



Coordination médicale :
Responsable: Dr Cécile VALLOT
Dr Pierre METTON - Dr Stéphanie FEY - Dr Loïc BELLE
Chef de projet – chef d'équipe : Mme Emilie LAUNET

Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE)
1, avenue de l'hôpital, Epagny - Metz Tussy - BP 90074 74374 PRINGY

Tel. 04 50 63 64 44 - Fax : 04 50 63 64 40
Mail : renau.secr@ch-annecygenevois.fr

<https://www.renau.org>

CARDIOLOGIE



PRISE EN CHARGE DE L'OAP EN URGENCE

REDACTION : Bureau RESURCOR

VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du **01/01/2022**

1/ Anamnèse :

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

2/ Recherche de facteurs précipitants :

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">▪ IDM▪ Tachyarythmie / Bradyarythmie▪ Poussée Hypertensive▪ Infection (Pneumopathie, endocardite)▪ Inobservance médicamenteuse | <ul style="list-style-type: none">▪ Ecart de régime hyposodé▪ Prise de toxiques ou médicaments▪ Déséquilibre hormonal/métabolique▪ Cause mécanique : rupture de cordage, rupture paroi libre,... |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 O₂ ; 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 IVD toutes les 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.
 - **Adapter la dose de Furosémide à la diurèse pour un objectif > 800 ml/6 h.**
- 5. Ventilation :**
 - Si SpO₂ < 90 % sous 15 L/mn d'O₂ ou détresse respi : ventilation non invasive au choix :
 - CPAP à augmenter avec objectif de PEEP à 8-10 cmH₂O.
 - Ventilation à 2 niveaux de pression (VSAI + PEEP) : PEEP à 8 à 10 cmH₂O, aide 5 à augmenter avec max 15 cmH₂O. BPCO, sujet âgé, fatigue respiratoire ++.
 - **Morphine déconseillée.**

TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

- SCA : reperfusion coronaire (cf. protocole RENAU).
- Trouble du rythme (cf. protocole RENAU) :
 - 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 CARIOGENIQUE

- **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, contact CHU Lyon par samu 69 : 04 72 68 93 00).

Délai Traitement - Réévaluation = 30 - 60 min