

DYSPNEE : QUAND APPELER LE SMUR ?

La dyspnée, l'essoufflement, la sensation d'étouffer, le manque d'air, sont des motifs fréquents d'appels et de demandes de consultation, d'autant plus que ces symptômes génèrent une grande angoisse chez le patient et son entourage. La dyspnée est la perception consciente d'une gêne ou d'une difficulté respiratoire.

L'évaluation de la gravité et le degré d'urgence peuvent être déterminés par l'interrogatoire du patient, par la présence d'un risque évolutif rapide, par les circonstances d'apparition de la dyspnée et ainsi motiver l'envoi d'emblée d'un SMUR.

C'est l'existence de signes de gravité qui détermine dans un premier temps la nécessité d'une médicalisation rapide :

- trouble de la parole, impossibilité de parler, changement de tonalité de la voix
- fréquence respiratoire supérieure à 30 cycles/min
- tirage sus claviculaire puis balancement thoracoabdominal
- cyanose, sueurs
- signes de mauvaise tolérance cardiovasculaire : tachycardie, HTA ou hypotension, insuffisance cardiaque
- signes neurologiques : agitation, troubles de la conscience

Si la présence d'un ou de plusieurs signes de gravité ne laisse aucun doute sur la nécessité d'une médicalisation, d'autres cas peuvent être plus difficiles à évaluer cliniquement. En extra-hospitalier des moyens simples d'utilisation permettent de confirmer la sévérité d'une dyspnée.

La mesure du débit expiratoire de pointe (DEP) participe à l'évaluation d'une crise d'asthme, apprécie l'effet du traitement et indique une hospitalisation : crise d'asthme grave DEP < 150L/min

L'utilisation d'un oxymètre de pouls qui mesure la saturation percutanée en O₂ (SPO₂) permet un monitoring simple et fournit des renseignements précoces avant que les signes cliniques de l'hypoxie ne soient évidents. Une bonne interprétation de la mesure est toutefois nécessaire (intoxication au CO, états de choc, artéfacts de mesure ..).

Une mesure de SPO₂ inférieure à 90% est un signe de gravité.

Certaines étiologies à risque évolutif rapide (asthme, embolie pulmonaire, OAP, pneumothorax chez l'insuffisant respiratoire chronique, dyspnée dans un contexte post traumatique...) ainsi que certaines circonstances ou présentations cliniques (suspicion de corps étranger notamment chez l'enfant, réactions allergiques, inhalation de toxiques ...) peuvent justifier l'engagement de moyens médicalisés malgré l'absence de signes cliniques de gravité.

Si un doute subsiste sur la nécessité d'une médicalisation, une discussion avec le médecin régulateur AMU peut s'avérer utile afin d'engager le moyen de transport le plus adapté en fonction de la situation, du contexte, des antécédents et de l'état clinique du patient.

Le diagnostic de gravité d'une dyspnée reste toutefois avant tout clinique, le plus difficile est de ne pas sous-estimer la gravité immédiate et surtout son évolutivité.