

conduite à tenir devant une dyspnée

Dr. NADJI Karima

Maître assistante en pneumologie

I.Définition:

- Le terme « **dyspnée** » est peu connu, d'origine grecque, formé du
 - préfixe « **dys** » exprimant la notion de « difficulté »
 - et de « **pnée** » signifiant « respirer ».
-
- La dyspnée s'exprime donc de façon très variable notamment selon l'origine culturelle.

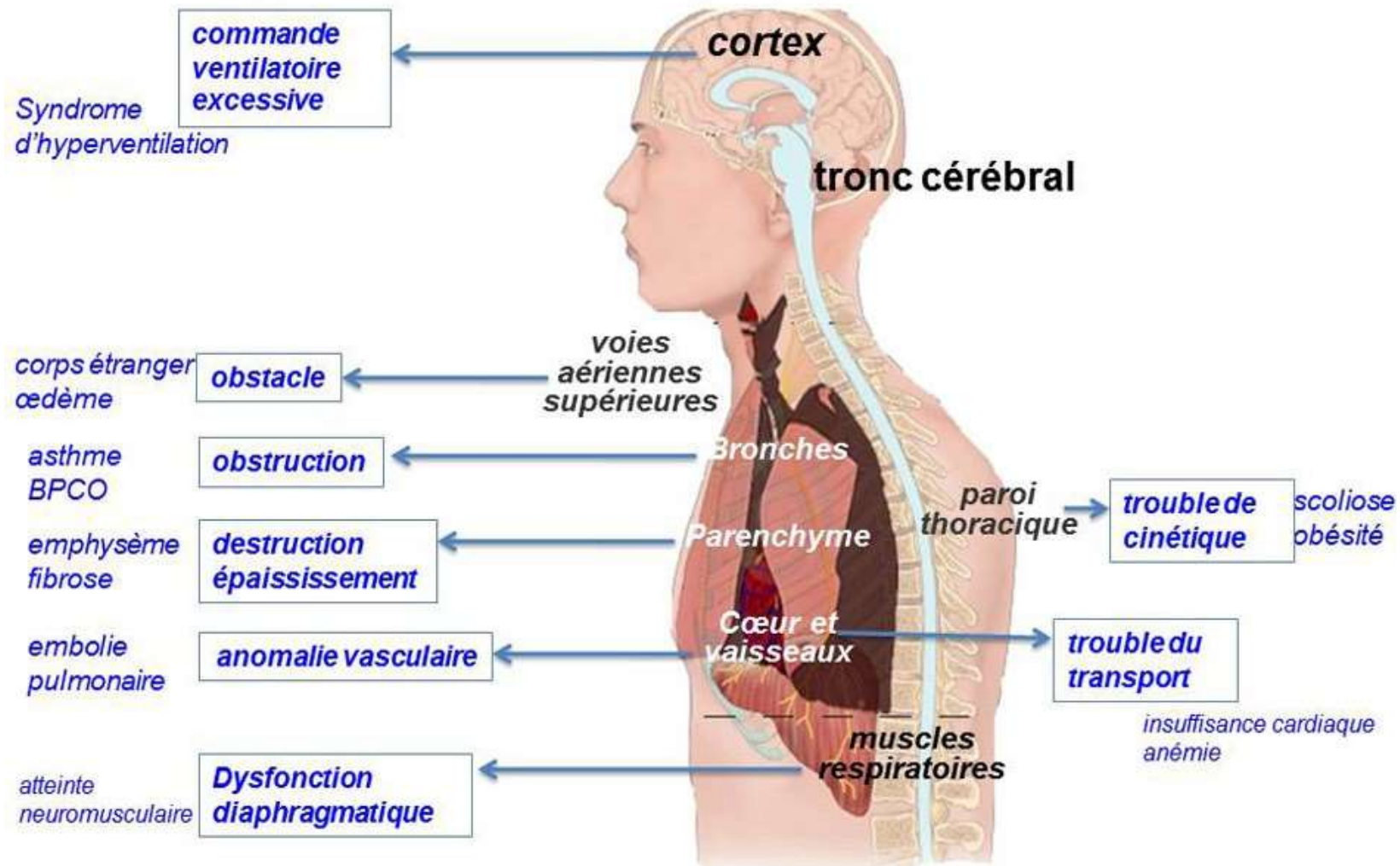
I.Définition:

- La dyspnée est un syndrome subjectif,
- c'est une perception anormale d'une gêne à la respiration.
- fréquemment retrouvé dans les pathologies respiratoires;
- cardiovasculaires et générales

Mécanisme de la dyspnée :

- *La ventilation est un acte mécanique confortable (on l'appelle parfois « la félicité respiratoire » qui ne génère aucun désagrément).*
- *On considère que la dyspnée est la conséquence d'un déséquilibre (une inadéquation)*
- *entre la demande ventilatoire (donc la commande centrale)*
- *et l'efficiencia du système respiratoire à répondre à cette demande.*
- *Il s'agit donc d'un désordre qui peut venir soit de la commande, soit de l'effecteur, et souvent des 2 à la fois.*

Mécanisme de la dyspnée :



Orientation diagnostique devant une dyspnée

- Six questions clefs à se poser dans l'ordre

1. **aiguë ou chronique ?**
2. **chez qui ?** - terrain : âge, tabagisme, allergie, les antécédents (pneumologique, cardio-vasculaire, neuro-psychiatrique), les traitements usuels ;
3. **facteurs favorisants ?** - exposition allergénique, sevrage médicamenteux, syndrome infectieux, voyage aérien, chirurgie, iatrogénie ;
quand : rythmicité : intermittente ou permanente, exacerbation, horaire (diurne ou nocturne) ;
4. **comment ?** - circonstances de survenue : effet positionnel, effort ;
5. **quels signes respiratoires associés ?** - bruits associés (cornage, sifflements) ; symptômes respiratoires associés (toux, expectorations, douleur thoracique) ; signes physiques respiratoires associés (crépitations, sibilants, syndrome pleural) ;
6. **avec quels signes extra respiratoires ?** - atteinte pariétale thoracique, atteinte neuromusculaire, atteinte rhumatologique, anomalies cardiaques.



A l'interrogatoire :

1. Circonstances de survenue:

1. Position

La dyspnée peut survenir dans une position particulière et évoquer un mécanisme/une étiologie particulier.



1. **Orthopnée** = dyspnée en décubitus dorsal
insuffisance cardiaque, dysfonction diaphragmatique, obésité

2. **Antépnée** : dyspnée en antéflexion (position penchée en avant)
dysfonction diaphragmatique, obésité



3. **Platypnée** : dyspnée en position debout
shunt anatomique intracardiaque (foramen ovale perméable)

ou intrapulmonaire (malformation ou fistule artério-veineuse, syndrome hépato-pulmonaire).

A l'interrogatoire :

2. Horaire et périodicité

- La dyspnée peut être diurne, nocturne ou sans horaire particulier.
- Elle peut en outre présenter une périodicité avec des facteurs favorisants.
- Une dyspnée nocturne évoque avant tout deux diagnostics :
 - œdème aigu pulmonaire,
 - asthme.

A l'interrogatoire :

Circonstances de survenue:

3.Chronologie :

- Elle conditionne la démarche diagnostique car la dyspnée aiguë et chronique ne relèvent pas des mêmes étiologies.
 - Dyspnée aiguë: installation brutale en quelques heures à quelques jours, on peut dater le début des symptômes
 - Dyspnée chronique : persistante depuis plusieurs semaines (≥ 8) à plusieurs mois ou années. Le début est le souvent progressif mais il faut toujours rechercher par un
- interrogatoire orienté un facteur déclenchant et/ou une date de début de la dyspnée.
- Préciser aussi si la dyspnée s'est aggravée récemment ou non.

A l'interrogatoire :

Circonstances de survenue:

4. Cycle respiratoire:

- Il faut déterminer si la dyspnée est ressentie principalement au temps inspiratoire et s'accompagne de bruits particuliers perçus par le patient.
- Dyspnée inspiratoire avec cornage ➡ pathologie des voies aériennes supérieures (larynx et trachée extra-thoracique)
- Dyspnée avec sifflements (sibilants)expiratoires ➡ pathologie des bronches

L'examen clinique:

- **A l'inspection** : FR, ampliation thoracique (symétrie), cyanose, coloration, régularité du rythme, hippocratisme digital...
- **percussion**: matité..tympanisme
- **auscultation**: des champs pulmonaires
- **Palpation** : vibrations vocales,
- on palpe la thyroïde pour éliminer une hyperthyroïdie, les aires ganglionnaires, les glandes mammaires

Les examens complémentaires :

En première intention :

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

NFS, afin d'éliminer une anémie,

BNP en cas de suspicion de cardiopathie

ECG à la recherche de signes de cardiopathie dysrythmique ou ischémique

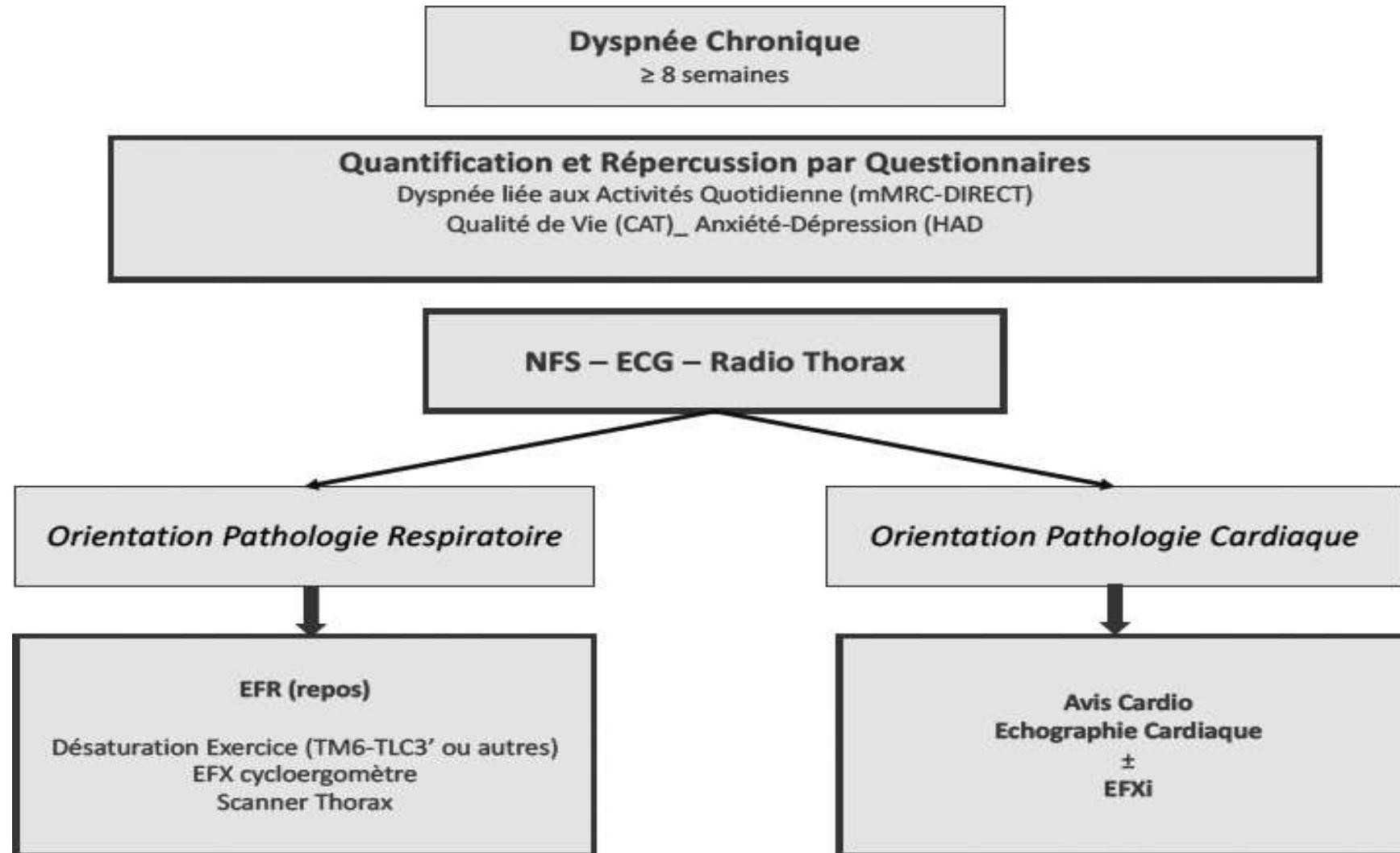
Les examens de seconde intention

sont orientés par les examens de première intention et la suspicion clinique.

En cas d'orientation vers une pathologie respiratoire :

- **Des explorations fonctionnelles respiratoires** de repos associant spirométrie lente et forcée (courbe débit-volume), détermination des volumes pulmonaires statiques (pléthysmographie)
- **et mesure de la DLCO**

Examens complémentaires devant une dyspnée chronique



Quantification et répercussion de la dyspnée chronique

Echelle de dyspnée modifiée du Medical Research Council (mMRC) :

Stade 0 : je suis essoufflé uniquement pour un effort important

Stade 1 : je suis essoufflé quand je me dépêche à plat ou quand je monte une pente légère

Stade 2 : je marche moins vite que les gens de mon âge à plat ou je dois m'arrêter quand je marche à mon rythme à plat

Stade 3 : je m'arrête pour respirer après 90 mètres ou après quelques minutes à plat

Stade 4 : je suis trop essoufflé pour quitter ma maison ou je suis essoufflé rien qu'à m'habiller

Quantification et répercussion de la dyspnée chronique

Echelle de la New York Heart Association (NYHA)

Stade 1 : pas de symptôme aux efforts – pas de limitation de l'activité physique

Stade 2 : symptômes pour des efforts importants (course, montée de plusieurs étages...) – réduction modérée de l'activité physique

Stade 3 : symptômes aux efforts modérés (ménage, toilette) – réduction marquée de l'activité physique

Stade 4 : symptôme de repos – limitation sévère de l'activité physique

Les étiologies

- : a) 1- La forme aiguë :

- Thoracique :

- - **Peut s'accompagner d'une obstruction** à prédominance inspiratoire (étage ORL)/ expiratoire (asthme, corps étranger),
- ou bien une compression trachéale (thymomes, goitre plongeant, tumeur médiastinale)

Les étiologies

a) 1- La forme aiguë :

➤ Thoracique :

- **Lorsqu'il n'y a pas d'obstruction,**
- on aura une polypnée :
- Pleuropulmonaires : liquidien; aérien ou mixtes (pneumothorax+ différents types d'épanchements)
- Epanchements secondaires : tumorales
- Miliaire, les lymphangites, hémopathies, atélectasie.
- Syndrome d'inhalation de Mendelson
- Tuberculose broncho-pulmonaire

Diagnostic différentiel

- Cardio-vasculaire surtout l'OAP,
- embolie,
- péricardites,
- fracture pariétale,
- névrite intercostale,
- myasthénie... etc.

Les étiologies

a) 1- La forme aiguë :

➤ Extra Thoracique : multiples

- Anémie : (FNS) surtout chez la femme (complications du postpartum)
- Augmentation de la pression abdominale (ascite, SPM, HPM...)
- Atteinte du SNC
- Atteinte du SNP (compression médullaire lente ou aiguë)
- Troubles métaboliques : diabète (acidocétose), insuffisance rénale
- Origine psychogène

Les étiologies

b) 2- La forme chronique :

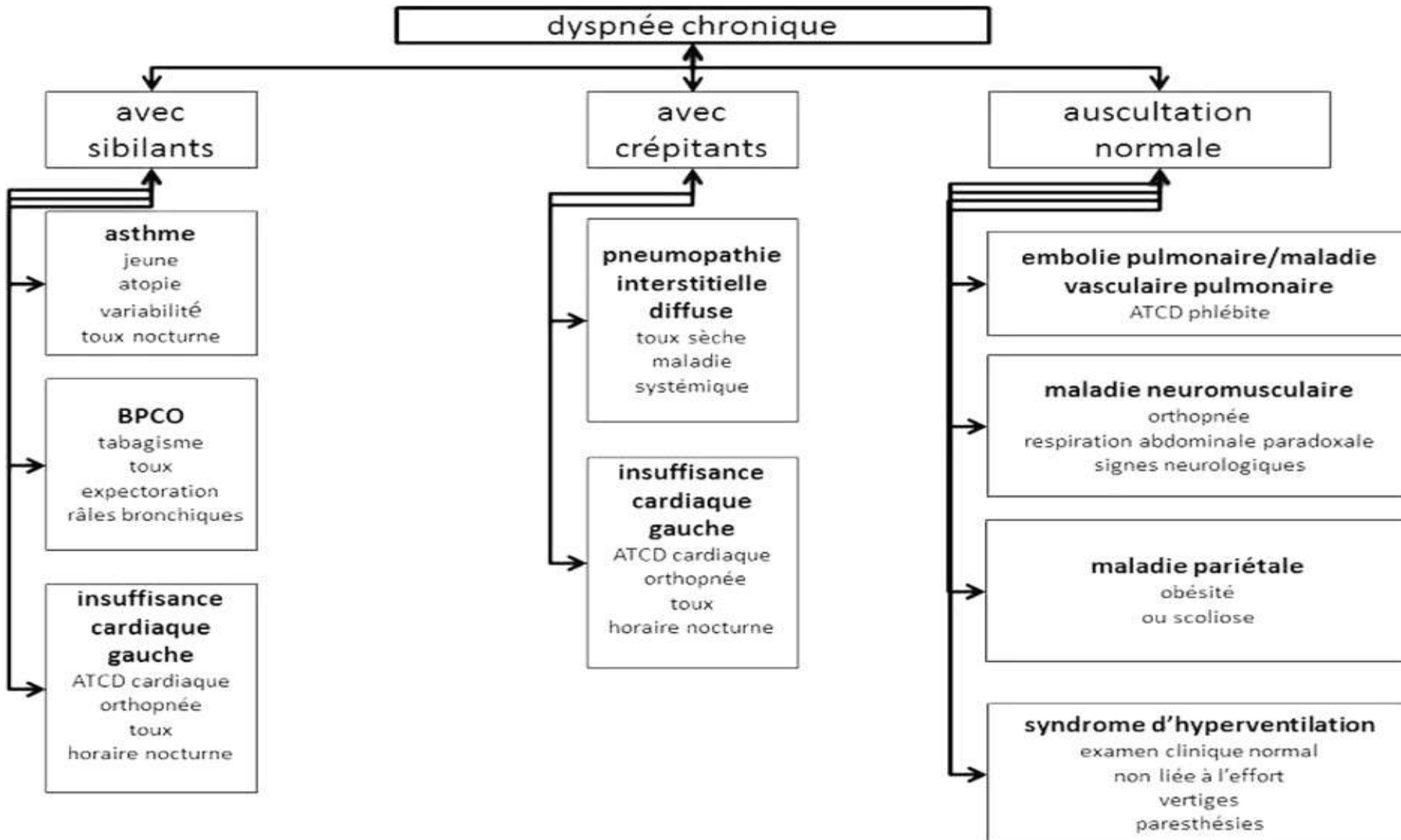
- Elle évolue depuis plus d'un mois ou de 6 semaines,
- avec existence de cyanose constante, dyspnée d'intensité variable, hippocratisme digital, HTAP et des signes électriques
- Ça peut être supérieur (laryngite chronique, l'étage supérieur des voies aériennes, thyroïde, thymomes bénins).
- Ou inférieur (corps étranger beaucoup plus aiguë que chronique, tumeur pariétale)

- A l'EFR : atteinte soit des volumes « restrictive »
- (atélectasie, déformation, obésité, séquelles pleurales, pneumectomie) **le rapport est normal**,
- soit atteinte des débits « obstructive » (asthme ou BPCO),
- ou enfin mixte (fibrose, emphysème, cancer, sarcoïdose)

Diagnostic différentiel :

- atteinte cardio-vasculaire, HTAP primitive ou secondaire à une thrombo-embolie
- d'où intérêt de l'angioscanner ou l'angiographie,
- hyperthyroïdie,
- anémie...

Orientation étiologique d'une dyspnée chronique selon l'auscultation pulmonaire



Traitement

- 3 volets
- 1. Symptomatique : en fonction des résultats de la gazométrie
- 2. Etiologique
- 3. Préventif

Merci de votre attention
