

Une affection fréquente qui requiert une mise au point approfondie

# La dyspnée dans les soins de premier recours

Andreas Paky

Médecin spécialiste en pneumologie, St-Gall

En nous fondant sur 12 points, nous tentons d'aborder le symptôme complexe et inquiétant de la dyspnée, de le comprendre, de l'évaluer correctement sur le plan clinique et enfin de le traiter, tout ceci dans l'optique des soins de premier recours.

## Définition

La dyspnée est un terme qui qualifie une perception subjectivement désagréable de la respiration. Lors d'un cours magistral de physiologie dans le cadre des études de médecine, la phrase suivante du professeur m'est restée en mémoire: la dyspnée, c'est lorsque *je* respire, et non pas quand *ça* respire. Cela signifie que la respiration est un processus en grande partie inconscient et autonome, commandé et orchestré par des structures cérébrales sous-corticales. La dyspnée est la prise de conscience de ces automatismes. Par ailleurs, la dyspnée n'est pas toujours synonyme de «maladie», mais elle présente – justement dans les soins de premier recours – très fréquemment un contexte fonctionnel et psychosomatique, avec au premier plan des troubles anxieux.

Définir la dyspnée est plus difficile et moins précis que définir la douleur. Certes, la douleur est également de nature subjective, mais les processus pathogènes sont en grande partie connus, du moins pour les douleurs somatiques. En cas de douleurs persistantes malgré un traitement optimal de l'affection sous-jacente, nous disposons d'une vaste palette d'options thérapeutiques. En revanche, pour le symptôme de la dyspnée, nos options thérapeutiques sont plutôt limitées, même lorsque l'affection sous-jacente est traitée de manière optimale.

## Epidémiologie

La dyspnée fait clairement partie des symptômes les plus fréquents, 5–10% de toutes les consultations au service des urgences ayant pour motif une dyspnée [1].

## Diagnostic différentiel

Pour le symptôme de la dyspnée, le diagnostic différentiel est certainement très vaste. Le passage en revue de tous les facteurs et causes de la dyspnée sortirait large-

ment du cadre de cet article. Nous faisons volontairement l'impasse sur cette énumération, digne d'un manuel scolaire. Nous nous attarderons néanmoins sur les principales causes de dyspnée aiguë et chronique.

### Causes les plus fréquentes de dyspnée aiguë dans les soins de premier recours (estimation de l'auteur)

- Exacerbation de l'asthme et/ou BPCO
- Hyperventilation (attaque de panique)
- Maladie coronarienne aiguë
- Maladie cardiaque valvulaire
- Causes plus rares (embolie pulmonaire; pneumothorax; obstruction au niveau de la glotte, notamment l'œdème de Quincke, le laryngospasme, etc.; exacerbation d'une pneumopathie interstitielle)

### Causes les plus fréquentes de dyspnée chronique dans les soins de premier recours (estimation de l'auteur)

- Sur le plan fonctionnel: hyperventilation, déconditionnement, obésité
- Asthme
- BPCO
- Pneumopathies interstitielles
- Dysfonctionnement myocardique (cardiopathie coronaire ou valvulaire)

La dyspnée doit toujours être appréhendée comme un syndrome. Elle ne désigne pas uniquement les processus dans un organe unique (organe atteint). La dyspnée est l'expression d'un déséquilibre entre les systèmes d'organes responsables, notamment musculaire – cardiovasculaire – pulmonaire, et celui qui commande et surveille l'ensemble: le système cérébral.

Exemple: dyspnée constatée chez un jeune ayant de grandes ambitions sportives et poussé par ses parents: le cerveau veut alors que les organes totalement sains ne peuvent ou ne veulent pas (encore).

Article basé sur un exposé présenté au congrès du CMPR 2014.

### La langue de la dyspnée

Les patients utilisent différents descriptifs pour le symptôme de la dyspnée, en fonction de la cause de la dyspnée. Des questionnaires correspondants ont été développés, cependant ceux-ci ne sont pas parvenus à s'imposer en Europe dans la pratique courante. C'est justement en cas de dyspnée aiguë que personne n'a ni le temps ni l'envie de remplir un questionnaire, en raison d'un grand besoin de traitement de la part du médecin. Mais le ressenti du patient et sa description du symptôme de la dyspnée doivent impérativement être entendus et consignés dans la rubrique correspondante du dossier médical. Dans la description qualitative des douleurs, ceci est devenu si routinier (douleur: brûlure, élancement, sensation d'étranglement, pression, liée aux mouvements, à la respiration, etc.) (tab. 1).

Tableau 1: La langue de la dyspnée [2].

	BPCO	Insuffisance cardiaque	PI	Asthme	Grossesse	Vaisseaux pulmonaires
Respiration rapide		x				x
Expiration incomplète				x		
Respiration superficielle				x		
Travail respiratoire augmenté	x		x	x		
Sensation d'étouffement	x	x				
Soif d'air	x	x			x	
Sensation d'oppression thoracique				x		
Respiration difficile				x		

BPCO = bronchopneumopathie chronique obstructive; PI = pneumopathie interstitielle

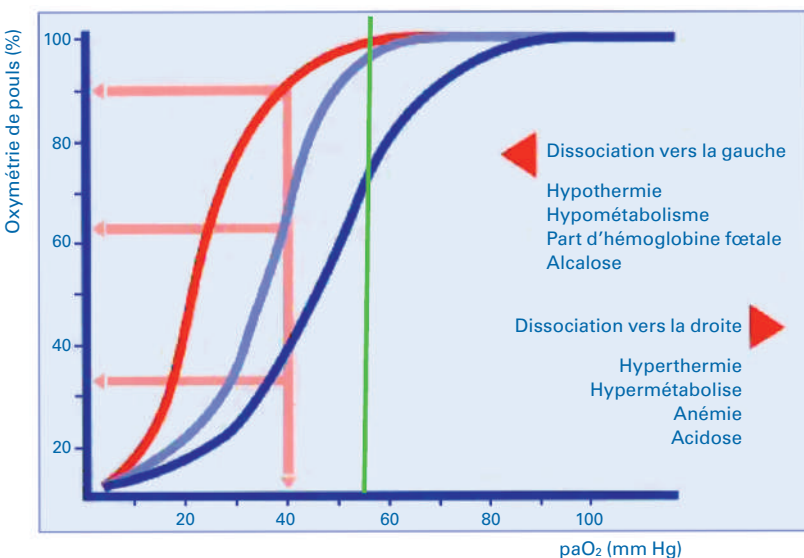


Figure 1: Courbe de dissociation O<sub>2</sub>. A pression partielle en O<sub>2</sub> (pO<sub>2</sub>) égale, et suivant la situation clinique, des différentes valeurs de SpO<sub>2</sub> sont possible.

### Dyspnée aiguë et chronique dans les soins de premier recours

#### Diagnostic au chevet du malade

- Oxymétrie de pouls (SpO<sub>2</sub>)
- NT-ProBNP
- D-dimères
- Radiographie thoracique
- Spirométrie
- Auscultation

#### Oxymétrie de pouls (SpO<sub>2</sub>)

##### Pièges

- Vernis à ongles (placer les capteurs latéralement)
- Doigts froids, anémie sévère, hypo-perfusion: pas de signal
- Courbe de dissociation: la SpO<sub>2</sub> peut être faussement abaissée ou faussement élevée

L'alcalose (notamment hyperventilation) décale la courbe de dissociation vers la gauche, et l'acidose (pré-choc, maladies rénales) ainsi que la fièvre élevée la décalent vers la droite (fig. 1).

C'est surtout le décalage vers la gauche qui est cliniquement pertinent: à pression partielle en O<sub>2</sub> égale, la SpO<sub>2</sub> peut potentiellement être faussement élevée.

##### L'essentiel pour la pratique:

- SpO<sub>2</sub> >95% → généralement une cause respiratoire inoffensive voire fonctionnelle de dyspnée
- SpO<sub>2</sub> ≤95% → Attention!

#### NT-ProBNP

Un indice précieux pour l'exclusion de causes. Un taux de ProBNP normal exclut une cause cardiaque de la dyspnée, avec une grande probabilité.

Un taux de BNP élevé peut indiquer une dyspnée d'origine cardiaque. Attention: chez les patients âgés, notamment >80 ans, un taux de ProBNP même très élevé peut toutefois être normal.

#### D-dimères

Dans les situations de forte probabilité clinique pré-test (troubles typiques, tumeur ou autres facteurs de risque, pouls >100)

→ pas de détermination du taux de D-dimères. Faire immédiatement un CT thoracique.

Dans les situations de faible probabilité clinique pré-test (aucun facteur de risque, pas de tumeur, troubles atypiques, pouls <100)

→ avec un taux de D-dimères normal, une thrombose est pratiquement exclue.

#### Radiographie thoracique

Impérative si le diagnostic Point of Care est pathologique.

*Poumons noirs*: exacerbation de l'asthme/BPCO > emphysème pulmonaire > pneumothorax > obstruction des voies respiratoires supérieures.

*Poumons blancs*: œdème pulmonaire > pneumonie > pneumopathie interstitielle > atélectasies.

### Spirométrie

Elle a une pertinence plutôt secondaire dans le diagnostic primaire de la dyspnée aiguë. Si le volume courant est bon et que la dyspnée n'est pas trop prononcée, la spirométrie peut toutefois s'avérer très utile dans le diagnostic d'un trouble respiratoire obstructif (exacerbation de l'asthme et/ou de la BPCO).

### Auscultation/ultrason

L'auscultation en cas de dyspnée aiguë/chronique est non spécifique et non sensible. Néanmoins, la supprimer pour ce motif serait une erreur. L'auscultation est le symbole de l'attention clinique de la part du médecin et, de ce fait, de son empathie. Elle constitue le signe que c'est bien toujours un médecin et non pas une machine qui prend soin du patient.

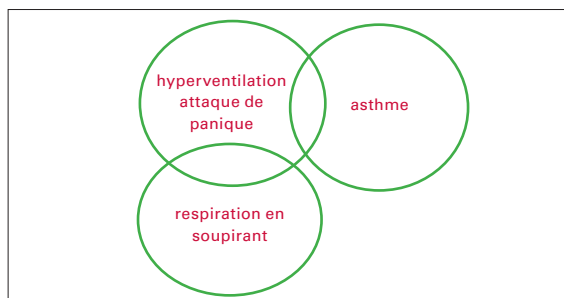
Seuls trois phénomènes d'auscultation peuvent être utiles sur le plan diagnostique:

1. des bruits respiratoires prolongés en tant que signe d'une obstruction;
2. des bruits respiratoires affaiblis ou absents comparativement à l'autre poumon doivent toujours amener à soupçonner un pneumothorax;
3. la sclérosophonie, caractéristique d'une fibrose pulmonaire.

A ce jour, on ne connaît pas le rôle exact de l'échographie dans l'évaluation de la dyspnée aiguë et chronique. Néanmoins, l'échographie aura très probablement un potentiel majeur à l'avenir.

### La respiration en soupirant

- Je ne parviens pas à remplir mes poumons.
- Je ne cesse de bailler et de soupirer.
- J'ai le sentiment de manquer d'oxygène.



**Figure 2:** Respiration par soupirs: presque toujours inoffensive. Chevauchement avec l'asthme et l'hyperventilation assez fréquent.

- Je ne parviens pas à faire entrer l'air jusqu'au fond des poumons.
- L'activité sportive ne se passe pas si mal.

De tels troubles sont presque toujours de nature fonctionnelle. Plus rarement, ils peuvent être le reflet d'un trouble organique. Il n'est pas rare que l'asthme léger notamment soit associé à une hyperventilation et à une respiration par soupirs (fig. 2).

Le traitement doit tenir compte de ces associations. La distraction, la thérapie respiratoire, le training autogène et avant tout le dialogue médical sont souvent utiles.

### Dangereuse crise d'asthme

**Tableau 2:** Critères diagnostiques de la crise d'asthme dangereuse.

#### Anamnèse

Des crises d'asthme sévères précoces (rapport hospitalier, IPS, consultation des services d'urgence)

Pas de corticostéroïdes dans le plan thérapeutique

Multiples allergies persistantes

Facteurs de stress psychosociaux

#### Examen clinique

Dyspnée sévère

Sibilance, jusqu'à un «silent chest»

Altération de la conscience

Respiration paradoxale (dégonflement de l'abdomen lors de l'inspiration)

SpO<sub>2</sub> <95%

Lorsqu'une crise d'asthme est identifiée comme étant dangereuse, il existe un besoin urgent de la traiter:

- Inhalation immédiate, à concentration élevée, de stimulants des récepteurs beta 2 adrénergiques (en inhalation humide, utiliser de la ventoline® uniquement, ou bien de manière répétée jusqu'à 10 bouffées d'un aérosol de stimulants de récepteurs beta 2 adrénergiques de préférence avec l'aide d'une chambre d'inhalation)
- Oxygène
- Corticostéroïdes systémiques
- En cas d'extrême urgence, de l'adrénaline par voie i-v ou i-m (EpiPen®).

Mesure obligatoire après traitement réussi d'une crise d'asthme sévère: préparation combinée pour inhalation et plan d'urgence (tab. 3)!

### Asthme et frustration thérapeutique

Lorsqu'un asthmatique se plaint de dyspnée malgré un traitement optimal, trois questions doivent être posées.

**Tableau 3:** En cas de crises d'asthme sévères, il est impératif de remettre au patient un plan d'urgence simple. Une crise d'asthme sévère ne devrait toujours se produire qu'une seule fois et ne pas se répéter.

Médicaments/traitement	Matin	Midi	Soir	Nuit	Remarques
<b>Prednisone 20 mg</b>					
Jour 1					Trois comprimés en une prise
Jour 2	2	0	0	0	
Jour 3	2	0	0	0	
Jour 4	2	0	0	0	
Jour 5	2	0	0	0	
Jour 6	2	0	0	0	
Jour 7	2	0	0	0	
Consultation médicale dès que possible					
Inhalations comme d'habitude					
<b>Asthme</b>	Insomnie liée à toux et/ou à la dyspnée Sifflements respiratoires Dyspnée même en cas d'efforts «normaux» comme les tâches domestiques, la montée d'escaliers, etc. Incapacité à faire une phrase sans reprendre sa respiration				

1. Le diagnostic est-il correct?
2. Existe-t-il des maladies concomitantes?
3. Existe-t-il un déconditionnement?

Le diagnostic différentiel du syndrome asthmatique est vaste. Questions les plus fréquentes à ce sujet: une BPCO est-elle présente? S'agit-il d'un problème fonctionnel au niveau de la glotte, d'un VCD (*vocal cord dysfunction*, ou trouble des cordes vocales)? Une tumeur

des voies respiratoires centrales pourrait-elle imiter les symptômes de l'asthme ou de la BPCO? Le patient présente-t-il une insuffisance ventriculaire gauche? Une pneumopathie interstitielle? (tab. 4)

**L'abus de beta 2 stimulants**

Définition: il s'agit de patients asthmatiques, de patients atteints de BPCO, parfois également de sujets

**Tableau 4:** Diagnostic différentiel du syndrome asthmatique.

	Description	Diagnostic	Traitement
<b>BPCO</b>	Obstruction irréversible des voies respiratoires	Spirométrie	Selon les directives
<b>Tumeur</b>	Des tumeurs dans les voies respiratoires centrales peuvent imiter les symptômes de l'asthme et/ou de la BPCO	Spirométrie (formation de plateaux dans la courbe débit-volume) CT thoracique	Opératoire ou interventionnel (techniques endoscopiques)
<b>Insuffisance cardiaque</b>	Du <i>wheezing</i> avec dyspnée à prédominance nocturne, peut être le reflet d'une congestion pulmonaire suite à une insuffisance cardiaque	BNP Imagerie thoracique Echocardiographie	Selon les directives
<b>VCD (<i>vocal cord dysfunction</i>)</b>	Dyspnée paroxystique striduleuse. Toujours objectivement inoffensive sur le plan fonctionnel. Fréquent chez les jeunes sportifs ambitieux. Attention à une chronicisation (le VCD peut cacher un problème psychosomatique)	Diagnostic clinique Spirométrie au début de la crise (aplanissement de la courbe débit-volume inspiratoire) Laryngoscopie au cours d'une crise	Rassurance. Exploration du caractère inoffensif. En cas de crises sévères et de menace de chronicisation: exploration psychosomatique
<b>Pneumopathie interstitielle</b>	En cas de BPCO, surtout les formes sévères et/ou à progression rapide, chez les jeunes patients, non ou peu fumeurs, penser pour le diagnostic différentiel à une sarcoïdose, une histiocytose ou une lymphangioléiomyomatose (LAM)	CT thoracique Biopsie pulmonaire	En fonction du diagnostic correct
<b>Déconditionnement</b>	Le manque de condition physique est omniprésent dans la quasi-totalité des dyspnées donnant lieu à une consultation médicale	Ergospirométrie	Mesures réadaptatives (TMC, réadaptation structurée en stationnaire ou ambulatoire)

avec poumons sains, inhalant plusieurs fois par jour un stimulant des récepteurs beta 2 adrénergiques (Ventoline®, Bricanyl®, etc.).

Les patients présentant un abus de beta 2 stimulants sont fréquents, aussi bien auprès des médecins de premier recours que chez les pneumologues. L'abus peut être extrême. Il existe ainsi des patients qui ont besoin d'un aérosol tous les 1-3 jours.

Les causes d'un tel abus sont multiples. Lors de la survenue d'un bronchospasme, il existe parfois un seuil de perception très bas. Dans ces cas-là, les inhalations sont faites selon le mot d'ordre: mieux vaut prévenir que guérir. Et ceci contrairement aux asthmatiques indolents, qui perçoivent uniquement les bronchospasmes sévères (*low perceivers*).

Bien souvent, le simple fait d'être anxieux à l'idée d'une crise peut également constituer un motif d'abus de beta 2 stimulants.

Le traitement pour un abus de beta 2 est par nature peu évident. La thérapie par le dialogue et la communication par information sont essentielles. L'auteur propose également à ces patients de tenir un journal dans lequel ils consignent leurs troubles, le nombre de doses administrées et les mesures du débit expiratoire de pointe (DEP). Ces dernières sont très utiles dans une perspective de biofeedback. Il faut ancrer dans les consciences qu'un DEP  $\geq 80\%$  de la meilleure valeur individuelle est normal et n'est en aucun cas une indication pour une inhalation.

### Traitement réactif de la BPCO: options

- Double broncho-dilatation maximale (LAMA et LABA)
- Corticostéroïdes topiques selon Gold III-IV/D ou en cas d'asthme concomitant
- Réadaptation stationnaire ou ambulatoire
- Oxygène et/ou VNI (ventilation non invasive ~ assistance ventilatoire à domicile). Attention: toujours évaluer si cela ne prolonge pas la souffrance du patient plutôt que sa vie.

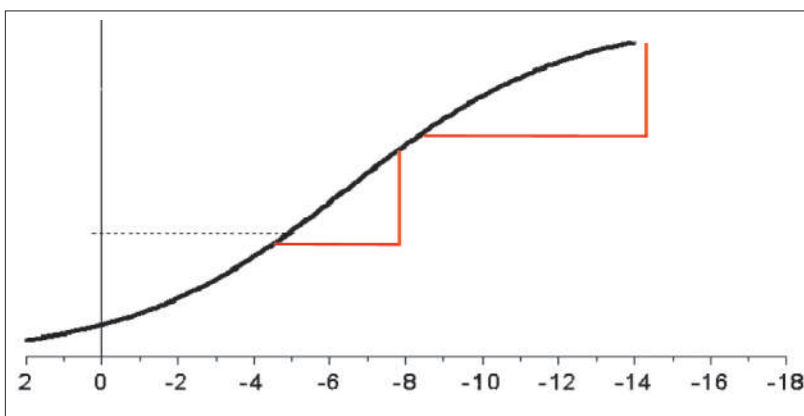


Figure 3: Travail respiratoire (pour plus de détails: se reporter au texte).

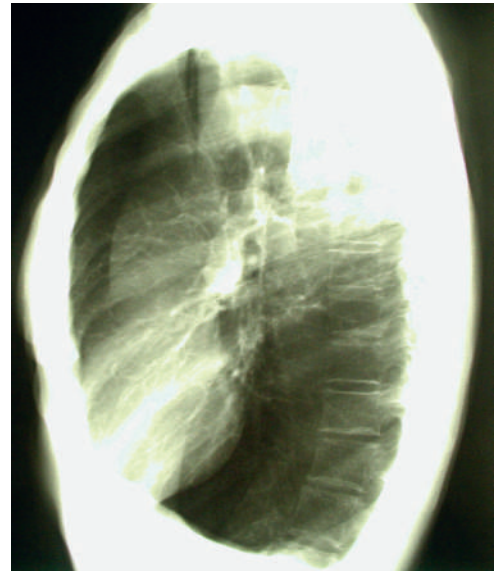


Figure 4: Poumons surdistendus avec diaphragme convexe vers le bas.

- Chirurgie de réduction du volume pulmonaire (*lung volume reduction surgery, LVRS*) par voie endoscopique ou par chirurgie ouverte
- Antidépresseurs, et ne pas avoir peur de la morphine!

L'oxygénothérapie à domicile et la VNI, cette dernière en cas d'hypercapnie symptomatique, peuvent améliorer significativement la qualité de vie de nombreux patients pulmonaires. Il a été démontré qu'elles permettent de prolonger la durée de vie. Il doit être évalué au cas par cas, avec le patient, les médecins de premier recours et les spécialistes, si le traitement prolonge la vie ou seulement la souffrance du patient. A cette fin, il convient de discuter avec le patient de la possibilité de directives anticipées.

La réduction du volume pulmonaire, autrefois par voie chirurgicale et aujourd'hui souvent par voie endoscopique (spiraies [coils], valves pour exclure les zones pulmonaires emphysemateuses), repose sur le principe du dégonflage, ce qui permet notamment de redonner au plus important muscle inspiratoire, soit au diaphragme, une meilleure position de départ, notamment plus convexe vers le haut, du côté des poumons. Le travail respiratoire nécessaire pour déplacer un certain volume courant est ainsi réduit.

Figure 3: En abscisse est représentée la pression transpulmonaire, une mesure qui reflète le travail respiratoire. En ordonnée, le volume pulmonaire dans la position respiratoire initiale. Pour déplacer un volume respiratoire semblable (ligne marron), en cas de position respiratoire initiale augmentée (plus convexe vers le bas), c'est-à-dire lors d'une surdistension pulmonaire, une pression transpulmonaire significative

ment accrue (ligne rouge) et par conséquent un plus grand travail respiratoire sont nécessaires. Le dégonflement (par LVRS, mais aussi partiellement à l'aide de bronchodilatateurs) conduit à une amélioration du rapport force-tension et ainsi à une optimisation du travail respiratoire.

L'ampleur de la surdistension pulmonaire peut être déterminée à l'aide de la pléthysmographie corporelle. On parle de surdistension sévère si le volume résiduel est >200%. Sur le plan qualitatif, une surdistention peut aussi être évaluée à l'aide d'une radiographie thoracique conventionnelle de profil. Plus le diaphragme est plat, plus la surdistension est prononcée, alors qu'un diaphragme convexe vers le bas est signe d'une surdistension gravissime (fig. 4).

Les patients atteints de dyspnée souffrent de dépression plus souvent que la moyenne. Un traitement antidépresseur adapté ne permet peut-être pas de réduire la dyspnée elle-même, mais au moins la perception que le patient en a. Les patients ne sont plus dominés ni dévorés par la dyspnée, et ils apprennent à mieux gérer le symptôme de la dyspnée (*coping*).

Le recours aux opiacés est encore bien trop rare dans le traitement de la dyspnée sévère, souvent par crainte de compromettre davantage la respiration. Cela n'est certainement pas infondé lors de l'administration d'opiacés à doses élevées. La dyspnée peut cependant être lourde et démoralisante à tel point qu'une dépression respiratoire peut être volontairement acceptée, à condition que cela permette d'atténuer quelque peu la dyspnée. Dans la littérature, il est maintes fois répété, et cela correspond parfaitement à l'expérience de l'auteur, que bien souvent, de faibles doses d'opiacés sont suffisantes (par ex. MST® 10 1/0/0/1).

### Dyspnée aiguë, affection sous-jacente identifiée et traitée de manière optimale. Que faire?

1. Demander de l'aide aux proches, aux connaissances  
→ Mettre les numéros d'urgence à portée de main du partenaire ou des connaissances
2. Se redresser et s'appuyer sur les bras
3. Ouvrir les fenêtres. Si disponible, administrer de l'oxygène à raison de 1 l/min, ou selon les prescriptions du médecin
4. Médication d'urgence  
→ Gouttes de morphine 2%, 10–20 gouttes toutes les 30 minutes  
→ Temesta® Expidet 2,5 mg à laisser fondre dans la bouche puis avaler avec un peu d'eau
5. Si pas d'amélioration, appeler de l'aide (médecin de famille, spécialiste ou 144)

### L'essentiel pour la pratique

La gestion du symptôme de la dyspnée dans les soins de premier recours est complexe et demande des connaissances approfondies ainsi que de l'expérience. Dans le diagnostic de la dyspnée aiguë, qui doit bien entendu être posé au plus vite, les analyses au chevet du malade suivantes sont d'une valeur inestimable: saturation en oxygène; NT-ProBNP, D-dimères, spirométrie et, dans un avenir relativement proche, les appareils à échographie portables.

Les causes les plus fréquentes de la dyspnée aiguë sont: exacerbations de l'asthme/de la BPCO, insuffisance cardiaque, troubles fonctionnels sous-jacents (hyperventilation, attaques de panique, dépression).

Les causes les plus fréquentes de la dyspnée chronique sont: asthme/BPCO, cardiopathies, surpoids, déconditionnement.

Chez les patients présentant une dyspnée et venant consulter, le manque d'activité physique est plus une règle qu'une exception. C'est pourquoi des mesures réadaptatives sont l'un des axes thérapeutiques non-médicamenteux les plus essentiels.

La dyspnée sévère chronique est souvent associée à la dépression. Le traitement antidépresseur ne peut-être pas réduire la dyspnée elle-même, mais il contribue à en réduire significativement la perception.

La réticence à prescrire des opiacés et des sédatifs dans le cas d'une dyspnée sévère réfractaire aux traitements est largement répandue, mais il s'agit d'une mauvaise stratégie.

Dans le cas où l'affection sous-jacente est sévère voire terminale et que le traitement de cette pathologie est optimal, la discussion avec le médecin devra inévitablement aborder les dernières questions de la vie. Si le patient souhaite établir des directives anticipées, il est essentiel de l'assister activement, tout comme pour un traitement.

#### Références

- 1 American College of Emergency Physicians. [www.acep.org/web-portal/Newsroom/NewsMediaResources/StatisticsData/default.htm](http://www.acep.org/web-portal/Newsroom/NewsMediaResources/StatisticsData/default.htm) (Accessed on February 04, 2006).
- 2 Simon PM, Schwartzstein RM, Weiss JW, Fencel V, Tehtsoonian M, Weimberger SE. Distinguishable types of dyspnoea in patients with shortness of breath. *Am Rev Respir Dis.* 1990;142:1009–14.
- 3 NT-proBNP testing for diagnosis and short-term prognosis in acute destabilized heart failure: an international pooled analysis of 1256 patients: the International Collaborative of NT-proBNP Study. *Eur Heart J.* 2006;27(3):330.
- 4 Kline JA, et al. Prospective multicentre evaluation of the pulmonary embolism rule-out criteria. *J Thromb Haemost.* 2008; 6(5):772.
- 5 Van Belle A, et al. Effectiveness of managing suspected pulmonary embolism using an algorithm combining clinical probability, D-dimer testing, and computed tomography. *JAMA.* 2006;295(2):172–9.
- 6 Abby Naimer S, et al. Sigh syndrome: Is it a sign of trouble? Sigh syndrome, which involves irrepressible, persistent sighing, may be stressful for the patient, but it's benign. *J Fam Pract.* 2008;57(1): E1–5.
- 7 Scott D, et al. Point-of-Care Ultrasound in Medical Education – Stop listening and look. *N Engl J Med.* 2014;370:1083–5.