

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

Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)

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

MedWiki-DZ :

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 : **2026/02/03 17:25**



Table des matières

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

Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)

1. Introduction

- SDRA = lésion barrière alvéolo-capillaire + inflammation aiguë + œdème alvéolaire lésionnel (non cardiogénique) $\Rightarrow$ 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 $\Leftarrow$ 18 mmHg
 - $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 300$: ALI (Acute Lung Injury)
 - $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 200$: SDRA
- **Définition actuelle :**
 - Diagnostic posé quand les critères sus-cités sont présents, et que le rapport $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2$ reste ≤ 200 après 24h de ventilation mécanique avec PEP ≥ 5 cm H₂O

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 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 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** : $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ mmHg
- Pression artérielle pulmonaire PAPO < 18 mmHg (**Cathéter de Swan-Ganz**)
- **TDM thoracique** : Pas indiqué systématiquement, mais permet un bilan lésionnel précis $\Rightarrow$ 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
- Brûlures 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 H₂O, voir plus)
- Objectif majeur = **Recrutement alvéolaire** (ouverture d'alvéoles collabées, ré-aération de territoires condensés)
 - 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 FiO₂ élevée majeure l'instabilité alvéolaire (atélectasies et dénitrogénéation))
 - 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^{ère} 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)