

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

Œdèmes pulmonaires

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

MedWiki-DZ :

Œdèmes pulmonaires

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

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:35** - Imprimé le : **2026/01/29 07:29**



Table des matières

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

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** : maître 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** : crépitations 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 émossements 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 :

- Ionogramme 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

1. **ECG** : trouble du rythme ou de la conduction, ischémie... ⇒ oriente vers la cardiopathie sous-jacente
2. **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. Traitement de l'OAP cardiogénique sans signes de gravité

- Position demi-assise
- Oxygénothérapie pour $SpO_2 \geq 96\%$
- 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)