

STATUS RESPIRATOIRE



samedi 13 juin 2015 18:12:58

http://www.amessi.org/diasoluka , http://diassites.Opi.com,
 http://gha.centerblog.net , http://diasoluyalu.exactpages.com,
 http://www.facebook.fr/diasoluyalu/notes , http://www.google.fr/search?q=diasoluka luyalu,
 http://www.google.fr/search?q=cerinformyo cestremyoco

Nom & Prénom ou MATRICULE (Tél CERINFORMYO : +243-[0]902263541) - Impression Laser couleurs!

RESPIRATION THORACIQUE = COSTALE en Assis.
 RESPIRATION DIAPHRAGMATIQUE (Abdominale) en Couché.
 RESPIRATION MIXTE (Abdo & Thorac) en Debout T5.
 RESPIRATION MIXTE prédomin Abdo en Debout.
 RESPIRATION MIXTE prédomin Thorac) en Debout T3.

RESPIRATION TROP AMPLE en Debout.
 RESPIRATION AVEC APNÉES en Debout T3.
 RESPIRATION AVEC PAUSES APRÈS INSPIRATIONS en Debout T5.
 RESPIRATION AVEC DYSPNÉE (Battm Ailes Nez) en Debout T5.
 RESPIRATION PAROXYSMAL NOCTURNE (dyspnée durant le sommeil) en Couché.
 RESPIRATION DE CHEYNE STOKES en Assis, Debout T3.
 RESPIRATION APNEUSTIQUE en Debout T3.
 RESPIRATION AVEC RÂLES CRÉPITANTS en Assis.
 RESPIRATION AVEC RÂLES S/CRÉPITANTS en Debout T3, Debout T5.
 RESPIRATION AVEC SIBILANCE en Debout.
 RESPIRATION ORTHOPNÉE en Debout.
 RESPIRATION PLATYPNÉE en Couché.
 RESPIRATION HYPERPNÉE en Debout, Debout T5.
 RESPIRATION HYPERVENTILATION en Assis.

VOS 22 SITES & TYPES DE RESPIRATION :

VOS 5 SITES RESPIRATOIRES :

1. 1x (20%) RESPIRATION THORACIQUE = COSTALE. (1)
2. 1x (20%) RESPIRATION ABDOMINALE. (2)
3. 1x (20%) RESPIRATION MIXTE. (3)
4. 1x (20%) RESPIRATION MIXTE prédom Abd. (4)
5. 1x (20%) RESPIRATION MIXTE prédom Thor. (5)

VOS 17 TYPES DE RESPIRATION :

1. 1x (5.88%) RESPIRATION TROP AMPLE (6)
2. 1x (5.88%) RESPIRATION AVEC APNÉE (7)
3. 1x (5.88%) RESPIRATION AVEC PAUSES POST-INSPIRATION (8)
4. 1x (5.88%) RESPIRATION AVEC DYSPNÉE (BATTEMENT DES AILES DU NEZ) (9)
5. 1x (5.88%) DYSPNÉE PAROXYSMAL NOCTURNE (10)
6. 2x (11.76%) RESPIRATION DE CHEYNE-STOKES" (11)
7. 1x (5.88%) RESPIRATION APNEUSTIC (12)
8. 1x (5.88%) RÂLES CRÉPITANTS (13)
9. 2x (11.76%) RÂLES S/CRÉPITANTS (14)
10. 1x (5.88%) WHEEZING ou SIBILANCE (15)
11. 1x (5.88%) ORTHOPNÉE ou DYSPNÉE DE DÉCUBITUS (16)
12. 1x (5.88%) PLATYPNÉE (17)
13. 2x (0%) HYPERPNÉE (18)
14. 1x (5.88%) HYPERVENTILATION PULMONAIRE (19)

VOS 17 TYPES DE RESPIRATION , EXPLIQUÉS :

1x RESPIRATION TROP AMPLE.

1x RESPIRATION AVEC APNÉE (arrêt respiratoire ou arrêt ventilatoire) : Pause respiratoire ou arrêt de la ventilation totales ; l'arrêt involontaire de la respiration peut avoir plusieurs causes :

- **Arrêt cardiaque** (cause la plus fréquente d'arrêt respiratoire spontané chez l'adulte) ;
- **Dépression respiratoire** : toxique (opiacés et dérivés morphiniques) ou lors d'une anesthésie ;
- **Apnée réflexe** consécutive à la pénétration d'eau dans les voies aériennes (noyade) ;
- **Obstruction des voies aériennes** :
 - par un corps étranger (morceau de nourriture trop gros, objet porté à la bouche par un enfant, arachide, bonbon...),
 - par un tissu des voies respiratoires supérieures (langue, palais mou).
 -> Désobstruction urgente des voies aériennes
 - tapes dans le dos,
 - méthode d'HEIMLICH (inventée par Henry J. Heimlich en 1974 : exercer une forte pression de bas en haut sur le diaphragme à travers la paroi abdominale) : méthode de désobstruction des voies respiratoires sur l'adulte et l'enfant de plus d'un an, sert à déloger un objet coincé dans la gorge et qui empêche une personne de respirer. Elle est totalement inefficace si l'air passe, notamment si la personne tousse : La personne doit être debout ou assise en califourchon sur l'une des cuisses du sauveteur. La méthode consiste à comprimer les poumons par le bas, la surpression ainsi créée déloge l'objet coincé. Pour cela, on place derrière la victime, un pied entre les 2 pieds de la victime. On met un poing fermé dos vers le haut dans le creux de l'estomac, au-dessus du nombril et sous les côtes. On place l'autre main par-dessus le poing, et on écarte bien les avant-bras. Puis, on exerce des tractions violentes vers soi et vers le haut, afin de pousser les viscères sous les poumons (mouvements en « J »). Si l'on ne peut pas appuyer sur le ventre (par exemple sur une femme

enceinte ou une personne obèse), alors on se met dans la même position que pour la méthode d'Heimlich (derrière la victime, dos de la victime plaqué sur le torse du sauveteur), mais on place les mains sur le milieu du sternum et on applique des compressions thoraciques. Sur un enfant de plus d'un an, on pratiquera cette méthode avec précaution. Sur un nourrisson, on utilisera la méthode de Mofenson.

- méthode de MOFENSON : technique de désobstruction des voies aériennes sur le **nourrisson** (et des bébés jusqu'à 3 ans) quand un objet est coincé dans sa gorge et l'empêche totalement de respirer (ne doit être pratiquée que quand l'air ne passe plus du tout =on n'entend aucun son, ni cri ou pleur= car totalement inefficace si l'air passe) : On s'assied. On tient l'enfant allongé à plat ventre sur votre cuisse, la tête dépassant de votre genoux, en le soutenant d'une main au niveau des épaules (par-dessous). Puis du plat de l'autre main, on tape trois à cinq fois d'un coup sec entre les deux omoplates afin de faire ressortir le corps étranger. Si la méthode marche, il faut aller récupérer l'objet délicatement dans la bouche du bébé. Si la méthode est inefficace après cinq claques, il faudra essayer une autre méthode, les compressions thoraciques.

À NE JAMAIS FAIRE :

- En aucun cas n'essayer de dégager l'objet avec les doigts.
- Ne surtout jamais suspendre l'enfant par les pieds.
- Ne jamais faire vomir l'enfant.

Exemple d'**Apnée involontaire** : Apnée du sommeil, due à une obstruction des voies respiratoires supérieures.

- L'apnée peut nécessiter une ventilation. L'apnée peut entraîner une désaturation en oxygène et constituer une urgence médicale.
 - Une **CPR** (cardiopulmonary resuscitation) doit être instituée par la première personne sur le terrain.

Apnées volontaires : utilisées pour protéger les voies aériennes contre un milieu non-respirable :

- gaz toxique (intervention d'urgence dans un milieu empoisonné ou une fumée, par exemple pour un dégagement d'urgence),
 - eau : immersion accidentelle (chute dans l'eau) ou volontaire (nager, plonger).

1× RESPIRATION AVEC PAUSES POST-INSPIRATION.

1× RESPIRATION AVEC DYSPNÉE (**BATTEMENT DES AILES DU NEZ**) = RESPIRATION DIFFICILE OU DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE [Le travail de la respiration est substantiellement augmenté] comme dans les maladies avancées : la fréquence respiratoire peut varier de 24 à 50 cycles/min. Ddeux types de dyspnées : difficulté à inspirer de l'air ou dyspnée inspiratoire et, difficulté à expirer de l'air ou dyspnée expiratoire.

• Dyspnée expiratoire :

- L'asthme provoque typiquement une dyspnée expiratoire.
- Obstruction des voies respiratoire ou obstruction partiel (système respiratoire)
- **Dyspnée inspiratoire** : Le **tirage** est le signe de la dyspnée inspiratoire. Il se traduit par un creusement des tissus entourant la cage thoracique. On voit une dépression des espaces inter-costaux, des creux sus-claviculaires. La dyspnée inspiratoire se rencontre en présence de corps étrangers dans les voies respiratoires.
- **DYSPNÉE AIGÛE** : Embolie pulmonaire, Œdème aigu pulmonaire (OAP), Pneumothorax, Crise d'asthme, Pneumonie, Corps étranger, Laryngite, Croup, Traumatisme au thorax,

OAP : insuffisant cardiaque gauche congestive, insuffisance coronarienne aiguë, les taux plasmatique de **BNP** permettent de confirmer l'origine cardiaque d'une dyspnée aiguë. Les diurétiques de l'anse IVD [LASILIX ou BURINEX] sont la base du traitement même en cas d'hypotension. 250 - 500 mg d'aspirine per os ou IVD est licite au moindre doute. DD. : OAP "asthmatiforme", sur BPCO ou sur infection bronchopulmonaire

• DYSPNÉE CHRONIQUE :

- **Maladies cardiaques** : Insuffisance cardiaque, Péricardite,
- **Maladies respiratoires** : Pneumonie, Mucoviscidose, Bronchite chronique, Hypertension artérielle pulmonaire, Fibrose pulmonaire idiopathique, Atelectasie, Asthme, Dilatation des bronches, Broncho-pneumopathie chronique obstructive
- **Anémie** :
- **Divers** : troubles de la cage thoracique (cyphose, lésions d'une côte), troubles des organes adjacents (pouvant rendre douloureux le mouvement respiratoire), troubles du système nerveux, troubles dus à des médicaments ou à des toxines, troubles psychologiques : anxiété...

Les maladies pulmonaires chroniques obstructives (COPD= *chronic obstructive pulmonary disease* : *bronchite chronique [chronic bronchitis], emphysème, et la maladie obstructive chronique des voies respiratoires [chronic obstructive airways disease] = obstruction des voies aériennes*) et la défaillance cardiaque exposent à une dyspnée chronique. dans ces maladies chroniques même le repos ne soulage pas de la courtesse d'haleine. Des opioïdes et benzodiazepines sont parfois utilisés chez les patients anxieux. La COPD est incurable mais si la condition est sévère, envisager une respiration mécanique si la situation est réversible.

DEUX ÉCHELLES POUR CLASSIFIER LES DYSPNÉES :

- I. L'échelle de la « New York Heart Association » (pour grader l'**insuffisance cardiaque** qui donne la dyspnée, x/4), et
II. L'échelle du « British Medical Council » (pour grader la **dyspnée**, x/5).

I. **NYHA 1** = Dyspnée à l'effort intense, aucune limitation pour les efforts physiques habituels.

NYHA 2 = Limitation minimale de la capacité d'effort : le patient est bien au repos mais les efforts habituels provoquent palpitations ou dyspnée.

NYHA 3 = Limitation évidente de la capacité d'effort : le patient est bien au repos, mais un effort minimal provoque palpitations ou dyspnée.

NYHA 4 = Le patient est dyspnéique ou ressent des palpitations au repos.

II. **BMC 1** = Le patient est essoufflé à l'effort intense.

BMC 2 = Il est essoufflé lorsqu'il marche vite ou sur une pente légère.

BMC 3 = Il marche plus lentement que les individus de son âge ou arrête pour reprendre son souffle lorsqu'il marche sur une surface plane.

BMC 4 = Il arrête pour reprendre son souffle après avoir marché 100 m.

BMC 5 = Trop essoufflé pour quitter la maison ou s'essouffle lorsqu'il s'habille, prend sa douche, etc.

SIGNES CLINIQUES OBJECTIFS : durée anormale d'un Période (ou Temps) respiratoire, Tirage, Battement des ailes du nez. On conseille parfois la **digipuncture shiatsu** comme traitement naturel des dyspnées (la dyspnée est soulagée par la position assise).

1× **DYSPNÉE PAROXYSMALE NOCTURNE** (dyspnée durant le sommeil) : par réabsorption de l'œdème accumulé durant la journée. La personne de réveil en panique avec une sensation de suffocation. (soulagé seulement en position assise). Se voit dans la **décompensation cardiaque**.

2× **RESPIRATION DE CHEYNE-STOKES [DE "John CHEYNE" ET "William STOKES", 19^e siècle]** ("periodic breathing") survient quand le mécanisme respiratoire central ne fonctionne pas proprement [signe d'empoisonnement au monoxyde de carbone, ensemble avec le syncope ou le coma, défaillance cardiaque chronique, AVC =strokes, traumatisme crânien, tumeurs cérébrales, encéphalopathie métabolique toxique, intoxication au monoxyde de carbone avec coma ou syncope, administration de morphine, parfois durant le sommeil chez des bien portants ou en haute altitude] : type anormal de respiration [respiration d'intensité et de fréquence progressivement croissantes puis décroissantes jusqu'à l'apnée d'une durée de deux à trois cycles respiratoires [jusqu'à 20 secs], le tout [~11 cycles respiratoires et l'apnée] jusqu'à deux minutes], par instabilité du control respiratoire suite à une hyperventilation, temps circulaire prolongé, et capacité réduite du système tampon gazeux, et caractérisée par l'**alternance de ventilation entre apnée et tachypnée** avec crescendo-decrescendo de la profondeur de la respiration pour compenser les variations des pressions partielles d'oxygène et dioxyde de carbone dans le sang. La saturation d'oxygène n'est souvent pas altérée, si elle tombe à 95% il faut éventuellement intervenir. **CAUSES** : Lésion des centres respiratoires, immaturité des systèmes respiratoires chez le nouveau-né (sans lésion ou défaut du système cardiopulmonaire comme telles). Dans la décompensation cardiaque congestive (congestive heart failure) la respiration de cheyne-stokes entraîne augmentation de la responsabilité ventilatoire hypercapnique centrale, avec baisse de la paCO₂ moyenne durant le sommeil et insomnie à cause de la chiosensitivité centrale augmentée. Le retard circulaire dans la décompensation cardiaque congestive avec respiration de cheyne-stokes se justifie par le fait que le retard circulaire est directement lié à la durée du cycle apnée-hyperpnée et contribue à la structure respiratoire crescendo-decrescendo.

ASSOCIATIONS MORBIDES OU CAUSES FRÉQUENTES : Les causes les plus fréquentes sont : Apoplexie (stroke), traumatisme cérébral, tumeurs du cerveau. En général les causes en sont : coma, maladie cardiaque, cardiopathie gauche (insuffisance ventriculaire gauche, hypertrophie ventriculaire gauche, insuffisance cardiaque congestive), décompensation (défaillance) cardiaque chronique grave (severe chronic heart failure), infarctus [ou crise, attaque] cardiaque (=strokes), hypoxie, infecton respiratoire, bronchopneumonie, encéphalopathie hypertensive, maladie vasculaire cérébrale, apoplexie (stroke), hémorragie cérébrale, tumeur cérébrale, traumatisme crânien ou cérébral, affections cérébrales, urémie, hypertension intra-crânienne, insuffisance rénale, urémie, intoxication au monoxyde de carbone, toute forme d'encéphalopathie métabolique toxique, après administration de la morphine, diamorphine, alcool, barbituriques, syndrome de rimbaud-passouant-vallat, normale en haute altitude (mal d'altitude aigu, occasionnelle chez des personnes bien portantes pendant le sommeil en hautes altitudes). Chez les vieillards la respiration de cheyne-stokes présage la mort en silencemais (sans perturber le malade lui-même).

1× **RESPIRATION APNEUSTIC** : observée dans les traumatismes crâniens et en haute altitude ; caractérisée par une pause post-inspiratoire de plusieurs secondes, suivie d'une brève exhalation (expiration).

1× **RÂLES CRÉPITANTS.**

2× **RÂLES S/CRÉPITANTS.**

1× **WHEEZING ou SIBILANCE** (Bruit à l'inspiration ou à l'expiration).

1× **ORTHOPNÉE ou DYSPNÉE DE DÉCUBITUS** : difficulté respiratoire en position couchée, améliorée en position assise ou debout = dyspnée survenant en décubitus (position allongé), se voit généralement en cas de :

- Insuffisance cardiaque gauche, dont elle est caractéristique. Nocturne, elle peut être chiffrée par le nombre d'oreillers nécessaires pour bien dormir. Elle est retrouvée dans l'œdème aigu pulmonaire qui est le stade terminal de l'insuffisance ventriculaire gauche ;
 - chez certains asthmatiques lors d'une crise d'asthme, c'est alors un facteur de gravité ;
 - chez des insuffisants respiratoires chroniques obstructifs (obstruction empêchant la circulation normale de l'air dans les poumons) ;
 - au cours des rares paralysies diaphragmatiques bilatérales.

L'orthopnée s'oppose à la platypnée qui désigne les dyspnées survenant en position debout.

1× **PLATYPNÉE** : dyspnée survenant uniquement en position debout, observée en cas d'insuffisance musculaire abdominale entraînant une insuffisance de musculation du diaphragme en position debout. Elle est due à une « avancée » des visères faisant descendre le diaphragme dans cette position. Une fois le malade allongé, le diaphragme reprend sa position normale et la platypnée est améliorée. Traitement Paliatif : port d'une sangle abdominale (améliore la dyspnée).

2× **HYPERPNÉE** : Amplitude respiratoire exagérée.

1× **HYPERVENTILATION PULMONAIRE** : accélération et amplification respiratoire est une ventilation non-physiologique, c'est-à-dire avec modification des pressions partielles normales des gaz sanguins. Lors d'une hyperventilation, la pression partielle de dioxyde de carbone dans les poumons (et par conséquence dans le sang artériel) va diminuer. Sur le plan du pH sanguin, cela va produire une alcalose respiratoire. Elle peut aussi être produite volontairement pour obtenir un état de transe, permettre une prise de conscience émotionnelle, par exemple dans la technique du rebirth ou encore en cas de plongée en apnée.

CAUSES D'HYPERVENTILATION : nombreuses et variées, volontaires ou pathologiques : anxiété, fièvre, douleur intense, abus d'alcool ou de drogue, consommation excessive de certains médicaments (comme l'aspirine qui réduit aussi le risque de pré-éclampsie et de prématurité), consommation excessive de café, certaines maladies pulmonaires ou coronariennes, asthme, grossesse, altitude, acidose métabolique, effort physique intense, cause volontaire (plongeur en apnée).

SYMPTÔMES D'HYPERVENTILATION : Respiration accélérée et saccadée, accompagnée de vertiges, agitation, tremblements, engourdissement, etc. Parfois aussi troubles de la vision (diplopie = vision double), sensation de flottement du corps, perte de conscience ainsi que des tremblements.

D'autres symptômes : difficultés de concentration, sécheresse des muqueuses, palpitations, douleurs thoraciques, fatigue. L'hyperventilation peut aller jusqu'à la perte de connaissance, la tétanie par contraction musculaire, ou l'arythmie cardiaque.

SYNDROME CHRONIQUE D'HYPERVENTILATION : relativement fréquent. Aux symptômes cités ci-dessus s'ajoutent : sensation de manquer d'air, oppression thoracique, toux sèche, raclements de gorge et un besoin fréquent de bâiller et de soupirer.

DD. : Asthme (déclenchement en présence de poussière, d'odeur forte, d'effort, etc.).

TRAITEMENT : La victime doit être encadrée et rassurée afin de ne pas céder à la panique. Parfois, le fait de respirer dans un sac en papier (À cause de leur impact écologique, l'usage des sachets plastiques a été interdit en Bangladesh suivi par San Francisco [2007] et la Californie [06/2010], et l'utilisation de sac en plastique est dangereuse car risque de suffocation) permet de rétablir partiellement le taux de CO₂. Cette pratique doit bien sûr être réalisée avec précaution et le sac en papier doit être retiré dès que les symptômes disparaissent. Le corps médical semble désormais mettre en doute ce procédé longtemps pratiqué. [réf. nécessaire]

PRÉVENTION : identifier l'origine du mal et le traiter. En plongée en apnée : l'issue d'une hyperventilation forcée pouvant être fatale, il faut éviter de pratiquer seul et sans surveillance. Afin de prévenir ce risque, il est conseillé de mettre en œuvre la règle du tiers temps.

QUELQUES DIFFICULTÉS DANS LE COMPTAGE DE LA FRÉQUENCE RESPIRATOIRE :

1. Si le/la patient(e) porte une sangle abdominale la respiration peut circonsciemment être forcée à être thoracique
2. De même si les mouvements thoraciques sont entravés, la respiration deviendra circonsciemment diaphragmatique (abdominale)
3. Les pauses respiratoires (apnées trsitroies) faussent le nombre de cycle respiratoire par minute, tout en ne modifiant pas nécessairement l'efficacité de la respiration, celle-ci peut se racheter en devenant plus ample et non en augmentant la fréquence subséquente, ou en modifiant légèrement le métabolisme particulièrement l'équilibre acido-basique. D'où l'importance de la **SPIROMÉTRIE**.

4. Une même fréquence respiratoire ne mobilise pas nécessairement la même quantité de gaz (O_2 , gaz carbonique,...), tout dépend aussi de la profondeur de la respiration.
5. La respiration peut compenser une insuffisance cardiaque, en augmentant soit sa fréquence soit son amplitude : une fréquence respiratoire normale ou à la limite supérieure n'atteste pas nécessairement que tout va bien.
6. De plus le type de respiration n'est pas toujours bien tranché, 1) très ample en abdominale / thoracique et très discrète en thoracique / abdominale, 2) les deux avec presque même amplitude, ou 3) avec l'un ou l'autre compartiment carrément figé.
7. Une respiration peut être MIXTE mais à prédominance diaphragmatique (abdominale) ou thoracique.

Rem.: Respirations analysées par ce GHA : Thoracique ou Costale, Diaphragmatique (Abdominale), mixte (Abdo&Thorac), Trop Ample, Imperceptible, Irrégulière, Avec Apnées (arrêt respiratoire ou arrêt de ventilatoire), Avec Pauses Brèves 2-3", Avec Pauses Post-inspiration, Avec Pauses Post-expiration, Avec Tirage (sus-sternal et sus-claviculaire, sous-sternal ou sous-costale, intercostal...), Avec Dyspnée (Battm Ailes Nez), Difficile ou Difficulté Respiratoire [Le travail de la respiration est substantiellement augmenté] comme dans les maladies avancées, Dyspnée Paroxysmale Nocturne (dyspnée au cours du sommeil), De Kussmaul Et Kien (ample et profonde = bathypnée, décrite Pour la première fois par le Médecin Allemand Adolf Kussmaul), De Cheyne-Stokes (de "john Cheyne" Et "william Stokes" : respiration d'intensité et de fréquence progressivement croissantes puis décroissantes pour se terminer par une apnée), De Biot Et Savard (Cluster breathing ou Fibrillation Auriculaire Respiratoire : Alternance irrégulière d'apnée et de cycles respiratoires d'égale intensité ou amplitude), Apneustique (pause post-inspiratoire de plusieurs secondes, suivie d'une brève exhalation), Périodique (Alternance Hyperpnée - hypopnée), Brouillante, Avec Râles (Crépitations, S/ Crépitations, Ronflants, Sibillance= wheezing), Hystérique, Orthopnée (difficulté respiratoire en position couchée = Dyspnée de décubitus), Trépopnée (dyspnée en décubitus latéral), Platypnée (dyspnée en position debout), Bradypnée ou Oligopnée (ralentissement anormal de la respiration svt Inspiration lente), Tachypnée (Accélération très importante du rythme respiratoire), Polypnée (Respiration ou ventilation rapide et superficielle), Hyperpnée (Amplitude respiratoire exagérée), Hyperventilation Pulmonaire (accélération et amplification respiratoire), Hypoventilation Pulmonaire ou Alvéolaire (Diminution ou réduction du débit gazeux : quantité d'air qui balaie les alvéoles pulmonaires = la quantité d'air entrant dans les alvéoles pulmonaires).

GRANDES CAUSES DES DYSPNÉES :

1. **Maladies pulmonaires** : Maladie obstructive des voies aériennes (BPCO ou bronchite chronique, asthme).
2. **Maladie vasculaire pulmonaire** : embolie pulmonaire, hypertension artérielle pulmonaire.
3. **Anomalie pariétale** : obésité, cyphoscoliose, poliomyélite.
4. Pneumothorax.

AUTRES CAUSES DES DYSPNÉES :

1. Hyperventilation psychogène, oedème non cardiogénique (altitude), perte de la forme physique, anémie.

MODES DE DÉBUT DES DYSPNÉES :

1. **Brutal (minutes)** : pneumothorax, crise d'asthme, embolie pulmonaire, oedème laryngé, corps étranger, oedème aigu pulmonaire (OAP).
2. **Rapide (heures)** : hémithorax, crise d'asthme, pneumonie, bronchite aiguë.
3. **Progressif (jours)** : épanchement pleural, BPCO, cancer poumon, anémie, tuberculose.
4. **Lent (mois)** : emphysème, fibrose, sarcoïdose, pneumoconiose.

QUANTIFICATION DE LA DYSPNÉE (Degrés de la dyspnée) :

1. Pendant **efforts inhabituels** : courir, monter plusieurs étages, soulever un poids...
2. Pendant **efforts habituels** de la vie courante : marcher normalement, monter un étage, parler en marchant...
3. Au **moindre effort** (le patient doit souvent interrompre un effort minime pour "reprendre son « souffle »").
4. **Même au repos** : le patient est pratiquement toujours en orthopnée.

Normalement les pressions des gaz au niveau de la membrane alvéolo-capillaire sont :

ALVÉOLAIRE	PAO ₂ = 12 kPa	PACO ₂ = 5 kPa
ARTÉRIEL	PaO ₂ = 12 kPa	PaCO ₂ = 5 kPa
VEINEUX	PvO ₂ = PvCO ₂ = 6 kPa	

OXYMÉTRIE DE POULS.

samedi 13 juin 2015 18:12:58

