



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 32 Pathologies cardio-vasculaires et respiratoires

Oedème aigu du poumon cardiogénique (OAPc)

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

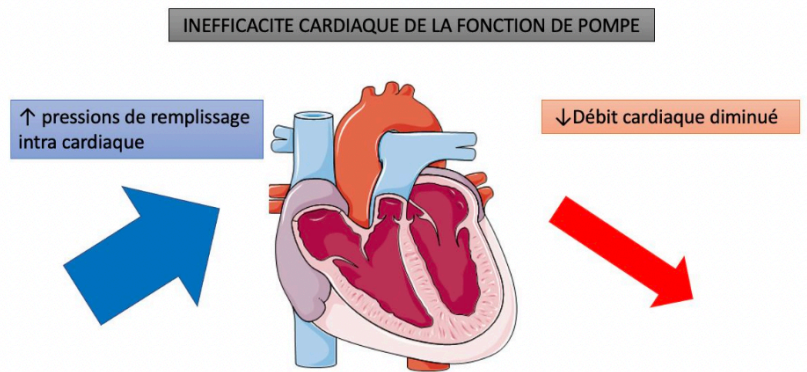
Rédigé par Peral Marie à partir du cours du Dr Deney Antoine présenté le 22 avril 2024.

Oedème aigu du poumon cardiogénique (OAPc)

I. Définition

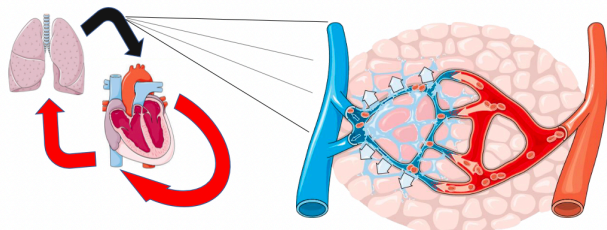
L'oedème aigu du poumon cardiogénique se caractérise par une inefficacité cardiaque de la fonction de pompe, avec une augmentation de la pression de remplissage intra cardiaque et une diminution du débit cardiaque. L'OAPc met en jeu le pronostic vital. Il y a deux présentations :

- Insuffisance cardiaque compensée : par adaptation de l'organisme et/ ou grâce à des médicaments
- Insuffisance cardiaque décompensée : avec symptômes en lien avec une augmentation des pressions intra cardiaques



Concernant l'IC décompensée, il existe 2 formes : la forme chronique qui se traduit par une augmentation progressive des pressions en amont du compartiment défectueux (bas bruit), et la forme aiguë qui se traduit par une augmentation brutale des pressions en amont de chaque compartiment défectueux (défaillance du cœur d'un coup). En aigu il y a l'insuffisance cardiaque droite qui se traduit par une embolie pulmonaire et un épanchement pleural compressif, et il y a une insuffisance cardiaque gauche : l'augmentation de pression retentit sur les poumons et on parle alors d'oedème aigu du poumon cardiogénique (OAPc).

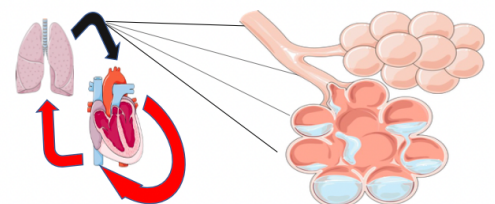
Ce qui est important à comprendre : il va y avoir un problème brutal dans le ventricule gauche qui ne va plus réussir à se contracter, il y aura donc une augmentation des pressions qui retentiront immédiatement sur les poumons.



L'oedème aigu du poumon cardiogénique se définit donc par l'accumulation de protéines et de liquides dans les espaces extra vasculaires pulmonaires en lien avec une augmentation de la pression hydrostatique des capillaires pulmonaires.

Il faut savoir le différencier de l'oedème aigu du poumon lésionnel (diagnostic différentiel) qui n'est pas lié au même mécanisme car il s'agit d'une accumulation de protéines et de liquides dans les espaces extravasculaires pulmonaires en lien avec l'altération anatomique de la paroi des capillaires pulmonaires ou source exogène. Les causes de ces atteintes pulmonaires peuvent être endogènes (pathologies infectieuses ou pathologies inflammatoires) ou bien exogènes (noyade, inhalation de fumée...). Il est important de le savoir car le traitement sera différent.

Le diagnostic de l'OAPc doit être rapide et facile car c'est une urgence vitale, il y a un gros risque d'asphyxie (= noyade interne). Les signes cliniques sont les suivants : pâleur, cyanose, sueur, tachypnée superficielle et orthopnée, sensation d'oppression thoracique, agosse de mort imminente, toux avec grésillement laryngé, expectorations saumonées. Les signes para-cliniques trouvés lors de l'examen clinique sont les suivants : tachycardie, râles crépitants bilatéraux en « marré montante » (eau dans les poumons), HTA systolo-diastolique, avec des signes de gravité (= épuisement des mécanismes de lutte) : bradypnée, hypotension <110 mmHg, trouble de la conscience. Toute crise d'asthme chez le sujet âgé est un OAP jusqu'à preuve du contraire.



Attention : il y a des patients qui ont une sensation de mort imminente lors d'un OAPc => à ne pas négliger.

II. Examens complémentaires

Les examens complémentaires indispensables à réaliser lors d'un OAPc sont les suivants :

- ECG : enquête étiologique, infarctus, arythmie...(évènement en cours)
- Gazométrie artérielle : permet d'apprécier le niveau de gravité de la défaillance respiratoire (taux d'O₂, de CO₂ dans le sang).
- Radiographie thoracique : diagnostic différentiel... (pneumopathie ? Taille oedème ?)
- Echographie cardiaque : enquête étiologique, permet d'apprécier la gravité de la défaillance cardiaque, suivi...

III. Traitements

L'OAPc est une urgence qui met en jeu le pronostic vital : le transfert hospitalier est obligatoire dans un service de soins intensifs de cardiologie ou de réanimation afin de surveiller en temps réel le patient. L'objectif immédiat est d'éviter l'arrêt cardio-respiratoire sur hypoxémie et/ ou hypercapnie. La prise en charge est pluridisciplinaire, il est donc important de connaître ces réflexes :

- Ne jamais allonger le patient : mettre en position demi assise ou assise, cela permet de diminuer le retour veineux et de libérer les voies aériennes.
- Toujours scoper le patient afin de le surveiller en temps réel : fréquence cardiaque, tension artérielle et saturation.
- Poser au moins deux voies veineuses périphériques afin d'administrer les thérapeutiques intra veineuses.
- Importance de poser une sonde urinaire : cela permet de savoir si le traitement est efficace (éviter le globe !!!).

Il y a deux choses à corriger en priorité :

- Corriger l'hypoxémie et l'hypercapnie : oxygénothérapie à haut débit (au masque le plus souvent nécessaire), masque facial avec pression positive et intubation si perte de vigilance.
- Diminuer la pression hydrostatique : avec la diminution du volume circulant / de la pression (position assise, diurétiques de l'anse => furosemide, et vasodilatateurs veineux => dérivés nitrés), et l'augmentation du débit cardiaque (vasodilatateur veineux => dérivés nitrés, si choc = pas de tension alors Dobutamine = drogue qui force le coeur à se contracter).

Parfois on peut être amené à utiliser 2 ou 3mg de morphine à visée anxiolytique et sédatrice.