

Fiche à paraître

L'infirmière face à un accident de la voie publique (LRI n° 199)

Urgences

L'infirmière face à une dyspnée

Steven Lagadec* (infirmier), Fabrice Girault (infirmier), Aurélie Pégorier (infirmière), Bruno Garrigue (infirmier-anesthésiste, cadre de santé)

SAMU 91, SMUR de Corbeil-Essonnes, Centre hospitalier Sud Francilien, 59 boulevard Henri-Dunant, 91106 Corbeil-Essonnes, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : slagadec@gmail.com (S. Lagadec).

Face à une dyspnée aiguë ou chronique, le pronostic dépend essentiellement du diagnostic étiologique et de la mise en place du traitement adapté. Le rôle de l'infirmière est central, dans l'observation des symptômes, l'écoute du patient, la prise des paramètres vitaux et la mise en place d'une oxygénothérapie.

La dyspnée est une expérience subjective de manque d'air ou d'incapacité à respirer profondément. Elle résulte de l'effet combiné d'une augmentation du travail respiratoire associé à une impression de volume d'air inspiré insuffisant.

Les causes et les complications

✦ Si la dyspnée chronique est un phénomène ancien et d'aggravation lente, la dyspnée aiguë apparaît brutalement et s'aggrave rapidement (tableau 1).

Tableau 1. Causes d'une dyspnée aiguë ou chronique

Causes d'une dyspnée aiguë	Causes d'une dyspnée chronique
Étiologie cardiaque	
Œdème aigu du poumon Tamponnade Trouble du rythme État de choc cardiogénique	Insuffisance cardiaque Péricardite
Étiologie pulmonaire et vasculaire	
Embolie pulmonaire Pneumopathie Syndrome de détresse respiratoire aiguë de l'adulte Décompensation d'une insuffisance respiratoire chronique Pneumothorax Épanchement pleural Traumatisme thoracique	Pneumoconiose Pathologies restrictives : – séquelles de chirurgie pulmonaire – cyphoscoliose – paralysie des muscles respiratoires – hypertension artérielle pulmonaire
Étiologie bronchique	
Asthme Bronchiolite Exacerbation d'une bronchite chronique obstructive	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
Étiologie laryngotrachéale	
Œdème de Quincke Inhalation d'un corps étranger Laryngite, épiglottite Sténose du larynx ou de la trachée	Sténose tumorale
Autres étiologies	
États de choc Acidose métabolique Causes neurologiques Intoxication au monoxyde de carbone Anémie aiguë Hyperthermie Syndrome d'hyperventilation Dyspnée psychogène	Anémie chronique Acidose métabolique Myopathie Méthémoglobine et sulfhémoglobine



Tableau 2. Mesures d'oxygénothérapie en cas de dyspnée

Dispositif	Débit d'oxygène	Fraction inspirée en oxygène (FIO ₂)
Lunettes à oxygène	1-6 L/min	24-50 %
Masque à oxygène simple	5 L/min minimum	> 50 %
Masque à haute concentration	10-15 L/min minimum La réserve doit toujours être gonflée	60 %-90 %

♦ **Les risques encourus** dépendent de l'étiologie retrouvée. Si une dyspnée d'effort ou d'allure psychogène cède en l'absence de traitement, une dyspnée hypoxémiant aboutit rapidement au décès par anoxie. En l'absence de prise en charge spécifique, la dyspnée aiguë évolue vers un épuisement des réserves cardio-respiratoires.

Les signes de gravité à identifier

L'investigation clinique infirmière doit permettre d'évaluer le degré de sévérité, en engageant si nécessaire des mesures salvatrices ou conservatoires, et de recueillir un ensemble d'informations pertinentes facilitant la reconnaissance étiologique.

L'entretien infirmier et l'observation

Il convient de prendre connaissance des antécédents de santé et des traitements en cours.

♦ **L'incapacité à dire trois mots d'affilée** est définie comme un signe de gravité majeur. Un bruit ventilatoire peut être facilement reconnu :

- un stridor lors d'une dyspnée laryngée ;
- un grésillement laryngé lors de l'œdème aigu du poumon ;
- un sifflement lors d'une crise d'asthme ;
- une toux rauque et aboyante lors d'une laryngite.

♦ **Le malade sera examiné torse nu** afin de permettre une recherche des signes de gravité associés :

- une cyanose ;
- des sueurs ;
- un trouble de la conscience ;
- une agitation ;
- le recrutement des muscles respiratoires accessoires ;
- une contraction du muscle sternocléidomastoïdien ou du muscle scalène ;
- un tirage sus-claviculaire ou intercostal ;
- une respiration abdominale paradoxale ;
- un battement des ailes du nez (chez l'enfant).

Les paramètres vitaux

Les paramètres vitaux permettent d'évaluer la gravité :

- un trouble de la conscience manifeste ;
- une fréquence respiratoire (FR) supérieure à 30 cycles par

minute ou inférieure à 10 cycles par minute ;

- une saturation pulsée en oxygène inférieure à 90 % ;
- une fréquence cardiaque (FC) > 120 battements/min ;
- une pression artérielle (PA) systolique < 80 mm Hg.

La présence d'au moins un de ces signes de gravité impose une prise en charge médicale sans délai. L'infirmière veillera à repérer les signes extra-respiratoires tels que la présence d'une fièvre, une toux, une expectoration associée, une douleur, des marbrures, un saignement ainsi que des signes digestifs ou neurologiques.

Premières mesures à prendre

Le traitement d'une dyspnée aiguë repose sur la reconnaissance rapide de son étiologie. L'inhalation d'un corps étranger en l'absence de toux (obstruction des voies aériennes supérieures) impose la réalisation sans délai de cinq tapes dorsales et de la manœuvre de Heimlich.

Il convient généralement de respecter la posturation du patient, le plus souvent assise jambes pendantes. L'attitude du soignant devra être rassurante afin de prévenir les troubles paniques fréquents.

L'oxygénothérapie doit être la plus précoce possible. Chez le patient connu comme insuffisant respiratoire chronique, l'administration d'oxygène doit demeurer prudente car elle peut aggraver une hypercapnie basale accélérant de fait la décompensation respiratoire. L'oxygénothérapie a pour objectif de lutter contre l'hypoxémie par l'inhalation d'un mélange enrichi en oxygène (tableau 2).

Surveillances

La surveillance infirmière repose sur la bonne administration du traitement et l'évaluation clinique du patient. Le monitoring de la saturation pulsée en oxygène (SpO₂), de la FR, de la FC et de la PA permet de suivre l'évolution de la dyspnée mais ne dispense pas de l'évaluation de l'état de conscience. •

Déclaration d'intérêts. Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.