

La détresse respiratoire aiguë (DRA) est avant tout un diagnostic clinique, non systématiquement associée à une hypoxie ( $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ ), mais souvent avec désaturation

## SIGNES CLINIQUES

- ⇒ **Dyspnée** = difficultés respiratoires ressenties par le patient
- ⇒ Signes d'hypoxémie : **cyanose**, trouble de la conscience
- ⇒ Signes d'**hypercapnie** : céphalées, sueurs, astérisis, confusion, somnolence voire coma
- ⇒ **Signes de gravité** : à rechercher systématiquement +++ car indiquent la nécessité de la mise sous ventilation mécanique (VM)
  - o polypnée > 30/min ou bradypnée (risque d'arrêt respiratoire)
  - o difficulté à la parole, toux inefficace
  - o tirage sus-claviculaire, mise en jeu des muscles accessoires = respiration comme après une course
  - o balancement thoraco-abdominal = *le ventre se creuse quand le thorax se remplit*

## PRISE EN CHARGE INITIALE

- ⇒ **Monitoring des constantes** : saturomètre, mais aussi pression artérielle et scope ECG si disponible
- ⇒ **Oxygénothérapie** : lunettes à O<sub>2</sub>, masque moyenne concentration, masque haute concentration

Modalités	Avantages	Inconvénients	Débit de gaz	FiO <sub>2</sub> délivrée	Indication
	Confort du patient	Fuites (buccales +++) FiO <sub>2</sub> basse	1-5 l·min <sup>-1</sup>	24-40 % en fonction du débit, des fuites	Après stabilisation de la DRA
	Limitation des fuites	Inconfortable Gêne la toux Empêche l'alimentation FiO <sub>2</sub> modérée	5-10 l·min <sup>-1</sup>	40-60 %	En première intention devant une DRA
	Délivrance de FiO <sub>2</sub> élevée Limitation des fuites	Inconfortable Gêne la toux Empêche l'alimentation	8-15 l·min <sup>-1</sup>	40-90 % en fonction du débit, de la fréquence respiratoire, du volume courant...	En première intention devant une DRA

**!! pour les masques hautes concentrations : pensez à toujours « gonfler » la poche du masque avant de le mettre au patient (sinon la poche vide demande une augmentation du travail inspiratoire chez ces patients en détresse respiratoire) !!!**

- ⇒ **Positionnement du patient** : point primordial et trop souvent oublié ! **Asseoir** un patient en détresse respiratoire libère les bases pulmonaires, favorise la course diaphragmatique (perte de la compression abdominale) et lutte contre l'angoisse.
- ⇒ Appel du sénior / réa
- ⇒ Ne pas donner d'eau : mise à jeun pour prévenir l'inhalation lors d'une future intubation

## POUR AVANCER DANS LE DIAGNOSTIC

Sans chercher des choses compliquées, deux examens simples (et rapide, la plupart du temps) permettent d'orienter l'étiologie de la détresse respiratoire :

- ⇒ **Gaz du sang** : association d'une hypoxie ou non ( $PaO_2 < 60$  mmHg), association d'une hypercapnie ( $PCO_2 > 45$  mmHg => avec hypoxémie = signe d'épuisement respiratoire) ou non, hyperlactatémie (signe d'une inadéquation entre les besoins en  $O_2$  des organes et les apports)
- ⇒ **Radiographie thoracique** : foyer de pneumonie, OAP, épanchement pleural...

Examen clinique : l'**auscultation** : crépitants, sibilants, foyer, diminution du murmure vésiculaire...

## QUID CHEZ LE PATIENT INTUBÉ?

Le patient intubé, en phase de réveil ou de sevrage de la VM, peut présenter des signes de détresse respiratoire aiguë, qui est toujours un diagnostic clinique :

- ⇒ **Clinique** : en pratique les mêmes que chez le patient en VS (polypnée, balancement thoraco-abdominal). À rajouter en plus, la désadaptation du respirateur (en pratique, une  $FR > 30$  et/ou des cycles non complets sur le respirateur)



# FICHE FLASH DÉTRESSE RESPIRATOIRE AIGÜE

Dupont J; Gouzien L; Sevrain P.

## ⇒ Premiers gestes :

- o **AUGMENTATION DE LA FIO2 !!** ça permet d'avoir ensuite du temps pour réfléchir
- o rechercher une **obstruction/débranchement** de la sonde d'intubation ou des tuyaux du respirateur : première cause à toujours rechercher. Une sonde d'intubation coudée (ou les tuyaux) entraîne une augmentation des pressions au sein du circuit (à toujours rechercher devant un respirateur sonnante « pressions de crête » élevées). De même, les sondes d'intubations peuvent être bouchées par des sécrétions et donner des tableaux de DRA

⇒ L'orientation étiologique est la même que pour le patient non intubé ; quelques spécificités : penser au pneumothorax si pose de KT récente, vérifier le repère de la sonde d'intubation (un patient extubé peut avoir sa sonde dans la bouche !)

## ET CHEZ LE PATIENT COVID + ?

Quelques précisions spécifiques :

⇒ **Faire attention à se protéger**, notamment lors de la mise en place du masque à oxygène (risque de toux et de projection virale)

⇒ **Éviter OPTIFLOW et VNI** car risque d'aérosolisation / fuites et dispersion du virus ++ --> privilégier l'appel pour intubation précoce ++

⇒ La réserve en oxygène des patients Covid est souvent extrêmement diminuée, entraînant des tableaux de DRA brutaux et sévères. Ils ne ressentiront pas de dyspnée très symptomatique malgré la profondeur de l'hypoxémie présente. Vigilance donc quand l'oxygénothérapie de ces patients commence à augmenter. **Appeler le réanimateur dès désaturation sous 6L d'O2 !**

*source : collège des enseignants de médecine intensive et de réanimation*

*mise en page: Bouchereau E.*