



Dyspnée aiguë d'origine respiratoire

Dr Elodie SIGUR, Dr Marie MITTAINE,

Service de Pneumo Allergologie Pédiatrique Hôpital des Enfants CHU de Toulouse



8ème Journées d'Urgences Pédiatriques 1 octobre 2020



• **9h45 – 10h30 –** Dyspnée aiguë d'origine respiratoire (étiologies, critères de gravité, démarche diagnostique)

Dr Elodie Sigur, pneumo-pédiatrie, CHU Toulouse

- *Pause 30 min*
- 11h00-12h00 Dyspnée aiguë d'origine extrapulmonaire

Dr Marie Mittaine, Dr Elodie Sigur, pneumo-pédiatrie, CHU Toulouse

Plan

- Définition
- Physiopathologie
- Dyspnées aiguës d'origine respiratoire :
 - **≻**Etiologies
 - ➤ Examen clinique
 - > Examens complémentaires
- Arbre décisionnel et prise en charge en fonction de l'âge
- Points clés

Définition

- Inconfort, difficulté respiratoire, sensation subjective
- Chez l'enfant : expression différente de l'adulte
 - Nourrisson : gêne ou respiration anormale constatée par les parents, difficultés à téter, altération de la croissance
 - >24 mois : « fatigue », gêne thoracique, pas de plainte ...
- → Importance de l'examen clinique au moment de la dyspnée

Physiopathologie

 Commande respiratoire automatique par les centres respiratoires du tronc cérébral et régulée par l'intermédiaire de récepteurs avec possibilité de contrôle volontaire par le cerveau

Condition d'apparition d'une dyspnée



Inadéquation entre besoins ventilatoires et possibilité d'accroître la ventilation

Physiopathologie

- Altération aiguë de l'**hématose** en rapport avec la défaillance d'un ou plusieurs composants du système respiratoire
 - ➤ Voies aériennes
 - **≻**Parenchyme
 - **≻**Plèvre
 - **≻** Vaisseaux
 - ➤ Muscles respiratoires
 - ➤ Commande respiratoire

Physiopathologie

Cause cardiaque

Cause neurologique

Cause digestive

Tractus respiratoire, poumon, paroi thoracique Commande ventilatoire:

- ChémoR
- MécanoR



Emotions

Décompensation métabolique

Exercice

Obstruction
Infection
Compression
Faiblesse des muscles respiratoires



ETIOLOGIES DES DYSPNEES D'ORIGINE RESPIRATOIRE

1. Obstructive:

- Sus-glottique : Laryngite, Epiglotte, Abcès rétro-pharyngé, Corps étranger, Paralysie laryngée, Tumeur
- Sous-glottique : Trachée, Décompensation aiguë pleurésie, Corps étranger

2. Non obstructive

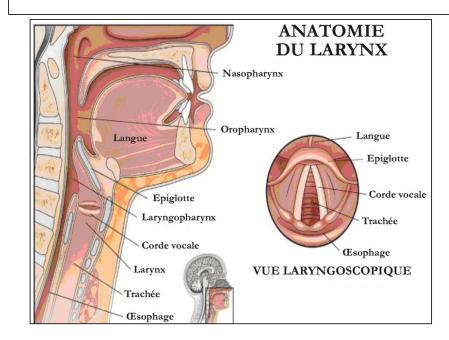
• Atteinte parenchymateuse : Pneumopathie d'origine virale ou bactérienne

Dyspnée obstructive

Inspiratoire: obstruction haute

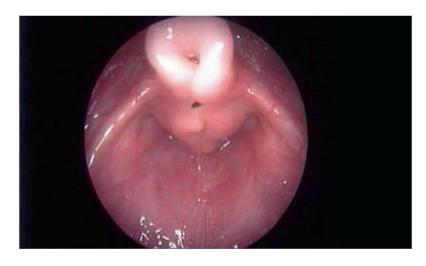
Dyspnée « bruyante » signes de lutte

- Nasale : virale, Végétations, atrésie, Corps Etranger (CE)
- Pharyngée: HA, Abcès rétropharyngé, CE
- Laryngée: laryngite, angiome sous glottique, CE, Laryngomalacie, Paralysie des CV
- Dyskinésie laryngé



Dyspnée obstructive inspiratoire

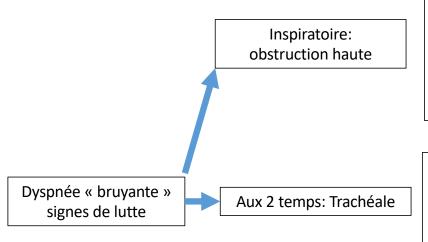
- Nouveau-né : anomalie anatomique, obstruction des cornets, rhinite
- Nourrisson: angiome sous glottique, Corps Etranger (CE), laryngomalacie, laryngite
- Enfant : laryngite, CE, Epiglottite





strasbourg.fr/sites/default/files/documents/JAMU2012/01.pdf

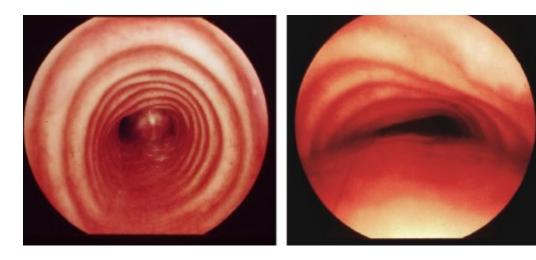
Dyspnée obstructive



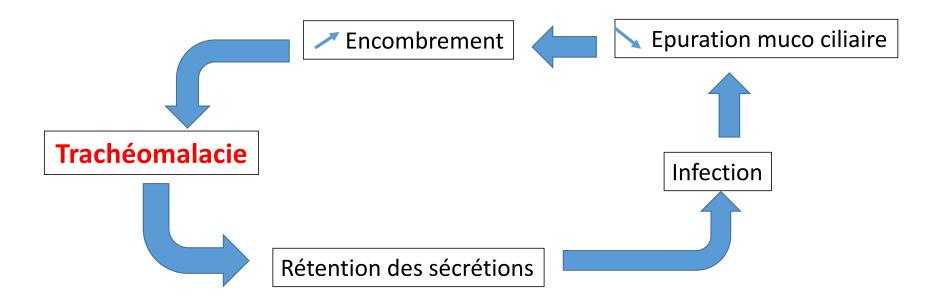
- Nasale (virale, Végétations, atrésie, CE)
- Pharyngée (HA, Abcès rétropharyngé, CE)
- Laryngée (laryngite, angiome sous glottique, CE, Laryngomalacie, Paralysie des CV)
- Dyskinésie laryngée
- CE
- Compression: vasculaire (Double arc aortique), malformation, ADP
- Trachéomalacie
- Trachéite

Dyspnée obstructive aux 2 temps

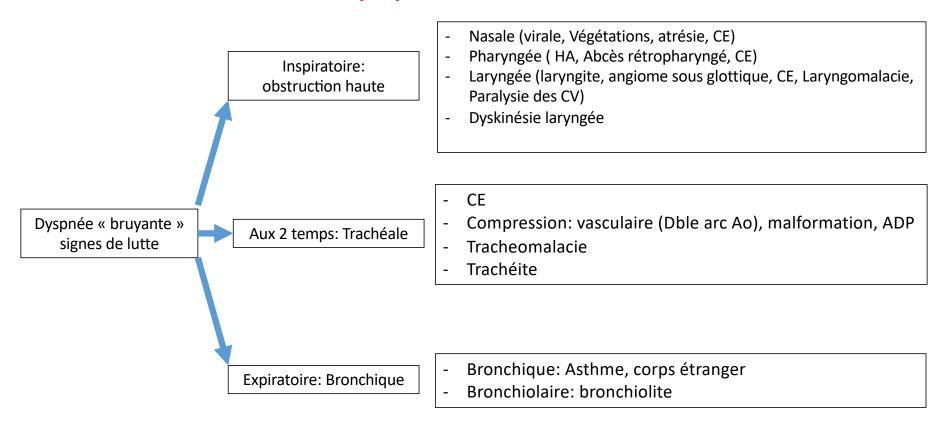
- Nouveau-né : Compression vasculaire
- Nourrisson : Trachéomalacie, Corps étranger
- Enfant : Trachéite, Corps étranger



Trachéomalacie



Dyspnée obstructive



Dyspnée obstructive expiratoire

• Nouveau-né, Nourrisson : Bronchiolite, cause Extrarespiratoire

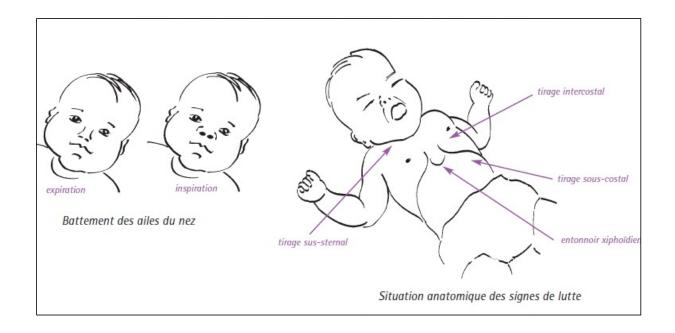
• Enfant : Asthme

Corps étranger

Tout ce qui siffle n'est pas asthme, Savoir bien caractériser

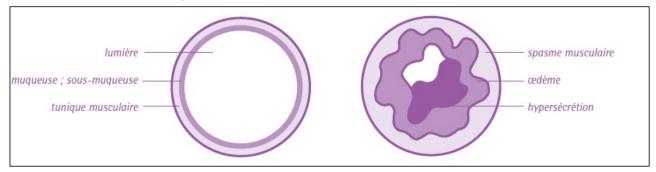


- Age < 24 mois
- Vigilance pour les < 6 semaines
- Dégradation rapide
- Surveillance clinique accrue
 - ≻FR
 - ➤ Signes de lutte
 - ➤ Tolérance des tétées



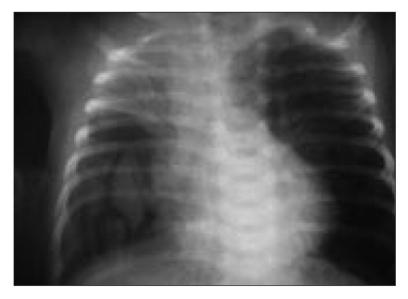
http://aquirespi.fr/_pages/bronchiolite/doc/guide_pro.pdf

- Avant 4/6 mois: Pas de nébulisation de beta2mimétique
- Sibilants peuvent être d'origine différentes (sécrétion, inflammation, abrasion muco ciliaire)



- Si secrétant ++ tester adrénaline
- Si asthme du nourrisson ou terrain atopie, Beta2 testable

- Proclive
- Mise en place rapide de la Sonde Naso Gastrique
- Bilan sanguin non nécessaire \rightarrow risque d'épuiser le nourrisson



Dyspnée non obstructive

Atteinte parenchymateuse ou pariétale

- Pneumopathie infectieuse
- Pleurésie
- Pneumothorax
- Traumatique, fracture osseuse cage thoracique

Dyspnée « silencieuse» +/- signes de lutte

Dyspnée non obstructive

Pneumopathie infectieuse Atteinte parenchymateuse Pleurésie ou pariétale Pneumothorax Traumatique, fracture osseuse cage thoracique Dyspnée « silencieuse» +/- signes de lutte Sans signe de lutte, Origine centrale (TC, infectieux) ORIGINE EXTRA RESPIRATOIRE auscultation normale Métabolique Anémie Gastroenterologique.... Signes Insuffisance cardiaque

Démarche diagnostique

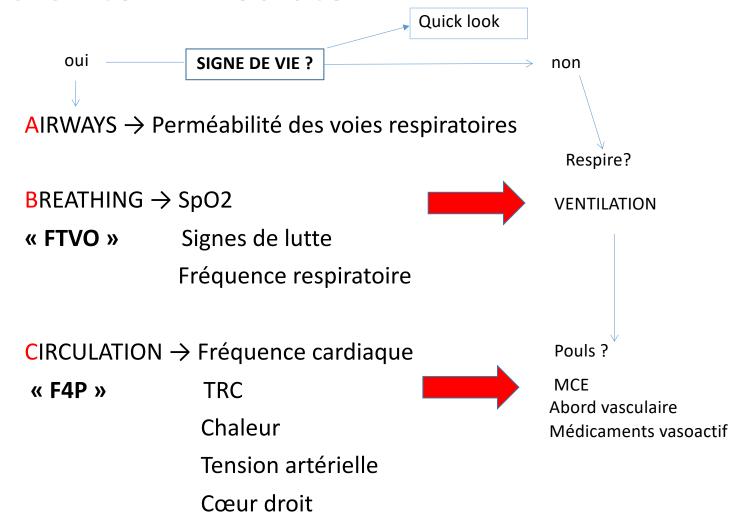
- Fonction de l'âge
- Fonction du caractère obstructif ou non
- Fonction du type d'obstruction
- Fonction de l'interrogatoire

Démarche diagnostique et interrogatoire primordial

- INTERROGATOIRE (si possible)
 - > Antécédents
 - ➤ Mode de début: brutal, progressif
 - ➤ <u>Signes associés:</u> virose, rhinite
 - <u>Fièvre</u> (attention FR et fièvre de l'enfant),
 - Recherche autres causes extrarespiratoire (diabète anémie, prise toxiques ou médicamenteux....)

→ Sinon évaluer la gravité immédiate: RANP

Gravité immédiate



INSPECTION: Temps d'observation au calme PRIMORDIAL

• Fréquence Respiratoire :

	0- 1 mois	1 -24 mois	2-4 ans	4-10 ans	>10 ans
FR/min normale	40	30	20	18	15
FR/min anormale	<20 ou >60		<15 ou >40	<15 ou > 30	<10 ou >30

- <u>Temps de la dyspnée</u>: I/E/2 temps, Bradypnée inspiratoire, expiratoire
- <u>Voix et timbre de la toux :</u> rauque, étouffée, aboyante

	Temps dyspnée	Bruit	Voix	Toux	Tirage
NASAL	Inspiratoire	0	Normale	0	Sous angulo maxillaire
SUPRALARYNGE	Inspiratoire	Stridor aigu	Etouffée	Normale	Epigastrique, Susclaviculaire, Intercostal
LARYNGE	Inspiratoire	Stridor aigu	Eteinte	Rauque	Epigastrique, Susclaviculaire, Intercostal
TRACHEAL	Aux 2 temps	Cornage/wheezing	Normale	Aboyante	Basithoracique
BRONCHIQUE	Expiratoire	Sibilants audibles ou 0	Difficultés à parler	Sèche ou absente	Tous types

• Signes de gravité :

- ➤ Signes de lutte: Tirage, au maximum disparition des signes de lutte
- ➤ Signes d'hypoxie: Cyanose, Pâleur
- ➤ Signes d'hypercapnie,: Sueurs, HTA, Tachycardie
- ➤ Retentissement hémodynamique
- ➤ Troubles de la conscience (RANP)

• PALPATION:

- ➤ Tuméfaction sur le tractus respiratoire: tuméfaction, ADP...
- ➤ Recherche de signes de décompensation cardiaque: TJ, HSMG

AUSCULTATION, PERCUSSION :

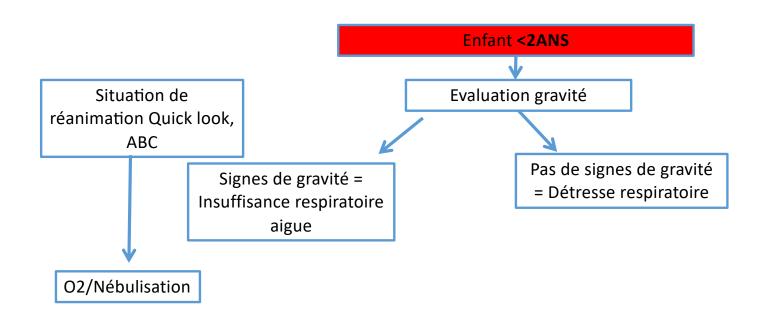
- ➤ Obstruction inspiratoire/expiratoire/deux temps
- > Silence auscultatoire
- ➤ Crépitants, Ronchis, Sibilants
- ➤ Matité déclive

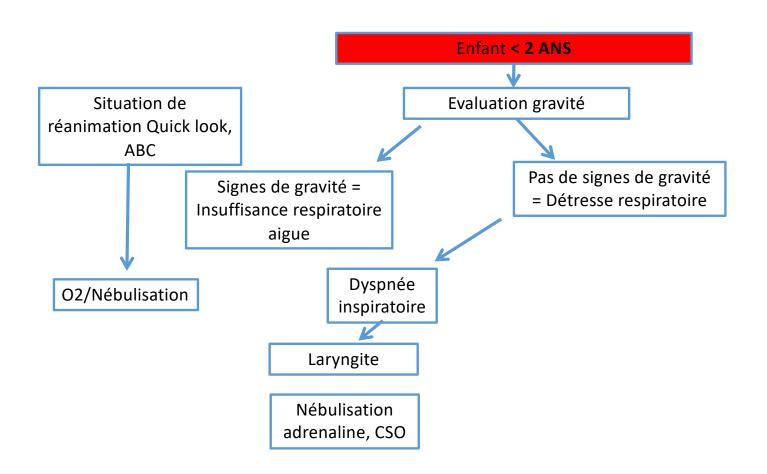
Examens complémentaires

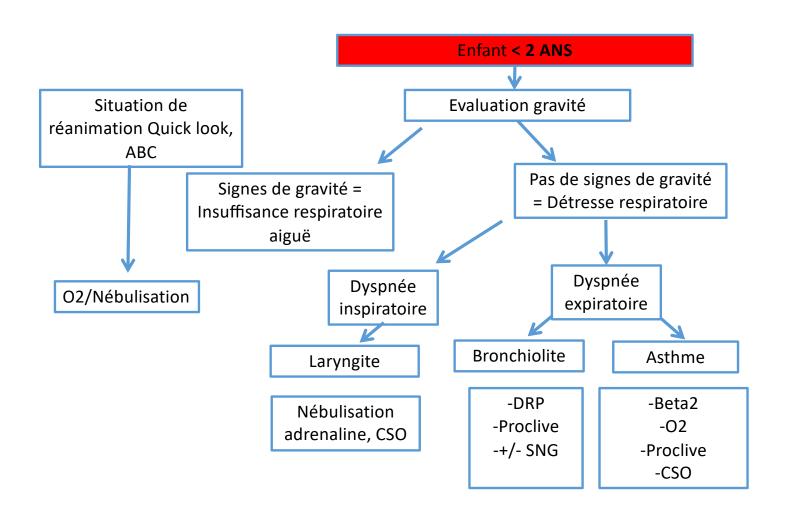
- Saturation, oxymétrie
- Radiographie Thoracique
- Gazométrie (si signes de gravité)

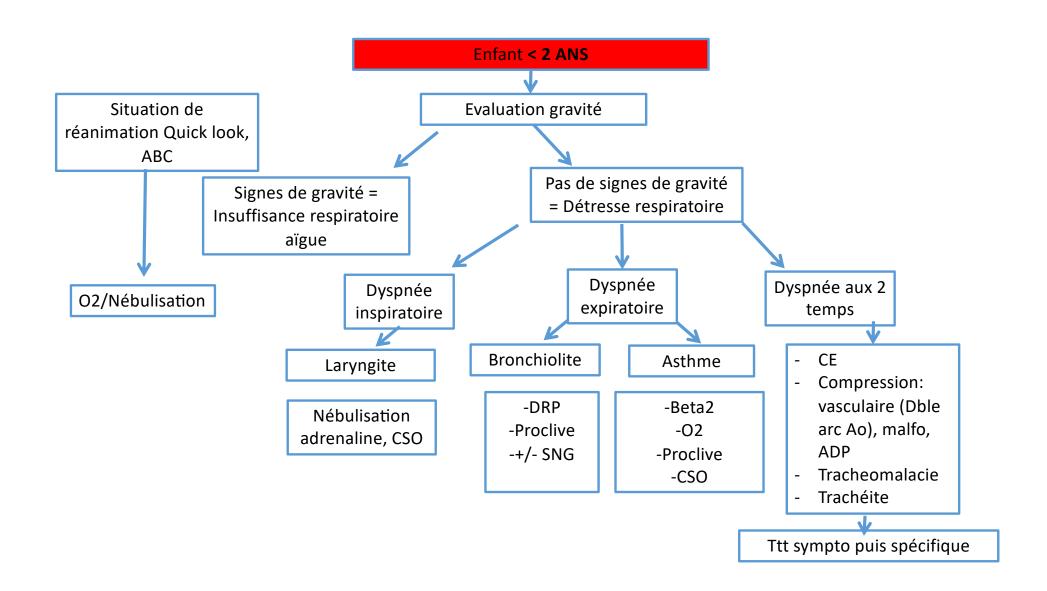
Prise en charge initiale

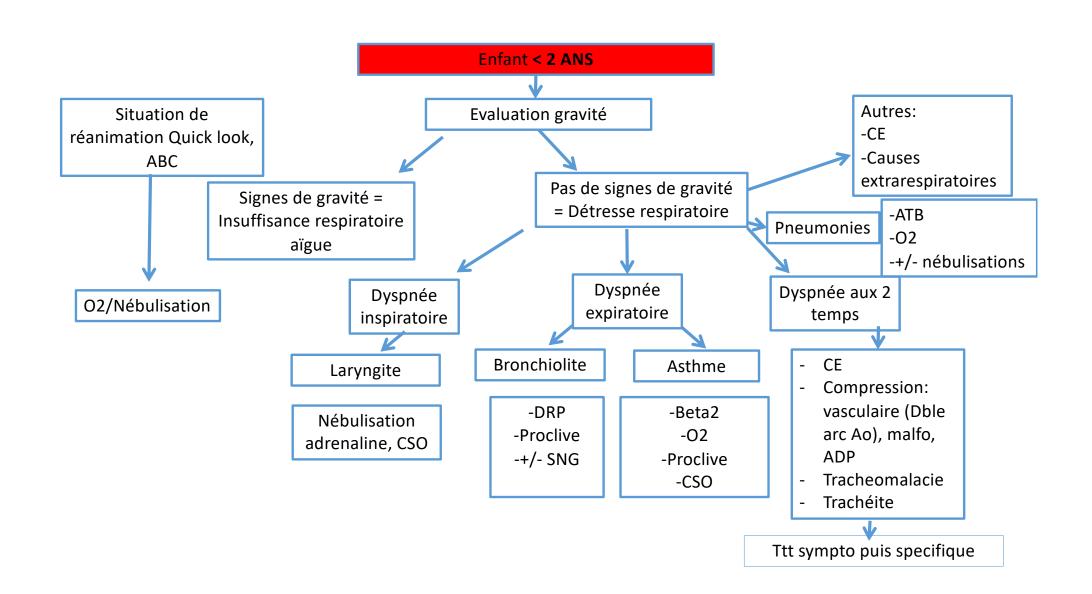
- Proclive
- Réassurance
- 02
- Si Danger immédiat → RANP
- Prise en charge thérapeutique avant tout examen complémentaire si besoin (Hydratation, nébulisation...)

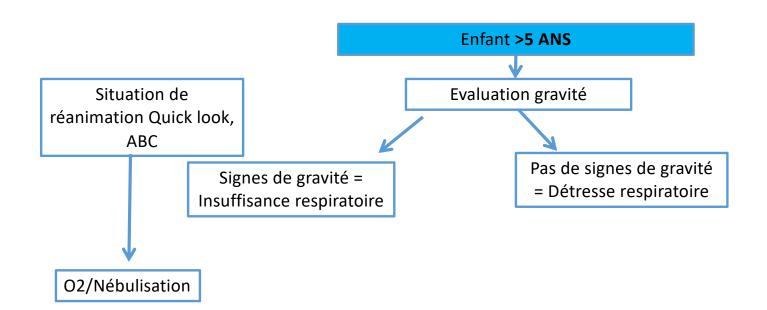


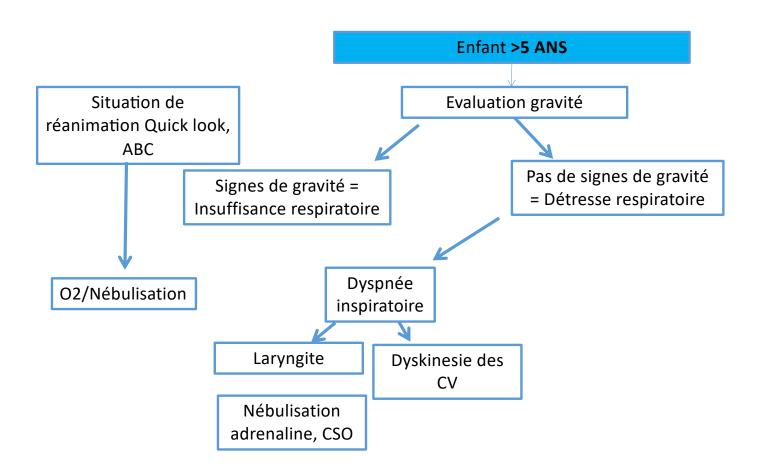


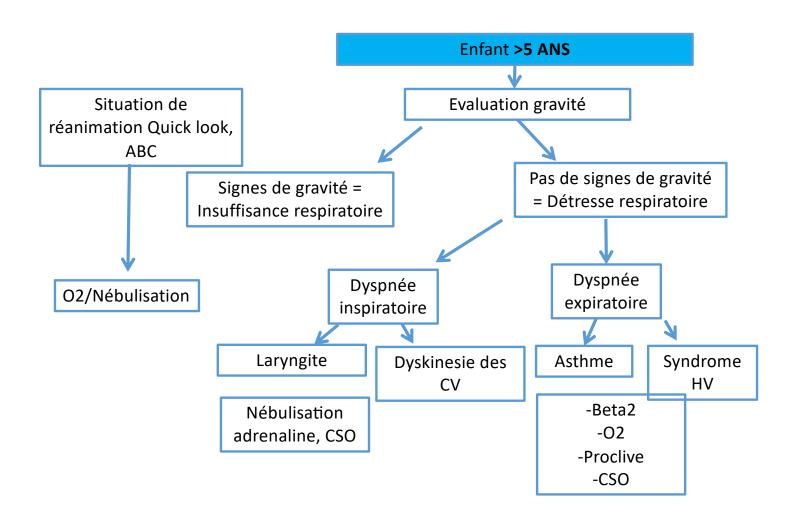


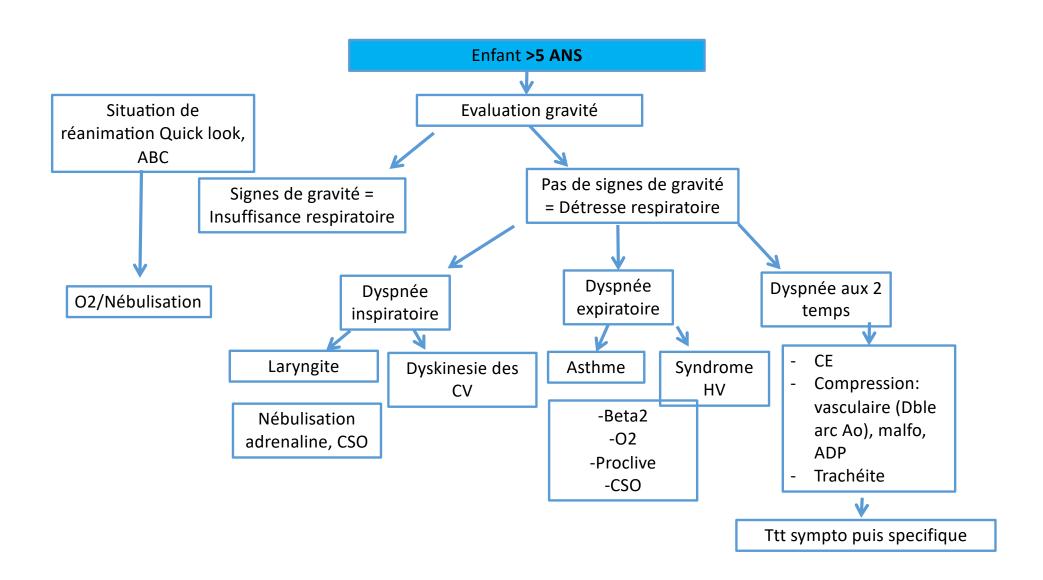


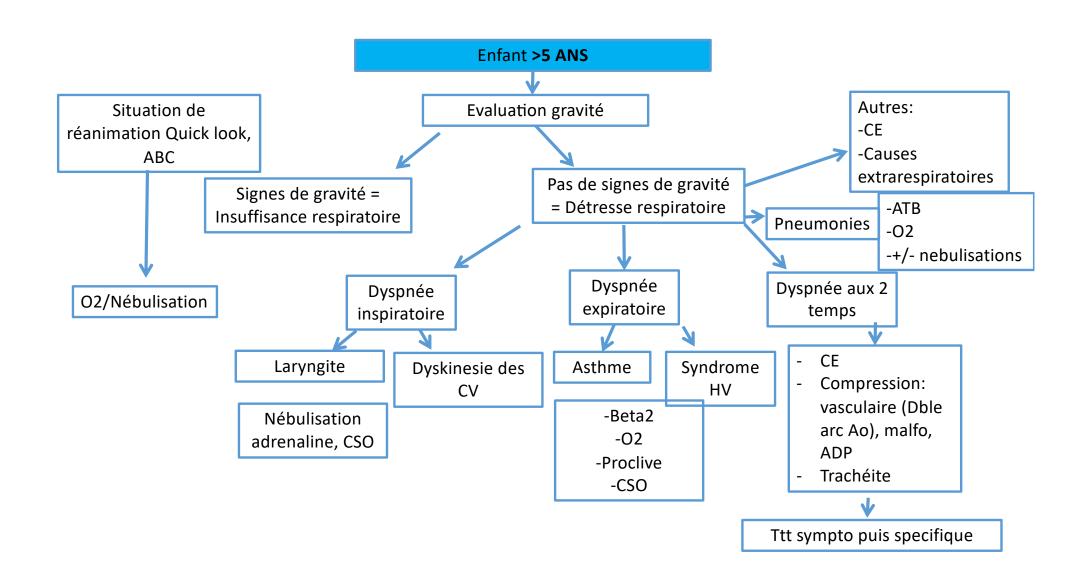








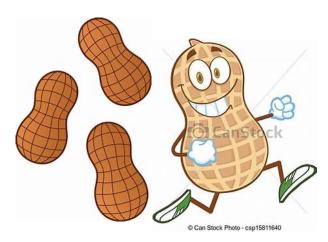




Points clés

- Examen clinique au calme PRIMORDIAL
- Raisonner en fonction de la localisation de l'obstruction
- Fonction de l'âge
- Traitement spécifique initié avant réalisation d'examens complémentaires





Merci de votre attention

