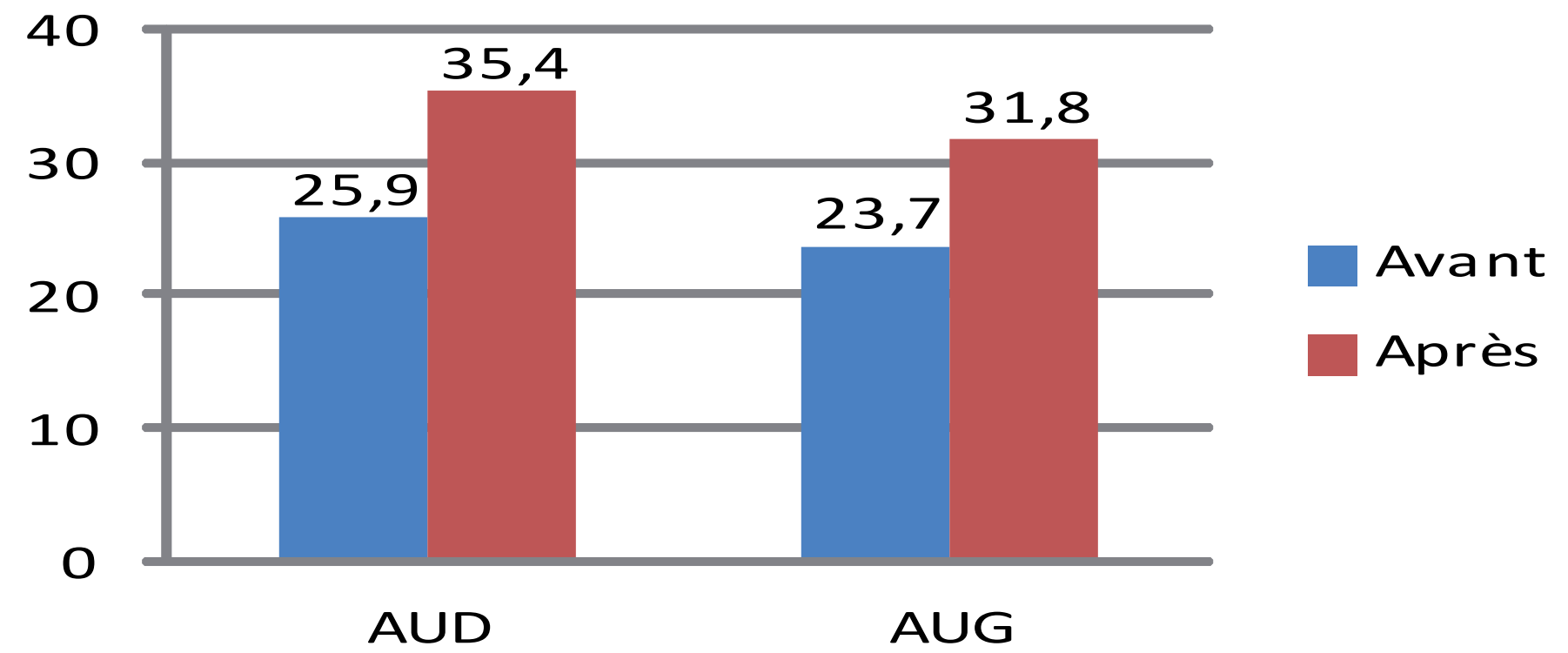


Fig 2 : Evolution du temps d'appui unipodal droit (AUD) et gauche (AUG) (sec)



Discussion

Ce résultat permet de discuter des possibilités d'une réhabilitation respiratoire à la « carte », adaptée selon les besoins de chaque malade faisant intervenir les différents acteurs de santé à la demande (Kiné , diététicien ...) autour du réentraînement physique , parfaitement gérable en association de patients avec l'expertise d'un APA.

Conclusion

Notre étude montre qu'un réentraînement physique seul mais individualisé, dirigé par un professeur APA dans un cadre associatif est bénéfique en terme d'amélioration de la capacité à l'exercice , de souplesse et de la qualité de vie.

