

RESOLVE

RESeau Cardiologie Urgence

HFMC

L'échocardiographie chez l'insuffisant cardiaque aux urgences

**Patient cardiaque et insuffisant respiratoire?
Ou l'inverse?**

Olivier Capel, urgentiste, SAMU

Amandine Berthon, cardiologue, hôpital louis Pradel



Monsieur C..., 78 ans

- Arrive aux urgences , amené par son fils en détresse respiratoire
- En partant de son domicile après une dispute, il se sentait un peu essoufflé et rapidement pendant le transport il est devenu franchement dyspnéique
- Antécédents médicaux: BPCO traitée par Ventoline® à la demande, diabète de type 2 non traité (régime seul), HTA contrôlée avec une trithérapie anti-HTA et un syndrome dépressif traité. Aucune chirurgie ni hospitalisation.
- TAS prise par l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA) = 170 mmHg à l'arrivée, symétrique au 2 bras
- Auscultation: sibilants bilatéraux et rares crépitants fins des bases marqués d'un côté et peu audibles de l'autre.
- Quelques troubles de la vigilance, absence d'OMI

Quelle diagnostic évoquez vous avant tout examen complémentaire?

- 1 - Une décompensation de sa BPCO
- 2 - Une surinfection de sa BPCO avec un foyer de pneumopathie
- 3 - Un Œdème Aigu du Poumon cardiogénique
- 4 - Une insuffisance respiratoire mixte (décompensation de BPCO et IVG)
- 5 - Une anxiété avec hyperventilation superficielle

Quel traitement initial mettez vous rapidement en place?

- 1 - Solumédrol® 1mg/kg IVD et un aérosol de Bricanyl® + Atrovent®
- 2 - 2mg de morphine IVD
- 3 - De l'O₂ aux lunettes a 1,5 ou 2 l/min
- 4 - De l'O₂ au masque a haute concentration à au moins 6l/min
- 5 - Une VNI de type CPAP
- 6 - Risordan® au pousse seringue électrique (PSE) à 2mg/h, sans bolus IVD
- 7 - Des bolus IVD de 2 ou 3mg de Risordan® puis éventuellement au PSE
- 8 - Un diurétique de l'anse IVD de type Lasilix® à forte dose (>à 100mg)
- 9 - Un diurétique de l'anse IVD de type Lasilix® à faible dose

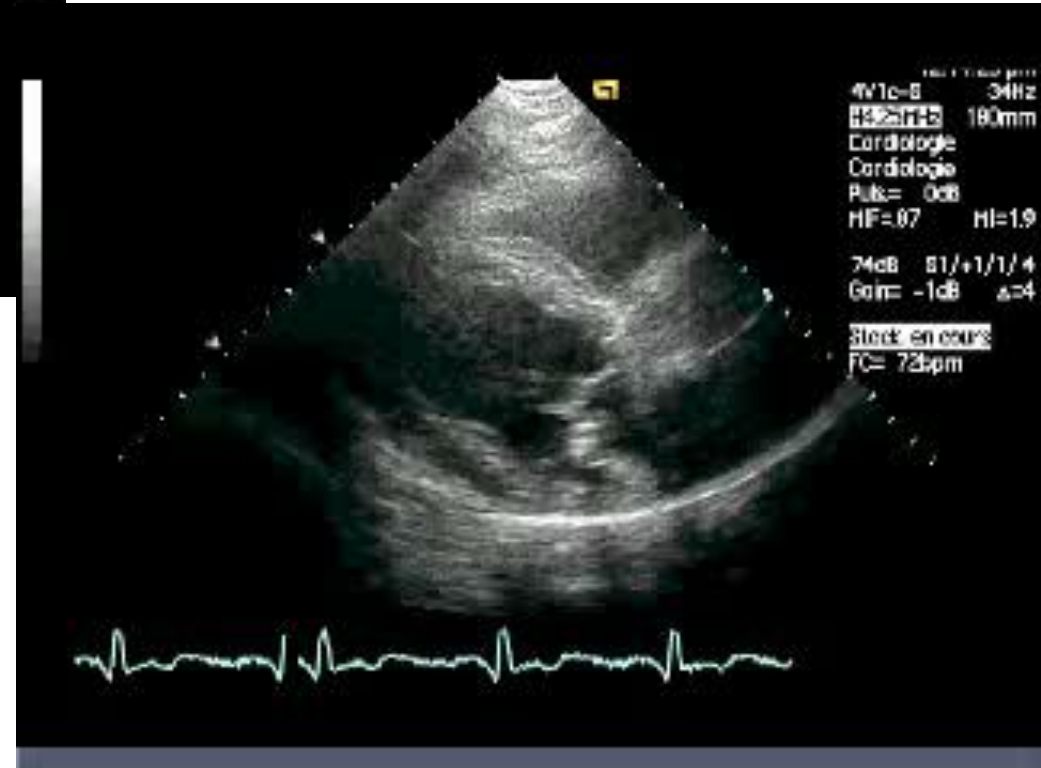


Le diagnostic retenu est celui d'un OAP de type (pseudo) asthme cardiaque. Sur quels arguments peut-on l'évoquer?

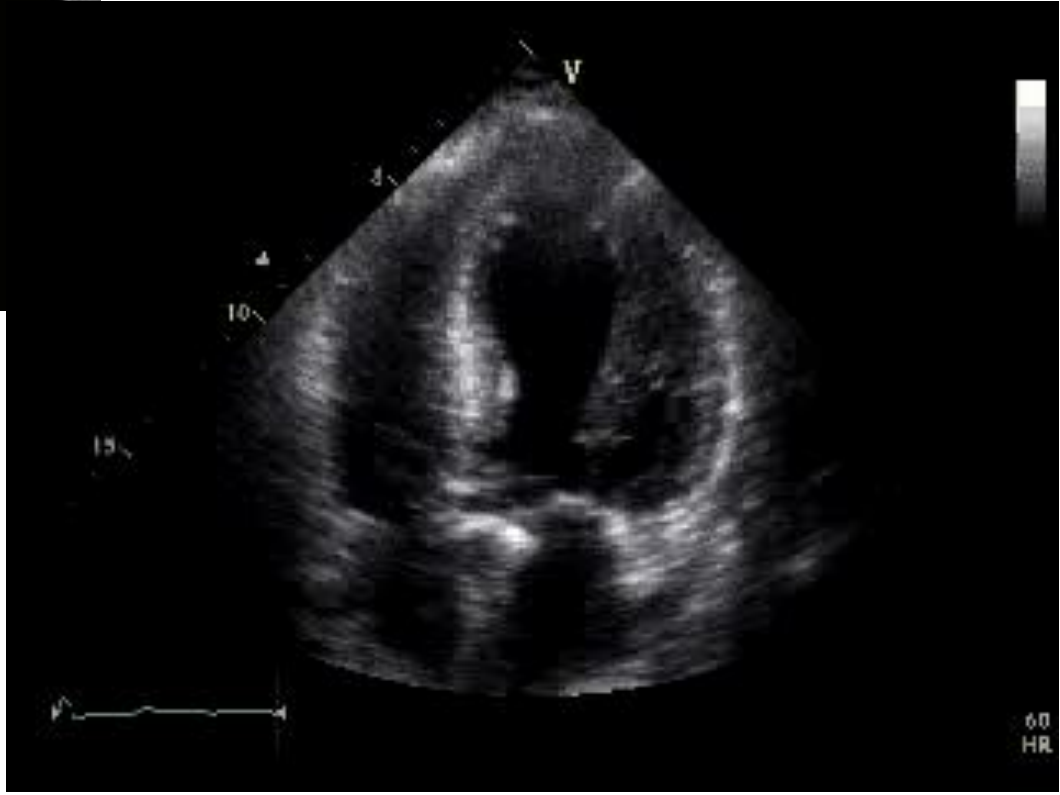
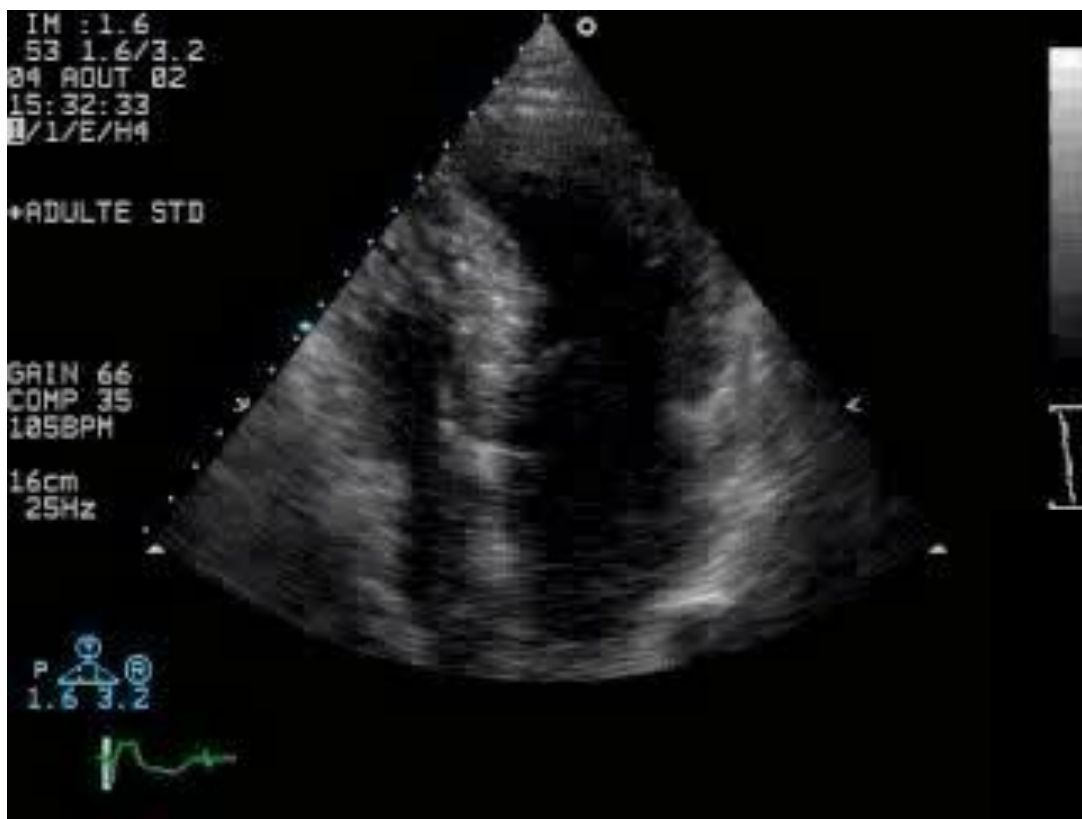
- 1 - Les données de l'auscultation a elle seule
- 2 - La TAS à 170 mmHg
- 3 - L'âge du patient
- 4 - L'installation brutale, rapide et non progressive de la gêne respiratoire

- 1 - Elle peut permettre une orientation diagnostique
- 2 - Si l'ETT est accessible elle doit être réalisée même si le patient est en détresse
- 3 - L'examen n'est pas plus difficile chez un patient agité
- 4 - Il faut savoir attendre une amélioration clinique après un traitement bien conduit

Films ETT



Films ETT



Quels signes échographiques peut-on retrouver devant un OAP?

- 1 - Un Ventricule Gauche hypertrophié
- 2 - Une bonne fonction systolique
- 3 - Une dysfonction diastolique (Profil mitral, VCI, gradient OD/VD)
- 4 - Un septum paradoxal
- 5 - Une insuffisance tricuspide majeure

- Troponine non ultra sensible augmentée à 0,5 $\mu\text{g/L}$
- BNP est augmenté à 1200 ng/L
- RP: cardiomégalie, opacités alvéolaires, floconneuses bilatérales et symétriques systématisées para hilaires en « ailes de papillon », lignes de Kerley et épanchement pleural
- GDS: hypoxie hypercapnie
- Créatinémie et ionogramme normaux
- ECG en rythme sinusal à 100/min avec des QRS fins, sans modification du segment ST ni d'onde T négative

Comment interprétez vous ces premiers résultats?

- 1 - La RP est celle d'un OAP typique
- 2 - Le BNP était utile pour confirmer l'insuffisance cardiaque devant le doute lié aux ATCD de BPCO
- 3 - La troponine signe une étiologie ischémique de l'OAP (SCA non ST +)
- 4 - Il faut toujours vérifier la créatinémie car un dosage de troponine légèrement élevé aurait pu être lié à une insuffisance rénale
- 5 - Les GDS correspondent à une hypoventilation alvéolaire liée au tableau d'IVG à la phase aigue
- 6 - Les GDS dans ce contexte sont ceux d'une insuffisance respiratoire très évoluée

- Il reste très polypneique, les sibilants disparaissent et laissent place à des crépitements francs
- La TAS s'améliore à 120 mmHg et les troubles de la vigilance s'amendent
- Le patient « désature » dès que l'on diminue le débit d'O₂

- 1 - Morphine 2 mg IVD
- 2 - Mise en place d'une CPAP (type Boussignac par exemple)
- 3 - Injection de LASILIX® faibles dose IVD
- 4 - Si les GDS ne s'améliorent pas vous pouvez demander une place en USC ou USIC pour une VNI en VS-PEP + AI que vous aurez initiez avec un respirateur de réanimation à votre disposition