

Un syndrome d'hyperventilation non psychogène

Jean-Philippe Zürcher, Marco Paoletti, Jean-Louis Berney

Médecin chef, service de médecine, Hôpital Fribourgeois, site de Riaz

Summary

A case of non-psychogenic hyperventilation

We report the case of a 16-year-old female patient presenting at the emergency department with acute dyspnoea. She had already been seen the same day by her general practitioner and hyperventilation syndrome had initially been diagnosed. Capillary blood glucose and subsequent tests showed severe diabetic acidoketosis, which was successfully treated. This particular situation should serve as a reminder that hyperventilation syndrome remains a diagnosis of exclusion and a detailed history and physical examination are necessary.

Présentation du cas

Une patiente de 16 ans en bonne santé habituelle consulte le médecin de famille (première consultation) un après-midi pour une dyspnée qui serait apparue le jour même. Sa mère évoque des difficultés scolaires depuis quelque temps et met en avant un contexte de stress. Un bref status révèle uniquement une tachypnée. Après avoir respiré dans un sac avec amélioration sensible des symptômes, elle peut rentrer à domicile. On retient un diagnostic de probable crise d'hyperventilation et on rassure la patiente.

Le soir même, en raison de la persistance de cette dyspnée avec tachypnée, elle consulte aux urgences de notre hôpital.

Il ressort à nouveau de l'anamnèse que la patiente est en pleine crise d'adolescence, les résultats scolaires sont en légère diminution et la mère nous informe que depuis quelque temps déjà sa fille est de plus en plus anxieuse.

A noter que la patiente aurait présenté des nausées et des vomissements le jour précédent, ces symptômes ayant été banalisés dans un contexte de contagion familiale, puisque toute la famille avait eu une gastro-entérite au cours des deux semaines précédentes. Il n'y a pas d'autres plaintes évoquées spontanément.

Au status, la patiente est tachycarde à 140/min, légèrement hypertendue à 155/77 mm Hg, afébrile, tachypnéique (>25/min) avec mouvements

respiratoires amples, et déshydratée. Le Glasgow Coma Scale est à 15/15 mais la patiente est légèrement somnolente.

Dans ce contexte et dans un deuxième temps après le triage infirmier, l'assistant demande une glycémie capillaire, qui s'élève à 26 mmol/l!

Une anamnèse ciblée met en évidence une polydipsie avec polyurie, qui avait également été banalisée par la patiente et sa famille.

Le reste du laboratoire révélera une acidose métabolique sévère sur acidocétose diabétique (diabète inaugural), avec pH à 6,81, un base excess à -29,7 mmol/l, des bicarbonates à 2 mmol/l et une glycémie veineuse à 32,3 mmol/l (tab. 1 [↩](#)).

La patiente est admise aux soins continus et bénéficie d'une prise en charge classique comprenant réhydratation, insulinothérapie intraveineuse en continu, substitution potassique et apport de bicarbonates.

L'évolution sera rapidement favorable et sans complication durant le séjour, avec mise en place d'une insulinothérapie sous-cutanée.

Discussion

Cette situation clinique, en apparence anodine et rencontrée fréquemment aux urgences, montre à quel point il est difficile de ne pas se laisser influencer par un diagnostic préposé, et cela même lorsqu'il s'agit d'un diagnostic d'exclusion. En effet, dans un premier temps, la mère mettait l'accent sur un contexte de stress, de problèmes scolaires apparaissant peu à peu et tout cela sur un fond de crise d'adolescence de sa fille. Enfin, le triage infirmier tient compte du fait que la patiente vient d'être traitée pour une probable crise d'angoisse en cabinet, ce qui ralentit la prise en charge aux urgences. Un autre élément ayant contribué à ce retard diagnostique fut la non-évo-cation de symptômes tels que polyurie et polydipsie.

Le diagnostic de syndrome d'hyperventilation est souvent posé sans exclusion formelle d'autres diagnostics par des examens complémentaires. Plusieurs questionnaires et tests ont été proposés pour évaluer la probabilité d'une origine psychogène, mais avec des résultats et une utilité pratique qui sont discutés. Par exemple, le questionnaire de Nijmegen (tab. 2 [↩](#)) avec une liste de symptômes énumérés pour lesquels il est demandé à quelle fréquence le patient les présente avec une sensibilité de 91% et une spécificité de 95% [1]. Il existe également un test de provocation hypocapnique selon Hardonk et Beumer ancien-

Tableau 1. Gazométrie artérielle d'entrée.

Gazométrie	
pH (7,37–7,45)	6,81
PCO ₂ (4,7–6,1 kPa)	1,3
PO ₂ (11,2–13,8 kPa)	16,8
Bicarbonates (22–28 mmol/l)	2
Excès de base (-2 à 3 mmol/l)	-29,7
Saturation O ₂ (97–100%)	97

nement utilisé, plutôt dans un contexte de dyspnée chronique, avec monitoring de la $P_{et}CO_2$, qui s'est révélé un test inutile ne pouvant démontrer de différence entre faux positif et vrai positif [2].

Le diagnostic de syndrome d'hyperventilation sur crise d'angoisse demeure un diagnostic d'ex-

clusion. On ne peut faire l'impasse sur une anamnèse systématique et ciblée ainsi qu'un examen clinique standard. Sur la base de ces éléments, une indication à des examens complémentaires serait posée si une nouvelle piste était mise en évidence. Des examens de laboratoire, radiographie du thorax, ECG, gazométrie et tests respiratoires fonctionnels sont à évaluer selon la situation.

Ce cas particulier est encore remarquable en raison des valeurs gazométriques extrêmes (tab. 1) démontrant la puissance des capacités de compensation chez une jeune adulte en bonne santé avec une acidose métabolique sévère avec un pH à 6,81 et des bicarbonates extrêmement bas à 2 mmol/l. La patiente était dyspnéique avec respiration de Kussmaul et un PCO_2 à 1,3 KPa. La patiente ne présentait pas de signe de déshydratation sévère, ou de troubles de l'état de conscience jusqu'à la découverte diagnostique. Excepté cette dyspnée particulière, aucun signe ne pouvait clairement faire suspecter ces valeurs extrêmes chez une jeune fille avec un état général conservé, hémodynamiquement et neurologiquement stable.

Conclusion

L'histoire de cette patiente avec un retard diagnostique de quelques heures d'une pathologie à traiter comme urgence médicale vitale, nous rappelle à quel point il est difficile de ne point banaliser une situation en apparence claire et que les troubles psychiatriques somatoformes sont des diagnostics d'exclusion.

Tableau 2. Questionnaire de Nijmegen.

Comprend 16 items cotés: 0 = jamais, 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = souvent

Le score de ce test est utilisé pour évaluer la probabilité de l'existence d'une dyspnée psychogène. La somme des items qui dépasse 26 évoque la possibilité d'une origine psychogène à la dyspnée avec une sensibilité de 91 % et spécificité de 95%.

1	Sensation de tension nerveuse
2	Incapacité de respirer profondément
3	Respiration accélérée ou ralentie
4	Respiration courte
5	Palpitations
6	Froideur des extrémités
7	Vertiges
8	Anxiété
9	Poitrine serrée
10	Douleur thoracique
11	Flou visuel
12	Fourmillements des doigts
13	Ankylose des bras et doigts
14	Sensation de confusion
15	Ballonnements abdominaux
16	Fourmillements péribuccaux

Correspondance:
Jean-Philippe Zürcher
Rte de Chaulin 22
CH-1822 Chernex
jphzurcher@hotmail.com

Références

- 1 Van Dixhoorn J, Duivenvoorden HJ. Efficacy of Nijmegen Questionnaire in recognition of the hyperventilation syndrome. *J Psychosom Res.* 1985;29(2):199-206.
- 2 Hornsvelde HK, Garssen B, Fiedeldij MJC, van Spiegel PI, de Haes JCJM. Double-blind placebo-controlled study of the

hyperventilation provocation test and the validity of the hyperventilation syndrome. *Lancet.* 1996;348(9021):154-8.