

O A P

DIAGNOSTIC

| SIGNES CLINIQUES | SIGNES PARACLIQUES | Critères de gravité |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Rech une cardiopathie connue - Orthopnée, pfs fébricule en faveur de l'OAPC) - Expectoration propre, volontiers mousseuse - ATCD de dyspnée nocturne avec orthopnée, grésillement laryngé - Galop gauche, souffles cardiaques, signes d'IVG - Râles crépitants ou s/crépitants non cnsts mais sibilants présents ds 2/3 des cas | <p><u>GDS</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Hypoxémie svt intense (peut se voir ds les 2 types d'OAP) . Hypercapnie (suggestive de l'OAPC), responsable d'une acidose resp ä, une acidose lactique est observée couramment ds les 2 types d'OAP - <u>ECG</u> : permet une enquête étiologique en mev soit une ischémie myocardique, une arythmie, une HVG et HAG | <ul style="list-style-type: none"> - Impossibilité de parler, Expectoration mousseuse - Cyanose marquée ou résistante à l'O₂, marbrures - Silence auscultatoire Torpeur - Bradypnée, TA systolique < 100 - SaO₂ < 85% et PaCO₂ > 42 mmHg |

CONDUITE A TENIR

CAT PREHOSPITALIERE

Mesures générales

- Position assise ou semi-assise, jambes pendantes + assurer la liberté des VA>
- O₂ : au masque à débit élevé immédiatement : 6 à 12 l/min puis CPAP ou AI au masque en 1^{ère} intention (en absence d'IVD), ou IOT/VA si DR ou trble bde csce
- 2 vvp de bon calibre (+1 centrale si administrat° de catécholamines)+prélèvements (iono, calcémie, urée-créat, hémostase, NFS,CK)
- Maintenir au chaud + surveillance PAM ou PAS, FC, SpO₂, scope, diurèse, PVC si possible
- **Immédiatement si pas grave (état de choc = 0)**
 - . SGI 250 – 500 ml/j (pas de RL ou SSI car ↑ choc)
 - . diurétiques d'action rapide en iv : Lasilix 1 mg/kg (le plus svt, 20 à 40 mg en 5' à 80 mg en 30' en ivd en cas d' insuff rénale chr connue et après avis du réa en attendant la dialyse) usage prudent si IDM< + atteinte du VD, poussée d'IC et si préexistence d'un ttt digitalodiurétique.
 - . Surveillance continue : PAM ou PAS, FC, SpO₂, scope, diurèse, PVC si possible
- **Si grave (avec état de choc) = ttt de réa :**
 - . si collapsus : test de remplissage. Si échec, Dobu (5 à 20 µg/kg/min) = en cas d'IVG la drogue de choix
 - . si trble de csce, DR : IOT + VC (VT=10ml/kg, FR=10-12c/min, PEEP= 5-12 cmH₂O, FiO₂=50% ms peut être = 100% transitoirement si SpO₂ très perturbée (↓50% dès que SpO₂ > 90%. Surveiller l'apparit° de collapsus de reventilation !!!

TRANSPORT

Transport médicalisé ds un service d'urgence

CAT EN INTRAHOSPITALIER

| <p><u>- poursuite du préhospitalier</u></p> <p>- <u>bilan</u> : on profite de l'intervalle de l'attente de l'effet des médcats du préhospitalier pour faire les bilans biologiques et les Rx</p> <p><u>*biologique</u></p> <p>- GDS : . Hypoxémie svt intense (peut se voir ds les 2 types d'OAP)</p> <p>. Hypercapnie (suggestive de l'OAPC), responsable d'une acidose resp ä, une acidose lactique est observée couramment ds les 2 types d'OA</p> <p>- Autres examens biologiques : examen de l'expectoration <u>*Bilan hémodynamique</u></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OAPC</th> <th style="text-align: center;">OAPL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- PCP</td> <td style="text-align: center;">>30 mmHg</td> <td style="text-align: center;">< 12 mmHg</td> </tr> <tr> <td>- Tx prot ds le liq d'œdème</td> <td style="text-align: center;"><30 g/l</td> <td style="text-align: center;">proche du plasma</td> </tr> <tr> <td>- mbr alv cap</td> <td style="text-align: center;">intacte</td> <td style="text-align: center;">lésée</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>*Autres examens</u></p> <p>-ECG</p> <p>-Rx thoracique : cardiomégalie, opacités pulm unil ou bilat hilaires ou périph, redistribution de la vasc vers les sommets (OAPC), Lignes de Kerley B, Epanchement pleural</p> | | OAPC | OAPL | - PCP | >30 mmHg | < 12 mmHg | - Tx prot ds le liq d'œdème | <30 g/l | proche du plasma | - mbr alv cap | intacte | lésée | <p><u>- Si échec après 15min et si HTA systolique pure :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . vasodilatateur veineux : dérivés nitrés: Natispray 0,40 mg/ bouffées : 1- 2 bouffées subling ou . diurétiques d'action rapide : 2 x la dose initiale ivl (apprécier l'efficacité du ttt pdt 15 min (profiter de ce tps pr faire ECG Rx au lit....) . si pas d'amélioration après 15 min de ttt : dérivés nitrés : Lenitral 3mg ivd par fract° en l'puis 0,5 – 1 mg/h ivse à ↑ sous surv TA/10 min jusqu'à 3 mg/h <p><u>- si échec après 15 min et si HTA systolo-diastolique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . vasodilatateur artériel: Nicardipine (Loxen*)1-2mg ivd puis 1-4 mg/h (sauf si RM ou RA suspectés) . si HTA persistante : Urapidil (Eupressyl*) 25 mg renouvelable puis 25 mg/h ivse . diurétiques d'action rapide : 2 x la dose initiale ivl <p><u>- Dans ts les cas.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . morphine 1 cg en iv ou 1 à 2 cg en sc (possible) . si ACFA : tonicardiaque : digitaliques (à éviter aux urgences car sont dangereux et nécessitent un iono au préalable ; tenir aussi compte d'une digitalisation antérieure). <p>L'essentiel est la déplet°, la vasodilatat°, l'O₂. Pr ttt l'ACFA, il faut ttt l'OAP. Jamais de digitaliques chez un patient hémodyn instable. Si ACFA >130/min mal toléré : CEE après Valium ou Hypnovel iv en présence du Réa. Si ACFA persistante après O₂ ht débit et vérificat° du iono : Cédilamide 1amp + VM</p> <p>OAPL : diurétique d'action rapide en iv ; corticoïdes (discutés) ; PEP</p> |
|--|----------|------------------|------|-------|----------|-----------|-----------------------------|---------|------------------|---------------|---------|-------|--|
| | OAPC | OAPL | | | | | | | | | | | |
| - PCP | >30 mmHg | < 12 mmHg | | | | | | | | | | | |
| - Tx prot ds le liq d'œdème | <30 g/l | proche du plasma | | | | | | | | | | | |
| - mbr alv cap | intacte | lésée | | | | | | | | | | | |

ETIOLOGIES OU CAUSES DECLENCHANTES

| | |
|---|---|
| <p>OAPC</p> <ul style="list-style-type: none"> - IVG= 1^{ère} cause : cardiopathies ischémiques et/ou hypertensive, valvulopathies aortique, myocardiopathie plus rarement - Atteinte valvulaire mitrale : RM = 2^{ème} cause : l'OAP survient lors d'un passage en AC/FA++, d'une grossesse. Fact déclenchant : régime sans sel mal suivi, trble du rythme card, EP, modification de ttt, remplissage excessif - Causes infectieuses | <p>OAPL : syndrome de Mendelson (régurgitat° de liquide gastrique), noyade, œdème toxique par intox (héroïne en iv, inhalat° de vapeurs toxiq chlorées ou nitrées), allergies à (médic, inject° de pdts iodés, morsure de serpent), poumon de choc, syndrome septicémique (états septiques), syndrome grippal malin (maladies infectieuses virale), grds trauma, Embolie graisseuse après fract des os longs.</p> <p>OAP neurogénique : après TC ou médullaire, après hrg cérébrale ou méningée, dans un contexte majeur d'HTIC</p> |
|---|---|