**Apprentissage par raisonnement clinique (ARC)**

**Dyspnée**

La présente séance d’ARC est basée sur les objectifs suivants :

1. **Maladies/troubles de l’appareil respiratoire**
   * Après avoir fait une anamnèse, déterminer les facteurs de risque et les facteurs aggravants propres à des patients atteints d’asthme ou de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).
   * Décrire les examens appropriés pour diagnostiquer et traiter un patient atteint d’asthme ou de MPOC.
   * Choisir un traitement pharmacologique approprié pour un patient en fonction du plus récent consensus sur les lignes directrices canadiennes relativement à l’asthme et à la MPOC.
   * Interpréter les valeurs d’une exploration fonctionnelle respiratoire et faire la distinction entre l’asthme et la MPOC.
2. **Infections des voies respiratoires supérieures**
   * Énumérer les diverses causes d’infection des voies respiratoires supérieures (IVRS).
   * Énumérer les affections secondaires résultant d’une IVRS.
   * Établir le diagnostic différentiel d’une IVRS.
   * Décrire la prise en charge appropriée d’une IVRS.
   * Énumérer et décrire les indications des médicaments en vente libre et sur ordonnance contre la toux et le rhume.

**Cas no 1**

Quels sont les facteurs en cause de la dyspnée?

1. Infection des voies respiratoires supérieures/sinusite
2. Infection des voies respiratoires inférieures (trachéite, bronchite, pneumonie)
3. Asthme - Allergique

* Cardiaque
* ? Reflux

1. MPOC (bronchite, emphysème)

* cœur pulmonaire et insuffisance cardiaque droite

1. Syndrome respiratoire restrictif

* Pneumopathie interstitielle
* Obésité

1. Embole pulmonaire
2. Pneumothorax
3. Insuffisance cardiaque congestive - ischémique - valvulaire

- Cardiomyopathie : virale, alcoolique, ischémique

9. Cardiopathie ischémique

10. Épanchement pleural : transsudat vs exsudat

11. Déconditionnement

12. Anxiété

13. Anémie

14. Atteintes de la paroi thoracique : trauma, maladie neuromusculaire

15. Grossesse

**Cas no 2**

Un adolescent de 15 ans présente une douleur thoracique, de la dyspnée et de la toux lorsqu’il joue au basketball.

1. Quels aspects de l’anamnèse sont cruciaux?
2. Quelle est l’importance de s’informer s’il y a des antécédents familiaux?
3. Quel type d’examen physique faudrait-il faire?
4. Quels examens diagnostiques pourraient être utiles?
5. Quels sont les diagnostics possibles?

**Cas no 3**

La mère du patient ci-dessus, âgée de 48 ans, a de la difficulté à prendre une respiration profonde depuis 1 mois et demi et se réveille en « s’étouffant ».

1. Quelles questions voudriez-vous lui poser?
2. Qu’est-ce qui est important de faire à l’examen physique?
3. Quels sont les diagnostics possibles?

**Cas no 4**

Un homme de 30 ans présente de la dyspnée après avoir marché un pâté de maisons. Il sent qu’il a de plus en plus de sécrétions dans les voies respiratoires et il se réveille nuit en toussant. Il a aussi remarqué que son eczéma avait empiré et le garde également éveillé la nuit. Il prend du salbutamol (Ventolin) à raison de 8 à 10 fois par jour.

1. Quel est le diagnostic le plus probable?
2. À l’anamnèse, sur quel sujet aimeriez-vous vous informer et que feriez-vous à l’examen physique?
3. Quels traitements seraient utiles et comment surveilleriez-vous sa réaction à un nouveau traitement?

**Cas no 5**

Une femme de 65 ans vient vous consulter à votre bureau pour de l’oppression thoracique et de la dyspnée à l’effort. Elle fume un paquet de cigarettes par jour depuis 45 ans. Elle a de la difficulté à dormir. À l’examen, sa tension artérielle est de 154/88 mmHg et vous ne trouvez pas de pouls paradoxal. Vous notez des secousses de la trachée et l’utilisation manifeste des muscles sternocléidomastoïdiens. La patiente fait des phrases courtes quand elle parle. La percussion thoracique révèle une hypersonorité. Vous ne notez aucune augmentation des vibrations vocales et l’auscultation révèle une respiration sifflante diffuse. Voir l’annexe 1.

1. Quel est le diagnostic?
2. Quel traitement suggéreriez-vous dans l’immédiat et à long terme?
3. Comment détermineriez-vous l’urgence du traitement? Est-ce qu’il faudrait envoyer la patiente à l’urgence?
4. Quel est le rôle des antibiotiques?
5. Comment détermineriez-vous le degré de dyspnée?
6. Que comprend votre diagnostic différentiel?
7. Quels examens diagnostiques pourraient être importants?

**Cas no 6**

Une femme de 56 ans dit avoir une « respiration haletante » depuis plus de 2 semaines. Son mari est décédé d’un cancer métastatique un mois plus tôt et depuis, elle a la larme à l’œil, elle est distraite et se réveille tôt le matin. La nuit, elle se sent essoufflée, elle se réveille et se lève. Elle ne tousse pas et n’a pas de douleur thoracique.

Antécédents médicaux : légère hypertension artérielle, Rx : triamtérène/HCTZ

Tabagisme 1-2 cigarettes/jour

Ménopausée – Rx : Premarin/Prometrium

À l’examen : TA 126/80 mmHg, varie entre 132 et 108 mmHg, mais régulière

Râles occasionnels à la base pulmonaire gauche

Bruits du cœur normaux

1. Quel est le diagnostic différentiel de la dyspnée?
2. De quels détails avez-vous besoin à l’anamnèse?
3. Que rechercheriez-vous à l’examen physique?
4. Quels examens diagnostiques seraient utiles?

**Cas no 7**

Depuis 4 mois, une femme de 72 ans a remarqué qu’elle est de plus en plus fatiguée quand elle marche. Elle ne tousse pas. Elle a aussi une douleur pleurétique au niveau du diaphragme lorsqu’elle inspire. Voir l’annexe 2.

Antécédents médicaux : Tabagisme 40 paquets-année (nombre d’années de tabagisme x nombre de paquets/jour)

Diagnostic antérieur de MPOC

Hypertension artérielle

Reflux gastro-œsophagien

Médicaments : Fluticasone 500 µg = 500 microgrammes inhalés BID

Bricanyl Turbuhaler – QID PRN

Dompéridone 10 mg TID

Ramipril 10 mg par jour

Doxazosine 2 mg QHS

À l’examen : Débit expiratoire de pointe = 385 litres/min

TA – 166/100 mmHg

Poumons clairs @ PVJ 3 cm auscultation du cœur normale ɸB4

**Cas no 8 – partie 1**

M. T., un homme de 82 ans, présente depuis 24 heures une toux qu’il croit avoir attrapée de sa femme. Il se réveille la nuit avec des myalgies et il pense qu’il a de la fièvre. Il fume ¼ de paquet de cigarettes par jour. Il dit accuser un retard de la miction et de la dysurie.

À l’examen : T = 37,2 °C TA 150/60 mmHg FR = 36/min FC 108/min

Examen des poumons : respiration sifflante à l’expiration

La PVJ n’est pas élevée

Aucune présence d’œdème

Analyses de laboratoire :Urine  : présence de sang 2+ protéinurie 1 +

1. Quel est le diagnostic? Les possibilités?
2. Quels examens aideraient à confirmer le diagnostic?
3. Que suggéreriez-vous comme traitement?
4. Quel examen diagnostique serait utile pour prendre une décision concernant le traitement?

**Cas no 8 – partie 2**

Le patient revient vous voir 5 jours plus tard. Il se réveille toutes les heures à cause de sa toux. L’ordonnance que vous lui avez remise 5 jours plus tôt l’a soulagé un peu.

À l’examen : T = 37,5 °C TA 162/80 mmHg FR = 42/min FC 90/min

Légère cyanose, matité à la percussion du lobe inférieur gauche et entrée d’air diminuée

Pas de vibrations vocales

Pas de bronchophonie

1. Quel est le diagnostic?
2. Quel traitement suggérez-vous?

**Choses à aborder dans ces cas :**

**Signaux d’alerte :** fièvre, hémoptysies, douleur thoracique et perte de poids.

Anamnèse : Vérification des antécédents suivants : asthme ou MPOC, tabagisme, allergies, voyages, toux, antécédents menstruels (penser à des emboles pulmonaires), antécédents sociaux et anxiété, antécédents médicamenteux.

**Examen physique :** Apparence générale – rechercher une cyanose, vérifier les signes vitaux, y compris la fréquence respiratoire et la saturation en oxygène. Examen cardiopulmonaire (qu’est-ce que l’étudiant devrait rechercher lors de cet examen). Vérifier si la trachée est déviée, si l’entrée d’air dans les poumons est diminuée, la présence d’une respiration sifflante et des signes de condensation (consolidation). Faire un examen complet des mollets à la recherche de signes de thrombose.

**Diagnostic différentiel :** Envisager les diagnostics suivants : infection des voies respiratoires supérieures, asthme, MPOC, insuffisance cardiaque congestive, infections pulmonaires, néoplasmes, embolie pulmonaire, tuberculose, fibrose pulmonaire ou sarcoïdose, et possiblement une anémie selon le tableau clinique. L’étudiant devrait avoir une idée des causes de dyspnée les plus fréquentes en médecine générale de même que les causes les plus inquiétantes.

**Investigation :** Si l’anamnèse évoque une infection des voies respiratoires supérieures, comme dans le cas no1, il n’y a pas lieu de faire d’examen.

Si l’anamnèse évoque un diagnostic possible d’asthme, songer à faire une spirométrie ambulatoire (pré- et post-bronchodilatateur pour faire la distinction entre une obstruction des voies aériennes réversible et non réversible) dans un contexte de médecine familiale et une radiographie thoracique. L’étudiant devrait pouvoir décrire ce qu’il voit sur la radiographie thoracique afin de confirmer ou d’exclure un diagnostic.

Dans le cas no 2, l’anamnèse évoque la présence de malignité en raison de signaux d’alerte comme l’âge du patient et la nature chronique de symptômes en dépit d’un traitement ainsi que de l’apparition récente d’hémoptysies. Il faut effectuer une radiographie thoracique sans tarder ainsi qu’un test cutané à la tuberculine.

**Anti-infective Guidelines for Community acquired Infections 2005**

(MUMS Guideline Clearinghouse

Suite 901-790 Bay Street

Toronto, ON M5G 1N8)

Sections sur la pharyngite, l’otite moyenne, l’otite externe et la sinusite.

**Traitements :**

* *Non pharmacologique*: L’étudiant devrait pouvoir décrire un plan d’action pour l’asthme. L’arrêt du tabagisme est important dans la prise en charge de toute cause aiguë ou chronique de dyspnée.
* *Pharmacologique*: L’étudiant devrait pouvoir décrire les classes de médicaments administrés par inhalation utilisés dans le traitement de l’asthme et de la MPOC et décrire leur mode d’utilisation. Il devrait connaître les indications des antibiotiques oraux et pouvoir suggérer des antibiotiques pour traiter la pneumonie acquise en communauté et une exacerbation de MPOC. Il devrait pouvoir expliquer quand la prescription de prednisone par voie orale est un bon choix pour traiter une crise d’asthme ou de MPOC. Enfin, il devrait savoir lorsqu’un traitement en médecine ambulatoire n’est plus possible et qu’il faut alors envoyer le patient à l’urgence ou encore le faire hospitaliser.

Annexe 1 : Cas no 5

Pulmonary function lab report

Annexe 2 : Cas no 7Pulmonary Function Report