

OAP

Présentation typique :

Orthopnée - Signes de surcharge gauche (râles crépitants) - Elévation des BNP/NTproBNP - Normo ou Hypertension

Recherche étiologique :

ECG +++
RxT - NTproBNP - Troponine - DDimères (selon clinique)
Echographie clinique (lignes B, VCi)
ETT si possible

PIEGE :
SCA +++

Signes de gravité :

Choc cardiogénique +++
PAS < 90 mmHg - PAM < 65
Troubles de la conscience
Signes de lutte

Prise en charge
immédiate

Réglage VNI pour l'OAP :

FiO2 pour SpO2 cible
AI 5-7 mmHg puis adapter
PEP 5-10 mmHg
Trigger mini sans
autodéclenchement

Patient 1/2 assis - VVP - Scope

SpO2 < 90%

oui

O2 (lunettes/MHC)
Si détresse respiratoire : VNI

Furosémide (LASILIX) 40mg IVD

si ttt habituel : dose iv > dose journalière

Pression systolique

PAS < 90 mmHg

PAS > 110 mmHg

PAS 90 à 110 mmHg

Orientation SAUV
Avis réanimateur
ETT

Surveillance

Dérivés nitrés (RISORDAN)
<150mmHg: PSE 1mg/h + 0,5mg/h
ttes les 5min (max 10mg/h) + bolus
3mg ivd si > 130mmHg
>150mmHg: bolus 3mg ivd / 5min
et PSE 1mg/h (idem supra)

Réévaluation clinique à 20 min

Amélioration clinique

Poursuite du ttt entrepris

Dyspnée + SpO2 < 90%

Débuter la VNI

Aggravation > choc cardio

Stop RISORDAN
2eme VVP
SAUV
Avis cardio / réa

Orientation fct de l'étiologie + avis spécialisé (cardio)

Message clé : Dérivés nitrés - Diurétiques +/- VNI // Penser ETIOLOGIE ++ (SCA ?)