



Item 199

Dyspnée aiguë et chronique

Objectifs d'enseignements tels que définis dans le programme de l'ECN :

- Diagnostiquer une dyspnée aiguë et chronique
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge

Objectifs pédagogiques terminaux définis par le Collège des Enseignants de Pneumologie

1. Identifier les signes de gravité imposant des décisions thérapeutiques immédiates
2. Face à une dyspnée aiguë, savoir proposer un arbre diagnostique décisionnel tenant compte des données épidémiologiques essentielles, des comorbidités, des signes cliniques associés et des résultats des principales investigations paracliniques disponibles dans le cadre de l'urgence.
3. Décrire les mesures à mettre en œuvre en situation d'urgence: gestes et manœuvres éventuels, mesures de surveillance immédiate, orientation du patient.
4. Savoir coter la sévérité d'une dyspnée chronique
5. Connaître les éléments d'orientation diagnostique face à une dyspnée chronique

Points clés :

1. dyspnée aigue = URGENCE 1 jusqu'à preuve du contraire = apprécier le pronostic vital
2. dyspnée inspiratoire = URGENCE 2 = atteinte des voies aériennes supérieures
3. orthopnée : insuffisance cardiaque avant tout mais atteinte diaphragmatique possible
4. dyspnée sifflante : l'asthme avant tout mais BPCO et cœur gauche (« pseudo-asthme cardiaque ») chez le sujet âgé
5. dyspnée isolée : syndrome d'hyperventilation quand on a éliminé l'embolie pulmonaire
6. les sujets qui rencontrent un médecin ne connaissent pas le mot « dyspnée » et il y aura autant de manière de l'exprimer que de malades...
7. Orientation diagnostique devant une dyspnée. Six questions clefs à se poser dans l'ordre
 - aigue ou chronique
 - chez qui : terrain : âge, tabagisme, allergie, antécédent pneumologique, antécédent cardio-vasculaire
 - facteurs favorisants : exposition allergénique, sevrage médicamenteux, syndrome infectieux, voyage aérien
 - quand : rythmicité : intermittente ou permanente, exacerbation, horaire (diurne ou nocturne)
 - comment : circonstances de survenue : effet positionnel, effort
 - avec quels signes respiratoires : bruits associés (cornage, sifflements) ; symptômes respiratoires associés (toux, expectorations, douleur thoracique) ; signes physiques respiratoires associés (crépitants, sibilants, syndrome pleural)
 - avec quels signes extra respiratoires : atteinte pariétale thoracique, atteinte neuromusculaire, atteinte rhumatologique, anomalies cardiaques

I. DÉFINITION DE LA DYSPNÉE :

Inconfort respiratoire pour un niveau d'activité n'entraînant normalement pas de gêne. **Sensation** subjective (comme la douleur).

Origine grecque, formé du préfixe « dys » exprimant la notion de « difficulté » et de « pnée » signifiant « respirer ».

N'est pas définie par une modification du rythme respiratoire comme la tachypnée mais s'accompagne très souvent de tachypnée (NB : on peut être tachypnéique sans être dyspnéique ou, à l'inverse, dyspnéique sans être tachypnéique).

II. DEUX GRANDS CADRES NOSOLOGIQUES (conditionnés par le mode d'apparition)

Dyspnée **aigüe** versus dyspnée **chronique**.

- posent des problématiques différentes
- correspondent à des causes souvent distinctes.

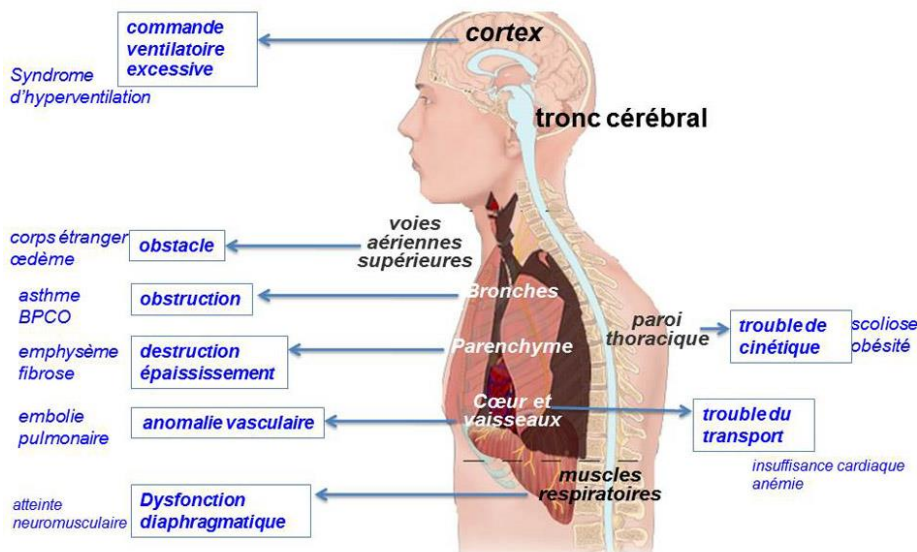
La problématique de la dyspnée aigüe réside dans le risque d'insuffisance respiratoire aigüe et se rapproche en ce sens du chapitre sur les signes de gravité respiratoire. Il est alors urgent de faire le diagnostic afin d'apporter le traitement adapté.

La dyspnée chronique recouvre de multiples diagnostics et nécessitera souvent un bilan plus complexe.

III. MÉCANISMES DE LA DYSPNÉE

L'inspiration est sous la dépendance de différents systèmes de l'organisme. Elle résulte d'une commande respiratoire qui peut être automatique (au niveau du tronc cérébral) ou volontaire (au niveau du cortex moteur). Cette commande respiratoire va en premier lieu activer les muscles dilatateurs du pharynx (afin d'ouvrir les voies aériennes supérieures) puis les muscles inspiratoires de la partie supérieure du thorax (qui vont stabiliser la paroi thoracique) puis les autres muscles inspiratoires et en premier lieu le diaphragme. En se contractant les muscles inspiratoires vont créer une pression négative dans le thorax qui va faire entrer l'air dans le thorax. L'air ainsi inspiré va gagner la barrière alvéolo-capillaire pour aller enrichir en oxygène le sang capillaire et dans le même temps s'enrichir en gaz carbonique qui sera rejeté à l'expiration. La résultante finale de la respiration est l'apport d'oxygène aux tissus (celui-ci va dépendre de la capacité d'éjection du ventricule gauche et de la capacité de transport sanguine et ainsi du taux d'hémoglobine) et accessoirement l'évacuation du gaz carbonique produit.

La dyspnée résulte ainsi d'une inadéquation de la commande et de l'efficacité du système respiratoire à répondre à cette commande.



IV. ANALYSE SÉMIOLOGIQUE DE LA DYSPNÉE :

L'analyse sémiologique de la dyspnée est indispensable dans l'enquête diagnostique. Elle repose principalement sur l'interrogatoire.

IV.1 Circonstances de survenue:

IV.1.1 Chronologie :

C'est la première caractéristique à déterminer car elle conditionne toute la démarche qui va suivre car dyspnée aiguë et dyspnée chronique ne font pas appel aux mêmes étiologies.

- Dyspnée aiguë : installation brutale en quelques heures à quelques jours, on peut dater le début des symptômes
- Dyspnée chronique : installation progressive sur plusieurs semaines à plusieurs mois.

IV.1.2 Cycle respiratoire

Il faut déterminer si la dyspnée survient spécifiquement au temps inspiratoire et s'accompagne de bruits particuliers.

- Dyspnée inspiratoire avec cornage = pathologie des voies aériennes supérieures
- Dyspnée avec wheezing = pathologie des bronches

IV.1.3 Position

La dyspnée peut survenir dans une position particulière.

- Orthopnée = dyspnée en décubitus dorsal
 - ➔ insuffisance cardiaque, dysfonction diaphragmatique, obésité
- Antépnée : dyspnée penché en avant
 - ➔ dysfonction diaphragmatique, obésité
- Platypnée : dyspnée en position debout
 - ➔ malformation artério-veineuse

IV.1.4 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, crise d'asthme.

IV.2 Signes cliniques associés

IV.2.1 Modification du rythme ventilatoire

Volume courant :

- hyperpnée : augmentation de l'amplitude du volume courant
- hypopnée : diminution de l'amplitude du volume courant

Fréquence respiratoire

- tachypnée (ou polypnée) : augmentation de la fréquence respiratoire
- bradypnée : réduction de la fréquence respiratoire

IV.2.2 Symptômes associés

Les symptômes associés à rechercher sont :

- douleur thoracique
- toux
- expectorations
- bruits respiratoires associés : wheezing (sifflements), cornage

IV.2.3 Signes physiques associés :

- anomalies auscultatoires (crépitants, sibilants, râles bronchiques, abolition localisée du murmure vésiculaire)
- anomalies de percussion : matité ou tympanisme

- anomalies de palpation : augmentation ou réduction des vibrations vocales
- mise en jeu inspiratoire des muscles du cou
- respiration abdominale paradoxale
- fièvre
- signes d'insuffisance cardiaque gauche (cf sémiologie cardiaque)
- signes d'insuffisance cardiaque droite (cf sémiologie cardiaque)

V. LA DYSPNÉE AIGUE

V.1 signes de gravité respiratoire

La première urgence est de rechercher les signes de gravité respiratoire faisant craindre une détresse respiratoire aiguë imminente.

Signes de détresse respiratoire aiguë :

- cyanose
- sueurs (choc, hypercapnie)
- polypnée (> 30/min) / bradypnée (< 10/min)
- tirage et mise en jeu des muscles respiratoires accessoires (intercostaux, sterno-cleido-mastoïdiens, battement des ailes du nez)
- respiration abdominale paradoxale

Retentissement hémodynamique :

- tachycardie > 110/min
- signes de choc (marbrures, oligurie, angoisse, extrémités froides, augmentation du temps de recoloration cutanée)
- collapsus avec chute de la PAS < 80 mmHg
- signes d'insuffisance ventriculaire droite aiguë (turgescence jugulaire, OMI, signe de Harzer)

Retentissement neuropsychique :

- angoisse, agitation, torpeur
- astérisis (flapping temor)
- au maximum coma

Le diagnostic est une urgence afin de débiter un traitement.

L'étiologie de la dyspnée est orientée par l'interrogatoire :

- recherche d'antécédents respiratoire (asthme, BPCO, allergie), antécédents cardiaques
- interruption de régime hyposodé ou de médicaments : OAP, asthme
- notion de voyage aérien ou chirurgie : embolie pulmonaire
- inhalation d'un corps étranger
- exposition allergénique : oedème de Quincke, asthme
- syndrome infectieux pré-existant : pneumonie, pleurésie, laryngite
- douleur thoracique (douleur pleurale, douleur angineuse, douleur localisée) : pneumothorax, pleurésie, pneumomathie, OAP;

V.2 Dyspnée avec allongement du temps inspiratoire

Signe une obstruction des voies aériennes supérieures, s'accompagne d'un cornage et fait évoquer 3 diagnostics :

- inhalation de corps étrangers (surtout chez l'enfant)
- oedème de Quincke
- laryngite (chez l'enfant)

V.3 Dyspnée avec allongement du temps expiratoire

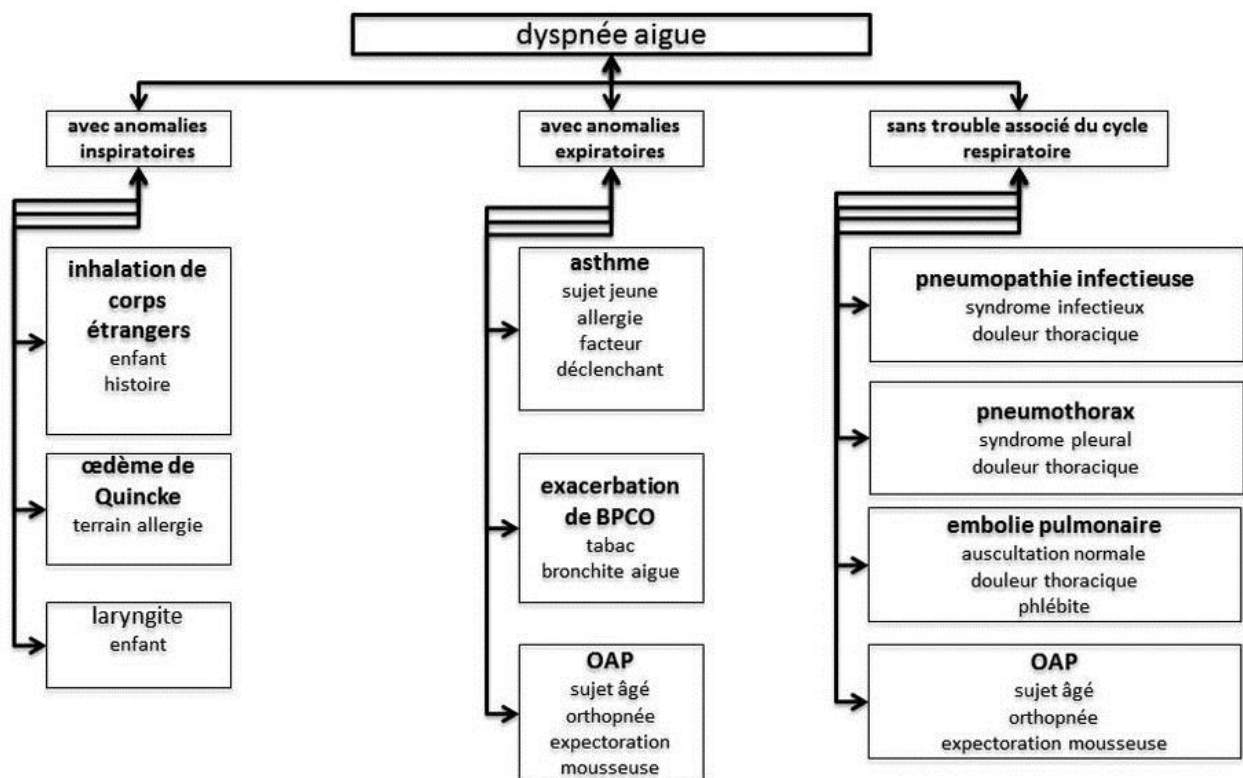
Elle évoque une pathologie des bronches, s'accompagne de sifflements (et sibilants à l'auscultation), l'étiologie dépend du terrain :

- exacerbation d'asthme chez le sujet jeune, en particulier allergique

- exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) chez le fumeur, aux antécédents de BPCO et de bronchite aigue,
- oedème aigu du poumon dans un contexte d'antécédent cardiaque (facteur de risque cardio-vasculaire), horaire nocturne, toux et expectorations mousseuses

V.4 Dyspnée sans allongement d'un temps particulier du cycle respiratoire

- embolie pulmonaire (contexte d'alitement ou de voyage prolongé), phlébite associée, auscultation normale
- pneumothorax : sujet jeune, longiligne, douleur thoracique brutale associée, syndrome pleural
- pneumonie infectieuses : syndrome infectieux associé, douleur thoracique, toux et expectorations purulentes, crépitants localisés, souffle tubaire
- oedème aigu du poumon dans un contexte d'antécédent cardiaque (facteur de risque cardio-vasculaire), horaire nocturne, toux et expectorations mousseuses, crépitants à l'auscultation.

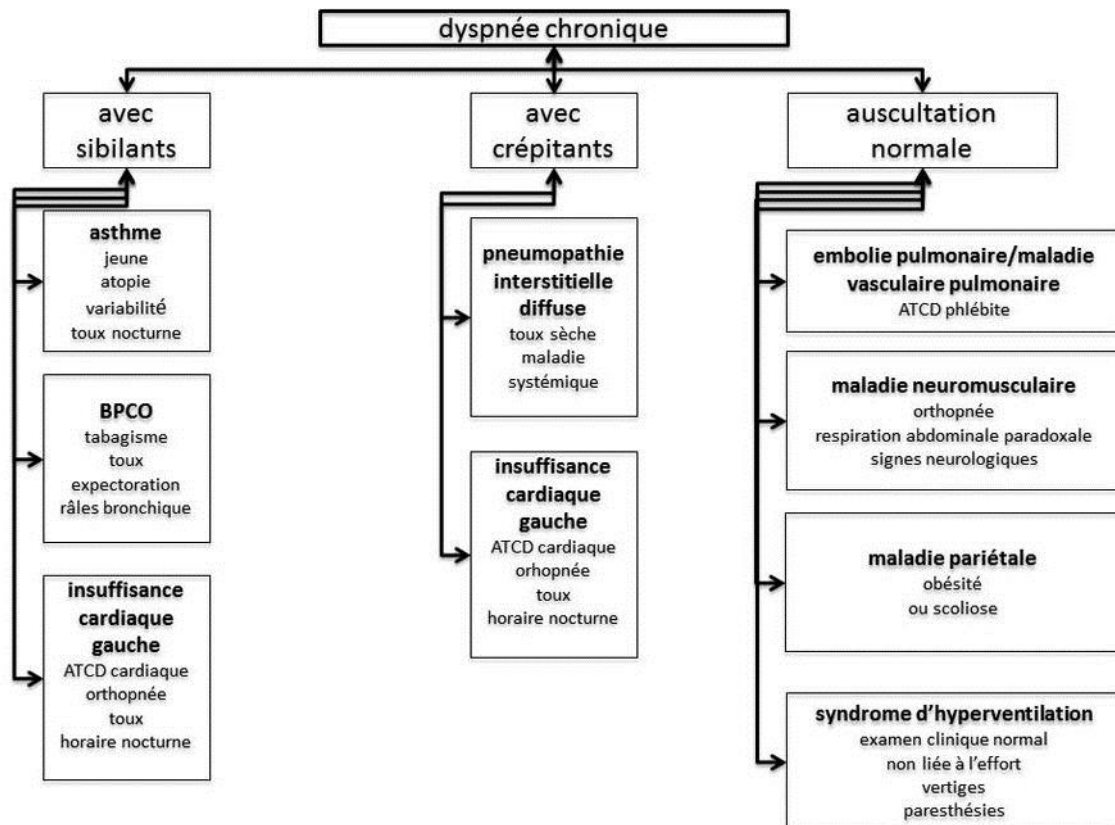


VI. LA DYSPNÉE CHRONIQUE

L'étiologie dépend :

- du terrain : âge, tabagisme, facteurs de risque cardio-vasculaires, allergie;
- des circonstances de survenue :
 - horaire : nocturne ou diurne, caractère saisonnier, variabilité
 - position : orthopnée, antépnée, platypnée
 - facteurs déclenchants : effort, exposition allergène, froid, infection, écart de régime hyposodé, arrêt d'un traitement de fond
- des signes cliniques associés :
 - anomalies pariétales : obésité, scoliose
 - signes d'insuffisance respiratoire chronique : hypertrophie des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, respiration à lèvres pincées, signes de Hoover

- signes de dysfonction diaphragmatique : antépnée, asynchronisme thoraco-abdominal chronique (respiration abdominale paradoxale)
- autres symptômes respiratoires : toux, expectorations, douleur thoracique
- anomalies auscultatoires : crépitants, sibilants, râles bronchiques
- anomalies cardiaques : douleur angineuse, signes d'insuffisance cardiaque droite, souffle cardiaque
- signes extra-respiratoires : anomalies cutanées, anomalies articulaires, anomalies neurologiques (amyotrophie, myalgies, fasciculations évoquant une SLA)



VII. QUANTIFICATION DE LA DYSPNÉE

En situation aigüe mais surtout en situation chronique il est indispensable de quantifier la dyspnée. Ceci afin d'assurer le suivi de la pathologie en cause, d'apprécier l'efficacité des thérapeutiques introduites et enfin de mesurer l'impact de la dyspnée sur la qualité de vie des patients.

En aigü, pour quantifier la dyspnée après réalisation d'un exercice prédéterminé (test de marche de 6 minutes par exemple) on utilise l'**échelle de Borg**, simple et reproductible fondée sur les descriptions verbales de la dyspnée. Des équivalents chiffrés sont établis pour chaque palier.

Evaluation	Intensité de la sensation
0	Nulle
0,5	Très, très légère (à peine perceptible)
1	Très légère
2	Légère
3	Modérée
4	Un peu forte
5	Forte
6	
7	Très forte
8	
9	Très, très forte
10	Maximale

En chonique, l'échelle la plus utilisée pour la dyspnée chronique est l'échelle MRC modifiée (Echelle modifiée du Medical Research Council). C'est une échelle opérationnelle qui évalue l'impact des activités physiques sur la dyspnée et qui est très proche de la NYHA (New York Heart Association) qui n'est validée que pour les pathologies cardiaques.

Echelle de dyspnée du Medical Research Council (MRC) :

- 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 pas 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
-

PERSPECTIVES :

Récemment de nouveaux questionnaires ont vu le jour, ils ont pour intérêt de mesurer les différentes composantes de la dyspnée. Ces questionnaires quantifient en effet la composante affective qui illustre l'inconfort, ou le caractère désagréable provoqué par les sensations respiratoires, et les réponses émotionnelles telles que l'angoisse ou la peur. Ils permettent aussi de caractériser les différents types de sensations respiratoires telles que "la soif d'air" ou "l'effort/travail" respiratoire. Le principal questionnaire dans cette optique est le MDP (Multidimensional Dyspnea Profile).