

Item 354 – Détresse respiratoire de l'adulte

- = Ensemble des signes **respiratoires** témoignant de la gravité d'une affection de l'appareil respiratoire
- Annonce la survenue très prochaine d'une défaillance de appareil respi puis d'un **arrêt** cardiocirculatoire hypoxique
- **Attention** : DRA # SDRA qui résulte d'un œdème lésionnel du poumon (causes multiples)

Diagnostic

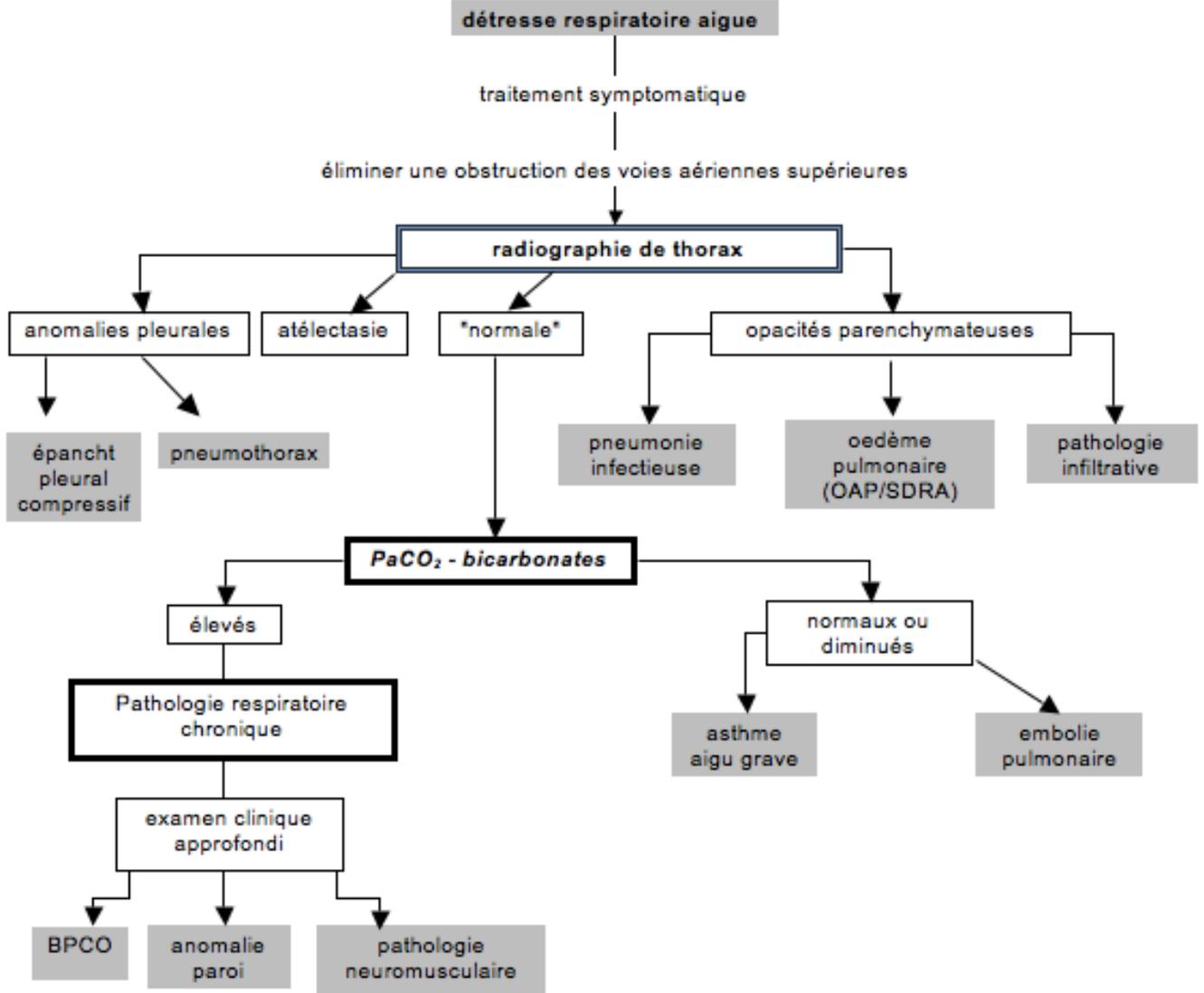
- + Rechercher signes neuro et hémodynamiques

Signes lutte	Signes faillite	Signes circulatoires
<ul style="list-style-type: none"> - Polypnée superficielle (<i>difficulté à parler, inefficacité toux</i>) # bradypnée (↔) défaillance neuro, gravité ++) - Recrutement muscles inspi/expir et tirage (<i>pouls inspiratoire, tirage intercostal, expiration abdominale active, battement des ailes du nez</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Respiration abdominale paradoxale - Cyanose (<i>Hb réduite > 5 g/dl, peu Se, Sp+++</i>) - Retentissement neuro (<i>astérisis, altération comportement et vigilance, agitation, confusion, désorientation spatio-temporelle, ralentissement idéo-moteur, obnubilation, trb conscience</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cœur pulmonaire aigu (<i>turgescence jugulaire, reflux hépato jugulaire, hépatomégalie douloureuse, signe de Harzer</i>). Etiologies : EP massive, pneumothorax compressif, AAG - Pouls paradoxal (= diminution PAS lors inspiration). Etio : AAG, tamponnade cardiaque - Signes en rapport avec hypercapnie : <ul style="list-style-type: none"> → Effet VD du CO₂ : céphalées, hypervascularisation des conjonctives → Réaction adrénergique au stress hypercapnique : trblt, sueurs, tachycardie, HTA - Insuffisance circulatoire ou état de choc (<i>peau froide, marbrures, augm temps recoloration, hypotension, tachycardie > 120 bpm, polypnée > 25-30 /min, oligurie, confusion, altération vigilance</i>)

Prise en charge

- **Urgence**
- Surveillance :
 - En continu : SAT, FC
 - /10 min : PA, FR
- Traitement :
 - **Oxygénothérapie**
 - **Pose veineuse** gros calibre
 - **Assistance ventilatoire**. Indication : respiration paradoxale, trb conscience, acidose respiratoire, hypoxémie réfractaire à oxygénothérapie
 - VNI : patients coopérants, décompensation BPCO, OAP cardiogénique
 - VI : si pas de défaillance respi isolée, 2^{ème} intention
- Investigation à visée diagnostique : Rx, ECG, GDS, NFS-plaquettes, iono, urée, créat, BNP, PCT (*procalcitonine, si doute pneumonie infectieuse*)

Etiologies



▪ **Obstruction des VAS :**

- Patient paniqué, mains au cou, pas de son, gesticule
- Bradypnée inspiratoire
- +/- dysphonie
- Causes : CE, laryngite, épiglottite, œdème de Quincke, sténoses trachéales, tumeur laryngée

▪ **DRA avec anomalies radiologiques :**

	Pneumonie infectieuse	OAP cardiogénique
Antécédents	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun - Parfois : immunodépression 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance cardiaque - Facteurs de risque cardio-vasculaires (HTA, diabète...)
Mode de début	<ul style="list-style-type: none"> - Brutal 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapidement progressif
Signes généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre élevée, frissons 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun
Signes fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Expectoration purulente - Douleur thoracique d'allure pleurale 	<ul style="list-style-type: none"> - Expectoration mousseuse, parfois rosée - Orthopnée
Examen physique	<ul style="list-style-type: none"> - Foyer de râles crépitants 	<ul style="list-style-type: none"> - HTA, tachycardie, râles crépitant bilatéraux prédominant à la partie inférieure des champs pulmonaires (sibilants possibles) - En cas d'insuffisance cardiaque droite associée : Oedèmes des membres inférieurs, turgescence jugulaire ou reflux hépatojugulaire

Signes radiologiques	- Opacités alvéolaires souvent systématisées, mais pas toujours (Figure 3)	- Opacités alvéolaires bilatérales, diffuses, périhilaires (Figure 4)
Signes biologiques	- Syndrome inflammatoire - Hyperleucocytose - Antigénurie Legionelle et Pneumocoque - Elévation de la PCT	- Elévation du BNP ou du NT-proBNP
Examens Complémentaires		- ECG - Echographie cardiaque

Sinon SDRA, exacerbation de pneumopathies infiltratives diffuses

▪ **DRA sans anomalies radiologiques :**

- Clinique et GDS : +++
- **Décompensation d'une pathologie respi chronique**
 - Mécanisme : altération pptés mécaniques du système respi, diminution capacité à lutter contre les charges, ou les 2
 - Etiologies :
 - BPCO +++ (*TCD tbac, bronchite chronique, distension thorax, muscles respi accessoires hypertrophiés, sibilants/ronchi*)
 - Affection de la paroi thoracique (*obésité, déformation*)
 - Pathologies neuromusculaires
 - Facteurs de décompensation : infectieux, dysfonction cardiaque gauche, EP, (*pneumothorax, Tt sédatifs/opiacés, chirurgie abdo susmésocolique, trauma/chir thorax*)
- **Pathologies respiratoire aigüe de novo** : EP, pneumothorax compressif, AG

	Embolie pulmonaire	Pneumothorax	Asthme aigu grave
Antécédents	- Facteurs de risque de maladie thromboembolique veineuse : immobilisation, ...	- Sujet longiligne - Tabagisme, Cannabis - Pathologie respiratoire chronique "à risque" sous-jacente (lésions bulleuses ou kystiques)	- Asthme connu
Mode de début	- Rapide voire brutal	- Brutal, parfois déclenché par un effort	- Précédé en général d'un asthme instable ou exacerbations
Signes généraux	- Fébricule	- Aucun	- Aucun
Signes fonctionnels	- Douleur latéro-thoracique - Toux non productive - Crachats hémoptoïques (rares)	- Douleur latéro-thoracique - Toux non productive	- Dyspnée expiratoire - Toux productive purulente (fréquente)
Examen physique	- Auscultation normale - Turgescence jugulaire ou reflux hépatojugulaire	- Abolition des vibrations vocales et du murmure vésiculaire - Tympanisme à la percussion thoracique	- Freinage - Râles sibilants ou silence auscultatoire
Signes radiologiques	- Radiographie normale ++ - Ascension de coupole - Atélectasie en bande - Opacité périphérique (infarctus) - Epanchement pleural	- Hyperclarté délimitée par une ligne pleurale	- Distension thoracique

Syndrome de Détresse Respiratoire Aigüe de l'adulte

▪ **DRA (<7j) + anomalies radio (opacités alvéolaires bilatérales diffuses) + abs de défaillance cardiaque/surcharge volémique**

▪ Sévérité :



▪ Mécanisme :

- Œdème lésionnel du poumon
- Pas d'augmentation de la P° hydrostatique microvasculaire
- Augmentation perméabilité barrière endothéliale pulmo
- ET avec lésions anatomopathologiques de dommage alvéolaire diffus

▪ Etiologies :

Agression exogène (« épithéliale »)

Infectieuse ou Toxique

Agression endogène (« endothéliale »)

Toute pathologie s'accompagnant d'un syndrome de réponse inflammatoire systémique, quelle qu'en soit la cause, est susceptible d'entraîner un SDRA

- Pneumonie bactérienne
- Pneumonie virale (grippe maligne, varicelle...)
- Pneumonie parasitaire ou fongique (pneumocystose...)
- Inhalation de fumées toxiques
- Inhalation de liquide gastrique (syndrome de Mendelson)
- Noyade
- Tout sepsis sévère, quel qu'en soit l'agent pathogène et la porte d'entrée
- Pancréatite aiguë
- Embolie amniotique
- Circulation extracorporelle
- Transfusions massives
- Polytraumatisme
- Brûlures étendues