

Avertissement : Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 18 août 2015
Hôpital cantonal de Genève
La dyspnée chronique
Dr D. Adler

La dyspnée c'est comme la douleur, c'est subjectif, c'est un affect désagréable, qui entraîne des réponses physiologiques et comportementales...

C'est fréquent aux urgences, dans le tout venant d'une consultation et ce n'est pas rare en fin de vie...

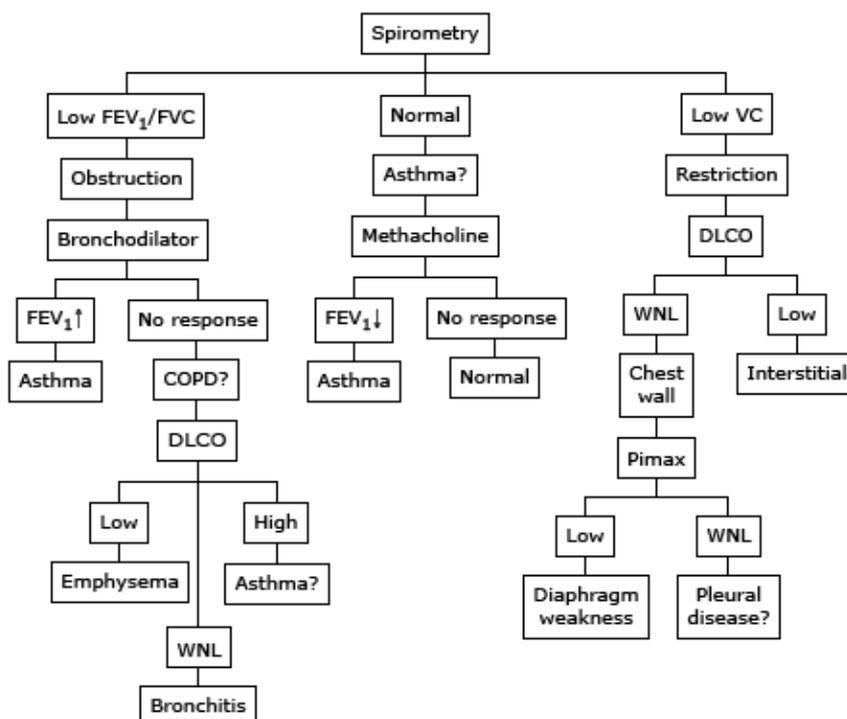
C'est un facteur de surmortalité dans beaucoup d'études...et c'est aussi un facteur de réadmission lorsqu'elle est mesurée au moment de la sortie de l'hôpital après une décompensation respiratoire aiguë.

85% des dyspnées sont d'origine soit cardiaque, soit pulmonaire, soit neuromusculaire, soit secondaire à une obésité ou à un déconditionnement.

Dans un 1^{er} temps les causes cardiaques, ou une anémie sont écartées par anamnèse, status, RX thorax, ECG, formule sanguine et mesure du BNP...ensuite les fonctions pulmonaires sont nécessaires pour départager les causes obstructives, de celles restrictives...

Le tableau ci dessous, provient d' « Up to date » ce n'est pas exactement celui qui a été montré lors de la présentation...mais ça y ressemble...

Approach to the patient with dyspnea



Comme partout en médecine à l'heure actuelle il y a des échelles et des scores qui permettent de quantifier...p.exemple l'échelle de Borg...qui va de 0 à 10...

Shortness of Breath Modified Borg Dyspnea Scale	
0	Nothing at all
0.5	Extremely Slight (just noticeable)
1	Very Slight
2	Slight
3	Moderate
4	Somewhat Severe
5	Severe
6	
7	Very Severe
8	
9	Extremely Severe (almost maximal)
10	Maximal

ou différente échelles visuelles analogiques telles (EVA)...



Absence
of dyspnea



Maximum
dyspnea

ou encore des échelles multidimensionnelles plus sophistiquées faisant la part des choses entre l'inconfort, et la réponse émotionnelle...

...et finalement les scores qui tiennent compte de la répercussion sur les activités quotidiennes... comme le CAT score et le score MRC...

Your name:

Today's date:



How is your COPD? Take the COPD Assessment Test™ (CAT)

This questionnaire will help you and your healthcare professional measure the impact COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) is having on your wellbeing and daily life. Your answers, and test score, can be used by you and your healthcare professional to help improve the management of your COPD and get the greatest benefit from treatment.

For each item, place a mark (X) in the box that best describes you currently. Be sure to only select one response for each question.

Example: I am very happy (0) **X** (1) (2) (3) (4) (5) I am very sad

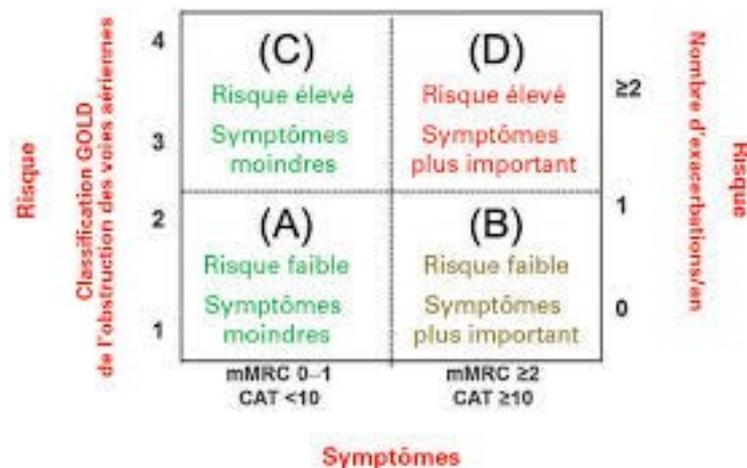
I never cough	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	I cough all the time	<input type="checkbox"/>
I have no phlegm (mucus) in my chest at all	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	My chest is completely full of phlegm (mucus)	<input type="checkbox"/>
My chest does not feel tight at all	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	My chest feels very tight	<input type="checkbox"/>
When I walk up a hill or one flight of stairs I am not breathless	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	When I walk up a hill or one flight of stairs I am very breathless	<input type="checkbox"/>
I am not limited doing any activities at home	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	I am very limited doing activities at home	<input type="checkbox"/>
I am confident leaving my home despite my lung condition	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	I am not at all confident leaving my home despite my lung condition	<input type="checkbox"/>
I sleep soundly	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	I don't sleep soundly because of my lung condition	<input type="checkbox"/>
I have lots of energy	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	I have no energy at all	<input type="checkbox"/>

TOTAL SCORE

The MRC Breathlessness Scale

Grade	Degree of breathlessness related to activities
1	Not troubled by breathlessness except on strenuous exercise
2	Short of breath when hurrying on the level or walking up a slight hill
3	Walks slower than most people on the level, stops after a mile or so, or stops after 15 minutes walking at own pace
4	Stops for breath after walking about 100 yds or after a few minutes on level ground
5	Too breathless to leave the house, or breathless when undressing

Et tout ça pour arriver à classer nos patients selon GOLD dans une des 4 cases ABCouD...



Bon...maintenant un peu de physio patho...

La ventilation est contrôlée de façon automatique au niveau bulbo/ pontique en fonction de PaO₂ et PaCO₂, mais il y a une contrôle limbique (sensible aux émotions) expliquant pourquoi la respiration s'accélère lorsque l'on ment (détecteur de mensonge), et finalement un contrôle cortical, volontaire, lorsque l'on veut chanter, retenir sa respiration etc...

Parallèlement à cette cascade corticale- limbique-tronculaire- pulmonaire motrice il y a ce que l'on appelle une « décharge corollaire » qui (si j'ai bien compris) est un message sensitif et c'est le déséquilibre entre la commande et la perception qui permet d'expliquer la sensation de dyspnée...

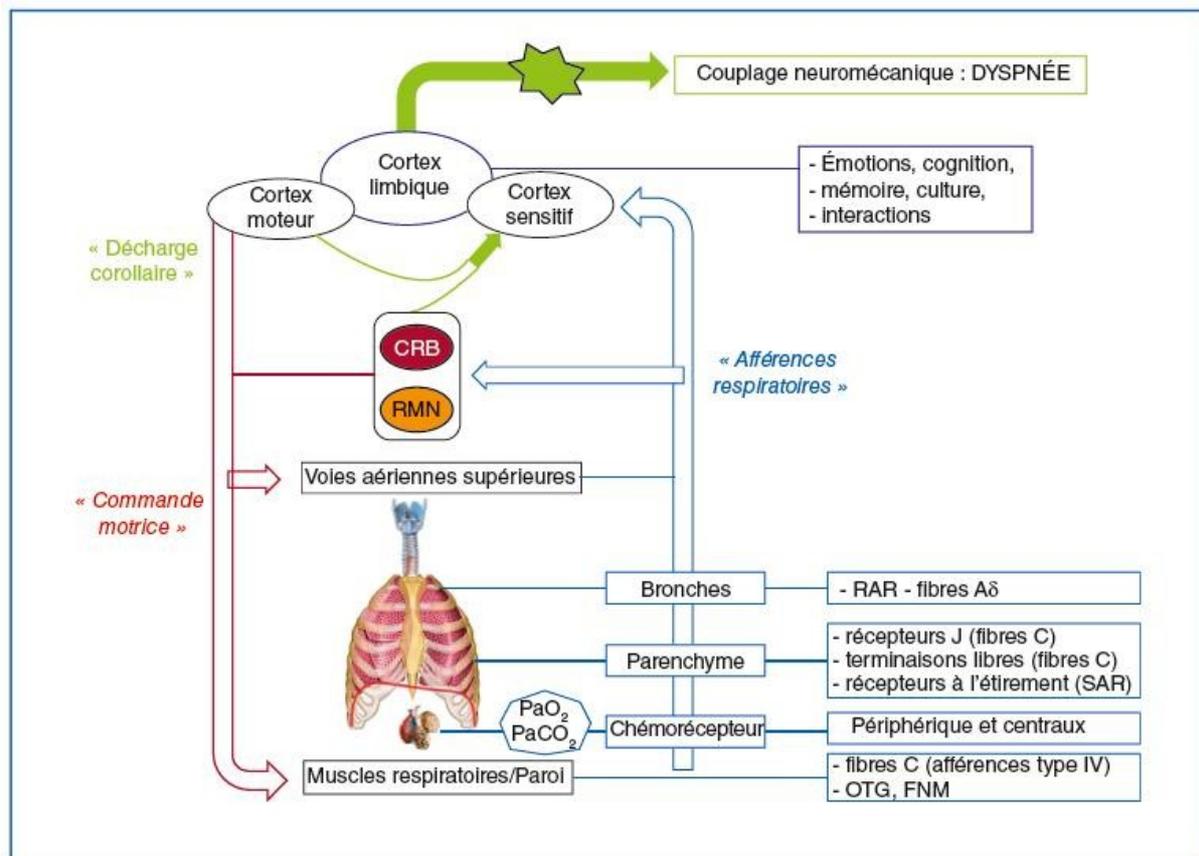


Figure 1. Schématisation de la régulation ventilatoire mettant en évidence la balance entre commande motrice rétrocontrôlée par les afférences sensorielles, constituant la base du couplage neuromécanique. Un déséquilibre de cette balance entraîne la genèse dans le cortex limbique de la dyspnée. CRB : Centres respiratoires bulbaires ; RMN : Relais motoneuronaux ; OTG : Organe tendineux de Golgi ; FNM : Fuseau neuromusculaire (Figure originale de l'auteur). <http://e-supplement-rmra-bpco.com/variabilite%3%A9-des-sympt%3%B4mes-de-la-bpco-la-variabilite%3%A9-du-%2%AB-stimulus-%2%BB/la-dyspn%3%A9-est-un-complexe-1>

C'est compliqué...

Maintenant pour ce qui est du traitement...

Pour la tuyauterie, on a les bronchodilatateurs, la mise en place de coils pour réduire le volume des zones emphysémateuses, la ventilation assistée ou la transplantation pulmonaire...

Pour le cerveau, on a les opiacés qui diminuent la perception...p.ex. 10-20mg de morphine/j dans les BPCO

Plus global, il y a la réhabilitation respiratoire qui a un effet sur les affects et le comportement, surtout par son effet sur le réentraînement musculaire (améliore la capacité à l'effort, et la qualité de vie, diminue la dyspnée et le nombre des exacerbations).

Plus moderne il y a la modification de la perception grâce à l'aide d'une réalité virtuelle, c'est à dire le port de lunettes projetant l'image d'un sujet en train de respirer de façon normale...(très expérimental pour le moment...)



Qu'as t-on donc appris aujourd'hui ?

Que le mécanisme de la dyspnée est compliqué...

Qu'une approche diagnostique multidisciplinaire est souvent nécessaire...

Que les traitements aussi sont multimodaux...

Et que pour faire simple...un peu de Morphine chez les patients BPCO dyspnéiques peuvent parfois bien les soulager...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
transmis par le laboratoire MGD

ericbdh@bluewin.ch
colloque@labomgd.ch