

L'OEDEME AIGU DU POU MON CARDIOGENIQUE

Définitions

Décompensation aiguë de novo ou décompensation insuffisance cardiaque chronique: moins sévère et pas de critères de choc cardiogénique, d'œdème pulmonaire ou de crise hypertensive.

Insuffisance cardiaque aiguë hypertensive: TA élevée + FS préservée + œdème pulmonaire RX.

Œdème aigu pulmonaire (vérifier par RX): détresse respiratoire + râles crépitants + SaO₂ 90%.

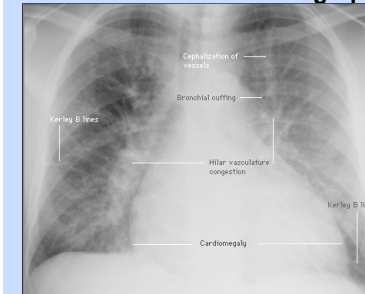
Choc cardiogénique : TA < 90 mmHg, diurèse < 0,5 mL/Kg/h, FC > 60.

Insuffisance cardiaque par hyperdébit : excès de "travail" cardiaque, situation de surcharge volumique, cause : hyperthyroïdie, paget, anémie, bérébéri.

Facteurs déclenchant

- **Facteurs augmentant la pré-charge:**
Apports sodés importants, remplissage vasculaire excessif, insuffisance rénale, corticoïdes.
- **Facteurs augmentant la post-charge:**
Poussée hypertensive, embolie pulmonaire.
- **Facteurs augmentant la consommation d'O₂:**
Anémie, fièvre, tachycardie, hyperthyroïdie.
- Ischémie myocardique paroxystique, parfois indolore.
- Fibrillation atriale, bradycardie.
- Non observance thérapeutique.
- Utilisation abusive de médicaments cardiodépresseurs : β-bloquant, antiaritmique.

Radiographie thoracique



- Redistribution vasculaire vers les sommets.
- Lignes de Kerley
- Élargissement des hiles ("flou juxta-hilaire").
- Opacités alvéolaires : diffuses, cotonneuses, confluentes, à contours flous, prédominant dans les régions para-hilaires puis aux bases (image "en aile de papillon")

Peptide natriurétique de type B (BNPet NT-PRO BNP)

BNP < 100 NT-PRO BNP < 400	BNP 100 – 400 pg/mL NT-PRO BNP 400 - 2000	BNP > 400 NT-PRO BNP > 2000
Normal	Insuffisance cardiaque stable. HTA avec hypertrophie myocardique Embolie pulmonaire. Pneumopathie. Embolie pulmonaire, BPCO. Insuffisance rénale. Sujet âgé.	Insuffisance cardiaque

Critères de gravité

- Cyanose, sueurs, signes de lutte respiratoire.
- Marbrures.
- Hypotension.
- Killip Classe III ou IV
- Bradycardie.
- Agitation, troubles du comportement.
- SaO₂ effondrée.
- Infarctus en phase aiguë.

Classification de Killip

Classification	Mortalité	Éléments cliniques
I	3%	Aucun signe d'insuffisance cardiaque
II	12%	Râles fins des bases
III	25%	Râles crépitants jusqu'au sommet
IV	75%	Choc cardiogénique

Diagnostic différentiel

- Décompensation de BPCO.
- Crise d'asthme (ATCD asthme).
- Embolie pulmonaire sur cardiopathie préexistante.
- Œdème pulmonaire lésionnel.
- Tamponnade.

Morphine : Bolus IV de 3mg (⇒ venodilatation et vasodilatation – ↓dyspnée)

Agents inotropes positifs

Indications : signes de bas débit cardiaque : hypotension avec hypoperfusion (marbrures, extrémités froides et cyanosées, oligo-anurie, acidose, insuffisance hépatique).

Bien que ces médicaments améliorent l'hémodynamique et l'état clinique du patient leur utilisation est potentiellement nocive pour le myocarde.

TA 90-100mmHg	TA < 90 mmHg
Dobutamine 2-3 µg/kg/min ou Levosimendan	Dopamine : < 3 µg/kg/min: effet rénal (δ+) - 3-5 µg/kg/min: inotrope (β+) - > 5 µg/kg/min: (β+), vasopresseur (α+)

Si choc cardiogénique : remplissage 250 ml/10 min suivi d'un agent inotrope positif si TA < 90 mmHg

Noradrénaline : 0.2-1.0 µg/kg/min

Adrénaline : 0.05-0.5 µg/kg/min

Si pathologie pulmonaire associée

Intrication fréquente : Asthme, BPCO et infection pulmonaire.

Traitement: Celui de l'OAP + β2 mimétique en nébulisation à répéter si nécessaire. (The Task Force on Acute Heart Failure 2005)

TA < 110 mmHg

Oxygène

- Oxygénothérapie si SaO₂ < 95% (> 90% si BPCO).
- Attention à l'hypercapnie chez les patients atteints d'une BPCO.

Indications de la VNI

La VNI avec PEEP doit être proposée le plus tôt possible chez les patients en OAP grave et IC hypertensive. Une PEEP de 5-7,5 cmH₂O est utilisée au départ puis adaptée à la réponse clinique jusqu'à 10 cmH₂O; le FiO₂ doit être ≥ 0,40. Durée : 30 min/h jusqu'à ce que la SaO₂ soient stables.

TA > 110 mmHg

Vasodilatateurs

En phase initiale dérivé nitré en spray sublingual isosorbide dinitrate 1 à 3 mg ou nitroglycérine 0,25 – 0,5 mg suivi d'une perfusion continue.

OAP avec TA systolique > 90 mmHg isosorbide dinitrate (RISORDAN®) débiter par: 1 mg/heure et si la tension le permet jusqu'à 10 mg/heure (prudence si TA syst comprise entre 90 et 110 mmHg).

La TA systolique < 90 mmHg doit être évitée chez tout patient en insuffisance cardiaque aiguë.

diurétiques de l'anse

⇒ **Furosémide**: dose initiale bolus 20 à 40 mg IV, **Butamide** 0,5 à 1 mg.

- Si Rétention hydro-sodée sévère, et fonction rénale correcte et notion d'utilisation chronique de diurétique, une perfusion continue de furosémide 5-40 mg/h peut-être proposée sans dépasser une dose totale <100 mg dans les 6 premiers heures et de 240 mg au cours des 24 premières heures de furosémide ou 1-4 mg oral ou IV de Butamide.

Les patients atteints d'hypotension (TA systolique <90 mmHg), hyponatrémie sévère, l'acidose ou sont peu susceptibles de répondre à un traitement diurétique.

Avec de fortes doses en bolus de furosémide ⇒ risque de vasoconstriction réflexe. Activation Système rénine angiotensine et Syst. sympathique → ↑résistance périphérique avec ↑ post-charge.

Si résistance au diurétique de l'anse et rétention hydro-sodée il est souhaitable d'utiliser l'hydrochlorothiazique 50-100 mg ou spironolactone 25 –50 mg si absence d'insuffisance rénale et normokaliémie.