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

# Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:36

Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:syndrome\_de\_detresse\_respiratoire\_aigue\_sdra

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:36 - Imprimé le : 2024/09/24 08:00



# Table des matières

Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)	
Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)	1
1. Introduction	1
2. Définition	1
3. Épidémiologie	
4. Diagnostic	1
4.1. Diagnostic positif	1
4.1.1. Clinique	2
4.1.2. Para-clinique	2
4.2. Diagnostic étiologique	2
4.2.1. Agressions pulmonaires directes	2
4.2.2. Agressions pulmonaires indirectes	2
4.3. Diagnostic différentiel	2
5. Traitement	
5.1. Ventilation mécanique	3
5.2. Corticothérapie	3

# Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)

## 1. Introduction

 SDRA = lésion barrière alvéolo-capilaire + inflammation aiguë + œdème alvéolaire lésionnel (non cardiogénique) ⇒ IRA

# 2. Définition

- **Définition (American European Consensus Conference, 1994) :** définition révisée du syndrome :
  - IRA
  - Opacités parenchymateuses bilatérales
  - Pas de signes d'hypertension auriculaire gauche, ou PAPO ← 18 mmHg
  - $\circ$  PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> ≤ 300 : ALI (Acute Lung Injury)
  - $\circ$  PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub>  $\leq$  200 : SDRA
- Définition actuelle :
  - ∘ Diagnostic posé quand les critères sus-cités sont présents, et que le rapport  $PaO_2$  /  $FiO_2$  reste ≤ 200 après 24h de ventilation mécanique avec  $PEP \ge 5$  cm  $H_2O$

# 3. Épidémiologie

- Incidence faible (1,5 à 3,5/100.000 habitants/an)
- En réanimation : 7 à 9%
- Pronostic péjoratif (30 à 50% de mortalité); rapport PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> faible marqueur prédictif (déterminants multiples, défaillance multi-viscérale plus en cause dans le décès)
- Mortalité en décroissance ces dernières années (progrès dans la prise en charge)

# 4. Diagnostic

### 4.1. Diagnostic positif

#### 4.1.1. Clinique

- Au début : augmentation de la Fr, dyspnée, cyanose, quelques ronchi inspiratoires
- Puis les signes s'aggravent et les ronchi deviennent plus évidents

#### 4.1.2. Para-clinique

- Radiographie: infiltrats bilatéraux diffus, initialement minimes voir absents, puis jusqu'à opacification complète
- Gaz du sang :  $PaO_2/FiO_2 < 200 \text{ mmHg}$
- Pression artérielle pulmonaire PAPO < 18 mmHg (Cathéter de Swan-Ganz)
- TDM thoracique: Pas indiqué systématiquement, mais permet un bilan lésionnel précis ⇒ indiqué quand il peut mener à une modification de la prise en charge (barotraumatisme complexe, drainage d'abcès, geste chirurgical...)

## 4.2. Diagnostic étiologique

#### 4.2.1. Agressions pulmonaires directes

- Pneumonies (bactériennes, virales, parasitaires)
- Pneumopathie d'inhalation
- Contusion pulmonaire
- Embolie graisseuse
- Noyade
- Fumée toxique

#### 4.2.2. Agressions pulmonaires indirectes

- Sepsis
- Choc prolongé
- Polytraumatisme
- Pancréatite aiguë
- Transfusion massive
- CEC
- Brulures étendues
- Crush syndrome

### 4.3. Diagnostic différentiel

- OAP cardiogénique
- Pneumothorax

• Pneumonie bactérienne ou virale

# 5. Traitement

• Hospitalisation en réanimation

# 5.1. Ventilation mécanique

- A PEP élevée (15 à 20 cm H<sub>2</sub>O, voir plus)
- Objectif majeur = Recrutement alvéolaire (ouverture d'alvéoles collabées, réaération de territoires condensé)
  - Nombreux sont les facteurs qui contribuent à la réduction des volumes ventilables (baisse de compliance pulmonaire et thoracique, sédation/curarisation, aspirations trachéales fréquentes, position allongée, ventilation à FiO<sub>2</sub> élevée majore l'instabilité alvéolaire (atélectasies et dénitrogénation))
  - o C'est pour cela qu'il faut une PEP élevée pour contre-balancer cette tendance

# 5.2. Corticothérapie

- N'est indiquée ni dans la phase initiale (exsudative), ni pour la prévention d'un SDRA
- Augmente l'incidence des infections et le taux de mortalité
- Quelques arguments (à confirmer) pour CTC au cours de la phase 2 (fibro-proliférative)
- 3 phases : exsudative (1<sup>ère</sup> semaine) ⇒ fibro-proliférative (peut durer jusqu'à plusieurs semaines) ⇒ fibrose évoluée endo-alvéolaire et interstitielle
- Phase 3 : seulement dans certains cas, indépendamment du processus causal ; évolution péjorative qui semble liée à la non régression de la phase 2 par réponse inadaptée de l'hôte (durée et/ou intensité)