

Dyspnée d'origine extrapulmonaire

Dr Marie MITTAINE, Dr SIGUR Elodie

Service de Pneumo Allergologie Pédiatrique
Hôpital des Enfants
CHU de Toulouse

01/10/2020



DYSPNEE D'ORIGINE EXTRA PULMONAIRE

1. Cardiovasculaire:
 - Myocardite, péricardite, HTAP, EP
2. Métaboliques
 - Acidose, acidocetose
 - Anémie
3. Neurologique:
 - Amyotrophie Spinale infantile, Myasthénie
 - Particularité de la dyspnée chez les patients neuro-musculaires
4. Digestives
5. Dyskinésie des cordes vocales
6. Syndrome d'hyperventilation
7. Allergie

Dyspnée cardio-vasculaire (1)

- Grave, urgent, y penser
- **Myocardite aiguë virale :**
 - contexte infectieux viral
 - Evolution aigue ou subaiguë
 - **Signes hémo-dynamiques** + IVD et IVG
 - Biologie : augmentation troponine, BNP
 - Rx T, ECG : souvent anormal mais aspécifique
 - Echocardiographie : hypertrophie parois ventriculaires, altération globale ou segmentaire de la fonction ventriculaire
 - Recherches virales : Parvovirus B19, HHV6, Coxsackies, adénovirus, EBV, CMV, grippe ...

Dyspnée cardio-vasculaire (2)

- **Péricardite** :
 - douleur > dyspnée
 - Chez l'enfant difficulté d'expression (dyspnée versus douleur versus gêne thoracique)
 - Interrogatoire, examen clinique précis
 - RxT, ECG, échocardiographie
- **HTAP** : Plutôt chronique. Signes d'IVD. Hypoxémie réfractaire. Diagnostic par échocardiographie
- **Embolie Pulmonaire** :
 - rare ++ chez l'enfant pré-pubère.
 - Facteurs de risque.
 - Dyspnée brutale, aiguë. Attention à la fréquence respiratoire
 - ECG/ gazo artérielle, RxT, D Dimères, Echo doppler veineux et angio scanner

Dyspnée métabolique

- Acido-cétose **diabétique** → un dextro devant toute dyspnée sans cause respiratoire évidente
- Acidose métabolique :
 - penser à l'**intoxication** !
 - Attention si acidose métabolique sans hyperglycémie, avec trou anionique élevé → découverte maladie métabolique de l'enfant ? Faire bilan métabolique.
- **Anémie** :
 - Anémie aigüe : affinité Hb pour O₂ inchangée → transport d'O₂ compensé par augmentation débit cardiaque
 - Anémie chronique : Diminution affinité Hb pour O₂ → meilleure libération de l'O₂ dans les tissus

Dyspnée révélatrice d'une maladie neurologique

- **Amyotrophie Spinale Infantile**

- Nourrisson
- Tirage sous costal, polypnée, stridor
- Troubles de la déglutition
- Hypotonie
- Abolition des ROT

- **Myasthénie**

- Rare mode de révélation
- Troubles de la déglutition associés
- Fluctuant

- Crise convulsive à forme dyspnéisante : rarement isolée
- Tumeur cérébrale → dyspnée neurologique

→ Examen neurologique clinique complet (tonicité, ROT ...)

Cas clinique : anamnèse

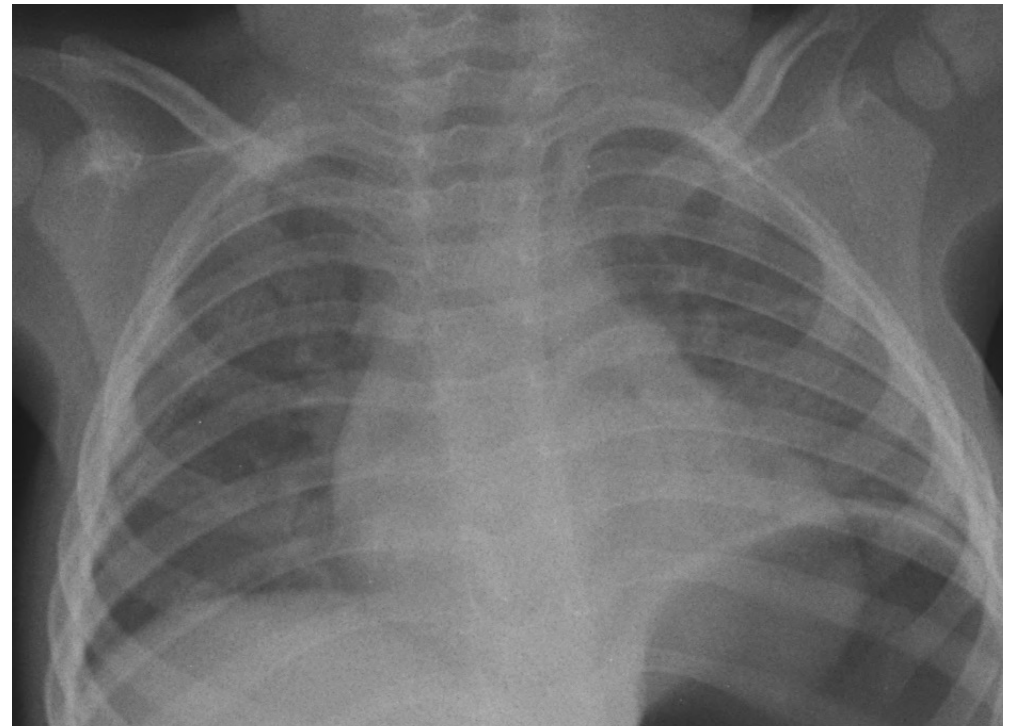
- Eth ... 20 mois
 - Pas d'antécédent, vaccins à jour
 - Rhinite depuis 24h, 1 épisode de cyanose la veille au soir
 - Apparition de difficultés respiratoires avec position couchée impossible + refus alimentaire et hypersialorrhée
 - Pas de syndrome de pénétration, ni fièvre, ni contagage
- ➔ Consultation aux urgences

Cas clinique : examen clinique

- FR = 30. Saturation 97 %. Dyspnée aux 2 temps, signes de lutte (tirage sus-sternal et léger balancement thoraco-abdominal), sans bruits surajoutés à l'auscultation.
- Adénopathies cervicales, pas d'hépatosplénomégalie.
- Sur le plan neurologique: enfant éveillée, consciente, sans déficit moteur, ni anomalies des paires crâniennes, pupilles symétriques et réactives, réflexes ostéotendineux bilatéraux symétriques.

Cas clinique

- Fibroscopie bronchique : larynx non inflammatoire, cordes vocales en abduction, pas de corps étranger
- Fibroscopie digestive : pas de corps étranger
- O2 dépendance au bloc opératoire → IOT et transfert réanimation



Cas clinique : évolution

- Echec d'extubation : désaturation rapide et profonde, pas de mouvement respiratoire malgré sevrage de la sédation
 - Reprise interrogatoire :
 - plusieurs épisodes de fausse-route pendant les repas
 - un refus de biberon avec troubles de déglutition
 - un épisode de déplacement sur les fesses quelques jours avant
- ➔ EMG = Syndrome myasthénique

Caractéristique de la dyspnée dans les myopathies

- Rarement révélateur de la maladie
- Peu de signes de lutte
- Risque de fausses-routes → observer un repas
- Décompensation rapide

Dyspnée extra-pulmonaire digestive

- **Ascite, compression abdominale** : Examen clinique global ++ avec recherche de ballonnement, distension abdominale, Hépatosplénomégalie
- **Corps étranger oesophagien** :
 - Enfant jeune
 - Dyspnée trachéale

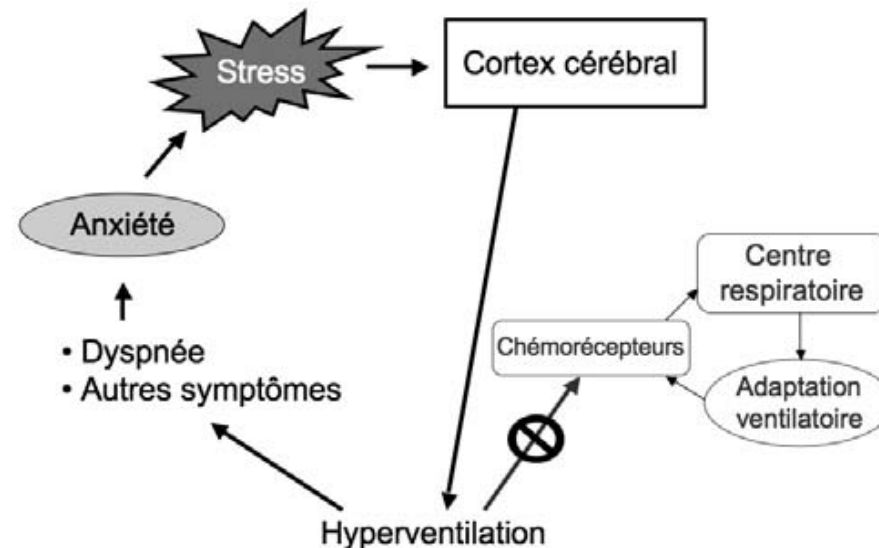
Cas clinique

- Ax... 18 mois
- Au cours d'un repas, syndrome de pénétration
- Dyspnée aux deux temps, signes de lutte respiratoire, saturation à 94 % en air ambiant, fluctuant
- Radiographie thoracique normale
- Fibroscopie bronchique : compression extrinsèque postérieure 1/3 moyen de la trachée, rétrécissant le calibre de 2/3
- Fibroscopie digestive : abricot sec 1/3 supérieur de l'oesophage

Syndrome d'hyperventilation (spasmophilie)

*Syndrome caractérisé par une variété de symptômes somatiques induits par une hyperventilation **physiologiquement inappropriée** et **reproductible**, en tout ou en partie par une hyperventilation volontaire*

- Enfant, adulte
- 5-10% de la population
- X 2 fille
- Terrain anxieux
- Effort



Syndrome d'hyperventilation

- Diagnostic d'exclusion après avoir éliminé
 - Hyperventilation physiologique
 - ✓ Hormonale : grossesse, 2^e partie cycle menstruel
 - ✓ Altitude
 - ✓ Hyperthermie, douleur
 - ✓ Activité physique
 - Diabète, intoxication
 - EP, IDM chez l'adulte ...
- Volontiers associé à une exacerbation d'asthme

Syndrome d'hyperventilation

Tableau 2. Questionnaire de Nijmegen.

	0	1	2	3	4
	Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent
Douleur thoracique					
Sensation de tension					
Troubles de la vue/vertiges					
Confusion ou perte de contact avec la réalité					
Respiration rapide ou profonde					
Respiration courte					
Oppression thoracique					
Ballonnement épigastrique					
Fourmillements des extrémités supérieures					
Manque d'air					
Difficulté à respirer profondément					
Raideur ou crampes des doigts et des mains					
Crispation des lèvres					
Froideur des extrémités					
Palpitations					
Anxiété					

Seuil =23 points /64 : en faveur d'un syndrome d'hyperventilation

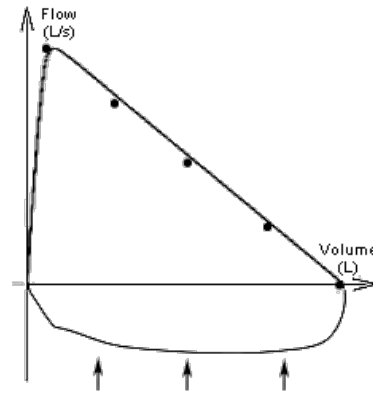
➔ Eliminer une urgence somatique, ne pas multiplier les examens/intervenants si chronique. Epreuve d'effort cardio-respiratoire

Dyskinésie des cordes vocales

- adduction paradoxale intermittente des cordes vocales → obstruction fonctionnelle de la glotte, sans atteinte laryngée organique
- *50% associée à une exacerbation d'asthme*
- Début brutal, imprévisible
- Dyspnée inspiratoire +/- stridor +/- signes de lutte
- Aphonie (40 %), enrouement (18%), difficultés à parler
- **Cinétique d'évolution / réponse au traitement ≠ asthme**

Dyskinésie des cordes vocales

- EFR peut être évocatrice : courbe inspiratoire aplatie



- Fibroscopie ORL per critique → diagnostic. Normalité n'exclut pas le diagnostic
- PEC : orthophonie, sophrologie ...

Allergie

- Œdème de Quincke :
 - Œdème laryngé, voix modifiée, dyspnée aux deux temps
 - +/- association à d'autres signes d'allergie
 - Facteur déclenchant à rechercher ++ (liste des aliments/médicaments consommés **à noter**)
- Angio-œdème neurotique héréditaire
 - Œdème sans urticaire ni facteur allergique franc
 - Atcd familiaux ?
 - Association douleurs abdominales ?
- Allergie alimentaire révélée par crise d'asthme brutale
 - Facteur déclenchant à rechercher
 - Volontiers si patient asthmatique
 - Signes d'allergie associés ?
 - **Traitement = adrénaline**

Dyspnée extra-pulmonaire : conclusion

- En urgence, penser myocardite et diabète
- Dyspnée aiguë peut être révélatrice d'une pathologie chronique extra-respiratoire
- Examen clinique COMPLET
- Syndrome d'hyperventilation et dyskinésie des cordes vocales peuvent être associées à l'asthme mais sont différent de l'asthme !