

## MISE EN CONDITION

Monitoring continu : ECG, TA, SpO<sub>2</sub> +/- EtCO<sub>2</sub> etc.

Position **DEMI-ASSISE**

O<sub>2</sub> : QSP SpO<sub>2</sub> > 92%, VVP de bon calibre

ECG 18 dérivations, à renouveler, Echographie cardiaque +/- pulmonaire dès que possible

Facteur déclenchant : SCA, myocardite, poussée HTA etc. => A prendre en charge

## CRITERES DE GRAVITE ?

FR > 35/min ou < 14/min sur épuisement, SpO<sub>2</sub> < 92% sous MHC,  
Impossibilité ou difficultés à parler, Signes de lutte respiratoires,  
Troubles de conscience, Killip III etc.

**OUI**

**NON**

## SUPPORT VENTILATOIRE

Concomitamment au traitement  
médicamenteux ci-contre

**VNI** : Cf. VNI

**VS-AI-PEP** (ou VS-PEP)

PEP initiée à 5 cmH<sub>2</sub>O, objectif 7 à 10

AI initiée à 6 cmH<sub>2</sub>O pour Vt à 6-8ml/kg

FiO<sub>2</sub> : QSP SpO<sub>2</sub> > 92%

Trigger inspiratoire : 1-3 l/min

Trigger expiratoire : 25%

**VENTILATION INVASIVE (rare)** : Cf. VM Adulte

Si échec TTT bien conduit ou CI de la VNI

## TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

**EN 1<sup>er</sup> ++ ISOSORBIDE DINITRATE (Risordan®)** :

Titration 1-2 mg IVD/5' QSP PAS < 140 mmHg

Puis relais IVSE QSP PAS 110-120 mmHg

Attention RAC serré et Insuffisance mitrale sévère  
(10mg/H max, si insuffisant ajout LOXEN IVSE)

**FUROSEMIDE (Lasilix®)** :

1mg/kg IVD (max 80mg, ou même dose IV que PO du

TTT habituel) si présence de signes congestifs

Diminuer les doses en l'absence d'IC droite

**Epuration extra-rénale ?**

Dans un second temps si absence de réponse,  
ou **insuffisance rénale dialysée**

Insuffisance Cardiaque type 1 SIGNES GAUCHES	Insuffisance Cardiaque type 2 MIXTE	Insuffisance Cardiaque type 3 CHOC CARDIOGENIQUE
<p><b>CLINIQUE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAS &gt; 140 mmHg</li> <li>- Brutal</li> <li>- OAP prédominant</li> <li>- Peu de signes congestifs (eu-hypovolémique)</li> <li>- FeVG souvent préservée, pressions gauches augmentées</li> </ul>	<p><b>CLINIQUE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAS &gt; 100-140 mmHg</li> <li>- Progressif, prise de poids</li> <li>- Signes congestifs &gt;&gt; OAP</li> <li>- Dysfonction d'organe en conséquence (insuffisance hépatique, rénale)</li> </ul>	<p><b>CLINIQUE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAS &lt; 100 mmHg, choc</li> <li>- Rapide</li> <li>- Signes d'hypoperfusion</li> <li>- Signes d'insuffisance cardiaque peu marqués</li> </ul>
<p><b>THERAPEUTIQUE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dérivés nitrés +++, diminution post charge</li> <li>- Peu ou pas de diurétique</li> <li>- VNI</li> </ul>	<p><b>THERAPEUTIQUE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dérivés nitrés si PA l'autorise</li> <li>- Diurétique +++)</li> <li>- VNI SB</li> </ul>	<p><b>THERAPEUTIQUE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cf. Choc cardiogénique</li> <li>- Amines</li> </ul>

Tableau d'aide au guidage des thérapeutiques en fonction du type d'ICA. D'après A. MEBAZAA