

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Cardiologie Insuffisance cardiaque aigue (de l'OAP au choc cardiogénique)	Version : 2 Date d'application : 10/2017

I - OBJET DU DOCUMENT :

Protocole de prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'insuffisance cardiaque aigue.

1. Evaluation initiale

A – Interrogatoire :

- **Statut cardiologique antérieur** +++ : insuffisance cardiaque (IC) connue ou suspecté ? (En particulier : le malade est-il sur liste de greffe ? Quel traitement de l'IC ?)
- Classification de la dyspnée selon critères **NYHA** (stade I : pas de dyspnée, stade 2 : dyspnée à l'effort intense, stade 3 : dyspnée au moindre effort, stade 4 : dyspnée de repos), rapidité d'installation ?
- Existe-t-il des **signes associés** ? (en particulier douleur thoracique ou palpitation)
- Recherche facteur déclenchant : observance ou modification thérapeutique, écart au régime sans sel, sepsis...

B – Diagnostic positif

Cliniquement :

Insuffisance cardiaque gauche : crépitations pulmonaires bi-basaux à classer en stade de Killip, jusqu'à la défaillance circulatoire (signes aspécifiques de choc)

Killip 1	Pas d'insuffisance cardiaque
Killip 2	Crépitations aux 2 bases
Killip 3	Crépitations remontant jusqu'à ¾ champs
Killip 4	Crépitations + choc cardiogénique

Insuffisance cardiaque droite : turgescence jugulaire et RHJ (aigues), OMI (signe de surcharge d'installation chronique).

Echographie clinique thoracique (ETT et EPP) dans l'évaluation au lit du malade : **grandes lignes B** pulmonaires bilatérales, VCI non respirante, rechercher visuellement une altération de la FEVG.

Radiographie thoracique : retrouve classiquement une cardiomégalie et des signes de surcharge pulmonaire (lignes de Kerley)...

Rédigé par : Dr BALEN F.
Vérifié par : Dr DELMAS C.
Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Cardiologie Insuffisance cardiaque aigue (de l'OAP au choc cardiogénique)	Version : 2 Date d'application : 10/2017

NT-Pro-BNP : élevés dans l'ICA, les valeurs seuils doivent être corrigées à l'âge.

- Valeur < 300ng/l permet d'exclure le diagnostic d'insuffisance cardiaque avec une VPN de 98%
- Insuffisance cardiaque (IC) probable si :
 - o NT pro BNP >450 ng/l pour âge < 50 ans
 - o NT pro BNP >900ng/l pour âge compris entre 50-75 ans
 - o NT pro BNP > 1800ng/l pour âge >75 ans
 - o NT pro BNP >1200ng/l si IR sévère (DFG < 30 ml/min)

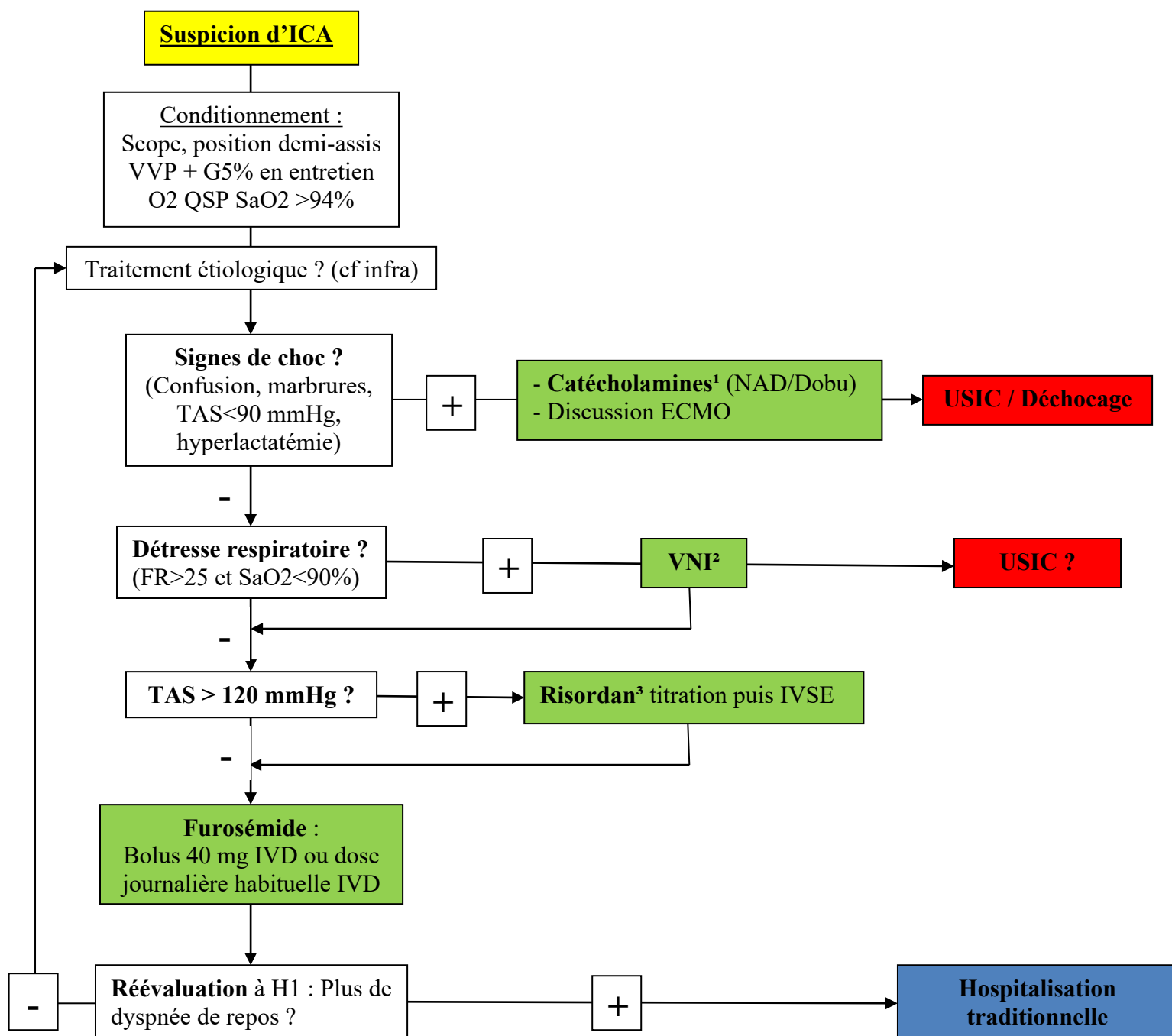
C – Diagnostic étiologique

Il faut d'attacher à retrouver un facteur déclenchant de l'ICA : **ischémique** (ECG), **trouble du rythme** (ECG), **rupture de cordage** (auscultation, ETT de débrouillage), **poussée hypertensive**, **processus infectieux** (T°), **rupture de traitement** (et/ou des règles hygiéno-diététiques) ou **embolie pulmonaire**.

Rédigé par : Dr BALEN F.
 Vérifié par : Dr DELMAS C.
 Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Cardiologie Insuffisance cardiaque aigue (de l'OAP au choc cardiogénique)	Version : 2 Date d'application : 10/2017

Traitement symptomatique



Rédigé par : Dr BALEN F.
 Vérifié par : Dr DELMAS C.
 Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Cardiologie Insuffisance cardiaque aigue (de l'OAP au choc cardiogénique)	Version : 2 Date d'application : 10/2017

1. Catécholamines : Mise en place sur voie dédiée (indique pose de VVC) sur avis cardiologique et/ou réanimateur, en attente d'un transfert sur USIC ou déchocage. Débuter NAD à 1mg/h et/ou Dobutamine (sur autre voie) à 5γ/kg/min, objectif de PAM > 65mmHg.

DOBUTAMINE 50ml		1 amp de 250mg (20ml) / 30ml (5mg/ml)														
Poso μg/kg/min		POIDS (kg)														
		10	20	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
2.5		0.3	0.6	0.9	1.1	1.2	1.3	1.5	1.7	1.8	1.9	2.1	2.3	2.4	2.6	2.7
5		0.6	1.2	1.8	2.1	2.4	2.7	3	3.3	3.6	3.9	4.2	4.5	4.8	5.1	5.4
7.5		0.9	1.8	2.7	3.2	3.6	4	4.5	5	5.4	5.8	6.3	6.8	7.2	7.7	8.1
10		1.2	2.4	3.6	4.2	4.8	5.4	6	6.6	7.2	7.8	8.4	9	9.6	10.2	10.8
15		1.8	3.6	5.4	6.3	7.2	8.1	9	9.9	10.8	11.7	12.6	13.5	14.4	15.3	16.2
20		2.4	4.8	7.2	8.4	9.6	10.8	12	13.2	14.4	15.6	16.8	18	19.2	20.4	21.6
25		3	6	9	10.5	12	13.5	15	16.5	18	19.5	21	22.5	24	25.5	27

- VNI :** A débuter en SAUV avec équipe formée, masque adapté à la morphologie du malade, réassurance +++. VS + AI = 5 cmH₂O + PEEP 3 cmH₂O ; à titrer pour VTe = 6 à 8 ml/kg.
- Risordan© :** A titre mg par mg IVD toutes les minutes pour TAS < 120mmHg, sans dépasser 10mg. La quantité administrée pour atteindre la TAS cible doit être relayée sur 1h IVSE.

Rédigé par : Dr BALEN F.
 Vérifié par : Dr DELMAS C.
 Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Insuffisance cardiaque aiguë (de l'OAP au choc cardiogénique)	Version : 1 Date d'application : 10/2017

3. Traitement étiologique

Le traitement étiologique de la cause de l'ICA doit toujours être entrepris (cf. fiches réflexes relatives aux différentes étiologies).

- **SCA** : stratégie de reperfusion coronaire (thrombolyse ou ATC ?) : débiter la double anti-agrégation et l'héparine selon stratégie choisie.
- **FA** : Cordarone 300 mg sur 30 minutes IVSE si anticoagulation efficace depuis plus de 3 semaines ou début < 48h ; CEE sous sédation si signes de choc (appel réa + cardio).
- **TV** : Cordarone 300 mg sur 30 minutes IVSE (+/- Sulfate de Mg 2 ampoules sur 30 minutes IVSE) ou CEE sous sédation si signes de choc (appel réa + cardio).
- **IM par rupture de cordage** : urgence chirurgicale.
- **Tamponnade/pré-tamponnade** : remplissage +++ initial, discuter drainage chirurgical (ou percutané par voie de Marfan si ACR imminent et opérateur formé).
- **Embolie pulmonaire** : anticoagulation, discuter thrombolyse ou endartériectomie.
- **Hypervolémie** chez insuffisant cardiaque connu : diurétiques de l'anse de type Furosémide.
- **Poussée hypertensive** : Risordan© puis introduction (ou reprise) d'un traitement anti-HTA (type Eupressyl© 30 mg) pour permettre sevrage progressif du Risordan.

II - DOMAINE D'APPLICATION :

Service des urgences Purpan et Rangueil

III - PERSONNES AUTORISEES (à compléter par le responsable médical signant le protocole) en fonction des références réglementaires.

A prescrire : X Médecin **OU A entreprendre** ● IDE, ● IADE, ● Sage-femme, ● Manipulateur en électroradiologie, ● Masseurs kinésithérapeutes

A administrer : X IDE, ● IADE, ● Sage-femme, ● Manipulateur en électroradiologie, ● Masseurs kinésithérapeutes

IV - DOCUMENT DE REFERENCE:

- **Acute and Chronic Heart Failure** – ESC Guidelines 2016
- **Recommandation on pre-hospital and early management of heart failure** : a consensus paper from the ESC, the ESEM and the SAEM – Mebazaa A. , EJHF , 2015

Rédigé par : Dr BALEN F.

Vérifié par : Dr DELMAS C.

Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Insuffisance cardiaque aiguë (de l'OAP au choc cardiogénique)	Version : 1 Date d'application : 10/2017

V- LISTE DES ABREVIATIONS:

ATC : Angioplastie TransCutanée
CEE : Choc Electrique Externe
ECMO : Extra Corporal Membran Oxygenation (Assistance circulatoire)
ETT : Echographie TransThoracique
EPP : Echographie PleuroPulmonaire
FA : Fibrillation Atriale
IC/ICA : Insuffisance Cardiaque (Aigue)
OMI : Œdèmes des Membres Inférieurs
RHJ : Reflux Hépto-Jugulaire
SCA : Syndrome Coronarien Aigu
TAS : Tension Artérielle Systolique
TV : Tachycardie Ventriculaire
VNI (VS AI-PEP) : Ventilation Non Invasive (Ventilation Spontanée Aide Inspiratoire – Pression Expiratoire Positive)

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS		
N°version	Date	Nature des modifications

ANNEE PREVISIONNELLE DE REVISION :	2018
------------------------------------	------

Rédigé par : Dr BALEN F.
 Vérifié par : Dr DELMAS C.
 Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.