

Insuffisance respiratoire aiguë

[Urgences](#) – [Pneumo](#)

Fiche réalisée selon le [plan OD](#)

[Item ECNi 355](#)

Dernières mises à jour

Sources

Sommaire

!! URGENCES !!

Paraclinique

<i>Toute insuffisance respiratoire aiguë est une urgence !</i>
--

Définitions ^{1b} : Survenue aiguë d'une hypoxie tissulaire. On distingue :

- les insuffisance respiratoire aiguë hypoxémique (type 1)
- les insuffisance respiratoire aiguë hypercapnique (type 2).

En l'absence d'hypoxie associée, on parlera plutôt d'insuffisance ventilatoire aiguë

- les hypoxie tissulaire sans hypoxémie par altération du transport de l'oxygène ou de la respiratoire cellulaire

Il s'agit donc d'une définition gazométrique. Voir aussi la mise au point : [Signes clinico-bio respiratoires : définition, étio et physiopath](#)

1) Etiologie ^{1b}

- Pathologies à prédominance hypoxémique (IRA de type 1)

Caractérisées par une inadéquation du rapport ventilation/perfusion, effet shunt, ou trouble de la diffusion gazeuse.

On retrouve toutes les causes de dyspnée aiguë secondaire à une atteinte sévère de l'appareil respiratoire et sans pathologie sous-jacente ⁰.

Etiologie	Clinique ^{1a}	Paraclinique ^{1a}
OAP cardiogénique	Orthopnée, expectoration rosée, mousseuse Crépitations bilat. aux bases	RxT : sd alvéolo-interstitiel bilatéral, ± épanchement pleural ETT
Pneumonie infectieuse	Sd infectieux et respiratoire, foyer de crépitations	RxT : opacités alvéolaires ± systématisées Sd inflammatoire bio
SDRA	Selon la cause (toute cause de SRIS, pneumonie, toxique), absence d'atteinte cardiaque !	RxT : infiltrat bilatéral PaO ₂ /FiO ₂ < 300
Embolie pulmonaire	FdR de MTE Polypnée superficielle Douleur thoracique	RxT normale D-Dimère, Angioscanner
Poussée / décompensation d'une pathologie interstitielle pulmonaire	Souvent ATCD connu	RxT : opacités parenchymateuses bilatérales, non-systématisées
Atélectasie	Immobilisme d'un hémithorax Abolition du MV, matité	RxT : opacité parenchymateuse systématisée, attraction des structures médiastinales du côté lésé

Pneumothorax	Sujet fumeur, longiligne Abolition vibrations vocales et MV, tympanisme	RxT : hyperclarté avec ligne pleurale délimitée
Pleurésie	Dim. vibrations vocales et MV, matité	RxT : opacité dense, homogène, non-systématisée
Asthme aigu grave ^{1a}	± ATCD d'asthme Toux productive purulente Sibilants ou silence auscultatoire	RxT : ± distension thoracique
Traumatisme thoracique		RxT
Obstruction des voies aériennes (phase évoluée) *	Dyspnée inspiratoire	

* épiglottite, [corps étranger](#), [oedème de Quinck](#), sténose trachéale, tumeur laryngée. Lors de la phase initiale, il n'existe pas d'hypoxie.

▪ Pathologies à prédominance hypercapnique (IRA de type 2)

L'insuffisance aiguë est liée à une hypoventilation alvéolaire par décompensation d'une pathologie respiratoire chronique. On retrouve une [acidose respiratoire](#) avec élévation des bicarbonates

On retrouve les causes d'[insuffisance respiratoire chronique](#) (sauf HTP) avec facteur de décompensation ⁰

▪ Hypoxie tissulaire sans hypoxémie

On retrouve une hyperlactatémie

Etiologie	Clinique	Paraclinique
Etat de choc	hypotension	
Anémie	Paleur	Hémoglobine
Intoxication au CO		
Intoxication au cyanure		
Sepsis grave	syndrome infectieux	bio : syndrome infectieux

2) Orientation diagnostique ^{1a}

(L'hypoxie tissulaire sans hypoxémie n'est pas traitée dans ce paragraphe)

A) Clinique

Signes d'obstruction des voies aériennes supérieures :

- Patient paniqué, mains au cou, dysphonie voire aphonie
- En cas d'obstruction partielle, allongement du temps inspiratoire, cornage, stridor
- En cas d'obstruction totale absence de flux respiratoire

Recherche des signes cardio-circulatoires :

- Signes de choc
- Coeur pulmonaire aigu = signes droits
- Pouls paradoxal (difficile cliniquement, -20mmHg à l'inspiration en pression sanglante ^{1B})

Recherches des signes d'hypercapnie

- Astérisis, céphalées, somnolence jusqu'à coma calme
- Erythrose faciale, HTA, hypercrinie (sueurs, hypersiallorhée)

B) Paraclinique

1^{ère} intention : Rx thoracique

- Pathologie pleurale : pneumothorax compressif, pleurésie
- Atteinte parenchymateuse : pneumonie infectieuse et OAP cardiogénique +++ ; SDRA, PID, atélectasie

2^e intention : Gaz du sang (si RxT normale) :

- Causes hypercapniques : exacerbation de BCP0 ++ ; atteintes mécaniques et pathologies neuro-musculaires. *Penser à rechercher un facteur de décompensation dans ce cadre !*
- causes normo- / hypocapniques : asthme, embolie pulmonaire

C) Synthèse ⁰

