

LA DYSPNEE

*Dr Sophie Figon & Pr Jean-Pierre Dubois. Département de Médecine Générale
Université Claude Bernard Lyon I*

Définition, physiologie

La dyspnée ou essoufflement peut être définie comme **la perception subjective désagréable de sa propre respiration**. Il s'agit d'une difficulté à respirer s'accompagnant d'une sensation de gêne ou d'oppression. C'est un symptôme fréquent des maladies cardiaques ou respiratoires mais qui peut aussi être du à des troubles d'autres systèmes.

La dyspnée est un symptôme à ne pas banaliser car elle correspond presque toujours à une atteinte fonctionnelle sévère.

Bases physiologiques : 2 grands mécanismes mais souvent multifactorielle.

- Augmentation de la fréquence ventilatoire (FV) : effort, fièvre. Elle est normalement de 12 au repos chez l'adulte.
- Diminution de la capacité ventilatoire :
 - **Trouble ventilatoire obstructif** (TVO): BPCO, asthme, œdème laryngé
 - **Trouble ventilatoire restrictif** (TVR) : obésité, déformation thoracique

Ce que le pharmacien doit savoir et demander.

Tout patient se plaignant de dyspnée que ce soit d'effort ou de repos, qu'elle soit récente ou d'installation progressive nécessite un avis médical.

En pratique, les patients se présentent soit comme une urgence avec un essoufflement aigu récent (avec des symptômes majeurs même au repos), soit comme une dyspnée d'effort progressive évoluant depuis longtemps.

*En raison des multiples causes d'essoufflement la recherche du diagnostic nécessite un **entretien précis et rigoureux***

Les questions à poser sera donc :

Depuis quand ?

Il est important de différencier une dyspnée aiguë, survenue il y a moins de quelques jours, brutalement, d'une dyspnée survenue progressivement en quelques jours ou semaines ou même présente de manière chronique depuis des mois, voire des années.

Dans quel contexte ?

- un traumatisme orientera vers un Pneumothorax (PNO), fractures de côtes, contusion pulmonaire
- la notion de chirurgie récente orientera vers une embolie pulmonaire (EP)
- des antécédents (atcd) d'insuffisance cardiaque (IC) ou d'asthme orienteront vers la même pathologie a priori. Des atcd de maladie coronarienne et des

facteurs de risque cardiovasculaires (fdrvcv) feront évoquer une affection cardiaque grave (infarctus du myocarde (IDM) ou œdème aigu du poumon (OAP))

- un patient tabagique, plus de 20 paquets année sera suspect de Bronchopathie Chronique obstructive (BPCO)
- des atcd de cancer : une EP si la dyspnée est aiguë, ou une localisation secondaire de ce cancer surtout s'il est digestif, mammaire, rénal ou ovarien, en cas de dyspnée chronique.
- Un patient VIH positif : une dyspnée chez ce type de patient reste une pneumonie à pneumocystis carinii jusqu'à preuve du contraire
- L'âge : une dyspnée chez un nourrisson est probablement une bronchiolite. Chez le jeune enfant et adolescent, penser en premier lieu à une crise d'asthme mais aussi au corps étranger (CE) inhalé.
- Des atcd de diabète doivent faire évoquer l'acidose lactique, particulièrement chez les patients traités par biguanides et/ou insuffisant rénaux.

Quels sont les signes associés ?

- Fièvre : en faveur d'une infection pleuro-pulmonaire (pneumonie - pneumopathie)
- Signes de gravité : La dyspnée aiguë sévère est l'une des urgences médicales les plus fréquentes
 - Douleur thoracique : c'est un signe de gravité et selon le contexte, on pensera à une EP, une maladie coronarienne, un PNO.
 - Sueurs, nausées, palpitations, modifications de la voix
 - Cyanose, stridor, hémoptysie
 - Difficulté à parler, signes de choc anaphylactique (Œdème du visage, urticaire, hypotension), altération de la conscience dans les détresses respiratoires
- Pâleur évocatrice d'anémie
- Tachycardie (= accélération de la fréquence cardiaque) en cas d'intoxication au CO
- Amaigrissement, altération de l'état général (AEG)
-

Ce que fera le médecin (voir le cours correspondant)

- 1. Examen clinique cardio respiratoire et général**
- 2. La mesure du Débit Expiratoire de Pointe ou Peak Flow :**
- 3. Examens paracliniques**
 - **Radiographie pulmonaire (RP)**
 - **EFR**
 - **ECG**
 - **Scanner thoracique**
 - **Scintigraphie de ventilation et de perfusion**
 - **Endoscopie** : laryngoscopie et bronchoscopie.
 - **Gaz du sang artériel**
 - **Test d'effort**
 - ...

Étiologies

Dyspnée aigue, brutale, de repos	
<i>Fréquent</i>	<i>Rare</i>
Crise d'asthme	CE (enfant)
Bronchiolite	Oedème laryngé
OAP	Traumatisme thoracique. Pneumothorax
EP	Epiglottite (enfant)
Surinfection de BPCO	Acidose métabolique (diabète)
Dyspnée psychogène : angoisse	
Pneumopathie	

Dyspnée chronique et/ou dyspnée d'effort	
<i>Fréquent</i>	<i>Rare</i>
BPCO	Anémie sévère
Asthme chronique	Maladies pulmonaires interstitielles (sarcoïdose.)
Insuffisance Ventriculaire gauche (IVG) et cardiopathies	Maladies de la paroi thoracique ou des muscles respiratoires (myopathies)
Obésité	
Cancer bronchique et cancer secondaire	
Inadaptation CV à l'effort	

L'embolie pulmonaire

Définition

Oblitération soudaine, partielle ou totale, d'une artère pulmonaire ou de l'une de ses branches par un caillot sanguin. L'infarctus du poumon est la nécrose du territoire ischémié par l'embolie.

Facteur de risque

- Antécédents de maladie thrombo embolique veineuse (TVP),
- prise de contraception orale,

- tabagisme,
- immobilisation récente (maladie ou chirurgie),
- post partum,
- voyage récent en avion,
- néoplasie connue,
- stase veineuse (insuffisance cardiaque, phlébite),
- âge avancé.

Clinique

Toutes les formes cliniques sont possible : de la forme mineure à l'EP massive.

- forme mineure : se traduisant parfois par un seul de ces symptômes : douleur thoracique très modérée, brève, tachycardie, hypotension orthostatique, toux, fébricule, anxiété, agitation.
- forme plus évocatrice : dyspnée récente brutale, angoissante, avec douleur thoracique, sensation de malaise, lipothymie.
- forme majeure : douleur rétro sternale profonde, cyanose, état de choc, dyspnée et tachypnée

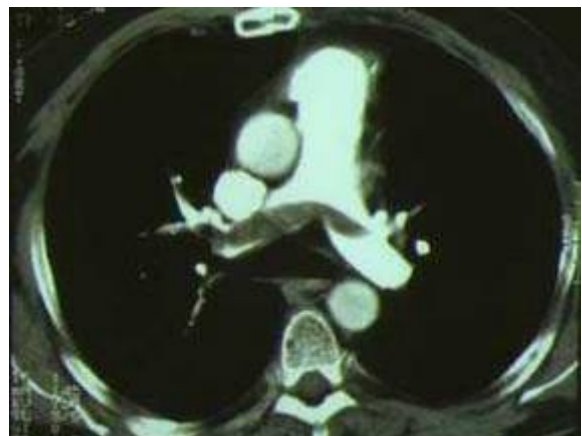
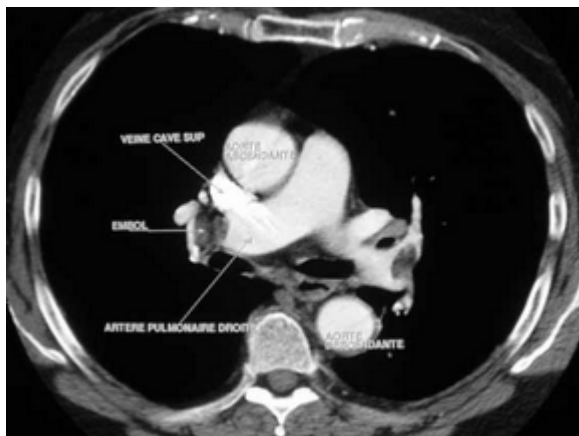
Conduite à tenir

Un seul des facteurs de risque associé à une dyspnée brutale et à une douleur thoracique nécessite un avis médical urgent pour une très probable hospitalisation et mise sous héparinothérapie.

Bilan

D-Dimères (faible spécificité : utile pour le diagnostic d'exclusion), RP, ECG, TDM, Scintigraphie.

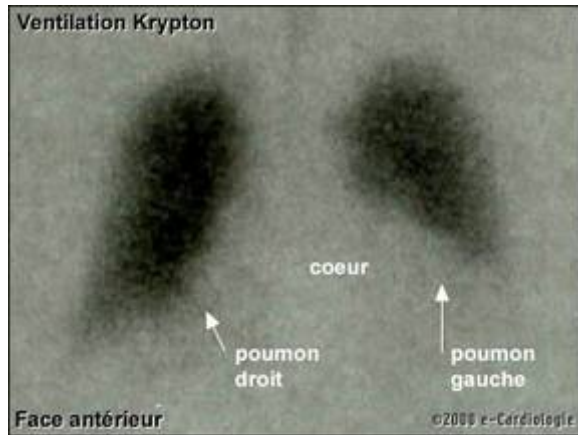
Tomodensitométrie



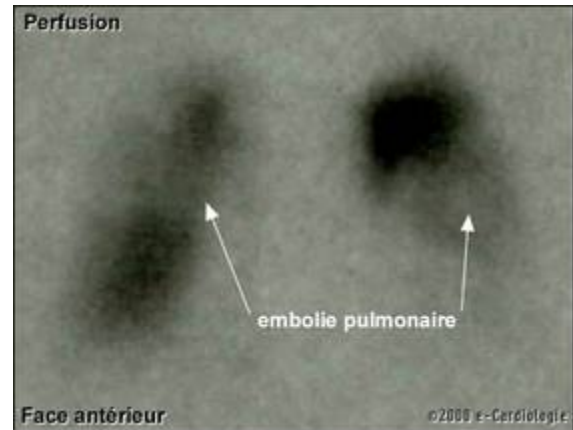
Coupes tomodensitométriques (angio-scanner) : Thrombose artérielle pulmonaire, unilatérale (à gauche) et bilatérale (à droite)

Scintigraphie

La scintigraphie pulmonaire consiste à faire inhaler un produit radioactif pour la scintigraphie de ventilation, ou à injecter un produit radioactif intraveineux pour la perfusion. Ensuite, les images sont comparées.



Scintigraphie de ventilation



Scintigraphie de perfusion

Défaut de perfusion des lobes supérieurs droit et gauche : embolie pulmonaire bilatérale

Pronostic et traitement

Mortalité de 30 % en l'absence de traitement. 5 à 10% pour les sujets traités.
Héparinothérapie en IV puis relais par les anticoagulants per os plusieurs mois.
Traitement chirurgical dans les formes sévères.

Le pneumothorax (PNO)

Présence d'air dans la cavité pleurale. S'il y a également du liquide il s'agit d'un hydro-pneumothorax. S'il s'agit de sang : hémothorax.

Causes

- Idiopathique : chez le jeune homme, parfois après un effort violent, plongée, vol à haute altitude, joueur de trompette, par rupture d'une bulle d'emphysème.
- Secondaire à une pneumopathie
- Traumatique : fracture de côtes

Symptômes

- Très variables : de la gêne minimale à la douleur thoracique maximale avec dyspnée, toux cyanose... mimant un IDM ou EP
- Diagnostic à l'examen (tympanisme et diminution du MV)
- RP : hyper clarté et poumon affaissé.

Pronostic

- Bon pour le PNO idiopathique avec cependant un risque de récurrence non négligeable

Traitement

- Les petits PNO se résorbent en 2 à 3 semaines avec repos, antalgiques
- Aspiration de l'air dans les PNO plus étendus.

- Chirurgie pour les PNO idiopathiques itératifs (talcage de la plèvre ; résection des bulles d'emphysème).



Radiographie pulmonaire : Pneumothorax droit

(hyperclarté de l'hémithorax droit et rétraction du poumon)

La dyspnée psychogène

1. L'hyperventilation ou crise de spasmophilie

Se voit le plus souvent chez la jeune femme.

S'accompagne d'une sensation de malaise avec fourmillements dans les mains, autour de la bouche, et de crampes. Entourage affolé contrastant avec l'absence de signes cliniques de gravité : pas de cyanose, pas de sueurs, pas de signes cardiaques ni pulmonaires. La respiration est polypnéique, superficielle, irrégulière.

Traitement :

- paroles rassurantes délivrées dans un environnement calme,
- plus ou moins respiration de son propre air par la patiente dans un sac.

2. l'essoufflement psychogène

Est assez fréquent. Est décrit par le patient comme une incapacité à faire entrer assez d'air dans les poumons, ce qui l'amène à faire des grandes inspirations supplémentaires. Le patient est incapable de retenir sa respiration. Cela ne perturbe pas le sommeil mais se produit souvent au repos. Paradoxalement amélioré / l'effort.

C'est une manifestation de l'angoisse. Il est parfois nécessaire de faire des épreuves d'effort pour être sûr que le patient n'a pas de dyspnée organique.

L'inadaptation CV à l'effort

Responsable d'une dyspnée uniquement à l'effort.

Diagnostic d'exclusion après avoir demandé un avis pneumologique et cardiologique et fait faire les tests d'effort et une spirométrie

Conseiller :

- efforts de type endurance (marche, vélo, natation) : le patient doit pouvoir parler durant l'effort
- minimum 3 fois 20mn / semaine
- attendre au moins 1 mois pour voir un changement significatif
- soutenir et motiver ++

Dyspnée d'origine cardiaque = Insuffisance cardiaque

(Citée rapidement car traitée dans le cours de cardiologie)

Formes Cliniques

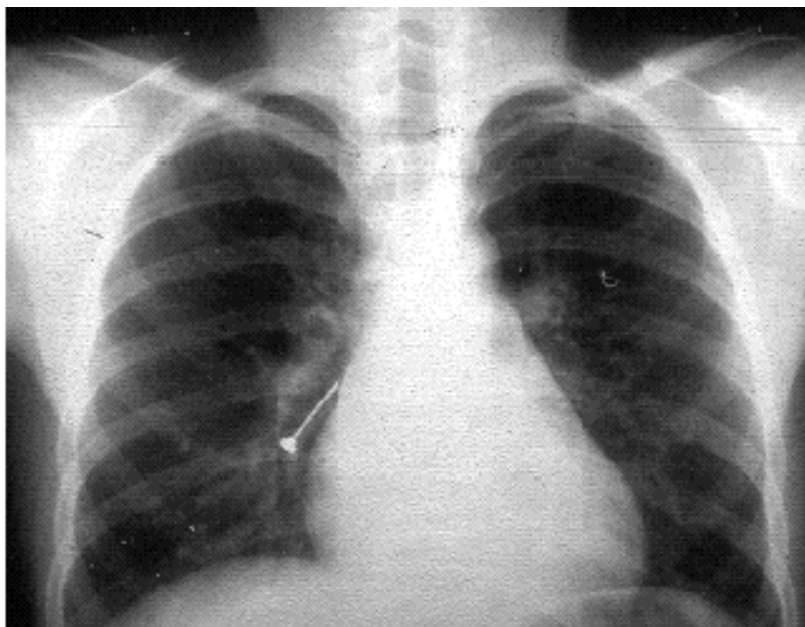
- Dyspnée d'effort. Classée en 4 stades selon NYHA. S'accompagne souvent de fatigue, toux.

Classification NYHA	
CLASSE 1	Aucune limitation des activités physiques Ni dyspnée ni fatigue lors des activités de la vie courante
CLASSE 2	Limitation modérée des activités physiques Gêne lors des activités physiques importantes Pas de gêne au repos
CLASSE 3	Limitation franche des activités physiques Gêne lors des activités, mêmes modérées, de la vie courante Pas de gêne au repos
CLASSE 4	Incapacité d'effectuer la plupart des activités de la vie courante sans une gêne importante Gêne au repos

- Orthopnée : dyspnée plus intense en position couchée qu'assise : le nombre de coussins que le malade utilise est une bonne indication de la gravité de la cardiopathie !!
- Dyspnée paroxystique nocturne : sub OAP ou OAP : de préférence en début de nuit : dyspnée intense éveillant le malade, l'obligeant à s'asseoir. Fréquence respiratoire rapide. Auscultation : nombreux râles de stase. Urgence ++
- IDM : la dyspnée peut parfois être le seul signe d'un IDM

Corps étranger dans les bronches

- Surtout chez l'enfant.
- Accès de suffocation, dysphonie, toux, hémoptysie.
- Le CE est rarement éliminé par les efforts violents de toux. Il peut rester silencieux pendant des jours ou des semaines. Puis apparition de signes d'infection pulmonaire et d'*atélectasie* (affaissement plus ou moins étendu des alvéoles pulmonaires qui se vident de l'air qu'elles contiennent et se rétractent)
- Diagnostic sur l'interrogatoire et RP si le corps étranger est radio opaque.
- Extraction / fibroscopie plus ou moins chirurgie.



En cas de suffocation par suspicion d'inhalation d'un corps étranger bronchique , il est utile de connaître les gestes de premier secours qui peuvent sauver une vie

Donner au plus vite **5 claques dans le dos** avec le plat de la main ouverte. Si les signes de l'étouffement persistent, pratiquer la **manœuvre de Heimlich**.

Le tape-dos



Chez l'adulte



*Chez le nourrisson
(Manœuvre de Mofenson)*

La manœuvre d'Heimlich

1. Se placer derrière l'enfant ou l'adulte en position assise sur une table ou debout pour le grand enfant ou l'adulte
2. Mettre les 2 mains ou les 2 poings au niveau de l'abdomen entre le nombril et la base du thorax bien médian. Le poing droit se met pouce sous la partie inférieure du bréchet sternal et la main gauche empaume le poing droit et le projette violemment vers le haut et vers l'arrière, soulevant les coupes diaphragmatiques comprimant alors les 2 poumons.
3. Appuyer fortement de bas en haut et d'avant en arrière pour chasser brutalement l'air des poumons vers les bronches, puis la trachée

Heimlich Maneuver



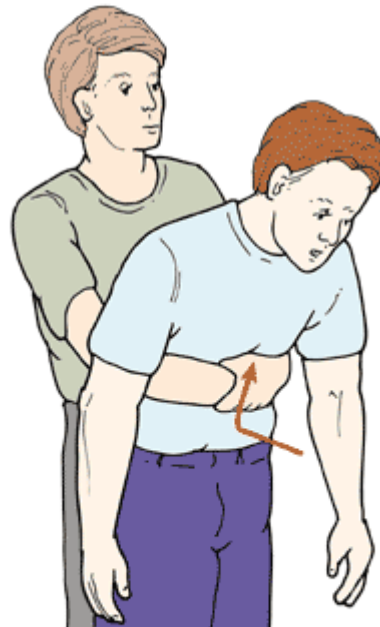
1. Lean the person forward slightly and stand behind him or her.



2. Make a fist with one hand.



3. Put your arms around the person and grasp your fist with your other hand near the top of the stomach, just below the center of the rib cage.



4. Make a quick, hard movement, inward and upward.

Copyright © 2005 McKesson Corporation and/or one of its subsidiaries. All Rights Reserved.

Bibliographie, pour en savoir plus

Référentiels dyspnée [2004] [Oncolor]
http://www.oncolor.org/referentiels/support/dysp_print.pdf

Seconde édition française des recommandations européennes pour les explorations fonctionnelles respiratoires - [2001] [SPLF]
http://www.splf.org/bbo/revues-articles/RMR/accesLibre/RecoEFRvf_ed2002.pdf

Recommandations de la société de pneumologie de langue française sur le mésothéliome pleural. Conférence d'experts. [2006] [SPLF]
http://www.splf.org/rmr/pdfNR/Reco_SPLF_MPM_texte_court_23Jan06.pdf

Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. [2000] [HAS]
http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_271917

Index

asthme
BPCO
insuffisance cardiaque
embolie pulmonaire
pneumothorax
emphysème
bronchite chronique
laryngite
épiglottite
cancer bronchique cancer secondaire
anémie
obésité