



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES OAP CARIOGENIQUE

DEFINITION :

Accumulation de liquide dans l'espace extravasculaire pulmonaire consécutive à l'augmentation de la pression hydrostatique dans la microcirculation pulmonaire suite à une hypertension postcapillaire

DIAGNOSTIC :

Signes cliniques :

Détresse respiratoire aiguë, orthopnée, râles crépitants dans les 2 champs pulmonaires
Sueurs

Expectoration mousseuse saumonée

Signes de gravité :

- Difficulté ou impossibilité de parler
- Cyanose, désaturation importante
- Sueurs, troubles de conscience
- Tachypnée > 30, balancement thoracoabdominal, bradypnée terminale
- PAS < 80 mm Hg, marbrures, choc cardiogénique
- ECG à la recherche d'un IDM, troubles du rythme

PIEGES :

Sibilants (pseudoasthme cardiaque)

OAP lésionnel

TRAITEMENT :

Demi
assis

Voie veineuse périphérique : fixation solide (sueurs)

- Si aucun critère de gravité :

Oxygénothérapie : MHC jusqu'à 15 l / min QSP SpO₂ ≥ 95 %

Risordan[®] bolus de 3 mg, à répéter toutes les 5 min si PAS > 100 mm Hg, max 12 mg

Lasilix[®] non systématique, 0,5 mg / kg uniquement en cas de surcharge hydrosodée

Traitement étiologique : SCA, troubles du rythme ou de la conduction

- Si présence hypoxémie réfractaire à l'O₂ et / ou hypercapnie :

CPAP de Boussignac d'emblée : débiter à **PEP = 5 - 7 cm H₂O** pour l'adapter au patient,
puis augmenter rapidement **PEP = 10 cm H₂O**

- Si choc cardiogénique :

Dobutrex[®] en 1^{ère} intention 250 mg / 50 ml, débiter 5 - 10 µg / kg / min,
puis τ 5 µg toutes les 10 min jusqu'à 20 µg / kg / min

- Si échec ou troubles majeures de la conscience :

Intubation sous ISR, indication large (sevrage probable)

VC avec PEP, débiter à **5 cm H₂O**

TRANSPORT :

Surveillance : paramètres vitaux

Position : demi-assise (jambes pendantes)

ORIENTATION :

USIC, UHCD ou SAU si amélioration nette, réanimation si ventilation nécessaire