



Die deutschsprachige Version dieses Artikels ist im Heft 26-27 von «PrimaryCare» erschienen.

Dyspnée¹

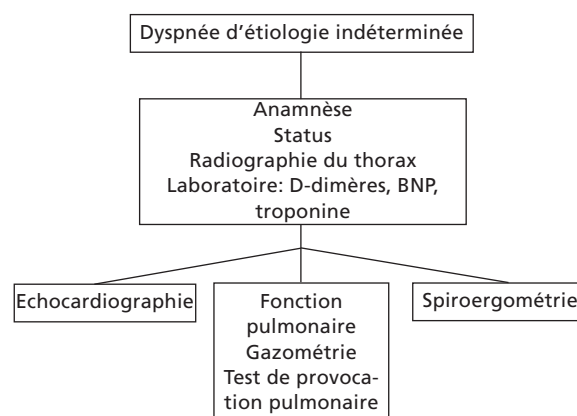
Un extrait de l'ouvrage «Ambulante Medizin – Evidenz auf einen Blick» [Médecine ambulatoire – En un coup d'œil] qui sera publié par l'Institut de médecine de premier recours de Bâle (IHAMB) (parution à l'automne 2006).

Jörg D. Leuppi

Définition et épidémiologie

- Respiration pénible, oppressante, difficile, fatigante et accompagnée d'anxiété [1].
- Physiopathologie: impédance anormale de la pompe respiratoire (trouble ventilatoire obstructif/restrictif, trouble de la mécanique thoracique, obésité), augmentation anormale de la ventilation (stimulation du centre respiratoire par intoxication ou médicaments par ex., facteurs émotionnels dans l'hyperventilation), perturbation de la musculature respiratoire (maladie neuromusculaire, déconditionnement) et gazométrie anormale (hypercapnie, hypoxémie) [2].
- L'étude SAPALDIA a trouvé une dyspnée chez 8% des non fumeurs, 11% des ex-fumeurs et 9% des fumeurs, et une dyspnée d'effort resp. chez 24%, 24% et 32% [3].
- Examens pneumologiques pour dyspnée chronique d'étiologie indéterminée: la plupart asthme, BPCO (COPD), pneumopathie interstitielle, hypertension artérielle pulmonaire ou dysfonction cardiaque [4].
- Stades de la dyspnée: Degré 0: Le patient ne présente pas de dyspnée, sauf en cas d'effort intense. Degré 1: La dyspnée gêne le patient en cas de marche rapide ou en cas de montée légère. Degré 2: En raison de la dyspnée, le patient marche plus lentement que des personnes du même âge ou doit, en marchant normalement sur terrain plat, se reposer pour reprendre son souffle. Degré 3: Le patient doit se reposer pour reprendre son souffle après avoir effectué environ 100 m sur terrain plat ou après quelques minutes. Degré 4: Dyspnée trop importante pour quitter la maison ou dyspnée en s'habillant ou en se déshabillant.

Elucider une dyspnée



Diagnostic différentiel de la dyspnée (choix des diagnostics les plus «importants»)

- Cardiopathie: coronaire, hypertensive, valvulaire; arythmies (par ex. fibrillation auriculaire).
- Embolie pulmonaire, hypertension artérielle pulmonaire, anémie.
- Pneumopathie (asthme, BPCO, pneumopathie interstitielle).
- Métabolisme (dysthyroïdie, acidose métabolique [insuffisance rénale]).
- Myopathie (médicamenteuse, maladie neurologique).
- Psychogène (hyperventilation, dysfonction glottique).
- Manque d'entraînement.

Anamnèse

- Dyspnée paroxystique: asthme, aspiration d'un corps étranger, syndrome d'hyperventilation, insuffisance cardiaque gauche, embolie pulmonaire, pneumothorax.
- Dyspnée progressive: BPCO, cardiopathie, anémie, fibrose pulmonaire, carcinome bronchique, épanchement pleural.
- Dyspnée paroxystique nocturne: asthme, insuffisance cardiaque gauche.

¹ Traduction: G.-A. Berger.

Auscultation

- Auscultation pulmonaire normale: bon prédicteur d'absence de tout trouble ventilatoire obstructif [5].
- Stridor: sténose des voies respiratoires centrales.
- Râles continus: asthme, BPCO, insuffisance cardiaque gauche.
- Râles discontinus (à grosses bulles): bronchiectasies, bronchite.
- Râles discontinus (à petites bulles): pneumonie, insuffisance cardiaque gauche, fibrose pulmonaire.

Radiographie du thorax

Images d'infiltrats, signes d'insuffisance cardiaque, pneumothorax, tumeur.

Hémoglobine**Troponine**

Valeur prédictive négative élevée: deux résultats négatifs à 6 h d'intervalle excluent un syndrome coronarien aigu quasi en toute certitude [6].

BNP

Le BNP (cut-off >100 pg/ml) est sensible (90%) et spécifique (76%) de l'insuffisance cardiaque, en corrélation avec sa gravité et accélère le diagnostic et le traitement [7, 8].

D-dimères

Valeur prédictive négative élevée: <500 µg/L exclut un accident thrombo-embolique à pratiquement 95% [9].

Test d'effort pneumologique

Instrument très utile en cas de dyspnée d'étiologie indéterminée malgré tous les examens ci-dessus (y compris ECG). Elle permet de dire si la dyspnée

est d'origine plutôt cardiocirculatoire ou ventilatoire, ou résulte d'une hyperventilation [10].

Références

- 1 Dyspnoea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. American Thoracic Society. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;159:321–40.
- 2 Gugger M, Bachofen H. Dyspnoe – Teil 1: Grundlagen und Pathophysiologie. *Schweiz Med Forum* 2001;4:138–42.
- 3 Zemp E, et al. Long-term ambient air pollution and respiratory symptoms in adults (SAPALDIA study). The SAPALDIA Team. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;159:1257–66.
- 4 Pratter MR, et al. Cause and evaluation of chronic dyspnea in a pulmonary disease clinic. *Arch Intern Med* 1989;149:2277–82.
- 5 Leuppi JD, et al. Can airway obstruction be estimated by lung auscultation in an emergency room setting? *Respir Med* 2006;100:279–85.
- 6 Hamm CW, et al. Emergency room triage of patients with acute chest pain by means of rapid testing for cardiac troponin T or troponin I. *N Engl J Med* 1997;337:1648–53.
- 7 Maisel AS, et al. Rapid measurement of B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure. *N Engl J Med* 2002;347:161–7.
- 8 Mueller C, et al. Use of B-type natriuretic peptide in the evaluation and management of acute dyspnea. *N Engl J Med* 2004;350:647–54.
- 9 Wells PS, et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *N Engl J Med* 2003;349:1227–35.
- 10 ATS/ACCP Statement on cardiopulmonary exercise testing. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;167:211–77.

PD Dr Jörg D. Leuppi
Pneumologie
Universitätsspital
Petersgraben 4
4031 Basel
jleuppi@uhbs.ch