

L'OEDÈME PULMONAIRE DE HAUTE ALTITUDE

Mots clés : OPHA, Oedème Pulmonaire, Prédisposition, Oxygène, Hypoxie

C'est un œdème pulmonaire non cardiogénique (la défaillance cardiaque n'est pas à l'origine de l'œdème pulmonaire). Il est consécutif à une hypertension artérielle pulmonaire induite par l'hypoxie.

Il s'observe chez les sujets non acclimatés à l'altitude après une ascension en haute altitude ou chez des sujets désadaptés réintroduits en altitude réalisant un effort physique soutenu.

Son incidence dépend de l'importance du stress hypoxique (altitude, vitesse ascensionnelle) et de la présence de facteurs de risques (fatigue, froid, infection, Inflammation, faible réponse ventilatoire à l'hypoxie, le jeune âge, les antécédents d'OPHA, etc.). Elle est de 1/10000 au Colorado (1800-3000), 1/50 au mont Mac Kinley (jusqu'à 6000 m) et 15/100 entre 3300 m et 5400 m.

Les facteurs favorisant de l'OPHA

- l'altitude
- le dénivelé important (plus de 400 m entre deux nuits consécutives au-delà de 3000 m)
- l'exercice intense
- le froid
- les infections et l'existence d'un syndrome inflammatoire
- la déshydratation (attention à la diarrhée du voyageur ou tourista)

Les facteurs prédisposants de l'OPHA

- Une faible chémosensibilité des récepteurs carotidiens à l'hypoxie
- la persistance d'un foramen ovale perméable
- une HTAP plus importante en hypoxie
- l'âge (<à 18 ans) !

Clinique

L'OPHA se présente par une dyspnée anormale à l'effort avec toux sèche associée aux signes habituels du MAM. Une asthénie intense et une douleur thoracique peuvent compléter le tableau.

À la phase d'état, volontiers nocturne le plus souvent au cours de la deuxième nuit passée en altitude, il est retrouvé des râles crépitants avec toux et expectoration mousseuse rosée ou hémoptoïque, cyanose (lèvres et extrémités des mains et des pieds bleuâtre), tachycardie, fièvre à 39°C mimant une infection respiratoire (le bilan infectieux quand il est entrepris est le plus souvent négatif). Néanmoins la présence d'une pneumonie associée est fréquente. Elle doit être intégrée dans le tableau clinique soit comme une complication de l'OPHA soit comme un facteur favorisant.

Les examens complémentaires

À l'ECG, une tachycardie sinusale avec des signes de surcharge ventriculaire droite. À la radio pulmonaire, des images alvéolaires diffuses et irrégulièrement réparties dans les deux champs (patchy distribution). La silhouette cardiaque est normale.

La gazométrie montre des PaO₂ et SaO₂ plus basses que chez le sujet sain.

À l'échographie cardiaque, il est retrouvé une élévation importante de la pression de l'artère pulmonaire (PAP) plus importante que celle qui est retrouvée chez les sujets normaux soumis à la même hypoxie. L'index cardiaque est normal. Les résistances vasculaires pulmonaires sont élevées.

Le lavage broncho-alvéolaire a permis de classer l'OPHA dans la catégorie des oedèmes de perméabilité.

Formes cliniques

- Forme suraiguë : le tableau est d'emblée sévère avec asphyxie et décès en quelques minutes.
- Forme avec OCHA associée
- Forme avec œdème de « réentrée » : il concerne les sujets jeunes résidant en haute altitude faisant un séjour en basse altitude. L'OPHA survient lors du retour en haute altitude. L'incidence étant la plus forte entre 13 et 20 ans.

Traitement



L'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) cède rapidement lors de l'administration d'oxygène. Il peut s'accompagner d'autres mesures selon la sévérité de l'OPHA.

Il n'existe pas d'insuffisance cardiaque gauche comme dans l'œdème pulmonaire aigu (OAP).

voyage-aptitude-senior.fr©création décembre 2007

Mise à jour 2022 © Dr Ghislain Haicault de La Regontais