

6

ORIGINE CARDIAQUE

Experts : T. Chouihed (Nancy), E. Bonnefoy (Lyon)

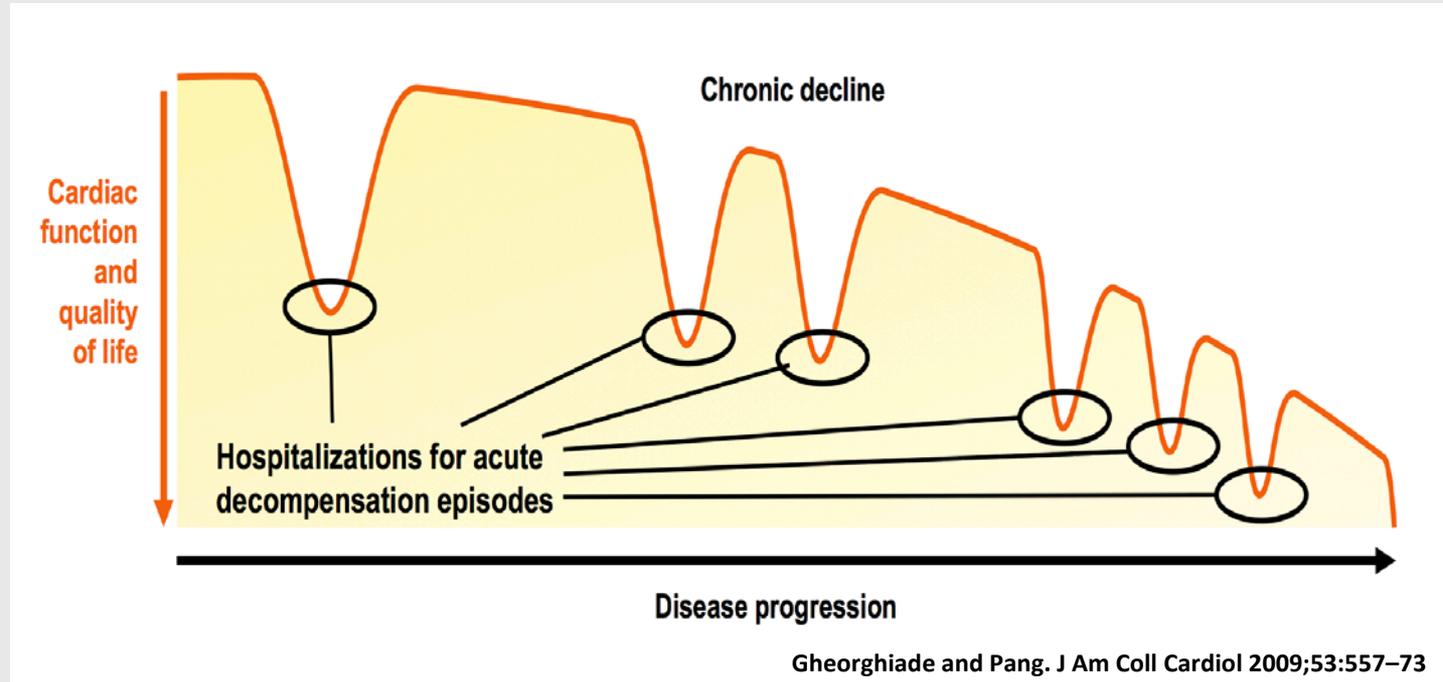
Rapporteur : A. Avondo (Dijon)

Animateurs : F. Coquet (Dole), N. Peschanski (Rouen)



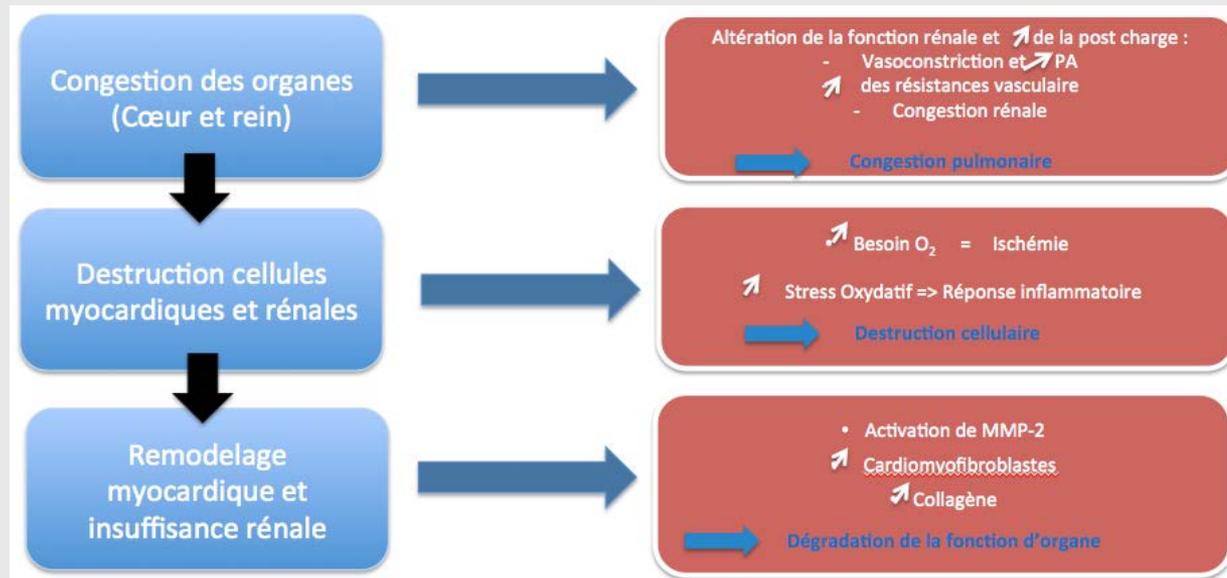
Epidémiologie ICA

- ICA fréquente et grave
 - mortalité 12-30%, ré-hospitalisations fréquentes
 - la plus importante des dyspnées aiguës aux urgences
 - ICA beaucoup plus grave que le SCA
- OAP fréquent et grave : 7% intra-hospitalier, 30-40% à 1 an



Physiopathologie

- Comprendre les mécanismes
 - Augmentation de la pression hydrostatique du capillaire
 - Passage du liquide dans l'alvéole
 - Augmentation du liquide interstitiel





Définitions - Paradigmes

- Insuffisance cardiaque aiguë = SICCA
 - Syndrome d'Insuffisance aiguë
 - 2 types dominants : ICFeP et ICFeB
- Scenarii
 1. PAS > 140 mmHg : Œdème pulmonaire cardiogénique
 2. PAS > 140 mmHg : Insuffisance cardiaque hypertensive
 3. PAS 100-140 mmHg : Aggravation d'une IC chronique
 4. PAS < 100 mmHg : Choc cardiogénique
 5. ICA secondaire à un SCA
 6. Insuffisance cardiaque droite isolée



Diagnostic Extra-Hospitalier

- Rôle du CRRA-Centre 15
 - Interrogatoire : ATCD, comorbidités, circonstances
 - Signes de gravité de la dyspnée
 - Penser à la fréquence respiratoire
- Overtriage en SAMU-SMUR ?
 - Non
 - Pas de plus-value
- Priorisation en filière hospitalière dès l'IOA = Oui
 - Outils
 - Création d'une filière de soins



Démarche diagnostique

- Diagnostic clinique difficile
 - Signes de gravité
 - ICD
- Examens paracliniques
 - ECG
 - peu sensible mais souvent anormal
 - rechercher le ST+, le CPA
 - Rx Thorax
 - peu sensible
 - limites liées au contexte
 - chronophage et non-rentable



Echographie thoracique

- Echographie cardiaque = Oui... mais pragmatique
 - Évaluation FEVG (altérée/pas altérée)
 - si FEVG altérée et BBG large à l'ECG
 - penser à la resynchronisation (filière cardiologique)
 - Épanchement péricardique
 - Veine Cave Inférieure
- Echographie pulmonaire
 - Facile à faire et à appréhender
 - Permet un diagnostic différentiel
 - Améliore la performance diagnostique
 - Lignes B = diagnostic SICA
 - Faire les 8 zones
 - Examen bilatéral



Biomarqueurs

- Peptides natriurétiques
 - Connaître son biomarqueur et la chaîne analytique
 - N'est plus un facteur de diagnostic positif (ESC 2012)
 - Stratégie d'exclusion (mais coûteuse)
 - S'intègre dans un protocole/algorithmme
- Troponine
 - Pas d'intérêt diagnostique aux urgences
 - Marqueur pronostique et stratification du risque
 - Place dans la PEC aux urgences si forte suspicion de SCA



Thérapeutique ventilatoire

- Oxygénation
 - Objectifs $SpO_2 \geq 95\%$
 - Sauf Choc / BPCO $SpO_2 \geq 90\%$
- Ventilation non-invasive
 - CPAP en extra-hospitalier
 - VSAI-PEEP ou CPAP en intra-hospitalier
- Ventilation invasive
 - Troubles de conscience
 - Etat de choc (PAS < 85 mmHg)
 - Troubles du rythme ventriculaire



Thérapeutiques

- Morphine = NON
- Diurétiques – Vasodilatateurs
 - Si échographie thoracique disponible et PAS > 110 mmHg
 - ICFeP = Vasodilatateurs >>> Diurétiques
 - ICFeD = Diurétiques + Vasodilatateurs
 - Si absence d'échographie thoracique, choix en fonction de la PAS
 - Si PAS > 110 mmHg = Vasodilatateurs + Diurétiques
 - Si PAS < 110 mmHg = Diurétiques (dose journalière en bolus)
 - Si dose/j de furosémide \geq 250 mg = Bolus 40-80 mg IVD et relais IVSE sur 24 h
- Surveillance diurèse et Kaliémie



Thérapeutiques

- Autres vasodilatateurs
 - Sérelaxine,...
- Si autres traitements cardiotropes = ne pas arrêter
 - Bêta-bloquants
 - IEC
 - Aldactone
- Traitement étiologique



Filières de soins - Orientation

- Stratification pronostique
- Cardiologie
 - Première décompensation
 - FEVG altérée (surtout si BBG large : objectif resynchronisation)
 - Thérapeutique non-optimale
- Eviter l'overtriage vers la réanimation/USI
 - Intubation, état de choc, troubles du rythme cardiaque
- Mise en place de la PEC Ambulatoire
 - Evoquée dans les recommandations
- Intérêt des réseaux et filières de soins
 - Ré-évaluation précoce => Projet patient
 - Cardiologie, Gériatrie, (...télémédecine) : multidisciplinarité
 - Intérêt des soins palliatifs

