

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DYSPNEE

I. DEFINITION

La dyspnée représente une "difficulté de respirer", se traduisant par un mouvement ventilatoire pénible, conscient, et parfois volontaire. Il s'agit d'une sensation plus ou moins angoissante ou interviennent des perturbations physiologiques, et des réactions psychologiques du patient.

Elle témoigne d'une augmentation anormale du travail ventilatoire.

- Elle peut être physiologiquement provoquée par un exercice intense, que ce soit chez un sujet sain ayant une activité modérée ou chez un sujet sédentaire.
- Elle sera considérée comme anormale, survenant au repos, ou pour un niveau d'activité physique réduit.
- Elle peut également survenir en l'absence d'atteinte organique cardio-pulmonaire.
- Le terme de dyspnée possède deux composantes cliniques : une composante subjective, représentée par la gêne éprouvée par le patient, et une composante objective, qui est une anomalie ventilatoire observée par le médecin.
- La dyspnée est l'un des maîtres symptômes d'une affection cardiaque ou pulmonaire, dont elle marque le tournant évolutif.
- Il s'agit donc d'un signe précoce, et important quelque soit l'étiologie.

II. MECANISMES DE LA DYSPNEE

Les mécanismes de la dyspnée restent difficilement analysables.

On admet qu'elle apparaît lorsque le travail respiratoire devient excessif, ou lorsque les capacités ventilatoires sont inférieures aux besoins de l'organisme.

Le mécanisme le plus important semble être le rapport tension-longueur des fibres musculaires respiratoires.

Ceci ne rend pas compte de tous les aspects de la dyspnée

III. ANALYSE SEMIOLOGIQUE

- L'analyse sémiologique de la dyspnée repose tout d'abord sur l'inspection du malade. Elle porte sur la fréquence, l'amplitude, la durée et la régularité du mouvement thoracique.
- En revanche, les irrégularités d'amplitude, une durée anormale d'un temps respiratoire, "le tirage", le battement des ailes du nez, et la mise en jeu des muscles ventilatoires accessoires sont des signes objectifs d'obstacles ventilatoires.
- La prolongation d'un temps respiratoire traduit en règle par une gêne portant plus spécialement sur l'inspiration (dyspnée inspiratoire) ou l'expiration (dyspnée expiratoire)
- Le tirage est un signe caractéristique de gêne inspiratoire. Il se traduit par un creusement inspiratoire des parties molles, visible au niveau des creux sus-sternales, des creux sus-claviculaires, des espaces inter-costaux, ou de l'épigastre.
- Le battement des ailes du nez et le gonflement inspiratoire de la région sus-sigmoïdienne se voient chez des malades hypoxémiques, dont la mise en jeu de muscles respiratoires accessoires favorise la progression de l'air au niveau des voies aériennes supérieures.

IV. ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

- Les interrogatoires et l'examen clinique suffisent en règle générale à préciser l'étiologie d'une dyspnée :
- Les manifestations saisonnières de bronchites aiguës, sur fond de toux avec expectorations chroniques, chez un patient fumeur, oriente rapidement vers une broncho-pneumopathie chronique.
- Un sujet hypertendu, se plaignant de dyspnée aiguë paroxystique, chez qui l'auscultation retrouve des râles crépitants dans les deux bases pulmonaires présente à l'évidence une poussée d'insuffisance ventriculaire gauche.
- Cependant, dans bien des cas, les signes d'accompagnement sont atypiques, ou il existe une pathologie intriquée. Dans ces cas, l'absence d'élément clinique apportant la conviction impose le recours à des examens complémentaires.

DYSPNEE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Son importance est habituellement proportionnelle au degré d'insuffisance cardiaque, quelque soit l'étiologie.

La présentation clinique est variable :

1 - Dyspnée d'effort :

- Elle est quantifiée en précisant l'intensité de l'effort, qui la fait apparaître de façon reproductible. Il faut tenir compte des capacités physiques du patient et notamment de l'âge. Le degré de gêne fonctionnelle est habituellement classifié selon les critères de New York Heart Association (NYHA) :
- Stade I : pas de limitation de l'activité physique.
- Stade II : dyspnée pour les efforts intenses.
- Stade III : dyspnée pour les efforts modérés.
- Stade IV : dyspnée au moindre effort, de repos.

2 - Dyspnée de repos:

- Il s'agit le plus souvent d'une polypnée superficielle, survenant au moindre effort, mais également en décubitus.
- Elle contraint le malade à dormir semi-assis dans son lit ou même dans un fauteuil.
- Au stade ultime, elle peut même être permanente en position debout.

3 - la crise d'oedème aigu pulmonaire (OAP)

- Il s'agit de crises de suffocations paroxystiques, souvent nocturnes, traduisant l'inondation des alvéoles pulmonaires.
- Cette forme peut éventuellement inaugurer les manifestations de l'insuffisance ventriculaire gauche.
- Elle est habituellement de survenue brutale, voire inattendue.
- Le patient est réveillé par une sensation d'étouffement, avec picotements laryngés, puis toux et polypnée superficielle, de plus en plus astreignantes et angoissantes, accompagnée de sueurs voire de cyanose.
- Une expectoration, mousseuse et saumonée accompagne fréquemment mais non obligatoirement la dyspnée.
- L'auscultation laisse entendre des râles crépitants, fins, qui envahissent les champs pulmonaires à partir des bases, en "marée montante".

4 - Il existe des équivalents mineurs assez fréquents

- Soit un sub - œdème pulmonaire, avec toux et polypnée sans expectoration.
- Soit du type pseudo-cardiaque, avec bradypnée expiratoire, sifflante, sans râle crépitant à l'auscultation, cette dernière forme est relativement fréquente chez les sujets âgés.

DYSPNEE DE L'EMBOLIE PULMONAIRE

- Les formes typiques sont rare, il s'agit alors d'une polypnée d'apparition brutale, associée à une douleur basithoracique violente.
- Le diagnostic est facile à évoquer dans un complexe de thrombophlébite veineuse profonde périphérique, ou chez un opéré récent, ou une accouchée. Malheureusement, le tableau est habituellement beaucoup plus bâtarde et la symptomatologie peut être limitée à une simple dyspnée modérée.
- L'examen clinique, cardiaque ou pulmonaire est souvent normal. La cyanose, les syncopes, le tirage accompagnent les formes gravissimes.

DYSPNEE DES MALADIES BRONCHO-PULMONAIRES

1 - Bronchopneumopathies chroniques obstructives

1.1 - Bronchites chroniques :

Le diagnostic est évoqué dans un contexte de toux avec expectoration, chez un sujet tabagique. La dyspnée est permanente pour un certain effort. parfois paroxystique, mais n'est pas améliorée par la position assise. Par contre, l'expectoration libère les voies respiratoires.

Les cancers bronchiques doivent être recherchés de principe sur un tel terrain.

1.2 - Asthme :

- Typiquement, il s'agit d'accès de bradypnée expiratoire, avec présence de râles sibilants à l'auscultation.
- Les crises évoluent par paroxysme, habituellement en dehors de tout effort. Le plus souvent nocturnes.
- Classiquement, ces crises dyspnéiques sont suivies d'une expectoration.
- On retrouve généralement la notion d'un état allergique, parfois familial.

- Un examen clinique retrouve habituellement des râles sibilants diffus, et il est normal entre les crises.

1.3 - Emphysème :

- Il accompagne habituellement une bronchite chronique. Il se manifeste habituellement par une dyspnée isolée, sans signe d'accompagnement.
- A l'inspection, le thorax est distendu et peu mobile.
- Le diagnostic repose sur la radiographie et les données des explorations fonctionnelles respiratoires.

2 - Sténoses et obstructions bronchiques

2.1 - Corps étrangers intrabronchiques:

- Le diagnostic est facile lorsque l'on a la notion de fausse route, et la dyspnée est accompagnée d'une toux incohérente. Parfois, on entend un sifflement respiratoire (wheezing).
- La radiographie peut montrer le corps étranger s'il est radio-opaque.
- Il faut y penser à titre systématique, chez l'enfant.
- Seule une fibroscopie bronchique réalisée en urgence permet de confirmer le diagnostic, et dans le même temps, d'extraire le corps étranger.

2.2 - Sténoses tumorales :

- Elles peuvent donner une dyspnée particulière avec "wheezing".
- Ici encore, le diagnostic repose sur les données radiologiques et endoscopiques, avec biopsie.

3 - Atteinte pleurale

3.1 - Pleurésies :

- Lorsque l'épanchement liquidien est suffisamment important pour entraîner une dyspnée, il est détecté par l'examen clinique.
- il sera confirmé par une radiographie.

3.2 - Pneumo-thorax spontané :

- Souvent, la dyspnée est d'apparition brutale, parfois accompagnée d'une douleur hémi-thoracique.
- Ici encore, le diagnostic est clinique, et radiographique.

4 – Pneumopathies:

4.1 - Pneumopathies infectieuses, bactériennes ou virales :

Le contexte clinique est habituellement évocateur, sauf chez les sujets immuno-déprimés.

Le tableau clinique associe un syndrome infectieux, volontiers très fébrile, avec un syndrome de condensation parenchymateuse pulmonaire.

4.2 - Fibrose interstitielle diffuse :

La fibrose interstitielle donne une dyspnée d'apparition progressive, isolée. Le diagnostic est difficile et repose sur l'aspect radiographique et les explorations fonctionnelles respiratoires.

4.3 - L'oedème pulmonaire lésionnel :

Rare, et souvent gravissime, il est la conséquence d'une lésion de la barrière alvéolo-capillaire.

Il est souvent responsable d'une détresse respiratoire majeure, et ses causes sont variées : toxiques (gaz, CO), infectieuses bactériennes ou virales, inhalation de liquides gastriques (syndrome de Mendelson), noyade.

DYSPNEE DES ATTEINTES MUSCULO-SQUELETTIQUES

- Le diagnostic est habituellement facile dans un contexte de traumatisme thoracique, avec fracture de côtes, volet costal.
- Le diagnostic est moins aisé en cas d'atteinte musculaire (polyradiculonévrite, myasthénie, myopathie...).

DYSPNEE DE CHEYNE-STOKES

- Elle se traduit par une succession de périodes de polypnées croissantes puis décroissantes, suivies par des périodes d'apnée pouvant durer plusieurs minutes.
- Cette affection s'observe en cas d'affection sévère, notamment dans l'insuffisance cardiaque.
- Elle traduit une insuffisance circulatoire cérébrale, avec bas débit au niveau des centres respiratoires.
- Elle se voit aussi dans les atteintes du tronc cérébral.

ETIOLOGIES DIVERSES

- Une anémie importante peut être responsable de dyspnée.
- Certains syndromes métaboliques notamment avec hyperthermie, déshydratation, ou acidose métabolique comportent une dyspnée = Dyspnée de KUSSMAUL.

V. CONDUITE A TENIR

Elle s'envisage de façon différente selon le tableau clinique:

1 - **Dyspnée d'apparition brutale** (patient sans antécédent cardiaque, ou respiratoire).

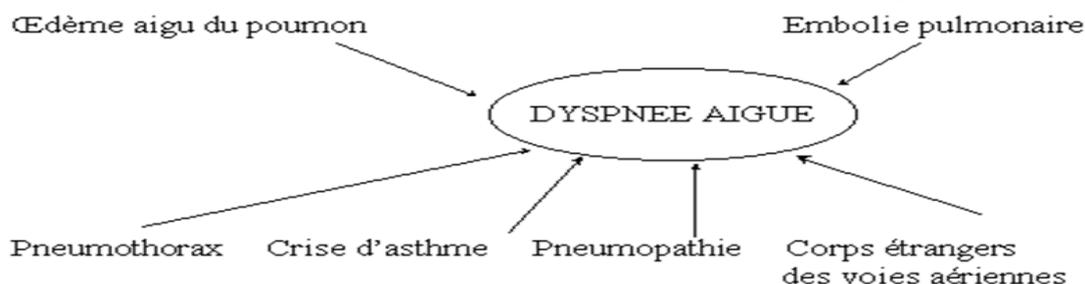
Le plus souvent, l'examen clinique, l'ECG, la radiographie pulmonaire, et la gazométrie artérielle suffisent pour orienter l'étiologie.

1.1 - La clinique et les examens indiqués donnent des signes positifs :

On envisagera :

- Une dyspnée laryngée: Le diagnostic est souvent facile, sur la notion d'inhalation, le tirage. Il existe un syndrome de suffocation. Le corps étranger est visible sur la radiographie de thorax s'il est radio-opaque. L'urgence de la situation peut nécessiter une manoeuvre expulsive (manoeuvre de Heimlich).
- La crise d'asthme : le diagnostic est facile lorsqu'il existe des râles sibilants expiratoires, ou un contexte de maladie asthmatique connue.
- Les épanchements pleuraux hydriques ou gazeux sont en règle générale facile à reconnaître à l'examen clinique, et sont confirmés par la radiographie.
- Les pneumopathies infiltratives systématisées donnent rarement une dyspnée intense. Surtout il existe un contexte infectieux, et la radiographie fait le diagnostic.
- L'embolie pulmonaire : Lorsque coexiste la dyspnée, la douleur thoracique et surtout les signes périphériques de thrombose veineuse (phlébite).

Principales étiologies d'une dyspnée aiguë



2 - **Dyspnée paroxystique sur fond de dyspnée chronique.**

2.1 - Le tableau clinique est souvent intriqué.

Les accidents dyspnéiques surviennent fréquemment chez des patients présentant une IVG, ou une BPCO.

Ces deux affections étant extrêmement fréquentes, il n'est pas étonnant qu'elles puissent co-exister chez le même patient.

Bien souvent, on a alors à faire à un patient d'âge mûr, essoufflé de façon chronique, se plaignant d'une aggravation rapide de sa dyspnée, l'interrogatoire retrouve des arguments en faveur d'une broncho-pneumopathie chronique, mais également des antécédents cardiaques.

2.2 - Certains signes permettent toutefois d'orienter vers une origine cardiaque ou pulmonaire des symptômes :

Le plus souvent, la clinique, le telethorax, la gazométrie artérielle et l'ECG suffisent pour rapporter la dyspnée à sa cause

- Clinique : le bruit de galop, est un bon signe d'IVG.
- La tachycardie sinusale n'est pas spécifique.
- Une HTA systémique paroxystique est un bon argument en faveur d'une poussée d'IVG
- L'expectoration purulente, ou une fièvre élevée, oriente plutôt vers une affection pulmonaire.
- Radiographie pulmonaire : des signes d'IVG
- Gaz du sang : l'œdème pulmonaire entraîne en règle une hypocapnie. L'hypercapnie n'apparaît que tardivement, du fait d'altération extrême de la mécanique respiratoire.

Chez un patient présentant déjà une hypercapnie chronique, du fait de la broncho-pneumopathie chronique obstructive, la survenue d'un œdème pulmonaire, ou d'une pneumopathie, peut entraîner une hyperventilation, par aggravation de l'hypoxie, et donc une diminution de l'hypercapnie.

- ECG : s'attache à trouver un facteur déclenchant, notamment troubles du rythme, ou accident ischémique

2.3 - L'embolie pulmonaire est toujours possible :

- Le diagnostic d'EP doit rester présent à l'esprit du médecin, en particulier chez tous les patients présentant une affection cardio-vasculaire ou broncho-pulmonaire chronique.
- L'existence d'une thrombose veineuse périphérique est un argument de poids en faveur d'une embolie pulmonaire.

3 - Dyspnée chronique :

- Le tableau n'est pas stéréotypé. Il s'agit d'un patient consultant aux urgences pour une dyspnée évoluant depuis plusieurs semaines voire plusieurs années.
- L'examen clinique et la radiographie pulmonaire standard suffisent habituellement pour orienter le diagnostic vers l'appareil cardio-vasculaire ou pulmonaire.

3.1 - On s'oriente vers une étiologie cardiaque :

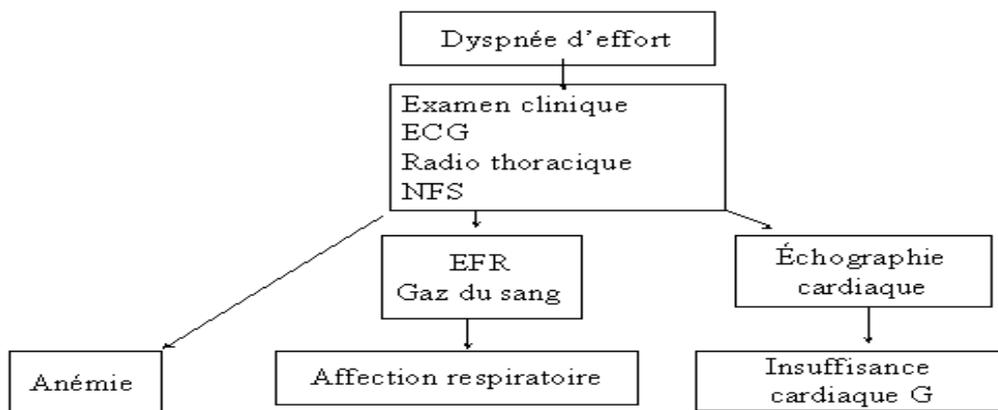
- L'électrocardiogramme et l'échographie cardiaque permettent de préciser l'étiologie, à la recherche d'une cardiopathie ischémique ou vasculaire, ou d'une cardiomyopathie primitive.

- Bilan sanguin(BNP, pro-BNP)

3.2 - On s'oriente vers une étiologie pulmonaire

- L'exploration fonctionnelle respiratoire s'impose, avec spirométrie, gazométrie artérielle au repos.
- Téléthorax
- Il faut également rechercher une maladie occlusive artérielle pulmonaire : généralement embolie pulmonaire à répétition entraînant un coeur pulmonaire chronique(CPC).
- Une hypoxémie artérielle associée à une hypocapnie se rencontre dans l'embolie pulmonaire.
- En cas d'hypercapnie associée à une hypoxémie, on a toujours une hypoventilation alvéolaire centrale.
- On la retrouve dans l'insuffisance respiratoire chronique mais les causes sont multiples, avec notamment syndrome de l'apnée du sommeil, atteinte des muscles respiratoire, ou atteinte primitive du centre respiratoire.
- Dans certains cas, il n'y a pas d'anomalie de la gazométrie artérielle ni de l'exploration fonctionnelle respiratoire.
- 3.3 - Dans certains cas, la dyspnée permet d'incriminer le coeur et les poumons.
- Il n'est pas rare que la dyspnée ait des causes intriquées avec notamment association d'une broncho-pneumopathie chronique, et d'une pathologie cardiaque, avec insuffisance ventriculaire gauche.
- La part de responsabilité de chacune des pathologies est parfois difficile à déterminer, même après des investigations para-cliniques élaborées.

Conduite à tenir devant une dyspnée chronique



VI. CONCLUSION

- la dyspnée peut avoir des causes multiples, elle traduit habituellement une pathologie cardio-respiratoire, dont elle marque le tournant évolutif.
- Le diagnostic, souvent suspecté par la clinique sera confirmé par les examens paracliniques appropriés.