

# Item 198 : Dyspnée aiguë et chronique (Evaluations)

---

**Date de création du document**    2011-2012

## CAS CLINIQUE

### Scénario :

Monsieur F., 80 ans, est adressé au service d'accueil des urgences par son médecin traitant pour dyspnée aiguë. Ses antécédents principaux sont une cure chirurgicale de hernie inguinale 5 ans auparavant compliquée d'une phlébite postopératoire, ainsi qu'un cancer colique en cours de traitement par chimiothérapie, le patient est d'ailleurs asthénique depuis la dernière cure et est resté alité depuis une semaine. Lorsque vous observez monsieur F., vous constatez une polypnée, un tirage ainsi qu'un balancement thoraco-abdominal. L'infirmière des urgences vous apprend que :

- la saturation en air ambiant (SpO<sub>2</sub>) est de 85 % ;
- la température est de 38,5° ;
- la pression artérielle est de 120/62 mmHg ;
- le pouls est régulier à une fréquence de 121 battements/min ;
- à peine installé aux urgences, il a expectoré un peu de sang noirâtre.

Vous l'auscultez rapidement : le murmure vésiculaire est diminué mais symétrique, vous entendez un frottement pleural à gauche avec une matité de la base gauche à la percussion. Vous interrompez votre examen et débutez votre réflexion...

### QUESTION 1/5 :

Quels sont les deux diagnostics que vous évoquez en priorité chez ce patient ? Justifiez.

*Réponse attendue :*

Les deux diagnostics à évoquer chez ce patient sont :

1. une embolie pulmonaire devant :

- terrain : cancer en cours de traitement entraînant un état d'hypercoagulabilité, alitement de plus de 3 jours, antécédent de phlébite,
- signes cliniques : détresse respiratoire aiguë (dyspnée, polypnée, tirage balancement thoraco-abdominal), désaturation, fièvre, tachycardie, hémoptysie épanchement pleural associé ;

2. rappel sur le score de Wells sur 12,5 points :

- signes de thrombose veineuse profonde = 3 points,
- tachycardie > 100 = 1,5 point,
- immobilisation > 3 jours ou chirurgie < 1 mois = 1,5 point,
- antécédent de maladie thrombo-embolique veineuse = 1,5 point,

- hémoptysie = 1 point,
- cancer < 6 mois = 1 point,
- diagnostic alternatif moins probable = 3 points.

Ici le score est de 6,5 points soit une probabilité élevée (> 6) d'embolie pulmonaire qui rend moins probable la seconde hypothèse qui est une pneumopathie infectieuse devant une dyspnée fébrile et plus précisément :

- terrain : possible immunodépression induite par la chimiothérapie ;
- signes cliniques : détresse respiratoire aiguë (dyspnée, polypnée, tirage, balancement thoraco-abdominal), désaturation, fièvre, épanchement pleural associé.

### QUESTION 2/5 :

Quels signes supplémentaires allez-vous rechercher à l'interrogatoire et à l'examen clinique pouvant vous orienter vers l'un ou l'autre de ces deux diagnostics ?

*Réponse attendue :*

A l'interrogatoire, les signes pouvant orienter vers une embolie pulmonaire sont :

- le caractère très brutal de la dyspnée ;
- la notion de douleur thoracique de type pariétal augmentant à l'inspiration ou à la pression des côtes (infarctus pulmonaire) ou pseudo-coronarienne (cœur pulmonaire aigu).

A l'interrogatoire, les signes pouvant orienter vers une pneumopathie infectieuse sont :

- le caractère plus progressif de la survenue de la dyspnée (avec aggravation en quelques jours) ;
- la présence de toux avec expectorations ;
- la survenue de pics fébriles parfois importants ;
- la notion de douleur thoracique.

Les signes cliniques pouvant évoquer une embolie pulmonaire sont :

- des signes de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs : œdème de la jambe dur, ne prenant pas le godet ; douleur spontanée ou provoquée (signe de Homans) ; signes inflammatoires locaux ; dilatation des veines superficielles ;
- des signes d'insuffisance ventriculaire droite : turgescence jugulaire, reflux hépatojugulaire traduisant un tableau de cœur pulmonaire aigu.

### QUESTION 3/5 :

Pensez-vous que la confirmation du diagnostic doit venir d'un examen biologique ? Si oui le(s) quel(s) ?

*Réponse attendue :*

Les examens biologiques à visée étiologique que l'on pourrait discuter sont :

- CRP (recherche d'un syndrome inflammatoire) ;
- numération formule plaquettaire pouvant montrer une hyperleucocytose en cas d'infection ou une agranulocytose due à la chimiothérapie ;

- gazométrie artérielle qui montrerait probablement un effet shunt ;
- D-dimères en méthode ELISA de haute sensibilité.

Attention, ici aucun de ces examens n'est décisif, en effet l'hypothèse no 1 reste l'embolie pulmonaire, concernant les D-dimères, ils ne doivent être dosés qu'en cas de normalité de l'angioscanner pulmonaire, la réponse à la question est donc « non ».

#### **QUESTION 4/5 :**

Quels signes allez-vous rechercher à l'électrocardiogramme ?

*Réponse attendue :*

Les signes à rechercher à l'électrocardiogramme sont des signes de cœur pulmonaire aigu évoquant une embolie pulmonaire :

- tachycardie sinusale ;
- bloc de branche droit incomplet ou complet ;
- déviation axiale droite ;
- aspects trompeurs parfois de type SCA sus-ST ou non sus-ST en antérieur (V1 - V2) ;
- aspect S1Q3T3.

L'ECG peut aussi être normal (la tachycardie sinusale mise à part dans le cas présent).

#### **QUESTION 5/5 :**

Quels examens d'imagerie pourrez-vous réaliser afin de confirmer ou d'infirmer chacun des diagnostics évoqués ?

*Réponse attendue :*

Les examens d'imagerie à réaliser sont :

- une radiographie du thorax à la recherche d'une opacité parenchymateuse systématisée faisant le diagnostic de pneumopathie. Elle est le plus souvent normale en cas d'embolie pulmonaire. Elle peut montrer une surélévation de coupole, ou une hyperclarté parenchymateuse (signe de Westermark) ou une opacité d'infarctus pulmonaire avec réaction pleurale associée ;
- la radiographie s'efface derrière l'angioscanner pulmonaire qui est l'examen de référence, sauf en cas d'insuffisance rénale contre-indiquant le produit de contraste ;
- une échocardiographie transthoracique peut aussi être réalisée qui peut confirmer un éventuel cœur pulmonaire aigu (dilatation des cavités droites) et préciser ainsi la sévérité de l'embolie, rarement elle peut montrer un thrombus en transit dans les cavités droites ;
- la scintigraphie pulmonaire de ventilation - perfusion en cas de contre-indication au scanner.