

# **Conduite à tenir devant une dyspnée**

4<sup>ème</sup> année de médecine

Faculté de médecine de Annaba

F. ATOUI

2013-2014

# Objectifs

- Différencier une dyspnée aiguë d'une dyspnée chronique
- Identifier les signes de gravité d'une dyspnée
- Conduire une démarche diagnostique devant une dyspnée aiguë
- Poser l'indication des gestes d'urgences
- Conduire une démarche diagnostique devant une dyspnée chronique.
- Citer les étiologies des dyspnées.

# Plan du cours

- I. Introduction
- II. Mécanismes de la dyspnée
- III. Analyse sémiologique de la dyspnée
- IV. Orientation diagnostique devant une dyspnée aiguë
- V. Orientation diagnostique devant une dyspnée chronique
- VI. Conclusion

# Introduction 1

- Symptôme fréquent;
- Maître symptôme de multiples affections cardiaques ou pulmonaires mais aussi d'autres étiologies.
- Devant une dyspnée:
  - recherche étiologique
  - évaluation de la gravité □ gestes d'urgence

# Introduction 2

- **Respiration**: acte automatique, permanent, habituellement inconscient.
- **Dyspnée** = Terme issu du grec **dus** : difficulté, **pnein** : respirer, ou **pnoia** : respiration
  - Perception par le patient du caractère pénible de la respiration.
- Situation fréquente
- Le diagnostic étiologique conditionne le traitement.

# Mécanismes de la dyspnée 1

- La sensation de dyspnée provient de la stimulation de récepteurs périphériques:
  1. **Des mécanorécepteurs:** au niveau de la paroi thoracique
  2. **Des chémorécepteurs** au **CO<sub>2</sub>** (centraux et périphériques) et **O<sub>2</sub>** (périphériques).

# Mécanismes de la dyspnée 2

- La dyspnée résulte donc d'une inadéquation entre efforts respiratoires et les **changements mécaniques générés** et/ou la **demande métabolique**.



**Augmentation du travail respiratoire**  
( Exemples: obstruction bronchique,  
diminution de la compliance  
pulmonaire...)

**Stimulus chimique**  
( Exemples: Acidose-cétose  
diabétique, hypoxie et acidose  
de l'état de choc).

# **Analyse sémiologique de la dyspnée**

# Dyspnée aiguë VS dyspnée chronique

Il faut distinguer:

## Dyspnée aiguë:

- Traduit l'apparition d'un phénomène nouveau ( OAP, PNO)
- Quelques minutes à quelques jours
- Apprécier la gravité:
  - Tolérance: respiratoire, hémodynamique et neurologique

## Dyspnée chronique

- Existe toute l'année,
- Peut être aggravée par le décubitus ou l'effort physique
- Quelques semaines à plusieurs années.

Dyspnée aiguë ou chronique

dyspnée aiguë  
exemple : crise d'asthme



dyspnée chronique  
exemple : BPCO

# Appréciation de l'intensité de la dyspnée 1

- **Classification NYHA I à IV**
- **Classification du MRC (Sadoul)**
  - Stade 1 : effort physique important (> 2 étages)
  - Stade 2 : marche en côte, à vitesse normale
  - Stade 3 : marche à plat, à vitesse normale
  - Stade 4 : marche lente, à son propre pas
  - Stade 5 : au moindre effort

# Appréciation de l'intensité de la dyspnée 2

Dyspnée 4

Echelles d'évaluation de la dyspnée

Echelle de Sadoul

- 
0. Absence de dyspnée.
- 
1. Dyspnée à l'exercice (montée de 2 étages).
- 
2. Dyspnée en montant une côte à marche normale (dyspnée d'Eugène B. lors de l'épisode précédent).

Echelle visuelle analogique de Borg

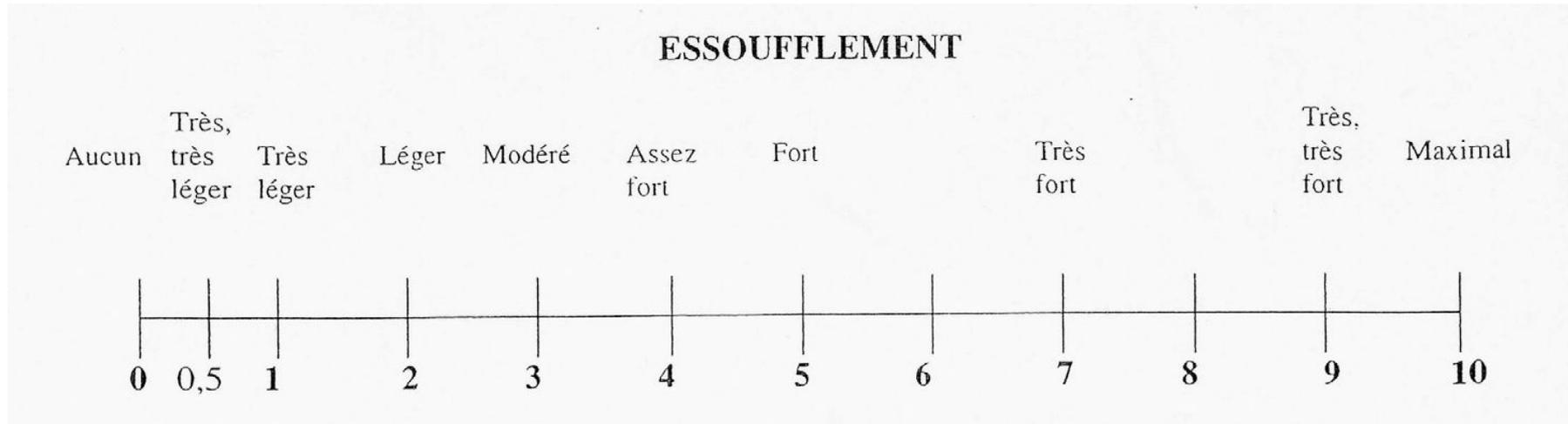
- 
3. Dyspnée en marchant sur terrain plat au rythme d'un accompagnateur.
- 
4. Dyspnée à son propre pas avec arrêts (dyspnée d'Eugène B. lors de l'exacerbation).
- 
5. Dyspnée pour les gestes élémentaires (ravage, habilage).

Pas du tout essoufflé



# Appréciation de l'intensité de la dyspnée 3

- Echelle visuelle analogique



# Selon la fréquence respiratoire

- Polypnée:  $FR > 25$  Cycles/min.
- Bradypnée:  $FR < 15$  Cycles/min.

## Selon le cycle ventilatoire

- **Inspiratoire:** contraction des muscles accessoires, tirage, cornage ( laryngé)  Atteinte des VAS ou trachée.
- **Expiratoire:** en faveur d'un bronchospasme  Maladie respiratoire obstructive: asthme ou BPCO

# Cas particulier: les dysrythmies

- **Dyspnée de Kussmaul ( respiration paradoxale) :** succession de cycles inspiratoires amples et réguliers ( acidose métabolique).
- **Dyspnée de Cheyne Stokes:** mouvements respiratoires anarchiques de plus en plus amples et rapides suivis d'une pause prolongée ( atteinte au niveau des voies respiratoires)

# Selon les circonstances de survenue:

- **Effort:** cardiaque- BPCO- asthme d'effort.
- **Décubitus:** Orthopnée □ cardiaque, crise asthme, BPCO
- **Platypnée:** aggravée par la position assise ( shunt cardiaque, anévrisme artério-veineux, parenchymateux, syndrome hépato-pulmonaire)
- **Horaire:** nocturne □ asthme – IVG.

# Évaluation de la gravité d'une dyspnée

- **Signes d'hypercapnie:** sueurs, tachycardie, hypertensions, érythrose du visage et des téguments.
- **Signes d'hypoxémie:** cyanose
  - Elle signe un taux d'Hb réduit ( désoxygéné) > 5 g/dl  
( absente en cas d'anémie)
- **Mouvements respiratoires anormaux:** tirage inspiratoire, balancement thoraco-abdominal, battement des ailes du nez.
- **Signes neurologiques:** agitation, confusion, troubles de la conscience.... coma

# Orientation étiologique

- **Interrogatoire minutieux:** antécédents, anamnèse,
- **Examen clinique**
- **Examens para cliniques de 1<sup>ère</sup> intention:** radiographie du thorax, gaz du sang, NFS, ionogramme sanguin, créatinine, glycémie, ECG, D Dimères.
- **Examens para cliniques de 2<sup>nde</sup> intention:** échodoppler, scintigraphie de ventilation/perfusion, angioscanner, endoscopie bronchique

**Devant une dyspnée Aigue**

# Devant une bradypnée inspiratoire avec cornage

## □ Causes ORL (laryngo-trachéales):

- œdème de la glotte: choc anaphylactique
- Corps étranger: dyspnée suraigüe avec toux et cyanose ( syndrome de pénétration)
- Laryngite virale ( saisonnière , fébrile avec dysphonie)
- épiglottite aiguë: fébrile avec dysphonie.

# Bref,..... VAS et trachée

- **Dyspnée inspiratoire, avec :**
  - stridor
  - cornage
  - tirage sus-sternal, battement des ailes du nez
  - puis asphyxie (cyanose, sueurs)

# Devant des râles sibilants:

## □ Atteinte des bronches

- Crise d'asthme
- Exacerbation de BPCO
- Pseudo-asthme cardiaque: dyspnée, sibilants, crépitants; + antécédents d'IVG(HTA, cardiopathie ischémique), cardiomégalie et signes d'oedème interstitiel sur le cliché de thorax.

# Devant des râles crépitants

## □ Atteinte du parenchyme pulmonaire:

- OAP
- Pneumopathie infectieuse aigue
- Pneumopathie d'hypersensibilité
- Pneumopathie interstitielle diffuse ( aggravation d'une dyspnée chronique)

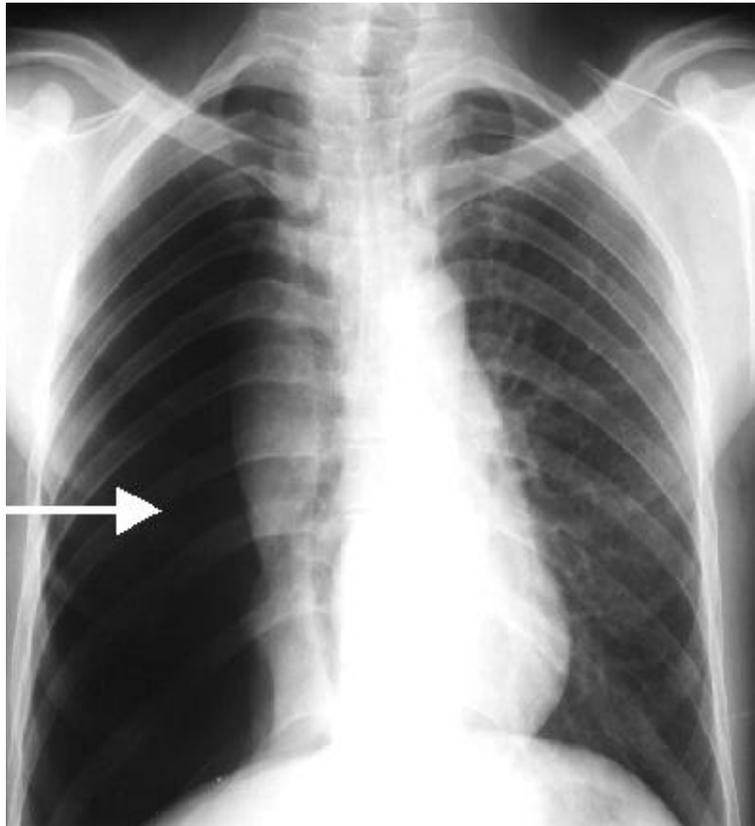
# Absence de bruits pulmonaires anormaux:

## □ Origine cardio vasculaire:

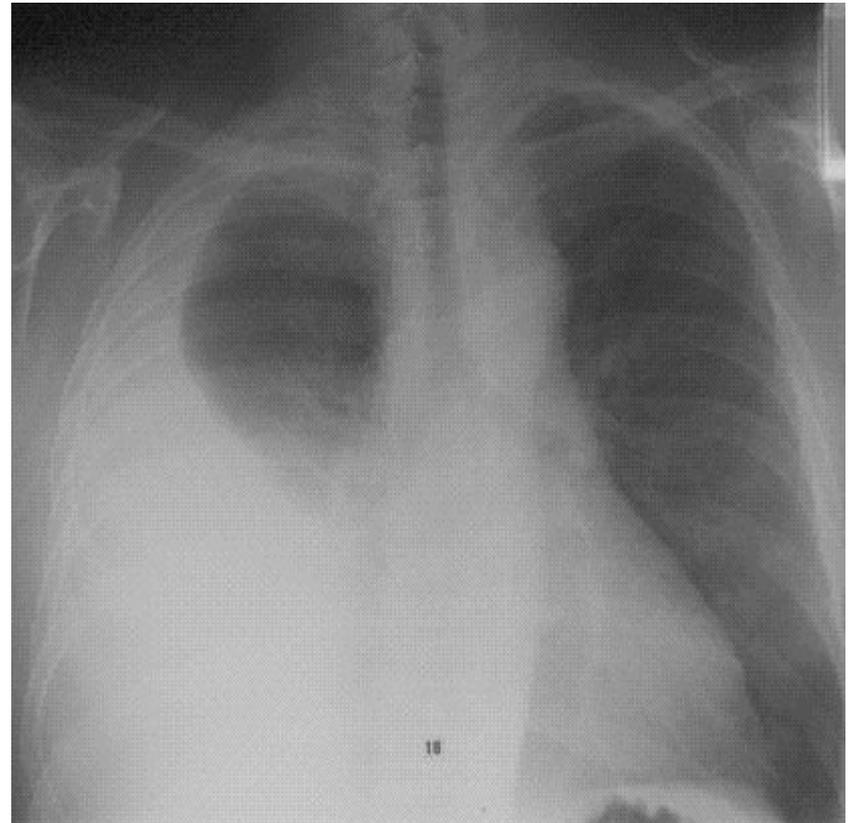
- **Embolie pulmonaire:** trompeuse, dyspnée brutale, hypotension, douleur thoracique, anxiété sur terrain de phlébite, accouchement récent, alitement prolongé.
- **Troubles du rythme:** tachysystolie, flutter, FA.
- **épanchement péricardique:** assourdissement des bruits du cœur, frottement péricardique, cœur en caraffe.

# Asymétrie auscultatoire:

## Pneumothorax



## Pleurésie

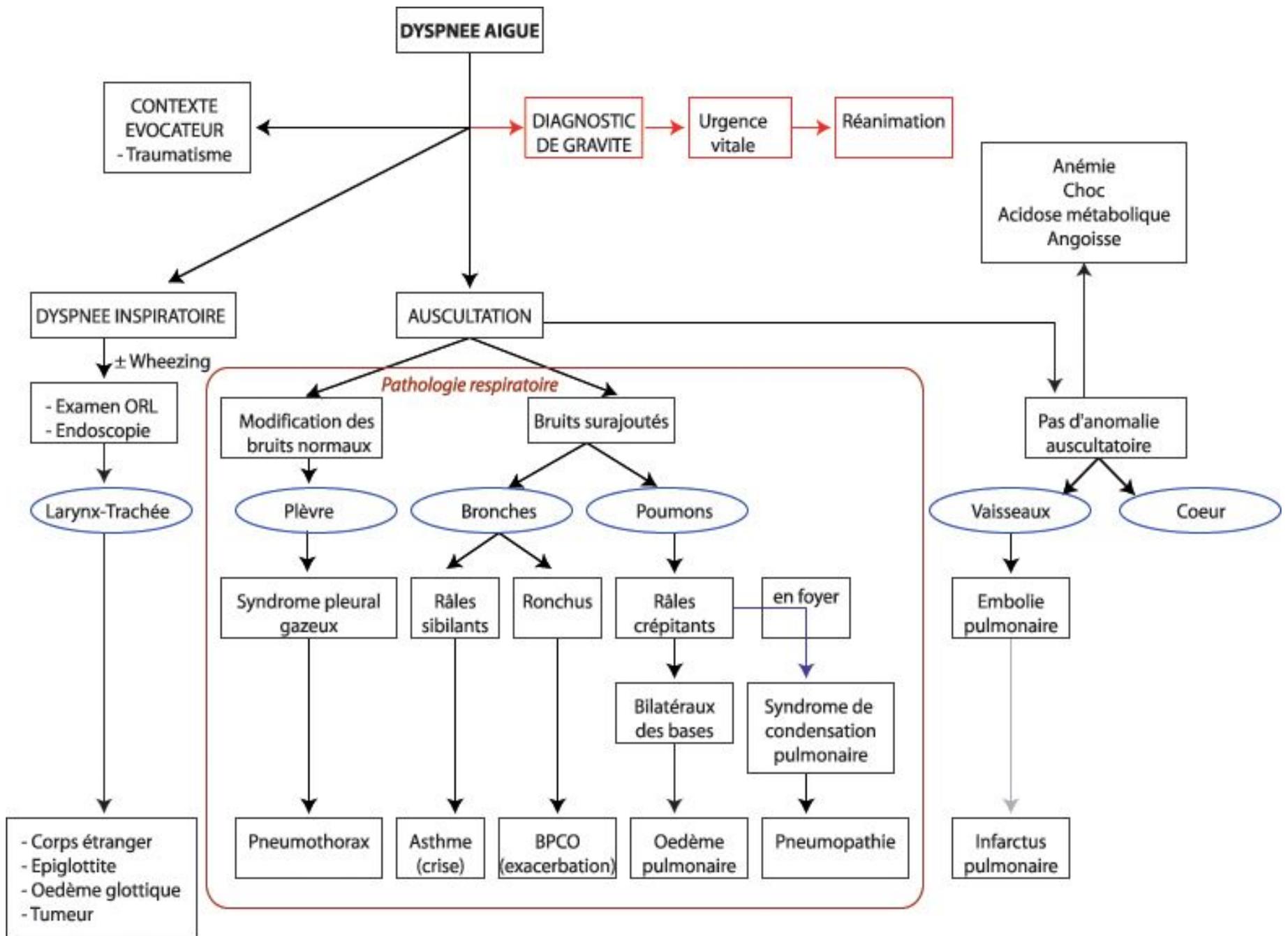


# Bref , .....arbre bronchique, poumon, plèvre, ... 1

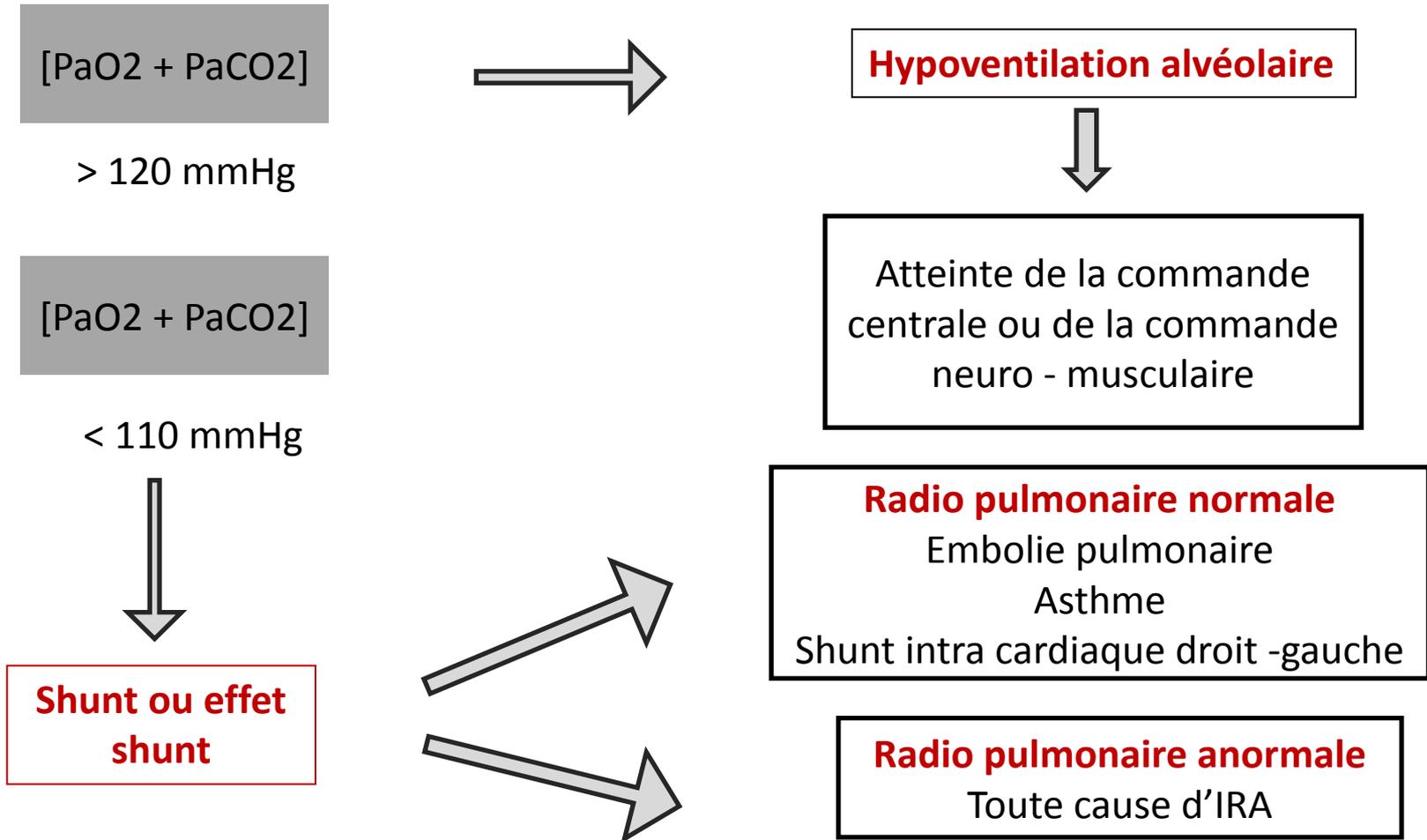
- **Asthme:** TVO réversible; dyspnée sifflante paroxystique; perception variable de la dyspnée; équivalents d'asthme.
- **Bronchite aiguë**
- **Exacerbation de BPCO:** TVO irréversible; dyspnée (expiratoire); augmentation toux et expectoration (volume, purulence)
- **Embolie pulmonaire :** douleur latérothoracique, angoisse, phlébite,...
- **Pneumopathies aiguës:** Infectieuses : bactérienne, virale..; hypersensibilité, hémorragies alvéolaires aiguës

# Bref , .....arbre bronchique, poumon, plèvre, ... 2

- **OEdème pulmonaire:**
  - Cardiogénique : orthopnée paroxystique nocturne,  
expectoration rosée  
âge, cardiopathie sous-jacente  
facteur déclenchant
  - Lésionnel : syndrome de détresse respiratoire aiguë
- **Plèvre**
  - Pleurésie abondante, de constitution rapide
  - Pneumothorax: dyspnée avec tachypnée superficielle,  
douleur latéro-thoracique, affection sous-jacente : BPCO, blebs



# Orientation diagnostique rapide: GDS à l'air ambiant



# Orientation diagnostique devant une dyspnée chronique 1

## Maladies pulmonaires chroniques:

- **Asthme bronchique:** dyspnée sifflante paroxystique avec TVO réversible.
- **BPCO:** tabac, TVO peu ou pas réversible, absence de paroxysme.
- **PID:** dyspnée d'aggravation progressive, toux sèche, sd restrictif.
- **Pneumoconioses:** silicose ou asbestose
- **Pleuro-pariétale:** paralysies phréniques, cyphoscoliose, séquelles pleurales.

# Dyspnée chronique: arbre bronchique

## Asthme

- Mécanisme : évolution du TVO  $\Rightarrow$  réversible
- Dyspnée sifflante (expiratoire)
- A l'effort et/ou au repos

## BPCO

- Mécanisme : TVO irréversible
- Dyspnée d'effort et toux productive
- Cause la plus fréquente de dyspnée chronique

# **Dyspnée chronique :**

## **poumons, coeur, vaisseaux**

### **Pneumopathies interstitielles:**

- Dyspnée d'effort, toux sèche
- Avant 40 ans : sarcoïdose
- Après 50 ans : fibrose pulmonaire idiopathique

### **Maladies cardiaques : fréquence+++**

- Dyspnée d'effort, orthopnée nocturne, parfois angor
- Cardiopathie sous-jacente, signes d'accompagnement

### **Vaisseaux pulmonaires**

- Dyspnée d'effort longtemps isolée
- Hypertension artérielle pulmonaire, post embolique....

# Dyspnée chronique : plèvre, paroi

## Plèvre

- Dyspnée d'effort
- Subaigüe : pleurésie abondante
- chronique : fibrothorax...

## Paroi thoraco-abdominale

- Cyphoscolioses sévères
- Obésité morbide



Cyphoscoliose sévère

# Dyspnée chronique: autres causes

- Amputation d'une partie des poumons
- Séquelles parenchymateuses (et pleurales)
- Déconditionnement physique
- Affection respiratoire chronique et toutes les maladies chroniques: baisse du seuil aérobie
- Anémie
- Hyperthyroïdie

# Orientation diagnostique devant une dyspnée chronique 2

## Maladies cardio-vasculaires

- Insuffisance cardiaque, angor
- HTAP ( échocardiographie et/ou cathétérisme)

## Autres causes:

- Atteintes neuro-musculaires: myopathies
- Anémies sévères
- Anomalies de transport de l'oxygène
- Syndrome d'hyperventilation: femme de 30-40 ans se plaignant de dyspnée majeure avec anxiété et attaque de panique.

# Dyspnée chronique : VAS et trachée

- Dyspnée inspiratoire, d'abord à l'effort
- Peu fréquentes

## Causes:

- Sténose après intubation ou trachéotomie
- Tumeur trachéale
- Compression extrinsèque