

TD : PAT devant une dyspnée en cardiologie

Dr. Gueddoudj Foudil

Généralités-Définition

- Inconfort, difficulté respiratoire survenant pour un niveau d'activité usuelle n'entraînant normalement aucune gêne.
- Sensation subjective
- Symptôme très fréquent aux multiples causes : ORL, pneumologiques, cardiologiques, neurologiques
- Distinguer dyspnée aiguë (d'apparition récente) et dyspnée chronique.

Analyse séméiologique

A/ Interrogatoire

1/ Apprécier le terrain : antécédents, FDRCV, comorbidités, traitement en cours.

2/ Caractériser la dyspnée :

- rapidité d'installation : aiguë ou chronique
- circonstances de survenue :
 - repos ou effort,
 - position : décubitus (orthopnée) ou orthostatisme (platypnée),
 - facteurs saisonniers, climatiques, environnementaux ou toxiques déclenchant la dyspnée,
 - horaire.

3/ Évaluer l'intensité : NYHA NEW YORK HEART ASSOCIATION

Stade I	absence de dyspnée pour les efforts habituels : aucune gêne n'est ressentie dans la vie courante,
Stade II	dyspnée pour des efforts importants habituels, tels que la marche rapide ou en côte ou la montée des escaliers (≥ 2 étages),
Stade III	dyspnée pour des efforts peu intenses de la vie courante, tels que la marche en terrain plat ou la montée des escaliers (< 2 étages),
Stade IV	dyspnée permanente de repos ou pour des efforts minimales (enfiler un vêtement, par exemple) ;

Nombre d'oreillers utilisés pendant la nuit si orthopnée

4/ Rechercher des signes fonctionnels associés : généraux, respiratoires, cardiologiques, ORL, neurologiques.

B/ Examen clinique:

1/ Caractériser la dyspnée :

- phase du cycle respiratoire concerné : dyspnée inspiratoire, expiratoire ou aux deux temps.
- la fréquence respiratoire : tachypnée (> 20 cycles/min), bradypnée (< 10 cycles/min) ;
- le rythme respiratoire : régulier ou irrégulier : dyspnée de Kussmaul (acidose métabolique), dyspnée de Cheynes-Stokes (dyspnée d'origine centrale)
- l'intensité : polypnée (respiration rapide et superficielle), hypopnée ou oligopnée (diminution de la ventilation).

2/ Rechercher des éléments d'orientation étiologique :

Examens cardiovasculaire, pulmonaire, ORL

3/ Rechercher des signes de gravité devant une dyspnée aiguë:

- Signes de gravité respiratoires:
 - FR > 30 /min ou bradypnée extrême - SaO₂ $< 85\%$
 - Tirage, épuisement respiratoire - cyanose - impossibilité de parler
- Signes de gravité cardiovasculaires:
 - FC > 120 /min - hypotension, état de choc

- hypertension (hypercapnie)

- Signes de gravité neurologiques: - sueurs - troubles de la conscience , Flapping trémor

C Examens complémentaires à discuter en première intention:

- Électrocardiogramme : rechercher des signes en faveur d'une embolie pulmonaire, d'une coronaropathie, un trouble du rythme...
- Radiographie du thorax :rechercher une anomalie de la paroi thoracique, une anomalie pleurale, parenchymateuse pulmonaire, médiastinale, une cardiomégalie.
- Gazométrie artérielle : apprécie la gravité (hypoxémie et hypercapnie témoignant d'une insuffisance respiratoire)
- Bilan biologique : FNS, ionogramme sanguin, glycémie, BNP, D-dimères (en cas de suspicion d'embolie pulmonaire).

D/ Autres examens complémentaires:

En fonction du contexte et de l'orientation étiologique

I. Orientation diagnostique devant une dyspnée aiguë en cardiologie :

- Œdème aigu du poumon
- pseudo-asthme cardiaque
- Tamponnade
- Embolie pulmonaire

1- Œdème aigu du poumon

- Urgence médicale par excellence.

- **Définition**: extravasation brutale de liquide plasmatique dans l'interstitium et les alvéoles avec une ↑de l'eau pulmonaire extravasculaire.

- On distingue deux types d'OAP:

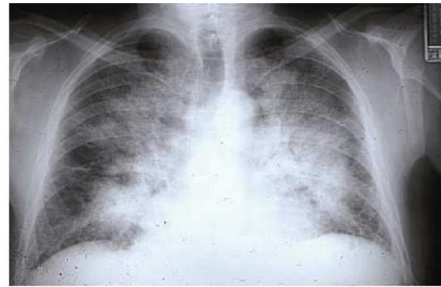
OAP hémodynamique +++: liée à l'augmentation de la pression capillaire pulmonaire.

OAP lésionnel : en rapport avec une augmentation de la perméabilité au niveau de la membrane alvéolo-capillaire.

Clinique:

-Orthopnée

-Expectoration rose saumonée présence de crépitaux bilatéraux à l'auscultation pulmonaire



-terrain : cardiopathie connue, antécédent d'infarctus, facteurs déclenchants ;

Radiographie de thorax : œdème alvéolaire, cardiomégalie ;

ECG : anomalie (onde Q de nécrose), fibrillation auriculaire rapide..

BNP (ou NT-proBNP) augmenté.

- La réponse à un traitement adapté (diurétique ou trinitrine iv) peut être un argument rétrospectif en faveur du diagnostic.

2. Pseudo-asthme cardiaque

Il doit être considéré comme un équivalent d'OAP.

Ses caractéristiques cliniques sont :

- orthopnée ;
- présence de sibilants ± crépitaux à l'auscultation pulmonaire.

→ TOUTE 1^{ère} CRISE D'ASTHME APRES 50 ANS EST UN OAP JUSQU'À PREUVE DU CONTRAIRE

3. Tamponnade

Complication des péricardites avec épanchement péricardique.

- Dyspnée/orthopnée. Tachycardie.
- Auscultation cardiaque : assourdissement des bruits du cœur.
- Auscultation pulmonaire normale.
- c'est un tableau de collapsus ou d'état de choc avec signes d'insuffisance ventriculaire droite.

- Pouls paradoxal (diminuant à l'inspiration profonde).

4. Embolie pulmonaire

- Très fréquente, souvent de diagnostic difficile.
- Rechercher un contexte favorisant (alitement, voyage de longue durée, immobilisation, sous plâtre, contexte postopératoire...).
- Survenue en règle très brutale mais dyspnée d'intensité variable, la dyspnée s'associe en règle à une douleur thoracique.
- Auscultation cardiaque et pulmonaire le plus souvent normale.

Diagnostics différentiels

Étiologies d'origines pulmonaires et pleurales :

- crise d'asthme.
- pneumopathie infectieuse.
- Pneumothorax.
- décompensation aiguë d'une insuffisance respiratoire chronique.....

II. **Orientation diagnostique devant une dyspnée chronique en cardiologie :**

- Insuffisance cardiaque
- Péricardite constrictive

01 Insuffisance cardiaque

- l'incapacité du cœur à assurer dans des conditions normales , un débit sanguin nécessaire aux besoins métaboliques et fonctionnels des différents organes
- La société européenne de cardiologie considère que le syndrome insuffisance cardiaque regroupe 2 caractéristiques:
 - ⊗ Des symptômes d'insuffisance cardiaque (dyspnée, fatigue, Toux...) qui peuvent être accompagnés par des signes physiques
 - ⊗ La preuve objective d'une dysfonction systolique et/ou diastolique au repos de préférence par échocardiographie.

Insuffisance cardiaque peut être gauche, droite ou globale :

- IC gauche : prédominance de signes congestifs pulmonaires
- IC droite : prédominance de signes congestifs veineux (TVJ, RHJ, hépatomégalie, OMI...).
- Association de signes d'IC gauche et droite : IC globale.

ICG	ICD
<u>Signes fonctionnels</u>	<u>Signes fonctionnels</u>
<ul style="list-style-type: none"> • La dyspnée d'effort/ Dyspnée paroxystique / orthopnée • Toux d'effort ou de repos • Asthénie/ fatigabilité à l'effort • altération de l'état général • obnubilation, signes cognitifs... 	<ul style="list-style-type: none"> • Les hépatalgies sous forme de pesanteur gastrique • ± dyspnée

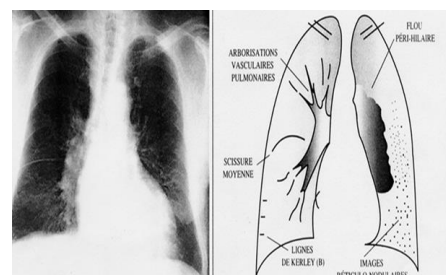
ICG	ICD
<u>Signes physiques</u>	<u>Signes physiques</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Choc de pointe dévié en bas et à gauche • une tachycardie + bruit de galop (B3) + souffle d'IM • Un pouls faible est de mauvais pronostic , pincement de la différentielle • Une PA basse est de mauvais pronostic • Râles crépitants 	<ul style="list-style-type: none"> • le foie cardiaque , hépatomégalie • RHJ / turgescence jugulaire • OMI • L'examen cardiaque : signe de Harzer , tachycardie , un éclat du B2 au FP , souffle systolique tricuspide avec signe de Carvalho .

Radiographie thoracique dans l'ICG

- 1 Une cardiomégalie au dépend des cavités gauches : **ICT > 0.5**
- 2 Des signes de surcharge pulmonaire :
 - Premier signe : redistribution vasculaire vers les sommets
 - œdème interstitiel : lignes B de Kerley + Scissurite + Images réticulonodulaires
 - œdème alvéolaire : Larges plages opaques à limites imprécises, prédominant dans les régions péri-hilaires et basales, plus ou moins symétriques

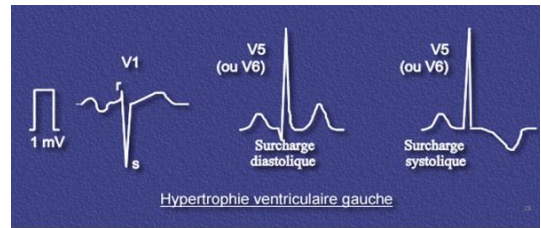
Image en ailes de papillon → OAP

- 3 Atteinte pleurale, très fréquente :
émoussement d'un cul de sac,
épanchement plus ou moins abondant



L'ECG dans l'ICG : peut révéler

- une tachycardie sinusale
- une hypertrophie ventriculaire gauche ± HAG
- une déviation axiale gauche
- Des troubles du rythme Ventriculaire (ESV)
- un bloc de branche gauche.



Radiographie thoracique dans l'ICD

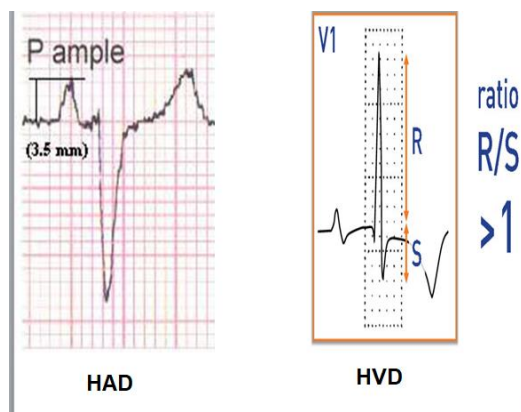
- ↑ de l'indice cardiothoracique : la saillie de l'AID traduit la dilatation de l'OD, et la convexité avec pointe sus-diaphragmatique de l'AIG en cas de dilatation du VD
- une saillie de l'arc moyen gauche en cas d'HTAP.
- L'analyse des parenchymes pulmonaires peut renseigner sur l'étiologie de l'IVD

ECG dans l'ICD

Signes d'HAD avec ondes P monophasiques, amples supérieures à 2.5 mm

Signes d'HVD avec grandes ondes R en précordiales droites et grandes ondes S en précordiales gauches

Déviations de l'axe de QRS à droite.



02 Péricardite constrictive

clinique: Tableau d'insuffisance cardiaque droite

Téléthorax : calcification du péricarde

TDM / IRM: ↑de l'épaisseur péricarde - calcifications

TRT : péricardectomie chirurgicale, TRT de l'IC



Conclusion

- Dyspnée aiguë en cardiologie : Œdème aigu du poumon, pseudo-asthme cardiaque, tamponnade, embolie pulmonaire
- Dyspnée chronique en cardiologie : insuffisance cardiaque, Péricardite constrictive