

# Diagnostic des dyspnées et conduites à tenir.

## I Généralités :

### 1) Définition :

**Litré** définit la dyspnée comme « la difficulté à respirer »

**Comroe** la définit comme « une respiration difficile, pénible, et inconfortable : c'est un type déplaisant de respiration, même s'il n'est pas douloureux au sens courant du terme ».

Pour **Derenne** et collaborateurs. : La dyspnée, « essoufflement » en langage commun, désigne une sensation respiratoire pénible ou désagréable.

Ainsi la dyspnée peut être :

→ Un élément subjectif : perception anormale d'une gêne à la respiration.

→ Un élément objectif : perturbation de la ventilation normale sans gêne consciente à la respiration.

La dyspnée est un symptôme très fréquent au cours des affections cardio-respiratoire.

Elle peut être aiguë ou chronique :

✚ Aiguë : elle peut mettre en jeu le pronostic vital du malade et nécessitera une prise en charge thérapeutique urgente.

✚ Chronique : elle posera le problème parfois difficile d'un diagnostic étiologique.

### 2) Rappel physiologique :

La fonction essentielle de l'appareil respiratoire reste l'hématose. Elle assure l'apport d'oxygène nécessaire à la survie des différentes cellules de l'organisme et joue un rôle prépondérant dans le maintien de l'équilibre acido-basique indispensable à la vie.

2-1) La respiration est un arc réflexe : comportant :

-Un centre bulbaire (au niveau du plancher du IV ventricule) excité par le gaz carbonique contenu dans le sang artériel qui irrigue le bulbe.

-Des voies efférentes (nerf phrénique, nerfs intercostaux) et des voies afférentes (fibres d'origine corticales, pulmonaires, sino-carotidienne ou nerf

de Hering cheminant dans le tronc du pneumogastrique)

-Les réflexes permettant une information diversifiée et actualisée en permanence des centres respiratoires sont médiés par différentes voies afférentes. Ils influencent la génération de l'activité inspiratoire centrale ou le rythme respiratoire.

Les principaux réflexes sont :

- + Les réflexes vagues : comportant le réflexe de HERING BREUER mis en cause dans la régulation des temps respiratoires au cours de la ventilation courante.
- + Les réflexes provenant de la paroi thoracique :

### 2-2 Les mécanismes de la respiration :

- ❖ **Au cours de l'inspiration**, le poumon se distend, les fibres d'origine pulmonaire du nerf X sont excités et transmettent au centre respiratoire un influx inhibiteur; ce dernier cesse son activité ce qui entraîne l'expiration.
- ❖ **Au cours de l'expiration** le centre respiratoire ne reçoit plus d'influx inhibiteur, il reprend donc son activité et déclenche l'inspiration.
- ❖ **L'anoxie et l'hypercapnie** excitent le centre respiratoire :

-les cellules du corpuscule carotidien sont très sensibles à l'anoxie. Elles transmettent au centre respiratoire des excitations dont l'intensité est proportionnelle à la baisse de la pression d'oxygène.

Le CO<sub>2</sub> du sang artériel agit sur le centre respiratoire et l'intensité de son excitation est proportionnelle au taux de la PCO<sub>2</sub>.

*Une fonction respiratoire normale nécessite donc l'intégrité:*

- de la commande de régulation nerveuse
- de la cage thoracique (squelette+muscle)
- des voies aériennes qui doivent être libres pour permettre une oxygénation alvéolaire correcte.
- de la membrane alvéolo-capillaire, qui constitue la zone de diffusion des gaz.
- du transport des gaz du sang qui nécessite des globules rouges intacts et un taux d'HB suffisant.

### 3- Mécanismes physiopathologiques de la dyspnée :

- ❖ la dyspnée avec gêne consciente de la respiration : souvent due à un transport insuffisant en O<sub>2</sub> du fait de :
  - \* Insuffisance cardiaque

- \* Insuffisance respiratoire.
- \* Anémie.
- ❖ La dyspnée sine materia : (transport Nle en O2), se voit dans :
  - \* acidose métabolique
  - \* certaines affections neuro,cérébrales, atteintes des centres resp, l'effectuer neuro-musculaire.

Mécanismes des dyspnées :

- ❖ *Atteinte de la mécanique ventilatoire :*
  - Trauma pariétal
  - Altération des VA trachéobronchiques
  - Perte de l'élasticité du poumon
  - Paralysie musculaire
- ❖ *Trouble de l'hématose :*
  - Réduction du champ pulmonaire :
  - Modification de la perméabilité de la barrière Alv-Cap
- ❖ Les troubles d'origine circulatoire
  - RM
  - IVG
- ❖ *Les troubles d'origine centrale :*
  - Atteinte organique du TC
  - Modificatoïn de la sensibilité bulbaire au cours des IRC
- ❖ *Les troubles métaboliques :*
  - Anémie
  - Acidose métabolique (Kussmaul)
  - Rythme périodique de Cheynes-Stokes)

## II Diagnostic positif

Le diagnostic positif de dyspnée repose en général sur des éléments simples.

### **1- INTERROGATOIRE**

Parfois difficile en période aiguë, l'interrogatoire précise les caractéristiques de la dyspnée.

### 1-1 Circonstances d'apparition

Il faut tout d'abord préciser les **circonstances d'apparition** car c'est essentiel dans l'orientation du diagnostic.

→ **La survenue de la dyspnée** peut être:

- **aigue** : brutale, dans un contexte d'urgence;
- **paroxystique**: caractéristique par son mécanisme de survenue et ses étiologies;
- **chronique**: de début progressif et d'évolution prolongée; son contexte, moins inquiétant, ne doit cependant pas rendre l'interrogatoire et l'examen moins complets.

→ **L'analyse des conditions d'apparition** de la dyspnée fait distinguer:

- **la dyspnée d'effort**: on fera préciser sa rapidité de survenue (nombre d'étages, longueur du parcours, gêne aux actes de la vie courante);
  - **l'orthopnée**, caractéristique d'une stase vasculaire pulmonaire due à l'augmentation du volume sanguin pulmonaire en position couchée, qui est calmée par la position assise: chiffrer le nombre d'oreillers soulageant la dyspnée, elle peut survenir au primo-décubitus ou réveiller le patient;
  - on précisera pour la dyspnée paroxystique l'horaire et la fréquence de survenue, l'intensité des crises;
- \* enfin, on déterminera systématiquement:
- l'existence d'un facteur déclenchant;
  - un facteur climatique éventuel;
  - l'horaire de survenue.

### 1-2 Caractéristiques de la dyspnée

Les éléments suivants devront toujours être précisés.

→ **Fréquence respiratoire**:

- **tachypnée**: au-delà de 20 cycles par minute;
- **bradypnée**: au-dessus de 10 cycles par minute.

→ **Temps**:

- **inspiratoire**: caractéristique des dyspnées d'origine laryngo-trachéale;
- **expiratoire**: caractéristique d'une obstruction bronchique.

→ **Intensité de la ventilation**:

- **polypnée**: dyspnée superficielle ne mobilisant souvent que l'espace mort physiologique;
- **hypopnée** ou hyperpnée;
- l'intensité de la dyspnée peut être évaluée par l'utilisation d'échelles analogiques de la dyspnée.

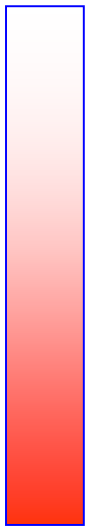
- **Évaluation de l'intensité** : L'intensité peut être évalué par l'utilisation d'échelle analogique de la dyspnée.

Les échelles les plus couramment utilisées sont l'échelle analogique et l'échelle de Borg

L'échelle visuelle analogique est une verticale ou horizontale (A) qui représente tous les niveaux d'intensité de dyspnée que le sujet peut éprouver. Les deux extrémités comportent une annotation précisant pour l'une "absence de dyspnée" et pour l'autre "dyspnée maximale". Le sujet évalue l'intensité de sa dyspnée en indiquant un point sur la ligne.

L'échelle de Borg (B) : repose sur l'association d'une échelle de catégories verbales et d'une échelle numérique. En plaçant les mots de long l'échelle numérique selon une fonction exponentielle.

A  
Absence de dyspnée



dyspnée maximale

B

### Échelle de Borg

- 0 pas de dyspnée
- 0.5
- 1 très légère
- 2 légère
- 3 modéré
- 4
- 5 sévère
- 6
- 7 très sévère
- 8
- 9
- 10 Très très sévère

### b- Échelle de la NYHA

- **Stade 1** : pas de limitation de l'activité physique
- **Stade 2** : dyspnée pour les efforts intenses de la vie quotidienne
- **Stade 3** : dyspnée pour les efforts modérés, avec importante limitation de l'activité physique

- **Stade 4** : dyspnée au moindre effort de repos.

**Test de FETCHER** : permet d'apprécier l'importance de l'effort physique qui entraîne une dyspnée telle que le patient doit interrompre tout mouvement. Il consiste à préciser par l'interrogatoire ou la pratique du test au bout de combien de marches d'escalier ou d'étages le malade doit s'arrêter pour reprendre son souffle. 5 degrés selon l'importance :

**1er degré** : le patient a une respiration aussi bonne que celle des autres sujets de même âge ou de même constitution quelque soit l'effort physique accompli

**2ème degré** : le patient est capable de marcher sur terrain plat avec des sujets normaux de son âge, mais pas sur terrain en pente, ou en montant des escaliers

**3ème degré** : le patient ne peut pas marcher sur terrain plat au rythme des sujets normaux, mais il peut à son propre rythme parcourir 1000m ou plus sur terrain plat

**4ème degré** : le patient ne peut pas marcher même à son rythme plus de 100m sans s'arrêter

**5ème degré** : le patient est dyspnéique au moindre effort (en parlant ou en s'habillant) et se trouve incapable de quitter sa demeure à cause de sa dyspnée

**Test de SNIDER** : ou test à l'allumette

Apprécie le degré d'obstruction bronchique. Il consiste à demander au patient d'éteindre par une expiration pratiquée bouche grande ouverte, une allumette tenue à 15 cm de sa bouche.

On admet que lorsqu'il est positif, cet exercice correspond à une capacité respiratoire de 40 litre/min

#### → Périodicité:

- rythme régulier ou entrecoupé de pauses respiratoires;
- la **dyspnée de Kussmaul** est une hyperpnée caractérisée par: son rythme régulier, plus ou moins rapide, l'absence apparente d'effort ventilatoire, une fréquence respiratoire normale ou augmentée;
- la **dyspnée de Cheyne-Stokes** est l'alternance de périodes d'hypo- puis d'hyperpnées, séparées d'une phase d'apnée durant 15 à 60 secondes. Elle se voit dans certaines lésions neurologiques, certaines intoxications (morphine), dans l'insuffisance rénale sévère.

#### 1-3 Existence de signes associés

- Sifflements expiratoires.
- Inspiration bruyante: cornage, stridor.

- Wheezing.
- Autres signes fonctionnels respiratoires ou cardiaques (hippocratisme digital, hypertension artérielle, en faveur d'une hypercapnie).

## **2- EXAMEN PHYSIQUE**

L'examen physique doit être rapide et complet.

### **Signes de gravité :**

Il faut rechercher des signes de gravité d'emblée car ils doivent être traités rapidement:

- état de choc;
- épuisement respiratoire;
- coma.

### **Appareil respiratoire**

#### **Inspection**

##### **L'inspection recherche:**

- \* cyanose, pâleur, sueurs;
- \* mise en jeu des muscles respiratoires accessoires:
  - tirage sus-sternal ou sus-claviculaire;
  - creusement intercostal;
  - battements des ailes du nez;
- \* au maximum: respiration abdominale paradoxale avec creusement inspiratoire de l'abdomen, traduisant l'épuisement du diaphragme.

#### **Palpation et percussion**

**Palpation et percussion** vont rechercher des signes en faveur d'une pathologie pulmonaire ou pleurale:

- pneumonie;
- pleurésie.

#### **Auscultation pulmonaire**

L'auscultation pulmonaire peut retrouver:

- \* des signes d'obstruction des voies respiratoires:
  - cornage inspiratoire;
  - râles sibilants expiratoires;
- \* des râles crépitants ou sous-crépitanants, ou des râles d'origine bronchique (ronchus).

### Mesure du débit expiratoire de pointe

La **mesure du débit expiratoire de pointe** (DEP) doit être systématique, afin d'évaluer la sévérité de la dyspnée.

Une valeur du débit expiratoire de pointe inférieure à 30% de la valeur théorique, témoigne de la gravité de l'affection.

### Examen cardiaque

L'examen cardiaque est aussi indispensable et recherche essentiellement des signes d'**insuffisance cardiaque**:

- signes gauches: bruit de galop, râles crépitants;
- insuffisance cardiaque globale où l'on retrouve alors en plus un oedème des membres inférieurs, une turgescence jugulaire, un reflux hépato-jugulaire.

### L'examen clinique sera complet

L'examen clinique sera d'autant plus complet que le bilan cardio-respiratoire apparaît normal:

- recherche de signes de déshydratation, d'hémorragie extériorisée;
- palpation thyrooedienne (goitre compressif);
- examen neurologique recherchant des signes en faveur d'un accident vasculaire cérébral, un syndrome méningé, une fatigabilité musculaire anormale;
- à part, la recherche de signes d'encéphalopathie respiratoire, indispensable.

### **3- EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

Au terme de cet examen, certains examens complémentaires doivent être systématiquement effectués:

- **radiographie de thorax;**
- **étude des gaz du sang à l'air;**
- **électrocardiogramme.**
- **EFR.**

Le plus souvent une orientation diagnostique est alors possible. Suivant l'apparition aigue ou brutale de la dyspnée, seront étudiées schématiquement les étiologies des dyspnées de l'adulte.

## III Diagnostic étiologique :



## Dyspnée aigue :

Il existe des signes d'**insuffisance respiratoire aigue**, plus ou moins associés, plus ou moins intenses:

→ **Signes respiratoires:**

- polypnée avec mise en jeu des muscles respiratoires accessoires, parfois remplacée par une bradypnée, voire un arrêt respiratoire;

- signes de fatigue diaphragmatique;

- cyanose pouvant s'associer à des signes d'hypercapnie;

→ **Signes neurologiques:** encéphalopathie respiratoire;

→ **Signes circulatoires**, pouvant aller jusqu'au collapsus cardio-vasculaire.

L'examen clinique, aidé d'examens complémentaires simples, permet l'orientation diagnostique.

## **1- DYSPNEE PAR ATTEINTE CARQIAQUE :**

### **Dyspnée secondaire à une atteinte cardiaque**

#### **1-1) l'œdème aigue du poumon (OAP) :**

La dyspnée d'origine cardiaque est **secondaire à une diminution du débit cardiaque, responsable d'une baisse de l'apport d'O<sub>2</sub>** aux tissus, et d'une polypnée compensatoire.

Lorsque la pression capillaire pulmonaire (PCP) dépasse un certain seuil, la congestion pulmonaire traduisant l'augmentation de l'eau intrapulmonaire aggrave la dyspnée.

Causes

**Les causes** sont donc dominées par:

- la **défaillance ventriculaire gauche**, quel qu'en soit le mécanisme;

- les **obstacles au retour veineux pulmonaire** essentiellement au niveau mitral.

Les différents aspects

La dyspnée d'origine cardiaque peut revêtir plusieurs aspects:

\* **dyspnée d'effort**: polypnée superficielle typiquement isolée; on chiffrera l'importance de l'effort qui la provoque;

\* **dyspnée de décubitus**, caractéristique par l'existence d'une orthopnée: le malade ne supporte pas la position couchée et doit dormir avec plusieurs

oreillers (les dénombrer);

\* **dyspnée paroxystique**, le type le plus fréquent en est l'oedème aigu du poumon (OAP):

En faveur du diagnostic

- Réveil du malade par une oppression thoracique, un grésillement laryngé.
- Polypnée intense.
- Rapidement expectoration par le malade assis au bord de son lit d'une mousse typiquement saumonée, riche en albumine.
- A l'auscultation: "marée montante" de râles crépitants.
- Le tableau peut être plus atténué et se réduire à un grésillement laryngé, une toux quinteuse, une expectoration blanchâtre, avec quelques râles crépitants ("sub-oedème" pulmonaire).
- La gazométrie artérielle montre un effet shunt.
- La radiographie de thorax objective des opacités alvéolaires typiquement en ailes de papillon dans la grande crise d'OAP ou d'oedème interstitiel dans l'oedème pulmonaire atténué.

Conduite à tenir

- L'épisode aigu est traité par tonocardiaques, vasodilatateurs, diurétiques, oxygénothérapie voire ventilation artificielle (épuisement respiratoire).
- Le traitement de la cause de la décompensation s'impose rapidement.

### 1-2) Asthme cardiaque

\* **l'asthme cardiaque** réalise un tableau particulier; il est secondaire à la prédominance de l'oedème dans les parois bronchiolaires et provoque une dyspnée expiratoire avec râles sibilants à l'auscultation.

\* La conduite à tenir est identique à l'OAP.

\* En l'absence de cause connue de décompensation cardiaque, s'orienter en priorité vers: un infarctus myocardique indolore, un myxome de l'oreillette gauche, un rétrécissement mitral.

A part

Les dyspnées aiguës se situent à part, quand elles concomitantes à:

- **une péricardite;**
- **un trouble du rythme paroxystique.**

## **2- ATTEINTE PARENCHYMATEUSE PULMONAIRE :**

### 2-1) Dyspnée secondaire à un oedème lésionnel

L'**oedème lésionnel** réalise un tableau en règle sévère, lié à une atteinte de la membrane alvéolo-capillaire. La pression capillaire pulmonaire est normale.

Les dyspnées secondaires à un oedème lésionnel ont pour causes:

- infection (septicémie à bacille à Gram négatif, grippe);
- toxiques;
- embolie graisseuse;
- affections neurologiques sévères.

### 2-2) Dyspnée secondaire à une infection parenchymateuse

Il s'agit d'une pneumopathie fébrile, systématisée ou non.

En faveur du diagnostic

- \* Syndrome clinique de condensation pulmonaire, tableau infectieux.
- \* Foyer radiologique plus ou moins systématisé.
- \* Effet shunt aux gaz du sang.

Conduite à tenir

\* **Traitement symptomatique:** oxygénothérapie nasale à fort débit avec, au moindre doute (épuisement, fragilité du terrain notamment), recours à la ventilation artificielle.

\* **Traitement étiologique:** des prélèvements bactériologiques appropriés (prélèvement fibroscopique protégé, hémocultures) permettront d'orienter le traitement antibiotique. Nécessité d'un diagnostic précis chez l'alcoolique et le sujet immunodéprimé.

Pneumopathies d'inhalation

On en rapproche les **pneumopathies d'inhalation** o peuvent être en jeu:

- un facteur lésionnel: syndrome de Mendelson par inhalation de liquide gastrique; le contexte postanesthésique est évocateur;
- un facteur infectieux.

### 2-3) Dyspnées aiguës par atteinte vasculaire pulmonaire

Les dyspnées aiguës par atteinte vasculaire pulmonaire sont dominées par l'**embolie pulmonaire**.

En faveur du diagnostic

- \* **Contexte** évocateur:
  - suites opératoires;
  - accouchement;

- terrain exposé (alitement, insuffisance cardiaque);
- existence d'une phlébite des membres inférieurs à l'examen.

\* **Clinique:**

- survenue brutale d'un point de côté thoracique, hémoptysie;
- au maximum tableau de coeur pulmonaire aigu: état de choc, insuffisance cardiaque droite aigue, modifications de l'ECG.

\* **Radiographie de thorax:**

- normale;
- ou montrant une ascension d'une coupole, un épanchement pleural, voire un infarctus pulmonaire.

\* **Modifications très inconstantes de l'ECG.**

\* **Effet shunt à la gazométrie artérielle.**

**Conduite à tenir**

\* **Se donner les moyens de confirmer le diagnostic:**

- dosage plasmatique des D-dimères;
- scintigraphie de perfusion (sujette à des faux positifs) ou, mieux, de ventilation-perfusion;
- phlébographie ou échographie-Doppler des membres inférieurs, recherchant une thrombose récente;
- ou angioscanographie spiralée;
- et surtout angiographie pulmonaire.

\* **Traiter efficacement:**

- oxygénothérapie et traitement anticoagulant (héparine puis antivitamines K) à doses efficaces;
- fibrinolytiques, voire recours à la chirurgie.

### **3 - OBSTACLE SUR LES VOIES AERIENNES**

#### **3-1) Gêne à l'inspiration**

\* **En faveur du diagnostic de gêne à l'inspiration:**

- dyspnée inspiratoire bruyante avec stridor au maximum (bruit inspiratoire intense);
- tirage sus-sternal et sus-claviculaire;

\* un bilan ORL urgent, complété au besoin d'une trachéofibroscopie, permettra de trancher.

\* **Il peut s'agir:**

- d'un oedème de la glotte d'origine allergique, notamment dans le cadre d'un choc anaphylactique;
- d'une laryngite aigue;

- d'une tumeur laryngo-trachéale: examen tomodensitométrique et examen ORL complet;
- d'une sténose post-trachéotomie ou postintubation;
- d'une épiglottite (*Haemophilus influenzae*), d'une inhalation de corps étranger, d'une paralysie des dilatateurs de la glotte.

### 3-2) Gêne à l'expiration

Les dyspnées aiguës par maladie obstructive des bronches se traduisent par une gêne à l'expiration.

#### 3-2-1) Asthme :

C'est une inflammation chronique des bronches avec hyperréactivité bronchique qui se manifeste par une obstruction bronchique diffuse, variable, et réversible.

C'est la cause la plus fréquente est l'asthme:

- \* crise d'asthme paroxystique ou asthme aigu grave .
  - la **mesure du DEP** est un élément essentiel de l'attitude initiale;
  - une valeur **< 30%** de la valeur théorique signe immédiatement la **gravité** de la dyspnée;
- \* la gazométrie artérielle est un élément essentiel de la conduite à tenir:
  - la **crise d'asthme simple** s'accompagne d'une hypoxémie avec hypocapnie et son traitement repose initialement sur les bêta-mimétiques;
  - le passage à la normocapnie puis l'hypercapnie annonce la survenue d'un **asthme aigu grave**, grande urgence médicale dont le traitement associera oxygénothérapie, corticoïdes, bêta-mimétiques (au mieux par nébulisation), antibiothérapie, voire ventilation assistée.

#### 3-2-2) Exacerbation de BPCO :

D'autres maladies obstructives des bronches sont parfois responsables de dyspnée aiguë:

- L'emphysème pulmonaire (centrolobulaire ou panlobulaire)
- La bronchite chronique obstructive en poussée de surinfection.
- \* la conduite à tenir repose sur l'oxygénothérapie (nasale voire par ventilation artificielle) et le traitement de la cause déclenchante à la poussée dyspnéique (infection broncho-pulmonaire).

## 4 - ATTEINTE DE LA PAROI THORACIQUE

Parmi les atteintes de la paroi thoracique responsables de dyspnée, on trouve les suivantes.

#### 4-1) Atteinte osseuse

Le diagnostic radiologique en est facile:

- fracture de côte, volet costal;
- **traumatisme thoracique:** contexte évocateur.

#### 4-2) de la plèvre

##### Pneumothorax

- \* En faveur du diagnostic:
  - point de côté spontané ou après un effort minime, typiquement chez l'homme jeune, longiligne;
  - la radiographie confirme le diagnostic.
- \* Suivant l'importance de l'épanchement, l'attitude sera l'abstention, l'exsufflation ou le drainage.

##### Pleurésie

- \* Au maximum, pleurésie révélée par une dyspnée aigue lorsque l'épanchement est abondant.

### **5- ORIGINE EXTRA-THORACIQUE**

#### 5-1) Dyspnée par insuffisance circulatoire aigue :

- \* **En faveur du diagnostic:**
  - existence d'une polypnée superficielle dans un contexte particulier: anémie aigue, déshydratation aigue, choc infectieux.
  - Signes de collapsus cardio-vasculaire.
- \* **La conduite à tenir** est centrée sur le traitement étiologique.

#### 5-2) Dyspnées "sine materia"

##### 5-2-1) Acidose métabolique

L'**acidose métabolique** est toujours à évoquer en l'absence de cause cardiaque ou respiratoire évidente.

- \* **En faveur du diagnostic:**
  - existence d'une dyspnée de Kussmaul;
  - gaz du sang qui confirment l'acidose métabolique, en règle insuffisamment compensée par l'hyperventilation.
- \* **Conduite à tenir:** enquête étiologique et traitement adapté de l'acidose métabolique.

### 5-2-2) Affections neurologiques

#### \* **En faveur du diagnostic:**

- élimination d'une cause extra-neurologique à la dyspnée;
- le tableau est en effet variable: tachypnée ou au contraire bradypnée avec pauses, dyspnée de Cheyne-Stokes;
- à la gazométrie artérielle: au début est constatée une hyperventilation alvéolaire (avec hypocapnie), puis si l'affection évolue, s'installe une hypoventilation alvéolaire.

#### \* **Conduite à tenir:**

- enquête étiologique: il peut s'agir d'accidents vasculaires cérébraux étendus, d'origine ischémique ou hémorragique, de méningites, d'encéphalites;
- la ventilation artificielle est souvent indiquée pour lutter contre l'hypoventilation et l'encombrement bronchique.

### Dyspnée chronique :

Le contexte permet, le plus souvent, **une démarche moins urgente.**

La plupart des dyspnées chroniques sont d'origine respiratoire, mais elle peut être le signe dominant d'une cardiopathie gauche.

## **1- CAUSES CARDIO-RESPIRATOIRES**

Les causes cardio-respiratoires de dyspnée sont toujours au premier plan.

### **1-1) Dyspnée chronique d'origine pulmonaire**

#### 1-1-1) Dyspnée par atteinte obstructive des voies aériennes

##### **a) Obstacles sur les voies aériennes supérieures:**

- une dyspnée chronique de type inspiratoire peut révéler certaines tumeurs ORL, voire certains corps étrangers méconnus;
- des obstacles plus ou moins fixés, suivant que leur siège est intrathoracique ou extra-thoracique, peuvent être responsables de dyspnées plus complexes dont l'analyse reposera sur des explorations fonctionnelles adaptées: tumeurs trachéales ou médiastinales notamment;
- l'examen ORL et endoscopique, l'étude tomodensitométrique de la

trachée et du médiastin, voire la scintigraphie thyroïdienne ou le scanner conduiront au diagnostic.

**b) L'origine bronchique** : est très souvent impliquée dans la survenue d'une dyspnée:

- **bronchite chronique obstructive, dilatation des bronches et emphysème centrolobulaire, panlobulaire ou paracicatriciel.** En faveur du diagnostic: le contexte, la radiographie de thorax, les épreuves fonctionnelles respiratoires permettront le plus souvent de classer ces dyspnées. La conduite à tenir sera adaptée à l'étiologie retrouvée;

- **l'asthme à dyspnée continue:** l'asthme peut, surtout chez le sujet âgé, évoluer vers une dyspnée au long cours; le diagnostic peut en être difficile.

### 1-1-2) Maladies restrictives du poumon

\* Radiographies et épreuves fonctionnelles respiratoires permettent d'orienter le diagnostic et de rapporter la dyspnée à sa cause:

- cyphoscoliose;
- séquelles pleurales (notamment tuberculeuses).

\* La conduite à tenir dépend de l'état respiratoire, plusieurs causes (notamment cardiaque) pouvant s'associer; souvent le traitement ne peut être que symptomatique.

### a) Maladies de l'interstitium pulmonaire

Les étiologies des maladies de l'interstitium sont très nombreuses, Un facteur précis doit être recherché, qui orientera la conduite diagnostique:

→ **la sarcoïdose** et de nombreuses **maladies de système** peuvent être responsables d'une atteinte interstitielle pulmonaire prédominante:

- ❖ sclérodémie.
- ❖ polyarthrite rhumatoïde.
- ❖ histiocytose X.

→ **Pneumopathies "d'environnement":**

- par aérocontaminants (vapeurs toxiques);
- particules, notamment minérales (pneumoconioses);
- poussières organiques;
- sensibilisation médicamenteuse;

→ Lymphangite carcinomateuse.

→ **Lésions pulmonaires postradiothérapeutiques.**

→ Par élimination, on parle de fibrose interstitielle diffuse idiopathique.

### 1-2) Dyspnée chronique par atteinte vasculaire pulmonaire

1-2-1) Le **CPC post-embolique**



1-2-2) l'hypertension artérielle pulmonaire primitive (HTAP).

### **1-3) Dyspnée chronique d'origine cardiaque**

- Elle est fréquente.

En faveur du diagnostic

- ✓ Existence d'une dyspnée d'effort (surtout en l'absence de cause pulmonaire retrouvée), d'une orthopnée.
- ✓ Association de signes d'insuffisance cardiaque gauche à des signes droits, réalisant un tableau d'insuffisance cardiaque globale.
- ✓ Cardiomégalie radiologique.
- ✓ Confirmation échographique d'un dysfonctionnement cardiaque.

Conduite à tenir

\* Préciser la cause de la cardiopathie:

- les cardiopathies gauches
  - autres :HTA, Ice coronarienne, valvulopathie aortique ou mitrale
- le RM longtemps méconnu;
- les cardiopathies congénitales (contexte évocateur) (tétralogie de Fallot, persistance du canal artériel, CIA)
- cardiomyopathies, obstructives ou non.
- amylose cardiaque, notamment chez le sujet âgé.
- certains épanchements péricardiques chroniques peuvent être révélés par une dyspnée chronique.

\* Il faut ensuite rechercher une cause déclenchante : un trouble du rythme, une embolie pulmonaire, une anémie, un écart de régime.

\* Le traitement sera adapté à chaque étiologie.

### **2- Origine extra-thoracique ou mixte**

2-1) L'anémie est une cause fréquente de dyspnée chronique, notamment chez le sujet âgé.

- Le diagnostic est orienté par la polypnée superficielle associée à une **pâleur** cutanéomuqueuse.

- Il impose une enquête étiologique et une thérapeutique adaptée.

2-2) L'**acidose métabolique** entraîne une hyperventilation compensatrice.

### **3- Dyspnées chroniques sine materia**

Les dyspnées chroniques "sine materia" sont essentiellement d'**origine neurologique** ou **métabolique**.

On insiste surtout sur les troubles de la commande ventilatoire.

D'autres maladies neurologiques (atteinte cérébrale ou des centres respiratoires, d'origine dégénérative notamment) peuvent être en cause de même que certaines endocrinopathies (myxoedème).

Par élimination, au terme d'une enquête étiologique complète pourraient être retenus les diagnostics d'hyperventilation ou de dyspnée psychogène.

Conclusion :

*Ainsi, la dyspnée peut avoir des causes multiples. Elle traduit habituellement une pathologie cardio-respiratoire, dont elle marque le tournant évolutif.*

*Le diagnostic, souvent suspecté par la clinique sera confirmé par les examens complémentaires appropriés.*

### **Références :**

1-EMC : Mécanismes et diagnostic des dyspnées  
Christian Straus, Thomas Similowski, Marc Zelter, Jean-Philippe Derenne .  
6-090-E-15 (1998)

2- PNEUMOLOGIE Impact Internat 1999 : Diagnostic des dyspnées  
Dr B.HERER

### **Sites Internet :**

[www.oncolor.org/referentiels/support/dysp\\_diag.htm](http://www.oncolor.org/referentiels/support/dysp_diag.htm)

[www.pifo.uvsq.fr/hebergement/cec\\_mv/198.pdf](http://www.pifo.uvsq.fr/hebergement/cec_mv/198.pdf)

[www.besancon-cardio.org/cours/80-dyspnee.php](http://www.besancon-cardio.org/cours/80-dyspnee.php)

[www.univ-paris12.fr/facmed/dynalib/pub/lib/pdf/dysnee.pdf](http://www.univ-paris12.fr/facmed/dynalib/pub/lib/pdf/dysnee.pdf)

<http://spiral.univ-lyon1.fr/polycops/Cardiologie/Cardiologie-20.html>