

Dyspnée aiguë et chronique IC-203

- Connaître la définition de la dyspnée en général et plus particulièrement la dyspnée inspiratoire / expiratoire
- Connaître l'examen clinique d'un patient présentant une dyspnée
- Connaître les principales étiologies d'une dyspnée aiguë et leur signes cliniques
- Connaître les signes de gravité devant une dyspnée aiguë
- Connaître les éléments d'orientation diagnostique face à une dyspnée chronique
- Connaître les signes d'orientation étiologique
- Connaître les examens complémentaires de première intention en fonction du caractère aigu ou chronique
- Connaître les examens complémentaires de seconde intention en fonction du caractère aigu ou chronique
- Connaître les étiologies plus rares d'une dyspnée aiguë
- Connaître les principales étiologies cardiaque et pulmonaire d'une dyspnée chronique
- Identifier les signes de gravité imposant des décisions thérapeutiques immédiates
- Connaître les indications des examens radiologiques devant une dyspnée aiguë et chronique
- Connaître la définition de la dyspnée
- Dyspnée aiguë : connaître les éléments d'orientation étiologiques
- Connaître les signes gravité accompagnant la dyspnée aiguë
- Connaître la stratégie d'exploration en imagerie devant une dyspnée aiguë de l'enfant
- Connaître les signes indirects sur une radiographie d'un corps étranger bronchique
- Radiographie de face dans un contexte de corps étranger

Connaître la définition de la dyspnée en général et plus particulièrement la dyspnée inspiratoire / expiratoire OIC-203-01-A

Définition : perception d'une respiration inconfortable ou pénible ressentie au cours de situations diverses (repos ou exercice) n'entraînant habituellement aucune gêne.

- Une dyspnée inspiratoire orientera vers une pathologie des voies aériennes supérieures (supra-carénaire).
- Une dyspnée expiratoire orientera vers une pathologie bronchique (BPCO, asthme)
- Une dyspnée aux deux temps orientera vers de nombreux autres diagnostics (pathologies alvéolaires, vasculaires, neuromusculaires...)

Connaître l'examen clinique d'un patient présentant une dyspnée OIC-203-02-A

Interrogatoire :

- Ancienneté : aiguë ou chronique
- Rythme et fréquence ?
- Caractères
 - D'effort (coté la dyspnée, MMRC, NYHA)
 - Positionnel (orthopnée, antépnée)
 - Paroxystique
- Modalités d'installation
- Éléments déclencheurs (périodicité nyctémérale, saisonnière,)
- Symptômes associés
- Antécédents et expositions particulières

Examen clinique :

- Rechercher des signes de gravité : cf item 359 détresse respiratoire aiguë
- Examen thoracique et extra-thoracique complet (cf sémiologie respiratoire) – découverte d'anomalies à l'auscultation pulmonaire.

Connaître les principales étiologies d'une dyspnée aiguë et leur signes cliniques OIC-203-03-A

Pour le détail des différentes pathologies et leurs signes cliniques se rapporter aux cours correspondants.

- Obstruction des voies aériennes supérieures
 - Dyspnée inspiratoire, dysphonie
 - Cornage (bruit inspiratoire)
- Pneumothorax :
 - Dyspnée brutale avec douleur thoracique d'allure pleurale
 - Diminution asymétrique du murmure vésiculaire et tympanisme en regard

- Pleurésie
 - Dyspnée d'effort d'apparition progressive, douleur pleural associée parfois
 - Diminution asymétrique du murmure vésiculaire et matité en regard, diminution de la transmission des vibrations vocales
- Pneumonie infectieuse
 - Dyspnée +/- progressive, + /- toux et expectorations, contexte fébrile, douleur d'allure pleurale
 - Crépitants +/- localisés
- Œdème pulmonaire
 - Antécédents et facteurs de risque cardiovasculaires, dyspnée d'effort d'installation parfois rapide, orthopnée, crachats mousseux ou rosés.
 - Crépitants symétriques des bases pulmonaires (sibilants parfois), anomalies de l'auscultation cardiaque, +/-signes d'insuffisance cardiaque droite.
- Embolie pulmonaire
 - Dyspnée brutale avec douleur thoracique d'allure pleurale, crachats hémoptoïque possible.
 - Peu de signes cliniques d'orientations. Rechercher des signes de thrombose veineuse profonde.
- Asthme aigu grave
 - Dyspnée +/- paroxystique avec majoration récente, sifflements, toux, crachats muqueux.

Connaître les signes de gravité devant une dyspnée aiguë OIC-203-04-A

Se rapporter à l'item 359 (détresse respiratoire de l'adulte)

Connaître les éléments d'orientation diagnostique face à une dyspnée chronique OIC-203-05-A

Les éléments cliniques permettront une première orientation étiologique :

- Dyspnée avec sibilants
 - Asthme : sujet jeune, atopie, variabilité des symptômes, volontiers nocturnes
 - BPCO : tabagisme, tout, râles bronchiques
 - Insuffisance cardiaque : ATCD et FDR CV, orthopnée.
- Dyspnée avec crépitants télé-inspiratoires :
 - o Pneumopathies infiltrantes diffuses : toux sèche, recherche de maladie systémiques
 - o Insuffisance cardiaque : ATCD et FDR CV, orthopnée
- Auscultation normale :
 - Maladie de la pompe ventilatoire (neuromusculaires, squelettiques, obésité)
 - Maladie vasculaire pulmonaire (HTAP)
 - Anémie
- Auscultation asymétrique : pathologie pleurale

Connaître les signes d'orientation étiologique OIC-203-06-A

Cf. objectif 2C-203-DP-A03

Connaître les examens complémentaires de première intention en fonction du caractère aigu ou chronique OIC-203-07-A

Demande/prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostique

Dyspnée aiguë :

- La radiographie thoracique de face permet de rechercher la majorité des causes de dyspnée aiguë (pneumothorax, pleurésie, pneumonie, OAP). Une radiographie thoracique normale ou sans anomalie notable devra faire évoquer le diagnostic d'embolie pulmonaire, de BPCO, d'asthme ou d'anémie.
- ECG : recherche d'arguments en faveur d'une pathologie cardiaque et d'une embolie pulmonaire.
- Biologie : NFS, BNP ou NT-proBNP, gaz du sang (recherche d'éléments de gravité principalement : hypoxémie profonde, acidose respiratoire).

Dyspnée chronique :

- NFS, afin d'éliminer une anémie,
- BNP ou NT-proBNP en cas de suspicion de cardiopathie
- ECG à la recherche d'une cardiopathie

- Radiographie thoracique d'orientation étiologique (distension, syndrome interstitiel, cardiomégalie).

Connaître les examens complémentaires de seconde intention en fonction du caractère aigu ou chronique OIC-203-08-A

Demande/prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostique

Dyspnée aiguë :

- D-dimères +/- imagerie à la recherche d'une embolie pulmonaire (cf item embolie pulmonaire)
- BNP ou NT-proBNP +/- Échographie cardiaque

Dyspnée chronique :

Le bilan étiologique repose avant tout sur les explorations fonctionnelles respiratoires :

- Pathologies obstructives : spirométrie avec courbe débit volume (TVO : VEMS/CV <0,7).
 - Réversible : asthme
 - Non réversible : BPCO. Une pléthysmographie pourra être réalisée pour rechercher une distension thoracique (CPT>120% des valeurs prédites).
- Pathologies restrictives : pléthysmographie (CPT<80% des valeurs prédites).
 - Une altération de la diffusion (TLCO<0,7) sera en faveur d'une pneumopathie infiltrante diffuse.
 - Une diffusion normale sera en faveur d'une pathologie de la pompe ventilatoire (maladie neuromusculaires, squelettiques). D'autres examens pourront évaluer plus spécifiquement la force des muscles respiratoires (pression maximale inspiratoire, pression maximale expiratoire)
- Les gaz du sang
 - permettent de rechercher une IRC
 - d'orienter vers une pathologie de l'échangeur pulmonaire (effet shunt gazométrique ou augmentation de la différence alvéolo-artérielle) ou vers une pathologie de la pompe ventilatoire (hypoventilation alvéolaire).
 - de retenir le diagnostic de syndrome obésité hypoventilation (IMC>30kg/m² ; PaCO₂>45mmHg en l'absence d'autre cause d'hypoventilation alvéolaire).

Autres examens en fonction des éléments cliniques et paracliniques d'orientation :

- L'échographie cardiaque :
 - Arguments en faveur d'une cardiopathie et évaluation de la pression artérielle pulmonaire systolique (HTAP)
- TDM thoracique : en cas de d'éléments en faveur d'une pneumopathie infiltrante diffuse.

Connaître les étiologies plus rares d'une dyspnée aiguë OIC-203-09-B

- Corps étranger : suspecté surtout aux âges extrêmes, chez l'enfant et chez le sujet âgé.
- Laryngite ou épiglottite : diagnostic rare, surtout chez l'enfant
- Cancer bronchopulmonaire : la dyspnée est rarement au premier plan sauf en cas d'atteinte proximale (trachéale ou bronchique) ou de complication à type de pleurésie
- Acidose métabolique (acidocétose diabétique) : dyspnée sans hypoxémie et sans anomalie clinique ou radiologique pulmonaire.

Connaître les principales étiologies cardiaque et pulmonaire d'une dyspnée chronique OIC-203-10-A

Étiologies cardiaques : la majorité des cardiopathies peuvent être à l'origine d'une dyspnée chronique. Les principales étiologies décrites sont :

- les cardiopathies ischémiques
- les cardiomyopathies hypertrophiques
- les valvulopathies
- les troubles du rythme et de la conduction
- les causes péricardiques

Étiologies pulmonaires :

- Maladies bronchiques : BPCO, asthme.
- Maladies du parenchyme pulmonaire : pneumopathies infiltrantes diffuses, emphysème (associé à la BPCO)
- Maladies de la pompe ventilatoire : maladies neuromusculaires, déformation squelettiques (scoliose), syndrome obésité hypoventilation.

Identifier les signes de gravité imposant des décisions thérapeutiques immédiates OIC-203-11-A

Voir item 359 - détresse respiratoire

Signes cliniques :

- Signes de lutte : tachypnée (>25/min chez l'adulte), recrutement des groupes musculaires inspiratoires et expiratoires (tirage, expiration active, battement des ailes du nez)
- Signes de faillite : respiration abdominale paradoxale, bradypnée extrême, cyanose, retentissement neurologique (altération de la vigilance)
- Défaillance hémodynamique : cœur pulmonaire aiguë, hypotension artérielle, marbrures, peau froide, oligurie.

Signes gazométriques : acidose respiratoire non compensée ($\text{PaCO}_2 \geq 45 \text{ mmHg}$ **ET** $\text{pH} < 7,35$).

Connaître les indications des examens radiologiques devant une dyspnée aiguë et chronique OIC-203-12-B

Rédaction de la demande d'un examen d'imagerie

Demande d'un examen d'imagerie

Demande d'explication d'un patient sur le déroulement, les risques et les bénéfices attendus d'un examen d'imagerie

Identifier/reconnaître les différents examens d'imagerie (type/fenêtre/ séquences/incidences/injection)

Dyspnée aiguë :

- La radiographie thoracique est systématique. Elle permet l'orientation étiologique.
- Les autres examens seront discutés en fonction des premiers éléments d'orientation
 - Angio-TDM, scintigraphie ventilation-perfusion et écho-doppler veineux des membres inférieurs en cas de suspicion d'embolie pulmonaire (voir item maladie thromboembolique veineuse)
 - Échographie cardiaque en cas de suspicion d'insuffisance ventriculaire gauche aiguë (surtout en cas de premier épisode)

Dyspnée chronique

- La radiographie thoracique est systématique. Elle permet l'orientation étiologique (distension, syndrome interstitiel, cardiomégalie)
 - Échographie cardiaque en cas de suspicion de cardiopathie
 - En seconde intention, un scanner thoracique sera demandé en cas de suspicion de pathologie infiltrante diffuse.
-

Connaître la définition de la dyspnée OIC-203-13-A

Voir item 359

1ère étape : éliminer une obstruction des voies aériennes supérieures

- ces obstructions représentent une urgence extrême
- leur prise en charge diffère radicalement de celle des autres étiologies de détresse respiratoire aiguë
- il s'agit avant tout d'un diagnostic clinique

2ème étape : orienter le diagnostic étiologique

- en fonction de l'imagerie thoracique
 - pathologie pleurale : pneumothorax, pleurésie
 - opacités parenchymateuses : pneumopathie infectieuse, œdème pulmonaire, pneumopathie infiltrante diffuse
 - radiographie thoracique normale ou sub-normale : asthme aiguë grave, embolie pulmonaire
 - en fonction des perturbations gazométriques : augmentation de la PaCO_2 et/ou des bicarbonates pouvant orienter vers une décompensation de pathologie respiratoire chronique (BPCO, pathologie de la pompe ventilatoire)
-

Dyspnée aiguë : connaître les éléments d'orientation étiologiques OIC-203-14-A

Voir item 359

1ère étape : éliminer une obstruction des voies aériennes supérieures

- ces obstructions représentent une urgence extrême
- leur prise en charge diffère radicalement de celle des autres étiologies de détresse respiratoire aiguë
- il s'agit avant tout d'un diagnostic clinique

2ème étape : orienter le diagnostic étiologique

- en fonction de l'imagerie thoracique
 - pathologie pleurale : pneumothorax, pleurésie
 - opacités parenchymateuses : pneumopathie infectieuse, œdème pulmonaire, pneumopathie infiltrante diffuse
 - radiographie thoracique normale ou sub-normale : asthme aiguë grave, embolie pulmonaire
- en fonction des perturbations gazométriques : augmentation de la PaCO₂ et/ou des bicarbonates pouvant orienter vers une décompensation de pathologie respiratoire chronique (BPCO, pathologie de la pompe ventilatoire)

Connaître les signes gravité accompagnant la dyspnée aiguë OIC-203-15-A

Voir item 359

Voir « Connaître les signes de gravité devant une dyspnée aiguë »

Voir « Identifier les signes de gravité imposant des décisions thérapeutiques immédiates »

Connaître la stratégie d'exploration en imagerie devant une dyspnée aiguë de l'enfant OIC-203-16-A

Le diagnostic étiologique d'une détresse respiratoire aiguë chez l'enfant est avant tout clinique. L'obstruction des voies aériennes supérieures ne donne lieu à aucune indication d'imagerie.

La radiographie thoracique de face en inspiration n'est pas systématiquement indiquée. Elle doit être argumentée sur des signes cliniques évoquant une pathologie parenchymateuse (pneumopathie), pleurale (pneumothorax, pleurésie) et n'est pas systématique en cas de pathologies bronchiolaires (asthme). L'indication d'un scanner et son mode de réalisation seront discutés en multidisciplinaire en fonction des données cliniques, des renseignements fournis par l'imagerie réalisée et des renseignements attendus par le scanner

En cas de doute sur un corps étranger intra-bronchique, il s'impose de réaliser une radiographie thoracique de face en inspiration et en expiration.

L'échographie cardiaque est réalisée sur la base d'éléments cliniques avec tachycardie, hépatomégalie et souffle.

Connaître les signes indirects sur une radiographie d'un corps étranger bronchique OIC-203-17-A

Il ne faut jamais considérer le corps étranger comme absent en cas de radiographie normale, ce qui constitue jusqu'à 30% des cas selon les études. Le corps étranger est plus souvent localisé à droite.

Les corps étrangers radio-opaques sont les moins fréquemment rencontrés (10% des cas).

Les signes radiologiques sont donc le plus souvent des signes indirects :

Asymétrie de transparence pulmonaire

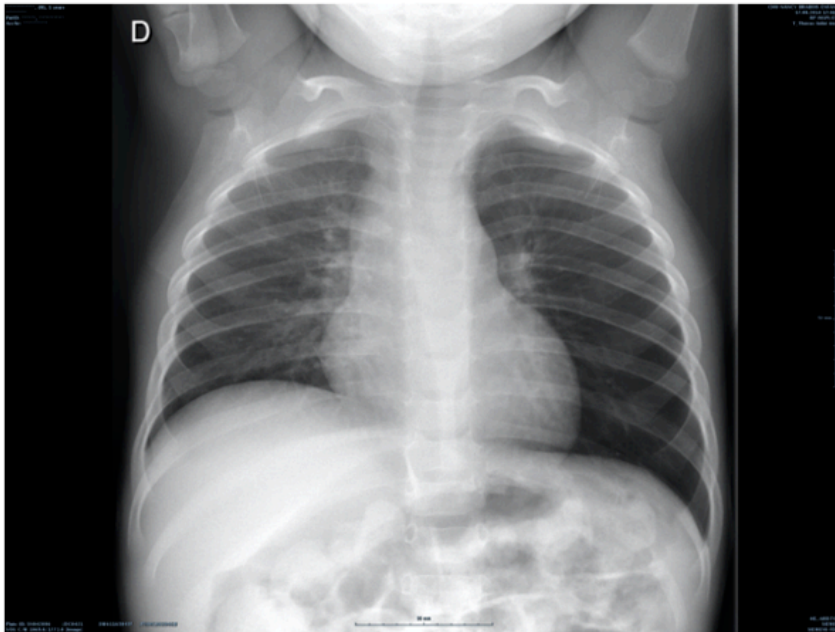
Atélectasie pulmonaire, lobaire ou segmentaire : opacité rétractile, systématisée, attirant le médiastin du côté atelectasié (en faveur d'une obstruction complète). En cas de présence prolongée, il s'agit de l'anomalie la plus souvent visualisée

Emphysème pulmonaire, lobaire ou segmentaire : hyperclarté systématisée qui refoule le médiastin du côté contro-latéral

Un pneumothorax ou un pneumomédiastin, conséquence des efforts de toux, peuvent être visualisés.

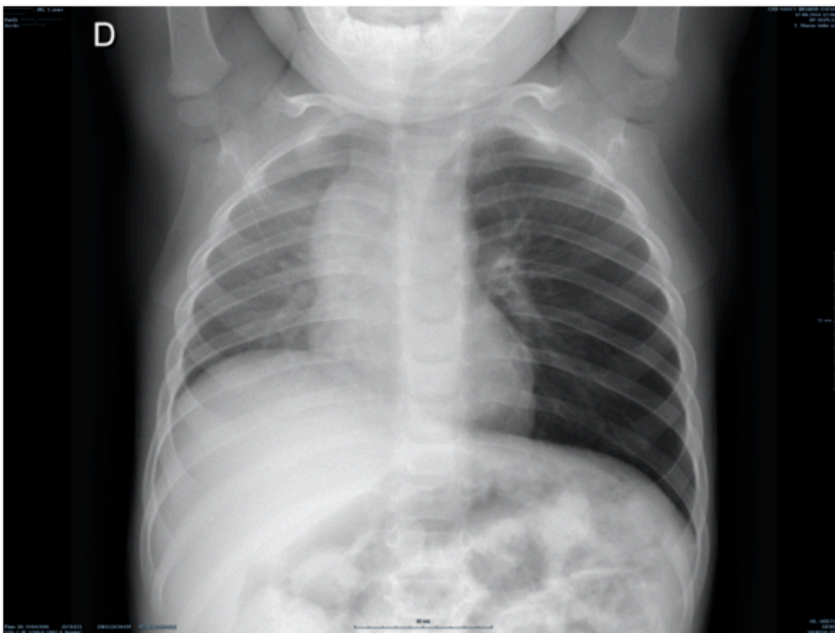
Radiographie de face dans un contexte de corps étranger OIC-203-18-A

RP en inspiration et expiration chez un enfant de 1 an



RP en inspiration de face

Le cliché être normal ou sub-normal (ici légère hyperclarté du poumon gauche)



RP en expiration de face

Le cliché en expiration montre une hyperclarté du poumon gauche lié à un trapping important et un déplacement médiastinal vers la droite.