



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

OEDEME AIGU PULMONAIRE

VERSION : V1.2

ECRITURE :
C. FAYOLLE / COMITE
SCIENTIFIQUE REULIAN

DATE : 09/03/2017

Critères diagnostiques (selon Framingham) : 2 critères majeurs ou 1 majeur+ 2 mineurs

Critères majeurs :

- Dyspnée paroxystique nocturne ou orthopnée
- Râles crépitants
- Cardiomégalie
- Turgescence jugulaire
- Reflux hépato-jugulaire

Critères mineurs :

- Œdème des chevilles
- Toux nocturne
- Dyspnée d'effort
- Tachycardie > 120/mn
- Hépatomégalie
- Epanchement pleural

Paraclinique :

- ECG, biologie, RP, écho cœur (cinétique VG) et pulmonaire (épanchement pleural, lignes B)

Existence de signes de gravité :

- Détresse respiratoire (FR<30, tirage, sueurs, cyanose, FC>150/min)
- Epuisement (diminution FR et aggravation cyanose, confusion, FC<40/min)
- Signe de choc, tr de conscience
- SCA

NON

OUI

Traitement conventionnel

- ½ assis
- Oxygénothérapie
- ± Nitro (Risordan) : si TAs>110
 - 3mg IVD /5min
 - relais possible SAP à débiter à 1mg/h
- ± FUROSEMIDE (Lasilix®) : 40 mg ou autant que dose habituelle quotidienne (si OMI)

Traitement conventionnel

±

VNI

- VSAI PEEP 8-10cmH2O
- OU
- CPAP

±

IOT

Traitement de l'étiologie : SCA, tr du rythme, tr de conduction, sepsis...

Réévaluation dans les 30 min

Amélioration :

- Poursuite traitement
- Transfert cardiologie ou médecine polyvalente

Absence d'amélioration :

- Transfert USC ou USIC
- début/poursuite VNI

Aggravation / choc cardiogénique :

- DOBUTAMINE (Dobutrex®) :
 - Dilution 250mg/50mL
 - Instauration : 5µg/kg/min
 - Augmentation jusqu'à 20
- Si insuffisant discussion ECMO
- ☎ Unité Mobile d'Assistance Circulatoire: 04 77 82 85 66