MedWiki-DZ (https://medwiki-dz.com/)

Œdèmes pulmonaires

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:35

Œdèmes pulmonaires

 $https://medwiki-dz.com/doku.php?id = cours:residanat:pneumologie:les_\%C5\%93 demes_pulmonaires.$

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:35 - Imprimé le : 2024/09/24 10:00



Table des matières

Œdèmes pulmonaires	. i
Œdèmes pulmonaires	1
1. Introduction	
2. Physiopathologie	1
3. Tableau clinique	1
3.1. Critères de gravité	2
4. Examen complémentaires	
4.1. Radiographie pulmonaire	
4.2. Biologie	2
4.3. Bilan cardiaque	2
4.4. Autres	
5. Étiologies	3
6. Traitement	3
6.1. Buts	3
6.2. Treaitement de l'OAP cardiogénique sans signes de gravité	3
6.3. Traitement de l'OAP cardiogénique grave	4
6.4. Traitement étiologique	4

Œdèmes pulmonaires

1. Introduction

- Accumulation pathologique de liquide dans les espaces et tissus extra-vasculaires pulmonaires
- Pathologie fréquente
- PEC urgente, gravité variable (simple dyspnée d'effet → détresse respiratoire majeur)
- On distingue les œdèmes hémodynamiques et lésionnels (SDRA), seul les œdèmes cardiogéniques sont discutés ici

2. Physiopathologie

- Mécanisme initial: augmentation de la pression hydrostatique des capillaires pulmonaires ⇒ extravasation d'un liquide pauvre en protéines vers l'interstitium puis les alvéoles
- L'œdème apparaît quand les capacités d'évacuation des lymphatiques est dépassé
- **Étiologie principale :** insuffisance cardiaque gauche systolique (IDM, CMD...) ou diastolique (hypertensive, CMH...)

3. Tableau clinique

- Dyspnée : maitre symptôme
 - Polypnée, survenue plus ou moins brutale
 - Surtout nocturne (orthopnée : assis ou plusieurs oreillers)
- Toux : quinteuse, incessante, sèche ou quelques expectorations mousseuses
- Grésillement laryngé
- Cyanose, sueurs, signes de lutte
- **Auscultation pulmonaire :** crépitants bilatéraux, d'abord aux bases puis s'étendent jusqu'aux sommets ; formes atypiques : *asthme cardiaque* (sibilants)
- Auscultation cardiaque: normale, tachycardie ou autres anomalies selon l'étiologie (souffle, galop proto-diastolique en cas d'IVG)
- TA (normale, basse ou élevée) oriente vers le mécanisme étiologique, et peut guider le traitement

3.1. Critères de gravité

- **Signes d'épuisement :** tirage, sueurs, balancement thoraco-abdominal, signes d'hypercapnie, troubles de la conscience
- État de choc cardiogénique avec les signes d'hypoperfusion

4. Examen complémentaires

4.1. Radiographie pulmonaire

- D'abord œdème interstitiel ⇒ lignes de Kerley (A: apex, obliques orientées vers les hiles, B: bases, perpendiculaires à la paroi, C: péri-hilaires)
- Puis œdème alvéolaire ⇒ opacités floconneuses, mal limitées, confluentes, bilatérales, symétriques, prédominant aux régions hilaires (en "ailes de papillon"), parfois asymétriques voir unilatérale
- Les émoussements des culs-de-sac pleuraux sont fréquents, voir des épanchements
- Cardiomégalie fréquente également (contexte)

4.2. Biologie

1. Gaz du sang:

- OAP non sévère : hypoxie hypocapnie (effet shunt)
- OAP sévère : hypoxie normocapnie puis hypercapnie et acidose respiratoire

2. Autres:

- lonogramme et bilan rénal : indispensables
- Peptide natriurétique B (BNP) : négatif, il élimine l'origine cardiaque
- Troponines : pas indispensable, mais peut orienter vers une ischémie myocardique

4.3. Bilan cardiaque

- ECG: trouble du rythme ou de la conduction, ischémie... ⇒ oriente vers la cardiopathie sous-jacente
- Échocardiographie Doppler: examen de choix, évalue notamment la fonction VG (IVG systolique ⇒ FEVG < 40%, diastolique ⇒ FEVG > 40% ET troubles de la relaxation)

4.4. Autres

- 1. **Coronarographie :** à visée diagnostique et thérapeutique en urgence en cas de syndrome coronarien aigu
- 2. **Holter ECG**: à distance de la phase aiguë, chez tout patient présentant des signes d'arythmie (palpitations, dyspnées spontanées résolutive, syncopes...)

5. Étiologies

- 1. **Cardiopathies ischémiques :** une des plus fréquentes, dysfonction VG par hypoperfusion coronaire (IVG systolique)
- 2. **Cardiopathies hypertensives :** troubles de la relaxation à cause de l'hypertrophie (IVG diastolique)
- 3. Cardiomyopathies hypertrophiques
- 4. Myocardiopathies primitives
- 5. Myocardites aiguës
- 6. Cardiopathies valvulaires: RA, RM, IM, dysfonction de prothèse
- 7. Troubles du rythme

6. Traitement

6.1. Buts

- Diminuer la pression capillaire pulmonaire
- Corriger les conséquences de l'œdème sur l'hématose (hypoxie, hypercapnie)

6.2. Treaitement de l'OAP cardiogénique sans signes de gravité

- Position demi-assise
- Oxygénothérapie pour SpO₂ ≥ 96%
- Diurétiques (furosémide en IV initialement)
- Vasodilatateurs veineux (dérivés nitrés): en première ligne, en association avec les diurétiques, dès que la TA le permet; 1 à 3 mg/h, arrêt si la PAS < 100 mmHg

6.3. Traitement de l'OAP cardiogénique grave

- Prise en charge en soins intensifs
- Ventilation non invasive (CPAP et BiPAP) ou invasive (si trouble de la conscience ou arrêt cardio-respiratoire)
- Inotropes positifs : dobutamine puis adrénaline

6.4. Traitement étiologique

- Toujours indiqué
- Doit être instauré le plus rapidement possible
- Arrêt des éventuels traitements inotropes négatifs (bêta-bloquants, inhibiteurs calciques...)
- Résumé basé sur le cours de Dr Benazzouz (DEMS 2017)