

Insuffisance cardiaque aiguë : prise en charge en réanimation et traitement

Dr B Levy (Réanimation Médicale - Hôpital Central, Nancy)

Perfectionnement en réanimation - Congrès SRLF 2001

Délimitation du sujet :

La prise en charge en réanimation est nécessaire pour les pathologies suivantes :

- OAP résistant au traitement standard.
- Choc cardiogénique de l'infarctus du myocarde et de l'embolie pulmonaire.
- Poussées d'insuffisance cardiaque aiguë sur ICC avec dysfonction viscérale nécessitant un traitement supplétif.

Prise en charge globale de l'ICA

- Tableau évident d'embolie (OAP) ou torpide.
- Reconnaître une ICA devant une insuffisance rénale aiguë, une cytololyse hépatique, une dysfonction hépatique, une difficulté de sevrage ventilatoire.
- Investiguer une ICA : échographie cardiaque (ETO+++), cathétérisme cardiaque droit, isotopes, coronarographie.

O.A.P : Prise en charge

A. Traitement de première intention.

En France, ce traitement est administré par le SAMU ou les services d'urgence. Il comprend l'administration de fortes doses d'oxygène, des dérivés nitrés de préférence en bolus sous surveillance tensionnelle (2 à 4 mg toutes les 5 minutes) et de faibles doses de diurétiques (furosémide 40 à 80 mg).(Cotter et al, Lancet 1998; 7 : 389-393.)

B. Traitement de deuxième intention.

En cas d'échec de ce traitement, il sera proposé une ventilation non invasive au masque sous forme de CPAP, de VS-AI -PEP ou de Bi-PAP. Ce traitement semble améliorer les patients, diminuer le taux d'intubation et raccourcir la durée de séjour. Attention, dans deux études la Bi-PAP semble associée à une plus grande incidence d'évènements cardiaques. (Mehta et al, Crit Care Med 1997, 25 : 620-628 et Sharon et al, J Am Coll Cardiol 2000, 36 : 832-837.)

Les contre-indications sont les troubles de la conscience sévères et les pathologies ischémiques évolutives. Les effets secondaires de la VNI doivent être bien connus. Il faut arrêter ou baisser les perfusions de vasodilatateur à son instauration.

En cas d'échec le patient sera intubé. Dans la plupart des cas, il est inutile de sédater le patient après l'intubation. L'extubation devra être rapide (sujet âgé). La mortalité globale est élevée (hôpital, 12 % et 1 an , 40%) (Roguin et al, Eur J Heart Fail 2000, 2 : 137-144.).

Choc cardiogénique de l'infarctus du myocarde.

A . Définition :

Le choc cardiogénique est défini par la défaillance aiguë et sévère de la pompe cardiaque, concernant la fonction systolique et/ou diastolique, entraînant une altération profonde de la perfusion tissulaire et une anoxie tissulaire progressive.

Dans sa définition hémodynamique, le choc cardiogénique associe une hypotension artérielle (pression artérielle systolique inférieure à 90 mmHg) et un index cardiaque abaissé (inférieur à 2,2 litres/minute/m²), avec une pression artérielle pulmonaire d'occlusion supérieure à 18 mmHg.

B. Prise en charge

Amener le patient dans les meilleures conditions sur la table de coronarographie.

- Mise en place première d'une contre-pulsion aortique.
- Coronarographie.
- Dilatation, stent, anti GP-II B-III A.
- Réanimation.

1. La prise en charge du choc cardiogénique de l'infarctus du myocarde repose sur la mise en oeuvre d'une angioplastie coronaire en urgence.

2. Comme tous les états de choc, l'état de choc cardiogénique nécessite un traitement symptomatique : il a été démontré que la ventilation assistée améliore le pronostic de ces patients. Celle-ci doit donc être effectuée de façon précoce, dès les premiers signes d'œdème pulmonaire ou de choc.

C. Les catécholamines

L'adrénaline de part ses propriétés inotrope et vasoconstrictrice est la molécule la plus adaptée. Après l'angioplastie, le traitement hémodynamique sera adapté aux données hémodynamiques invasives et non-invasives.

Choc cardiogénique de l'embolie pulmonaire

Evaluation hémodynamique par échocardiographie avec mesure de la PAP et du débit cardiaque.

Traitement supportif : expansion volémique prudente, augmentation de la perfusion coronaire droite par l'utilisation de vasoconstricteur (noradrénaline) ou d'inoconstricteur (adrénaline).

Thrombolyse en l'absence de contre-indication : rt-PA (100 mg sur 2 h), héparine débutée à l'arrêt du rt-PA si TCA " 2,5 X // témoin.

Traitement court par NO inhalé par l'intermédiaire d'un masque.

En cas d'échec ou de contre-indication à la fibrinolyse, thrombectomie chirurgicale.

Références

Arcasoy SM et al, Chest 1999, 115 :1695-707.