

Plongée après pneumopathie aigue

J Regnard



Un plongeur de loisir vient consulter :

- a prévu de partir deux semaines plus tard plonger en Egypte, avec son petit fils qui va préparer un niveau 2.
- **65 ans** et un **niveau 3**, plonge tous les ans (50-80 plongées).
- a terminé une semaine plus tôt un voyage de 4 semaines (sans plongée) au cours duquel après 8 jours
 - rhino-pharyngite avec bronchite (toux diurne et nocturne)
 - fièvre vespérale et nocturne.
 - après 5 jours : FC = 122 min⁻¹ - SaO₂ = 91 %
auscultation : crépitants dans les deux champs pulmonaires
 - diagnostic : **pneumonie multifocale**

→ prescription : Lévofoxacine 10 jours.

- au 5^{ème} jour de traitement :

- assèchement du nez, diminution sensible de la toux

- disparition de la fièvre -

- retrouve un peu d'appétit

- 10 jours de tt ; assèchement et diminution accentuée de la toux...

Quand il vous consulte,

- toux rare, FC = 76 min⁻¹, SaO₂ = 95 %

- se sent de mieux, mais encore « un peu fatigué »

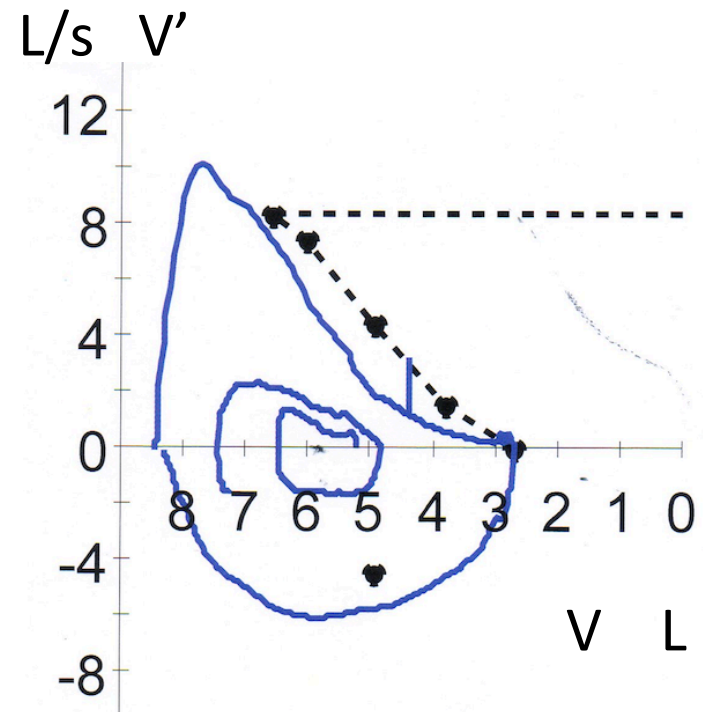
- peine encore à marcher vite, surtout en montée

- veut aller plonger (promesse au petit fils) : dans 15 jours

Cas de figure n°1 : vous connaissez ce plongeur,
suivi par vous depuis des années :
il n'a aucun antécédent respiratoire ni cardiaque
et, deux ans plus tôt, son **aptitude physique est bonne:**

$$\dot{V}'\text{O}_{2\text{max}} = 45 \text{ mL/min/kg}$$

Mesuré	% théorique	Z-score
CVL = 5,78 L	130 %	
CVF = 5,74 L	130 %	1,59
CPT = 8,48 L	111 %	
VR/CPT = 32	75 %	
VEMS = 4,07	121 %	1,16
DEM25-75 = 2,63 L/s	82 %	



[anomalie discutée si $Z < -1,64$]

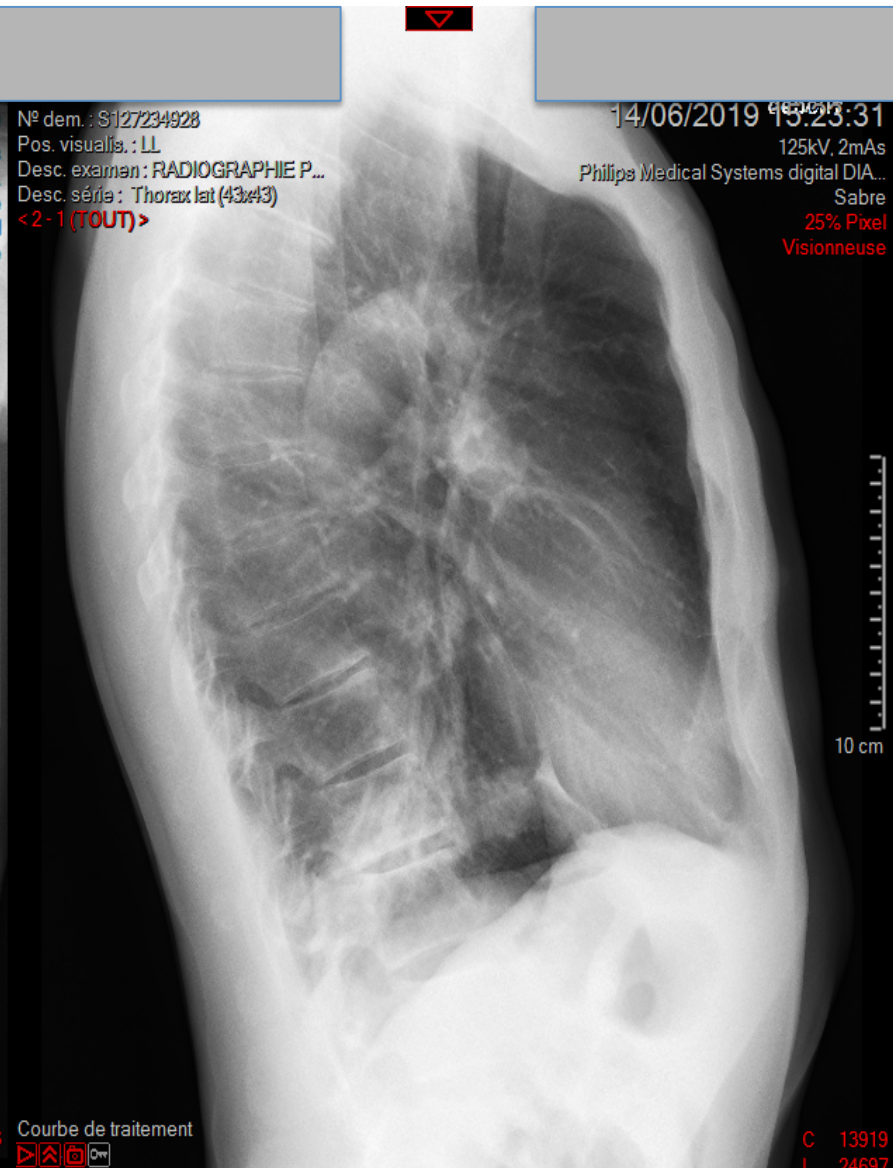
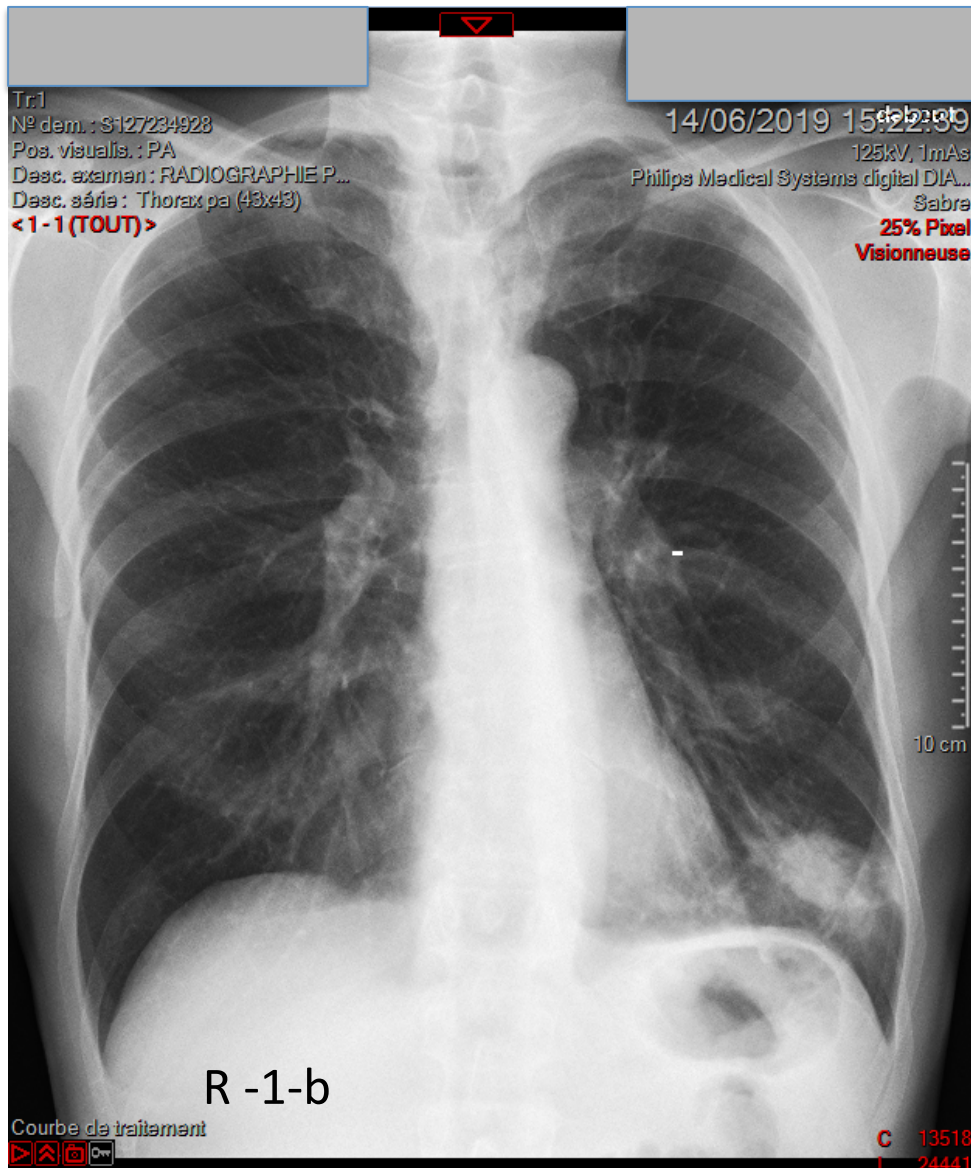
→ Que faites vous ?

- Un E C G
- Une épreuve d'effort
- Une exploration fonctionnelle respiratoire
- Une radiographie pulmonaire face et profil
- Un examen TDM pulmonaire à faible dose X (*low dose*)

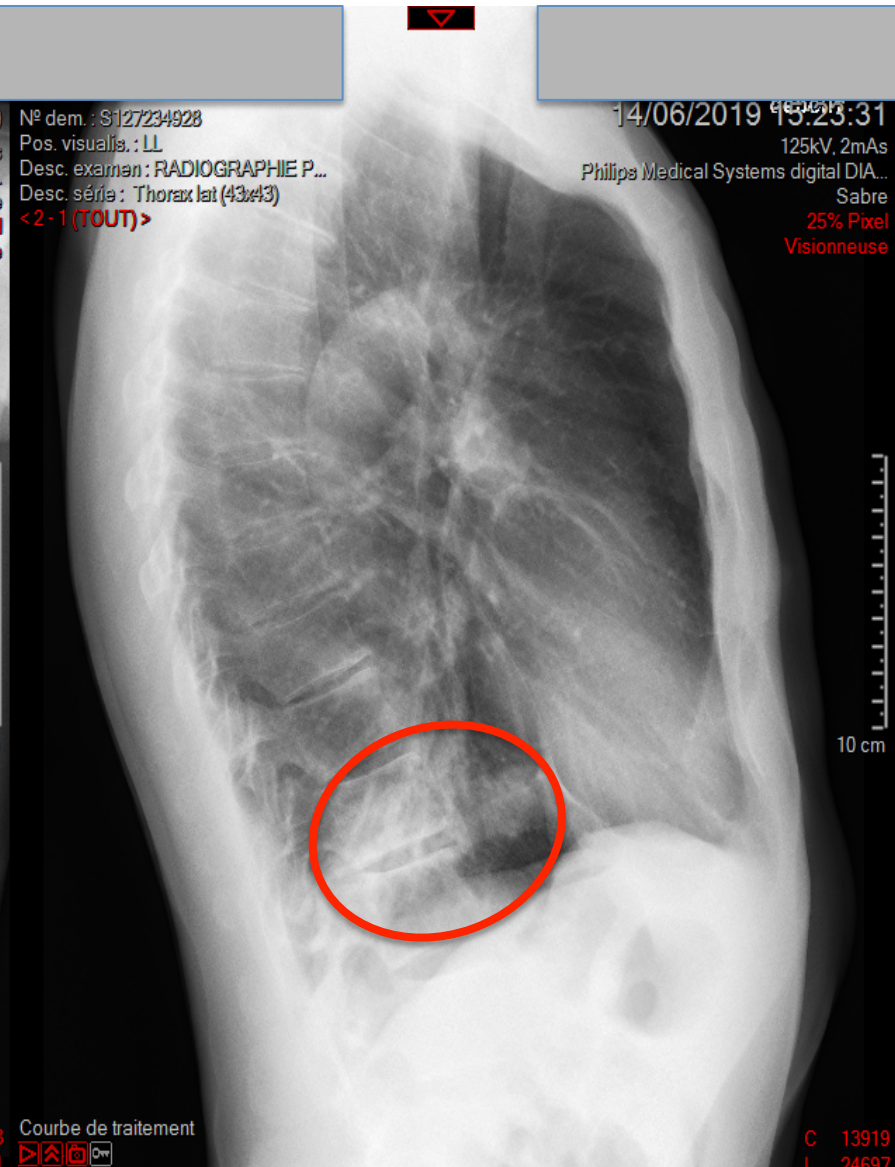
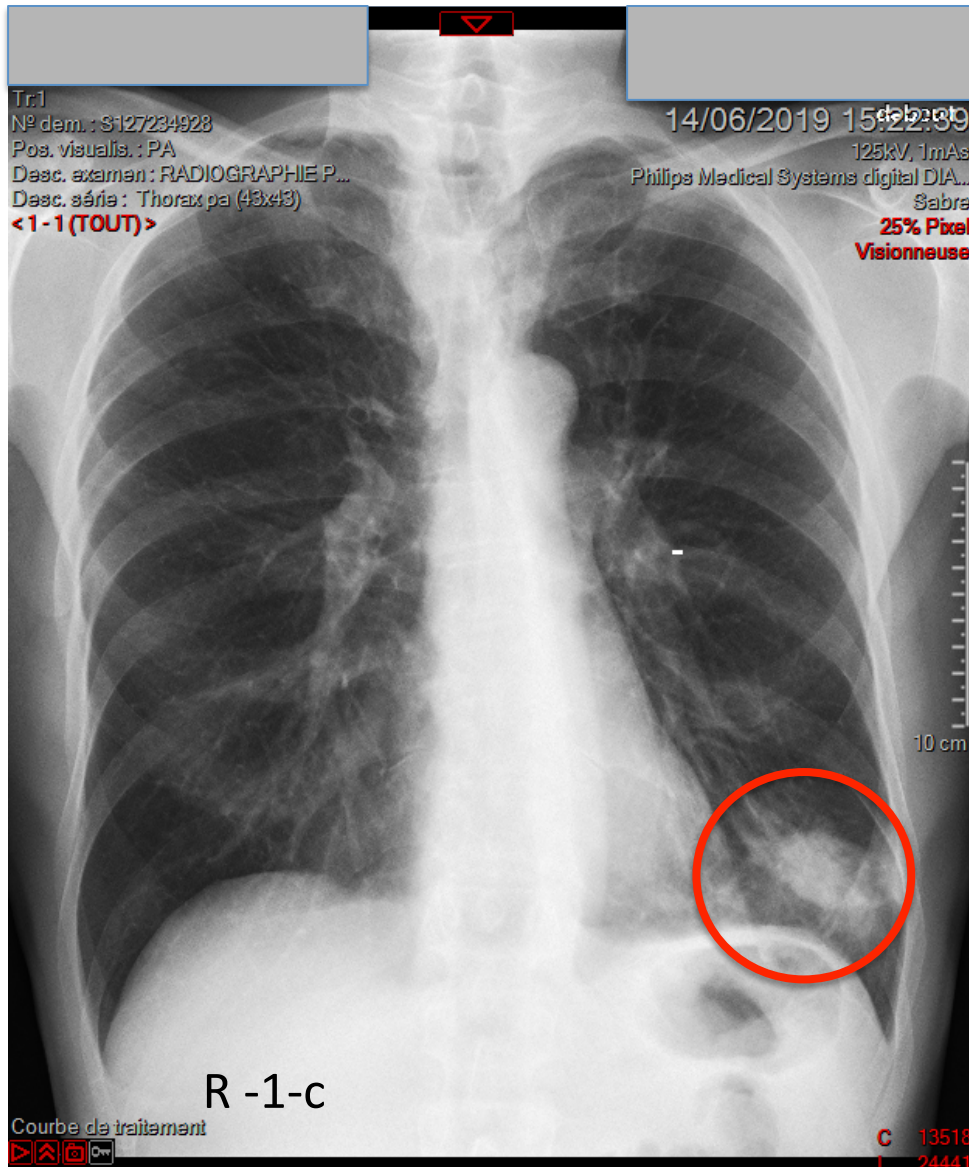
D'abord

une radiographie pulmonaire face et profil.

une radiographie pulmonaire face et profil.



une radiographie pulmonaire face et profil.



→ **Que dites-vous au plongeur ?**

→ Que dites-vous au plongeur ?

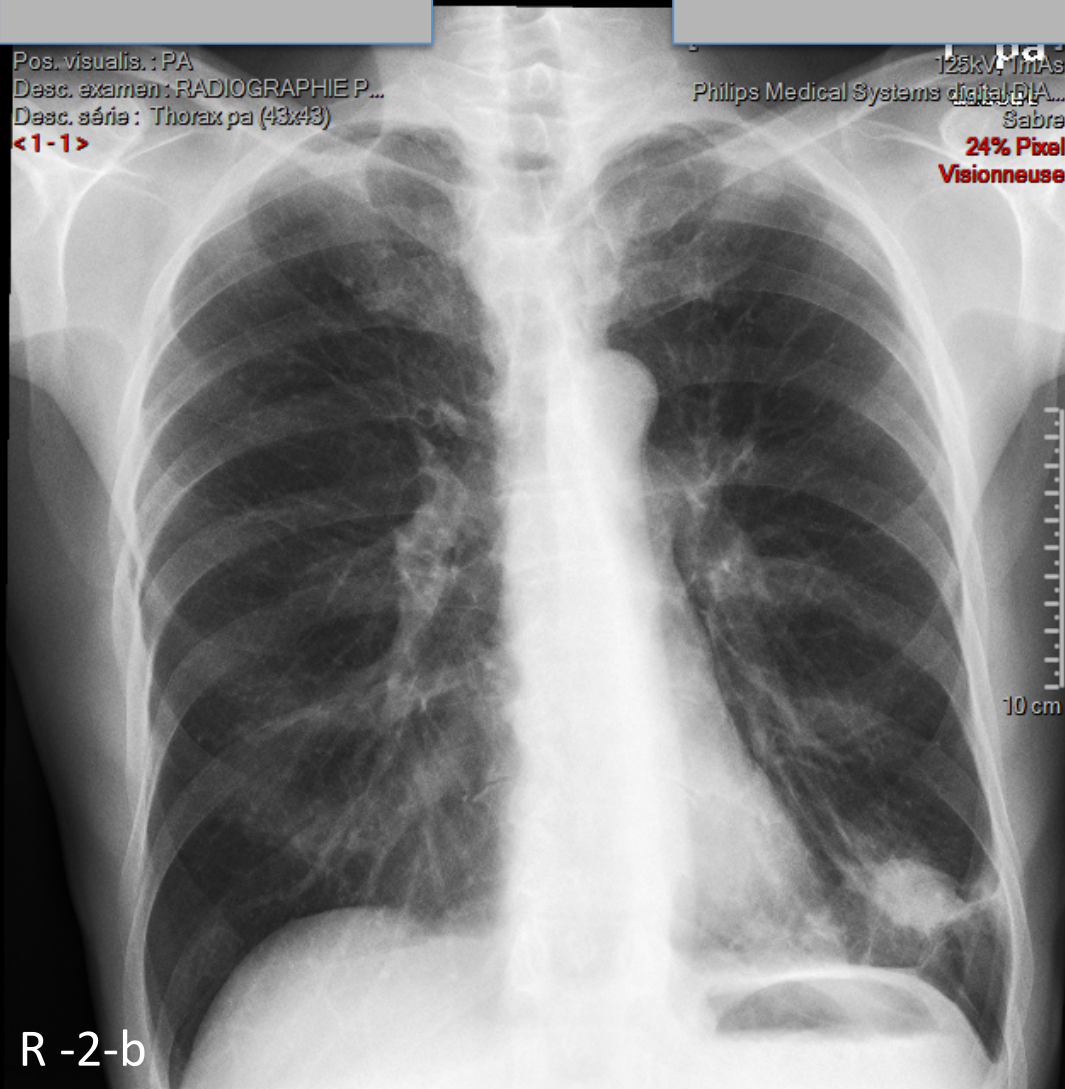
Persistances d'images de pneumopathie
à la base gauche et (moindres) dans les sommets

→ Contrôle dans 10 jours.

Contrôle radio après 10 jours

Pos. visualis. : PA
Desc. examen : RADIOGRAPHIE P...
Desc. série : Thorax pa (43x43)
<1-1>

125kV, 1mAs
Philips Medical Systems digital DIA...
Sabre
24% Pixel
Visionneuse



Courbe de traitement



C 13624
L 24385

Pos. visualis. : LL
Desc. examen : RADIOGRAPHIE P...
Desc. série : Thorax lat (43x43)
<2-1>

125kV, 2mAs
Philips Medical Systems digital DIA...
Sabre
25% Pixel
Visionneuse



Courbe de traitement



C 13773
L 24797

Se sent un peu mieux, mais a encore de la toux,
n'est toujours pas capable d'efforts
(essoufflement rapide)

→ Que décidez-vous ?

→ Que décidez-vous ?

Pas de plongée

tant qu'il n'a pas retrouvé l'état de forme antérieur :

- capacité subjective d'effort
- absence de toux
- image radio nettoyée

→ Pourquoi ?

→ Pourquoi ?

Le parenchyme pulmonaire n'a pas retrouvé un état normal
mauvais échanges gazeux, mauvaise compliance...

La muqueuse bronchique non plus (toux encore)

La ventilation à l'effort à terre toujours pénible et limitée

Pas compatible avec la **ventilation en immersion** où :

- le **poumon est congestif** (redistribution sanguine)
- le **volume courant augmente (s'allonge)**,
- le **travail ventilatoire toujours augmenté**

par les restrictions : hydrostatique, due au néoprène,
par la pression transpulmonaire, la densité gazeuse...

→ **Pas de plongée** avant récupération fonctionnelle **entière**

Cas de figure n°2 :

vous **ne** connaissez **pas** ce plongeur : il n'a jamais été vu par vous auparavant :

Vous ne savez rien de ses antécédents respiratoires ou cardiaques
(que ce qu'il vous déclare)

→ **Que faites vous ?**

D'abord, un **examen TDM « *low dose* »** :

→ mêmes images :

de pneumopathie non résorbée ± disséminée

→ éventuelles images de BPCO, de trappage, blebs,
images de verre dépoli, anomalies pariétales
dépistage ...