

Origine de la dyspnée	Chronologie	Facteurs favorisant	Facteurs calmant	Signes associés (terrain, signes fonctionnels)
CARDIO-VASCULAIRE				
<i>Insuffisance cardiaque gauche</i> (Insuffisance ventriculaire gauche ou Rétrécissement mitral), droite ou globale	- Progression lente ou apparition brutale (<i>OAP</i>), - Peut devenir permanente	- Effort (*), - position allongée (= orthopnée)	- Repos, - position assise (faire préciser le nombre d'oreillers nécessaires pour soulager le patient)	- Toux souvent, - Wheezing parfois
<i>Embolie Pulmonaire</i>	- Apparition brutale	- Effort (*), - position allongée (= orthopnée)	- Repos, - position assise (faire préciser le nombre d'oreillers nécessaires pour soulager le patient)	
PLEURO-PULMONAIRE				
Traumatisme pariétal Pneumothorax spontané	- Apparition brutale, contexte évocateur - Polypnée superficielle - Permanente			- Douleur pleurale, - Toux
Pneumonie	- Aiguë ou subaiguë - Durée variable selon l'agent pathogène			Inconstants : - Douleur pleurale, - Toux, - Expectoration, - Fièvre
Pneumopathies interstitielles diffuses	- Dyspnée progressive - Vitesse de développement variable selon la cause, - Peut devenir permanente	- Effort (**)	- Repos	- Souvent faiblesse, fatigue, - Toux moins fréquente que dans les autres pathologies pulmonaires
Asthme	- Alternance d'épisodes aigus réversibles spontanément ou sous traitement, et de périodes asymptomatiques - Souvent nocturne	- Allergènes, irritants, - infections bronchiques, - effort, stress	- Observance thérapeutique	- Wheezing, - Toux, - Sensation d'oppression thoracique
Bronchite chronique	- Progression lente, - Peut devenir permanente	- Effort (**), - inhalation d'irritants, - infections pulmonaires	- Repos, - expectoration	- Toux productive chronique précédant l'apparition de la dyspnée, - Infections pulmonaires à répétition, - Wheezing possible
BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive)				- Toux modérée apparaissant plus tardivement, - Expectoration muqueuse peu abondante
CENTRALE (Tronc Cérébral)				

<p>Souffrance diencéphalique ou mésencéphalique haute (<i>dysfonctionnement du tronc cérébral</i> ou <i>hypoxie cérébrale sévère</i>, en cas d'insuffisance cardiaque ou rénale, dans certains cas de <i>dépression respiratoire d'origine médicamenteuse</i>, voire de surcharge pondérale).</p>	<p><u>Dyspnée de Cheyne-Stokes</u> : périodes d'hyperventilation, évoluant typiquement en crescendo-decrescendo, d'une durée de 2 minutes environ durant lesquelles le Vt augmente puis diminue progressivement, séparées par des phases d'apnée d'une durée de 15 à 20 secondes (Vt et FR : ↗ ↘ 0 ↗ ↘ 0...).</p>
<p>Souffrance mésencéphalique ou protubérentielle supérieure</p>	<p>Hyperventilation</p>
<p>Acidose métabolique (<i>mécanisme respiratoire compensatoire de l'acidose : l'hyperventilation tend à alcaliniser le pH sanguin</i>)</p>	<p><u>Dyspnée de Küssmaul</u> : respiration profonde (Vt : ↑), au rythme modérément accéléré (FR : ↑), régulier, sans pause expiratoire.</p>
<p>Souffrance bulbaire (<i>arrêt circulatoire</i>)</p>	<p><u>Respiration ataxique</u> : irrégulière et anarchique, et <u>gasps</u> (équivalents à l'arrêt respiratoire) : mouvements respiratoires amples, bruyants et inefficaces de type réflexes et de faible fréquence (5 à 6/min).</p>
<p>FONCTIONNELLE</p>	
<p>- Pas de cause organique retrouvée - Effort (<i>physiologique</i>), anxiété</p>	<p><u>Dyspnée sine materia</u> : le patient se dit « essoufflé », avec une respiration profonde et rapide.</p>