



## Item199-Dyspnée aiguë et chronique.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une dyspnée aiguë et chronique - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopiés nationaux : > CEP: <a href="#">Dyspnée aiguë et chronique</a> > Collège Cardiologie	- <b>Dyspnée aiguë - FR &lt; 12: bradypnée / &gt; 20: polypnée</b> - Obstructive si bradypnée + s. de lutte - RTx / GDS / iono-créat / ECG / NFS - DO: exp/insp ; sib/crep ; strid/corn. - DNO : cardio / pneumo / Hb / acidose	- Arrêt du tabac / substitution - Recherche des s. de gravité - ECG-troponine si FdR CV - SpO2 normale si anémie

### Généralités

#### Définitions

- **Dyspnée** = perception subjective d'une gêne respiratoire par le patient
- **On distingue** :
  - dyspnée aiguë (< 2 semaines) et dyspnée chronique (> 1 mois)
  - Bradypnée (< 15/min) et la tachypnée (>25/min)

#### Physiopathologie

- **Déterminants** :
  - Concept de dissociation neuro-mécanique : perception d'une inadéquation entre
  - le degré d'activation des structures cérébrales de contrôle (TC ++)
  - les réafférences en rapport avec les mouvements respiratoires effectués
  - 3 facteurs :
    - Stimulation des mécano-récepteurs thoraciques (dans la paroi thoracique, les muscles, les bronches et les poumons)
    - Le contenu artériel en oxygène, fonction du taux d'hémoglobine, de la saturation en O<sub>2</sub> de l'hb et du débit cardiaque. Stimulation des chémorécepteurs périphériques
    - Le ph sanguin => chémorécepteurs centraux

### Orientation diagnostique

#### Examen clinique

- **Interrogatoire**
  - **Terrain**: atcd respiratoires (asthme / BPCO) / cardiaques (ICG)
  - **Prises**: médicaments (opiacés dont anti-tussifs) / toxiques: **tabac** +++
  - **Anamnèse**: ancienneté / mode de survenue / facteur déclenchant / horaire
  - **Quantification de la dyspnée** :
    - Echelle visuelle analogique (EVA)
    - Echelle de dyspnée de Borg
    - Classe NYHA
    - Echelle MRC (Médical Research Council)
  - **Signes fonctionnels**
    - **Caractériser la dyspnée +++**
      - Durée : aiguë (< 2S) ou chronique (> 4S)
      - Rythme : bradypnée (FR < 12/min) ou polypnée (FR > 20/min)
      - Temps : dyspnée inspiratoire / expiratoire / aux deux temps
      - Amplitude : dyspnée de Kussmaul / de Cheynes-Stokes
      - Circonstances : dyspnée d'effort / de repos / orthopnée
    - **Rechercher des signes associés**
      - Bruits respiratoires : cornage / stridor / wheezing
- **Examen physique**
  - **Prise des constantes** : FR-SpO<sub>2</sub> / PA-FC / température

- Rechercher de signes de détresse respiratoire +++
  - signes de lutte : tirage / ailes du nez / épuisement (BTA / gasps)
  - signes d'hypoxémie : cyanose / extrémités pâles et froides
  - signes d'hypercapnie : sueurs / HTA / céphalées
  - DEP : systématique en cas de dyspnée obstructive (asthme ++)
- Evaluation du retentissement : signes de gravité (A savoir !)
  - circulatoires : collapsus / signes de choc (marbrures)
  - neurologiques : troubles de la conscience: encéphalopathie
  - septiques : SRIS / sepsis sévère / choc septique
  - réponse : non amélioration sous O2 à fort débit +++
- Orientation étiologique clinique
  - Recherche de crépitants (en foyer = PAC / bilatéraux = OAP ou SDRA)
  - Recherche de signes d'insuffisance cardiaque : gauche et/ou droite
  - Recherche d'une phlébite des membres inférieurs / d'un pneumothorax, etc.
  - Recherche de signes extra-respiratoires : cutanée, fièvre...
  - !! En pratique, distinguer +++
    - dyspnée obstructive : bradypnée avec signes de lutte
    - dyspnée non obstructive : polypnée sans signes de lutte

#### Examens complémentaires

- Examens systématiques devant toute dyspnée (5)
  - Radiographie thorax face/profil : orientation étiologique
  - Gaz du sang artériels +++ : retentissement de la dyspnée
  - Iono-créatinine : recherche une acidose métabolique
  - ECG de repos : recherche de signe de surcharge droite
  - NFS : recherche une polyglobulie / une anémie
- Examens selon orientation étiologique
  - Echographie cardiaque : si suspicion ICG / EP massive / choc
  - Marqueurs biologiques +++
    - BNP (élimine une cause cardiaque en aigue si BNP < 100 pg/mL): ou NT-proBNP ou NT-proBNP
      - Augmentés chez personnes âgées, insuffisants rénaux
      - Diminués chez obèses
    - Troponine: recherche un infarctus du myocarde / !! si FdR CV = A savoir !
    - D-Dimères: élimine une embolie pulmonaire si < 500ng/ml ( sauf si forte probabilité)

## Diagnostic étiologique d'une dyspnée

### Aigue ou chronique?

- Si aigue :
  - Anomalies auscultatoires ?
    - OUI
      - Dyspnée aigue inspiratoire ou mixte => d'origine laryngée ou trachéale haute
        - Obstacle tumoral (adulte +++ ) / goitre thyroïdien
        - Infection (enfant +++ ) : épiglottite / laryngite aigue
        - La réaction allergique (oedème de quincke)
        - Inhalation d'un corps étranger : syndrome de pénétration +++
        - Dysfonction aigue des cordes vocales
      - Dyspnée aigue avec rales sibilants
        - Crise d'asthme
        - Exacerbation de BPCO
        - Décompensation cardiaque gauche => oedème bronchique
      - Dyspnée aigue avec rales crépitants
        - Insuffisance cardiaque gauche
        - Pneumopathie infectieuse
        - Syndrome de détresse respiratoire aigue => oedème lésionnel
        - Pneumopathie d'hypersensibilité
        - Pneumopathie médicamenteuse
        - Hémorragie intra-alvéolaire
      - Dyspnée aigue avec asymétrie auscultatoire
        - Pneumothorax
        - Epanchement pleural
        - Atélectasie
    - NON

- Origine cardio-vasculaire :
  - Embolie pulmonaire
  - Trouble du rythme cardiaque (ACFA/flutter/tacchycardie ventriculaire)
  - Tamponnade péricardique
- Anémie aiguë :
  - Hémorragie aiguë (extériorisée ou non)
  - Hémolyse aiguë (parasitaire, bactérienne, auto-immune, toxique)
- Acidose métabolique :
  - Acido-cétose diabétique
  - Acidose lactique
  - Insuffisance rénale aiguë
  - Diarrhée
- Origine neurologique :
  - AVC (dyspnée de Cheynes-stokes)
  - Neuropathie périphérique et Guillain-Baré
  - Crise aiguë myasthénique
- Psychogène :
  - Diagnostique d'élimination +++
- Si chronique : 5 grands cadres nosologiques +++
  - Maladies pulmonaires chroniques = EFR ?
    - TVO :
      - Asthme
      - BPCO
    - TVR :
      - Atteinte de la pompe ventilatoire et/ou commande centrale :
        - Pariétale (atteinte de la paroi thoracique) : cyphoscoliose, obésité, atteinte pleurale (tuberculose)
        - Neuro-musculaire : lésion spinale, sclérose latérale amyotrophique, myopathie, d'origine centrale
      - Atteinte parenchymateuse => PID +++
  - Maladies cardiaques chroniques
  - L'hypertension pulmonaire (item 222)
  - Anomalie du transport de l'oxygène
    - Quantitatives = anémies
    - Qualitatives :
      - Intoxication chronique au CO
      - Méthémoglobinémie acquise ou congénitale
  - Dyspnée chronique psychogène => le syndrome d'hyperventilation ++
    - Diagnostic d'élimination
    - Le plus souvent, des femmes de 30 à 40 ans
    - Bilan étiologique négatif
    - Contexte psychologique ++
    - TT : rééducation respiratoire avec kinésithérapeute spécialisé

## Synthèse pour questions fermées

Quel est le premier diagnostic à évoquer devant une dyspnée avec sibilants au decours d'une transfusion chez une personne âgée?

- OAP ("pseudo-asthme cardiaque") sur TACO (transfusion associated cardiac overload)

3 examens complémentaires devant une dyspnée aiguë ?

- ECG  
- GdS  
- Rx Thorax

2 diagnostics devant une platypnée ?

- Shunt Intra Pulmonaire  
- Syndrome Hepatopulmonaire

2 diagnostics à évoquer en priorité devant une dyspnée nocturne ?

- OAP
- Asthme