

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

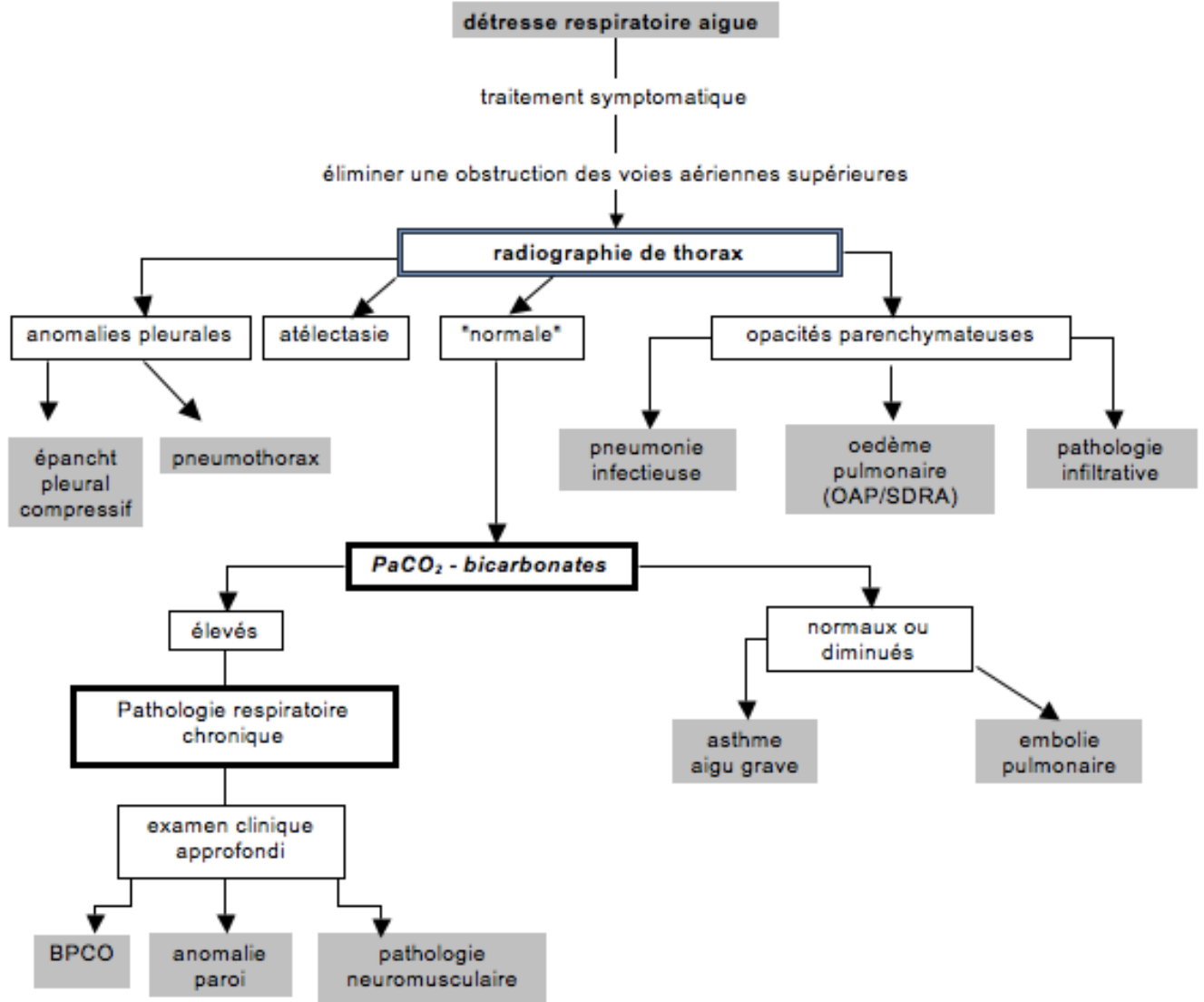
- + Rechercher signes neuro et hémodynamiques

Signes lutte	Signes faillite	Signes circulatoires
- Polypnée superficielle (<i>difficulté à parler, inefficacité toux</i>) # bradypnée ($\Leftrightarrow$ défaillance neuro, gravité ++) - Recrutement muscles inspi/expi et tirage (<i>pouls inspiratoire, tirage intercostal, expiration abdominale active, battement des ailes du nez</i>)	- 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>)	- 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 : → 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, oedème de Quincke, sténoses trachéales, tumeur laryngée

■ DRA avec anomalies radiologiques :

	Pneumonie infectieuse	OAP cardiogénique
Antécédents	- Aucun - Parfois : immunodépression	- Insuffisance cardiaque - Facteurs de risque cardio-vasculaires (HTA, diabète...)
Mode de début	- Brutal	- Rapidement progressif
Signes généraux	- Fièvre élevée, frissons	- Aucun
Signes fonctionnels	- Expectoration purulente - Douleur thoracique d'allure pleurale	- Expectoration mousseuse, parfois rosée - Orthopnée
Examen physique	- Foyer de râles crépitants	- 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 :**

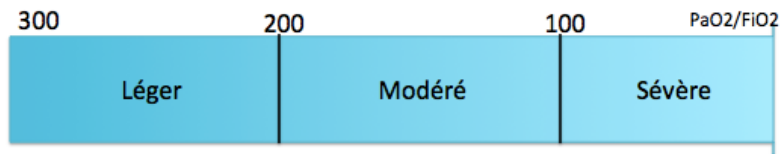
- Clinique et GDS : +++
- **Décompensation d'une pathologie respi chronique**
 - Mécanisme : altération ppts mécaniques du système respi, diminution capacité à lutter contre les charges, ou les 2
 - Etiologies :
 - BPCO +++ (*TCD tbac, bronchite chronique, distension thorax, muscles respi accessoires 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

- Pneumonie bactérienne
- Pneumonie virale (grippe maligne, varicelle...)
- Pneumonie parasitaire ou fongique (pneumocystose...)
- Inhalation de fumées toxiques
- Inhalation de liquide gastrique (syndrome de Mendelson)
- Noyade

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

- 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