

# **LA DYSPNÉE CHRONIQUE N°198**

-----

**P. Gibelin**  
**CHU de Nice**

Les 10 points essentiels :

- La dyspnée du cardiaque survient d'abord à l'effort.
- La quantification de la dyspnée d'effort se fait classiquement par l'interrogatoire (classification de la NYHA, classification canadienne).
- Elle peut se faire aussi par l'épreuve d'effort, éventuellement couplée à la mesure des échanges gazeux.
- La qualité de vie doit être également appréciée.
- L'évolution peut se faire progressivement ou être émaillée d'accidents paroxystiques.
- L'orthopnée se chiffre par le nombre d'oreillers nécessaires au confort du malade.
- La sédation rapide d'une orthopnée par la position assise est évocatrice d'un épanchement péricardique important ou d'une tumeur médiastinale.
- Les dyspnées brusques lors des changements de position doivent faire rechercher un myxome de l'oreillette gauche, voire une thrombose flottante de celle-ci.
- A côté de l'étiologie cardiaque, la dyspnée reconnaît des causes – bronchopulmonaires ou neurotoniques ou peut être liée à une obésité ou une anémie.

La dyspnée est la prise de conscience par le patient d'une respiration difficile exigeant un effort supplémentaire, avec sensation de soif d'air. La notion de dyspnée est inséparable de la sensation de gêne qui l'accompagne.

La dyspnée d'origine cardiaque est habituellement une dyspnée rapide, peu ample, superficielle et régulière.

La dyspnée est le signe le plus précoce de l'insuffisance ventriculaire gauche et du rétrécissement mitral.

Il faudra la distinguer d'une dyspnée d'origine pulmonaire, ou liée à l'obésité ou survenant lors d'une anémie sévère, ou d'origine neurotonique.

## **DYSPNÉE D'EFFORT**

La dyspnée chez le cardiaque survient d'abord à l'effort.

En effet, les circonstances d'apparition de la dyspnée sont très importants à faire préciser.

L'effort physique est la cause déclenchante la plus habituelle de l'essoufflement chez le cardiaque.

C'est le symptôme-symptôme qui attire l'attention et fait découvrir une cardiopathie déjà mal tolérée. Celui-ci indique que l'affection cardiaque en

cause ne permet plus au myocarde de répondre aux besoins hémodynamiques et métaboliques provoqués par l'effort.

Il s'agit donc d'une polypnée superficielle apparaissant à la montée d'une côte, d'un ou plusieurs étages, à la marche rapide. La dyspnée est proportionnelle à l'effort accompli. Au début elle surviendra toujours pour le même effort. Au fil du temps, elle survient pour des efforts de moins en moins importants permettant ainsi de suivre l'évolution de la défaillance myocardique.

La quantification de la dyspnée d'effort est nécessaire pour apprécier le degré de gravité de la maladie et pour en suivre l'évolution. ~~Cette quantification est avant tout basée sur un interrogatoire minutieux à la recherche de toutes circonstances susceptibles de fournir des renseignements plus ou moins reproductibles chez un même patient ou même d'un patient à l'autre.~~

De nombreux systèmes ont été proposés pour évaluer l'incapacité fonctionnelle de manière à pouvoir comparer les malades entre eux et surtout d'apprécier l'évolution de la maladie chez un même patient.

La classification de la NYHA (New-York Heart Association) est la plus utilisée : (Tableau I).

Dans celle-ci les patients sont classés en 4 stades en fonction du degré des symptômes (essentiellement dyspnée et fatigue) résultant des activités physiques de la vie ordinaire ou des activités moindres.

Les avantages de cette classification ont fait son succès.

Elle est avant tout simple, elle est utile dans la pratique quotidienne, elle est utilisée de longue date et figure dans la plupart des travaux publiés sur l'insuffisance cardiaque. Il est incontestable que malgré toutes les critiques que l'on peut lui apporter, elle a résisté au temps.

Les inconvénients sont ~~en effet~~ nombreux :

- Tout d'abord, elle est subjective. La notion d'activité physique normale est variable non seulement en fonction de l'âge mais aussi du sexe, des habitudes de vie, en particulier de la profession. Les gestes de la vie quotidienne ne seront pas les mêmes pour une dame sédentaire que pour un homme travailleur manuel.

La subjectivité vient aussi du médecin et de son interprétation de la qualité de l'exercice. De plus les questions posées lors de l'interrogatoire sont variables d'un médecin à l'autre, celles-ci étant malgré tout assez stéréotypées pour chaque médecin.

- La classification de la NYHA est peu reproductible ; en effet, l'avis entre deux médecins indépendants n'est concordant que dans 56 % des cas. Il diffère d'une classe dans 37 %, de deux classes dans 5 % et de trois classes dans 1 % des cas.

- En outre, elle a une mauvaise valeur prédictive de la tolérance à l'effort évaluée aussi bien par la durée de l'exercice que par la VO<sub>2</sub> max.

- Enfin, sur le plan ~~pronostic~~pronostique, seule la classe IV a une valeur prédictive négative.

D'autres classifications ont été établies pour ~~palier~~à pallier ces inconvénients, telle que la classification canadienne qui propose des critères plus détaillés ou plus récemment, des échelles d'activité spécifique.

Il s'agit d'un interrogatoire pré-établi, à partir d'une série de questions précises correspondant à des efforts de plus en plus marqués. Le but de ces échelles d'activité spécifique est de faire préciser au malade le degré de gêne fonctionnelle rencontrée au cours d'exemples d'efforts de la vie quotidienne choisie pour être variés et regroupés selon le niveau énergétique dépensé.

Pour faciliter l'appréciation du handicap respiratoire à l'effort et pour le quantifier, on peut faire appel à un test ergométrique à charges croissantes par paliers successifs sur bicyclette ou sur tapis roulant. L'effort fourni jusqu'à l'apparition de la dyspnée et/ou de la fatigue peut être évalué par la charge atteinte (en watts) ou la durée du test d'exercice.

Ce test peut être couplé à la mesure des échanges gazeux avec mesure du pic de la consommation d'oxygène (maximum de consommation d'oxygène à l'arrêt de l'effort : appelé pic de VO<sub>2</sub> ou VO<sub>2</sub> limité par les symptômes) et le seuil anaérobie évalué par le seuil ventilatoire.

Actuellement, en cardiologie l'interrogatoire du patient peut être complété utilement par un questionnaire de Qualité de Vie que le patient remplira lui-même seul, au cabinet du médecin ou chez lui. Il est important pour le praticien d'apprécier l'impact de sa pathologie sur la vie quotidienne. Il s'agit en effet d'un syndrome grave par son retentissement vital et fonctionnel avec un impact important sur la vie quotidienne des patients.

L'efficacité de sa prise en charge est évaluée le plus souvent par la survie mais également par le retentissement fonctionnel de la maladie. La qualité de vie est un concept multidimensionnel basé sur la perception par le patient lui-même de son état de santé, intégrant non seulement la dimension fonctionnelle

ou physique de la maladie mais aussi les dimensions psychologiques et sociales qui ne sont pas prises en compte par les indicateurs classiques d'aptitude fonctionnelle que nous avons vu plus haut, mesurés par le médecin (comme les classifications).

Depuis les années 1980 ont été proposés dans les pays anglo-saxons, de nombreux questionnaires pour apprécier de façon globale la qualité de vie du patient. Les formulaires de qualité doivent, outre les qualités habituelles (validité, reproductibilité) être adaptés comme pour les classifications aux pays dans lesquels ils sont employés.

## EVOLUTION

La dyspnée d'effort est habituellement constante dans ses circonstances d'apparition, (pour le même nombre de marches d'escalier ou au même niveau à l'ascension d'une montée), mais dans la pratique, elle peut être influencée par l'abondance d'un repas, pas l'émotivité, une affection respiratoire associée ou le froid. La dyspnée peut rester longtemps isolée, sans douleur, sans palpitation, et même sans toux.

L'évolution peut se faire sur deux modes :

- soit l'aggravation progressive de la dyspnée qui devient plus ou moins rapidement de plus en plus gênante et invalidante pour aboutir à la dyspnée de décubitus :

. Dans un premier temps, l'orthopnée :

La dyspnée de ces patients est moins importante en position assise qu'en position couchée. Le malade est réveillé par un essoufflement qui le pousse à s'asseoir sur son lit ou à se lever pendant quelques minutes. Une fois l'épisode dyspnéique apaisé, le malade peut à nouveau s'allonger. La dyspnée peut survenir immédiatement après le début du décubitus, mais plus volontiers après 2 à 5 heures. Elle se chiffre en nombre d'oreillers nécessaires au confort du malade. Elle dure en général une vingtaine de minutes.

La cessation rapide de la dyspnée par le passage en position assise est évocatrice d'une orthopnée strictement positionnelle telle qu'on peut la voir au cours des épanchements péricardiques importants ou des tumeurs médiastinales.

Cette dyspnée peut être accompagnée de toux. Elle traduit une insuffisance ventriculaire gauche avancée.

Enfin, les dyspnées brusques lors des changements de position peuvent s'observer devant un myxome de l'oreillette gauche, voire une thrombose flottante de celle-ci.

. Pour terminer par la dyspnée permanente :

Dans la grande insuffisance cardiaque, la dyspnée devient permanente. Elle est toujours accrue pour le décubitus et le malade essaie de trouver le sommeil dans un fauteuil. Elle est souvent en rapport avec un œdème pulmonaire subaigu associé à un épanchement pleural uni ou bilatéral. Elle peut s'accompagner de somnolence ou d'agitation.

- soit l'accident paroxystique :

L'évolution peut être émaillée à tout instant d'accident paroxystique.

## DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le contexte clinique permet de distinguer la dyspnée d'origine cardiaque d'une dyspnée d' autre origine ~~nerveuse ou respiratoire~~.

La dyspnée d'origine nerveuse survient chez des sujets neurotoniques, varie d'un jour à l'autre pour un même effort, s'accompagne souvent de palpitations ; elle peut apparaître au repos.

La dyspnée peut être également liée à une anémie ou une obésité.

La dyspnée de l'insuffisance respiratoire est précédée de toux et d'expectoration pendant plusieurs années ; elle est très sensible à l'humidité et aux variations atmosphériques. Elle est pénible et bruyante et s'accompagne d'un tirage. ~~Il est quelquefois difficile de reconnaître l'origine d'une dyspnée. L'interrogatoire est essentiel.~~ Le recours à des tests para cliniques ou à une épreuve thérapeutique est parfois nécessaire pour savoir ce qui revient aux poumons ou au cœur chez un sujet essoufflé. L'épreuve d'effort trouve ici une de ses indications .

**TABLEAU I : Les classes fonctionnelles de la NYHA**

<b>Stade</b>	<b>Degré de gêne fonctionnelle</b>
1	Aucune : capacité d'effort physique équivalente à celle des sujets normaux de même âge.
2	Nulle au repos, mais apparaissant dans l'exercice d'une activité physique normale pour l'âge.
3	Nulle au repos, mais apparaissant dans l'exercice d'une activité physique inférieure à celle de sujets normaux de même âge.
4	Au moindre effort et/ou au repos.

