

## CARDIOLOGIE



### PRISE EN CHARGE DE L'OAP EN URGENCE

REDACTION : Bureau RESURCOR  
VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2019

#### 1/ Anamnèse :

Mode d'installation des symptômes, ATCD cardio-vasculaires, épisodes antérieurs, modifications thérapeutiques, syndrome coronarien aigu.

#### 2/ Recherche de facteurs précipitants :

- |   |   |
|---|---|
| ▪ IDM                                   | ▪ Ecart de régime hyposodé                                      |
| ▪ Tachyrythmie / Bradyrythmie           | ▪ Prise de toxiques ou médicaments                              |
| ▪ Poussée Hypertensive                  | ▪ Déséquilibre hormonal/métabolique                             |
| ▪ Infection (Pneumopathie, endocardite) | ▪ Cause mécanique : rupture de cordage, rupture paroi libre,... |
| ▪ Inobservance médicamenteuse           |   |

#### 3/ Clinique :

Apparition rapide de signes et/ou de symptômes d'insuffisance cardiaque ; Recherche des signes de congestion et/ou d'hypoperfusion.

##### Symptômes (typiques)

- Dyspnée
- Orthopnée
- Dyspnée paroxystique nocturne
- Limitation de l'activité physique
- Asthénie
- Bruit de galop

##### Signes (plus spécifiques)

- Déplacement du choc de pointe
- Turgescence jugulaire
- Hépatomégalie
- Reflux hépato-jugulaire
- Ascite
- Œdème des membres inférieurs

#### 4/ Examens Complémentaires :

- ECG
- Echographie thoracique au lit du patient : lignes B, épanchement pleural, élévation des pressions de remplissage VG, rapport VD/VG, valvulopathie importante, tamponnade, calibre VCI
- Radiographie pulmonaire : recherche d'autre cause de dyspnée
- Biologie : ionogramme, urée, créatininémie, NFS, gazométrie artérielle, troponine, BNP (En cas de doute diagnostic)

#### Signes de gravité :

Respiratoire : FR > 25 ; Sat < 90 % sous O<sub>2</sub> ; mise en jeu des muscles respiratoires accessoires.

Hémodynamique : TAS < 90 ou > 140 mmHg ; arythmie sévère ; FC < 40 ou > 130 bpm.

# PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Délai Diagnostic - Traitement = 30 - 60 min

## TRAITEMENT CONVENTIONNEL

- 1. Position demi-assise.**
- 2. Oxygène :**
  - MHC 15 L/min.
- 3. Dérivés nitrés (Risordan®) si TA systolique > 110 mmHg en dehors des CI (RAo serré, Inhibiteur de la 5-Phosphodiesterase).**
  - Bolus : 2-4 mg/5 min si TAS > 140 (Ou TNT 2 bouffées si ø de VVP).
  - Entretien : IVSE 1 mg/h puis augm. de 1 mg/h toutes les 5 min tant que TAS > 110.
- 4. Diurétique (Furosémide®) :**
  - 40 mg IVD (Ou 0,5 mg/kg pour poids extrêmes).
  - ICC décompensée : donner IV la dose matinale (Per os) sans dépasser 120 mg.
- 5. Ventilation :**
  - Si SpO<sub>2</sub> < 90 % sous 15 L/mn d'O<sub>2</sub> ou détresse respiratoire : ventilation non invasive au choix :
    - CPAP à augmenter avec objectif de PEEP à 8-10 cmH<sub>2</sub>O.
    - Ventilation à 2 niveaux de pression (VSAI + PEEP) : PEEP à 8 à 10 cmH<sub>2</sub>O, aide 5 à augmenter avec max 15 cmH<sub>2</sub>O. BPCO, sujet âgé, fatigue respiratoire ++.
  - Morphine vivement conseillée : 0,05 mg/kg IV.

## TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

- SCA : reperfusion coronaire (cf. protocole RENAUI).
- Trouble du rythme (cf. protocole RENAUI) :
  - Tachycardie : cardioversion = AG.
  - Bradycardie : Isuprel / Stimulation percutanée.
- Sepsis : antibiothérapie adaptée.

## CRITERES DE GRAVITE

- Traitement du choc (cf. infra)
- Support ventilatoire (cf. infra)
- Transfert en unité de soins intensif (USIC/Réanimation)

## ORIENTATION PREHOSPITALIERE / HOSPITALIERE

### Certitude diagnostique

Nécessité d'intubation

SCA

Absence d'amélioration  
Trouble du rythme  
Choc cardiogénique

Amélioration

RÉANIMATION

SCI/USIC/CCI

USIC/USC/RÉANIMATION

USIC (SAU si place non disponible à l'USIC)

Doute diagnostique  
(sans critère de gravité)

URGENCES/ UHCD

# RÉÉVALUATION CLINIQUE

Dans les 30 à 60 min

Poursuite nitrés selon TAS ; nouvelle dose de diurétiques selon diurèse ; considérer VNI selon état respiratoire

## OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

Amélioration de l'état hémodynamique

Restauration de l'oxygénation

Amélioration des symptômes

## DEGRADATION CLINIQUE CHOC CARADIOGENIQUE

- **Si hypotension :**  
Noradrénaline® IVSE en débutant à 0,5-1 mg/h. Associer en deuxième intention la Dobutamine : débuter à 5 µg/kg/min, augmenter progressivement jusqu'à 20µg/kg/min.
- **Si collapsus, détresse respiratoire ou troubles de la conscience :**  
Intubation.
- **Si pas d'amélioration et/ou défaillance d'organe :** penser à l'assistance circulatoire (Contact cardio CHU Grenoble Alpes : 06 11 96 11 97, contact réa CHANGE Annecy : 04 50 63 68 68, contact réa CHMS Chambéry : 04 79 96 50 41).

Délai Traitement - Réévaluation = 30 - 60 min