

Maladies cardiaques

Module 2

[Généralités](#)

[Troubles du rythme](#)

[Maladies des coronaires \(infarctus\)](#)

[Insuffisance cardiaque \(OAP, greffe\)](#)

Généralités

Un évènement cardiaque peut survenir chez une personne sans aucun antécédent ou bien sur un cœur déjà malade.

La manifestation ressentie est très variable du simple malaise à la détresse circulatoire en passant par un thorax douloureux.

Une maladie du cœur peut se traduire par des signes respiratoires.

Le point commun est qu'à tout instant on peut avoir une mort subite, d'où les précautions à prendre.

Chez une personne consciente, les gestes de base sont la position 1/2 assise, l'oxygénation et la surveillance constante.

Ces maladies sont soignées en ville ou à l'hôpital selon le degré de gravité par les médecins généralistes ou par les spécialistes du cœur appelés cardiologues.

Les interventions chirurgicales du cœur sont pratiquées dans un service de chirurgie cardiaque.

Le service d'hospitalisation s'appelle cardiologie.

Les malades graves (comme un infarctus) sont surveillés dans une Unité de Surveillance Intensive Cardiologique ou U.S.I.C.

Ils y sont admis directement par le S.M.U.R. après régulation médicale du S.A.M.U.

Rappel anatomique

Le cœur est situé dans le thorax, sensiblement à gauche :

- entre les 2 poumons
- sur le diaphragme

C'est une pompe composée de muscles appelé myocarde.

Il est entouré de 2 feuillets : le péricarde.

A l'intérieur, il y a des cavités : oreillettes et ventricules

Rappel physiologique

Le myocarde travaille en se contractant et consomme de l'oxygène en provenance des artères coronaires.

Il permet la grande et petite circulation

Les battements du cœur sont automatiques grâce à des circuits électriques internes.

Physiopathologie (Comment devient-on cardiaque ?)

Urgences sans antécédents

Une personne peut présenter brutalement, alors qu'elle n'a jamais été malade :

- un arrêt cardiaque
- une détresse circulatoire et/ou respiratoire
- une violente douleur à la poitrine
- un raté du rythme du cœur (Trouble du rythme)

Toutes ces circonstances risquent de réduire les performances du muscle cardiaque donc de moins irriguer les différents organes en oxygène, principalement le cerveau.

Si la contraction du ventricule gauche est très mauvaise, la pression artérielle s'effondre.

Maladie cardiaque chronique

La personne se sait cardiaque, elle est suivie par un cardiologue et prend des médicaments.

Son myocarde devient de moins en moins performant. Le cœur est "insuffisant". Il a du mal à faire circuler l'eau du corps, les jambes gonflent et la respiration est difficile surtout à l'effort.

En cours de transport, la situation peut parfois se dégrader.

Signes cliniques

Il s'agit d'un transport délicat. Car, à tout instant, le cœur peut "lâcher". Certains types de patients doivent être transportés par le SMUR.

Le rôle de l'ambulancier, arrivé le premier sur les lieux, est primordial.

Il doit toujours éliminer une grande détresse et dans ce cas agir vite, tout en alertant le S.A.M.U.

Le malade est cardiaque ou ne le sait pas.

Le bilan recherchera une détresse selon un algorithme appris au module 1 en commençant par le plus grave.

Inefficacité circulatoire

En approchant du patient, on constate une inconscience confirmée par l'absence de réponse à la question "serrez les mains".

Il ne respire plus (aucun souffle d'air ne sort de la bouche à l'expiration, aucun mouvement respiratoire thoracique ou abdominal).

Le professionnel porte immédiatement sa main au cou pour conclure sur l'abolition du pouls carotidien.

Le visage est pâle ou cyanosée.

Cet examen ne doit pas prendre plus de 30 s.

La réanimation sera immédiatement entreprise.

Si la personne s'écroule sans signes préalables, on parle de mort subite.

Détresse circulatoire

La tension artérielle est basse avec agitation, angoisse, pouls filant.

Il n'y a pas que l'hémorragie qui donne une chute de la tension (collapsus)

Elle survient dans les infarctus dramatiques ou les tachycardies graves.

Ces situations sont exceptionnelles.

La pompe cardiaque gauche est plus souvent atteinte que la pompe droite d'où engorgement du sang dans les poumons: Il y a alors état de choc avec œdème aigu du poumon (O.A.P.)

Inconscience (Malaise)

La personne respire et son pouls est perçu.

C'est une perte de connaissance passagère ou un malaise.

S'il s'agit d'un problème cardiaque, en général la personne va rapidement reprendre conscience.

Dans la négative, il faut rechercher une autre cause comme un accident vasculaire cérébral (A.V.C.).

Rythme cardiaque extrême

Si le cœur bat anormalement, on parle de troubles du rythme.

Soit il s'agit d'une conséquence d'une détresse, d'une maladie (ex.: fièvre + pouls rapide) ou cette modification du rythme (parfois brutale) est à elle seule à l'origine du malaise.

- Tachycardie majeure

Un pouls supérieur à 140 par minute est très mal supporté par le malade qui est essoufflé et la tension chute.

- Pouls lent

Un pouls inférieur à 40 par minute après un effort ayant entraîné un malaise doit inquiéter.

Détresse respiratoire

L'origine de cette détresse est parfois d'origine cardiaque comme un œdème aigu du poumon (O.A.P.)

Une détresse circulatoire d'origine cardiaque peut parfaitement s'associer à une détresse respiratoire.

(Par ex: Violente douleur thoracique + état de choc (Tension basse) (appelé choc cardiogénique) et O.A.P. = Infarctus massif = La pompe est détruite = Mortalité importante).

Il faudra rechercher : cyanose, toux grailonnante, mousse rosée et aérée aux lèvres (OAP)

Douleur thoracique

Dans la forme typique, la douleur thoracique d'un infarctus du myocarde est très violente.

C'est un véritable étau qui broie la poitrine, irradiant souvent dans le cou et parfois dans les bras.

Cette douleur n'a rien à voir avec une petite douleur, type "point de côté", d'ailleurs le malade montre sa douleur, non pas avec un doigt mais avec la main entière qui se resserre sur le thorax.

Essoufflement

Appelé dyspnée, la personne a une respiration rapide.

Elle est consciente et surtout elle parle peu car après elle doit reprendre son souffle.

Il s'agit souvent d'une personne âgée sous traitement cardiaque avec parfois des jambes gonflées.

Mais il n'y a pas de signes de gravité : ni cyanose, ni encombrement, ni agitation et pas ou peu de sueurs.

Bilan normal

Le plus souvent, transporté pour diverses raisons, un cardiaque (consultation, examen...) ne pose aucun problème.

Le bilan de départ est normal ou stable d'après la famille ou le patient.

Néanmoins, il est toujours possible que pendant le transport la situation se dégrade d'où l'intérêt de bien connaître les situations précédentes.

Eléments à rechercher (Bilan)

Certains signes ne sont pas évidents. L'interrogatoire recherchera antécédents. Les ordonnances peuvent aussi orienter.

Prise des constantes

Même devant un bilan normal, on prendra toutes les constantes vitales :

- fréquence cardiaque
- tension artérielle systolique et diastolique
- fréquence respiratoire (souvent oubliée, à tort)

Ne pas négliger d'autres plaintes

Il est indispensable de laisser parler le malade et de l'écouter.

S'il ne parle pas spontanément, on lui demande "Qu'est ce qui ne va pas ? "

Les signes suivants peuvent avoir pour origine le cœur (par mauvaise perfusion des organes, surtout le cerveau)

- angoisse, peur de mourir
- se sent "pas bien"
- nausée, envie de vomir
- bâillement
- la tête qui tourne, vertiges
- fatigue intense
- troubles de l'équilibre, de la vision
- troubles de l'audition (sifflement) ...

Bilan circonstanciel

Il est important de savoir si les signes sont survenus :

- brutalement, comme "un déclic" (troubles du rythme par ex.)
- progressivement en quelques minutes
- progressivement sur une longue période
- état chronique stable sans aggravation

Il faudra préciser, sans influencer, si la personne ressent des signes nouveaux.

Par ex.:

- douleur thoracique non plus à l'effort mais spontanée
- douleur thoracique ne cédant pas avec son traitement habituel (spray sous la langue, pastille de Trinitrine)
- aggravation de la gêne respiratoire (dyspnée)
- tension artérielle plus haute ou plus basse que d'habitude

Il faut essayer de retrouver l'heure du déclenchement

Y-a-t-il un facteur déclenchant : effort, peur, angoisse... ?

Antécédents

Un interrogatoire simple mais orienté recherchera les maladies antérieures du malade. Ces éléments sont importants pour le médecin.

Cardiaque appareillé ?

A-t-il une pile sous la peau en dessous de la clavicule ?

(Il s'agit d'un pacemaker ou d'un défibrillateur implantable)

Traitement ?

Prend-t-il des médicaments, notamment des anticoagulants ou aspirine (médicaments fluidisant le sang), des diurétiques, des bêtabloquants ?

A-t-il des piqûres tous les jours (Insuline chez le diabétique par exemple).

Assister le patient dans la prise de son traitement

Le patient qui ressent un symptôme comme une douleur thoracique peut de sa propre initiative prendre un médicament.

Le médecin régulateur du 15 peut ordonner après analyse du bilan transmis, la modification du traitement.

Par ex : pastille de trinitrine ou spray sous la langue chez un cardiaque douloureux (angor dit angine de poitrine)

Identité et dossier

Ce n'est pas, bien sûr, la première chose à rechercher et surtout pas avant le bilan vital !

Il est important de prendre la lettre du médecin, les documents (compte rendu d'hospitalisation, examens de laboratoire, radiographies, échographies, ordonnances) en possession du malade.

Causes

Chaque maladie cardiaque sera détaillée dans les pages suivantes

Gestes à faire

Mort subite

Sans attendre, le MCE sera pratiqué en premier, en attente d'un défibrillateur.
Rappelons que chez un cardiaque, la priorité est d'utiliser le plus vite possible un défibrillateur.
En plus de la LVA, la réanimation sera complétée par la ventilation artificielle (maintenant recommandée après).
- Alerter
- Poursuite des gestes de survie jusqu'à l'arrivée des renforts.

Détresse respiratoire et/ou circulatoire (Conscient)

- Alerter
- ½ assis
- Oxygéner avec masque à haute concentration et à fort débit
- Surveillance en attendant les secours médicalisés

En l'absence de détresse

Un cardiaque sera transporté ½ assis.
Il faut rassurer, réchauffer surtout qu'une personne âgée à froid.
L'oxygène sera administré si le patient le réclame.
L'idéal est d'avoir le feu vert d'un médecin, avec une ordonnance pour «transport en ambulance" avec une prescription d'oxygène.
Sauf si le patient a l'habitude de marcher, il sera brancardé jusque dans l'ambulance en respectant l'horizontalité le plus possible
En aucun cas il ne descendra les marches de son appartement à pied !
Tout effort est néfaste.

Attention

Ces malades sont souvent en équilibre précaire.
Toute agression, froid, douleur, émotion, mobilisation peuvent gravement retentir sur le cœur.

Pendant le transport

L'ambulancier exercera une surveillance visuelle continue avec prise des constantes : TA, pouls, fréquence respiratoire.
La moindre palpitation ou sensation de raté du cœur doit mettre en alerte, car le risque d'arrêt cardiaque brutal est toujours possible.
Il faudra rassurer en permanence ce malade angoissé, en évitant toute précipitation dans le transport, sans à coup, c'est-à-dire sans accélération de décélération brutale, ni bruit par un klaxon intempestif.
La cellule sanitaire sera bien chauffée.
Il faut éviter les mobilisations brutales comme l'inclinaison du brancard au déchargement.

Troubles du rythme

Les battements cardiaques sont mesurables indirectement par la prise du pouls.
Il est pris en urgence à la carotide sinon au niveau du poignet.
Le cœur bat entre 50 et 100 par mn mais tout dépend du contexte (repos, effort, maladie, traumatisme...)
La mort subite survient à tout âge et nécessite une réanimation immédiate et l'usage d'un défibrillateur au plus vite.
Un malaise cardiaque, une détresse respiratoire, circulatoire peut se terminer en arrêt cardiaque.
Un pouls rapide est une tachycardie, un lent une bradycardie.
La crise de tachycardie isolée est ressentie comme un dé clic avec un cœur qui bat fort.
A l'occasion d'un effort minime, d'une chute chez une personne âgée, la prise systématique du pouls peut révéler une bradycardie appelée pouls lent permanent.
Tout rythme anormal nécessite un bilan au centre 15.

Rappel anatomique

Le cœur contient des zones d'activité et des circuits électriques qui stimulent l'ensemble du muscle cardiaque ou myocarde.

Rappel physiologique

Le "rythme" est la régularité du cœur.
Il bat tout au long de sa vie.
Il n'a pas besoin de nerfs venant du cerveau pour se contracter.
Il le fait tout seul contrairement à l'appareil respiratoire qui reçoit l'ordre du tronc cérébral via des nerfs.

Mais il peut recevoir du cerveau, par l'intermédiaire de nerfs (nerf vague ou vagal), l'ordre d'accélérer et parfois de ralentir un peu trop (malaise vagal).

La commande du cœur se fait à partir de certaines zones du muscle cardiaque. L'onde électrique se propage avec un léger décalage à l'ensemble du myocarde.

Cette activité électrique est enregistrable à travers la peau du thorax. C'est e.c.g. ou électrocardiogramme.

Normalement, le cœur bat entre environ 60 à 80 fois par minute. C'est la fréquence cardiaque ou F.C.

Elle est mesurable en prenant le pouls.

Physiopathologie

En théorie, en dehors de la fourchette "50-80-100" du pouls, il faut regarder le contexte avant de conclure à une anomalie purement cardiaque.

Un pouls à 45 à 60 peut être explicable par un repos, un sportif entraîné ou un cardiaque sous traitement.

Un pouls au-dessus de 80-100 peut correspondre à un effort, une peur ou de la fièvre.

Si le cœur bat trop lentement, le cerveau n'est plus irrigué, c'est la perte de connaissance ou le malaise. A l'effort le cœur n'accélère pas et la personne fait un malaise.

S'il s'arrête, c'est l'inconscience totale parfois précédé de convulsions ou de mouvements incoordonnés et gasps puis arrêt respiratoire toujours associé.

S'il bat trop vite, on sent le cœur "battre dans la poitrine" avec essoufflement.

S'il bat encore plus vite (>140), la systole n'est pas encore terminée que la suivante apparaît, donc le débit cardiaque (la quantité de sang délivré) diminue et les organes sont mal irrigués.

Le cœur peut devenir irrégulier. On parle d'arythmie.

S'il y a une contraction anormale entre 2 contractions normales, on parle d'extrasystole ("extra" d'une systole).

Elle peut survenir en salves et surtout dégénérer en fibrillation ventriculaire (en cours d'infarctus).

C'est la contraction anarchique des fibres musculaires (myocarde). La contraction n'est plus efficace. C'est l'équivalent de l'arrêt cardiaque (sauf que le cœur bouge) On parle plutôt d'inefficacité circulatoire.

Signes cliniques

Circonstances d'apparition

Elles sont variables.

Si l'origine est bien cardiaque, le déclenchement est le plus souvent brutal.

Citons :

- la personne qui s'écroule brutalement
- le malaise
- une émotion, une violente douleur, la vue du sang...
- la chute avec ou sans fracture (poignet, col fémur)
- la perte de connaissance passagère
- le déclic dans la poitrine avec sensation de cœur qui bat vite
- des ratés du cœur...

Prise du pouls

Sa prise doit être systématique

- Pouls carotidien si inconscience
- Pouls radial si non

La mesure peut se faire aussi avec un oxymètre de pouls ou un monitoring cardiaque (scope).

Mort subite

Devant témoin, la personne s'écroule.

En s'approchant on confirme que la victime est inconsciente.

Elle ne répond à aucune question.

Elle ne respire plus.

Le pouls carotidien est absent.

Arrêt cardiaque après une phase de détresse

Les signes sont les mêmes mais précédés de signes de détresse respiratoire, circulatoire ou d'une douleur thoracique ou d'une inconscience.

Accès de Tachycardie (Cœur rapide) alors que la personne ne fait aucun effort

Brutalement, sans circonstances particulières, comme un déclic, le cœur "s'emballe"

Le patient sent les battements de son cœur "qui bat fort et vite".

Le pouls est supérieur à 100 /mn voire 120 ou plus.

Au-delà de 140, la tachycardie est mal tolérée avec essoufflement, voire malaise.

La fin peut être aussi brutale que le début, c'est pourquoi on parle de "crise de tachycardie".

Souvent ce n'est pas la première crise.

Ne pas confondre avec une situation de détresse respiratoire ou circulatoire avec tachycardie qui n'a rien à voir avec une maladie du cœur (Asphyxie, hypoxie ou hémorragie) ou tout simplement un gros effort, dans ce cas l'accélération est tout à fait physiologique.

Bradycardie avec malaise

Une personne souvent âgée au cours d'un effort parfois minime présente un malaise.
La prise systématique du pouls montre en permanence un pouls bas inférieur à 45 par mn.
Le malaise peut dans la chute provoquer une fracture du col du fémur ou des poignets.

Note

Devant tout malaise, chute, fracture poignet, col du fémur, prendre le pouls

Pour mémoire, signalons d'autres causes de bradycardie qui ne sont pas rangées dans la catégorie troubles du rythme

Lors d'une détresse grave (asphyxie ou état de choc, par exemple), la bradycardie succède à la phase de tachycardie. Elle traduit l'agonie du malade. Si rien n'est fait le cœur va rapidement s'arrêter et, en général, définitivement malgré les manœuvres habituelles, car le cœur a bien souffert... avant de s'arrêter.

Chez l'enfant en asphyxie, le passage de la tachycardie à la bradycardie puis l'arrêt est rapide.

Mais la bradycardie peut aussi être physiologique comme au repos au lit surtout chez un sportif.

Malaise vagal

Au cours de circonstances très particulières (violente douleur, peur, émotion, vue du sang...) la personne a un "malaise". Elle perd connaissance ou non pendant un bref instant avec pâleur.

La prise du pouls est souvent retardée et le cœur a déjà repris son rythme normal.

Si le malaise a lieu sous scope (piqûre pour anesthésie locale par ex.) au moment où il se sent pas bien, le cœur ralentit fortement voir s'arrête quelques secondes (on parle de pause cardiaque et non pas d'arrêt car le rythme repart aussitôt et la personne se sent mieux)...

Extrasystoles

La personne peut ressentir des "trous d'air" "des pauses" "un déclic" dans son cœur.

En prenant le pouls en permanence, on constate un battement en dehors du rythme régulier suivi d'une pause avant la reprise régulière des contractions.

Ces extrasystoles peuvent survenir en salves.

En temps normal, elles ne sont pas inquiétantes.

En présence d'une douleur thoracique, elles peuvent annoncer une fibrillation ventriculaire (inefficacité circulatoire).

Arythmie

Le rythme est totalement irrégulier.

Il s'agit plus d'un phénomène chronique chez une personne âgée dont le cœur est usé (insuffisance cardiaque)

Le cardiologue peut demander d'enregistrer sur 24 h le rythme avec un appareil portable (Holter).

Elle nécessite tentative de régularisation (médicaments et si échec défibrillation sur rendez-vous) et fluidification du sang (anticoagulants).

L'ambulancier transportera plus ce type de patient (pour consultation ou hospitalisation) que les cas précédents.

Eléments à rechercher (Bilan)

Certains signes ne sont pas évidents. L'interrogatoire recherchera antécédents. Les ordonnances peuvent aussi orienter.

Bilan circonstanciel

Il est important de savoir si les signes sont survenus :

- brutalement, comme "un déclic"
- progressivement en quelques minutes
- progressivement sur une longue période
- état chronique stable sans aggravation

Il faut essayer de retrouver l'heure du déclenchement

Y-a-t-il un facteur déclenchant : effort, peur, angoisse... ?

Antécédents

Un interrogatoire simple mais orienté recherchera les maladies antérieures du malade. Ces éléments sont importants pour le médecin.

Cardiaque appareillé ?

A-t-il une pile sous la peau en dessous de la clavicule ?

(Il s'agit d'un pacemaker ou d'un défibrillateur implantable)

Traitement ?

Prend-t-il des médicaments, notamment des anticoagulants ou aspirine (médicaments fluidisant le sang), des diurétiques, des bêtabloquants (ralentit le rythme cardiaque), des pastilles sous la langue, des sprays, un patch sur la peau... ?

Identité et dossier

Ce n'est pas, bien sûr, la première chose à rechercher et surtout pas avant le bilan vital !
Il est important de prendre la lettre du médecin, les documents (compte rendu d'hospitalisation, examens de laboratoire, radiographies, échographies, ordonnances) en possession du malade.

Causes

Mort subite

Cela peut survenir à tout âge, même chez un jeune sportif.
Survient aussi bien au repos qu'à l'effort.
Un examen médical préalable ne dépiste pas toujours les patients à risque.
Ex: On a tous vu les vidéos de footballeur qui s'écroule sur un stade.

Arrêt d'origine cardiaque

Infarctus du myocarde

- infarctus massif par obstruction d'une grosse artère coronaire qui est bouchée
- infarctus de petite taille mais qui irrite le circuit électrique du cœur entraînant une fibrillation ventriculaire
Si elle n'est pas traitée immédiatement par défibrillation, il y a décès.

Troubles du rythme grave

Des "ratés" du rythme cardiaque, même chez un jeune peuvent se terminer brutalement par un arrêt.
Certes c'est exceptionnel mais possible.

Insuffisance cardiaque

A la phase terminale d'une insuffisance cardiaque chronique, le cœur peut devenir totalement inefficace par fibrillation ventriculaire.
Pour prévenir ce risque sur rendez-vous on commence à poser pour certains malades un défibrillateur implantable.

Pouls lent permanent

Si le cœur bat trop lentement, le cerveau n'est plus irrigué, c'est la perte de connaissance ou le malaise. A l'effort le cœur n'accélère pas et la personne fait un malaise.
Ceci est dû à l'usure des "fils électriques" du cœur. A l'hôpital une pile ou pacemaker sera posée.

Arrêt cardiaque après une phase de détresse (non cardiaque)

Les signes sont les mêmes mais précédés de signes de détresse respiratoire, circulatoire ou d'une inconscience.
On meurt tous d'un arrêt du cœur, mais souvent, l'origine est ailleurs que dans le cœur !
Pour mémoire rappelons les causes non cardiaques possibles d'arrêt :

Arrêt d'origine central (Cerveau)

La commande centrale est coupée brutalement entraînant la mort.
Une rupture imprévisible d'un vaisseau dans le cerveau
Traumatisme grave du crâne ou du rachis cervical ...

Arrêt d'origine respiratoire

L'absence d'oxygène ou anoxie, quel que soit la cause fait souffrir le cœur.
Celui s'arrête au bout d'un délai variable.
Toutes les causes de détresse respiratoire peuvent entraîner un arrêt cardiaque, plus ou moins rapidement en fonction du degré d'asphyxie et de l'état du malade

Arrêt d'origine circulatoire

La diminution du volume du sang par hémorragie massive « désamorçage » le cœur au bout d'un délai variable fonction de l'intensité de la perte sanguine.

Arrêt d'origine toxique

La prise massive de certains médicaments peut entraîner l'arrêt du cœur, parfois rapidement.

Notes

Il est important de connaître la cause de l'arrêt cardiaque.
La réanimation ne consiste pas uniquement à masser et ventiler le malade.
Mais aussi à traiter une asphyxie comme l'ablation d'un corps étranger ou un point de compression sur une plaie de l'artère fémorale

Gestes à faire

Mort subite

Alerter.

Il faut utiliser le plus tôt possible un défibrillateur.

En attendant et à défaut on fera sans attendre un MCE sera pratiqué en premier, en attente d'un défibrillateur.

On complétera par une LVA et une ventilation artificielle.

Les gestes de réanimation sont poursuivis jusqu'à l'arrivée des secours spécialisés.

Arrêt cardiaque

Les mêmes gestes de survie sont pratiqués.

Selon les circonstances, si l'origine n'est pas cardiaque, des gestes complémentaires seront nécessaires comme recherche d'un corps étranger, point de compression, jambes surélevées (hémorragie).

Crise de tachycardie

Rassurer

½ assis

Oxygéner avec masque à haute concentration et à fort débit

Alerter

Surveillance en attendant les secours médicalisés

Bradycardie

Rassurer

Oxygéner avec masque à haute concentration et à fort débit

Ne pas faire marcher

Alerter

Surveillance en attendant les secours médicalisés

Trouver la bonne position est plus délicate et varie en fonction des circonstances :

½ assis (conscient en détresse respiratoire ou cardiaque) y compris laryngite, épiglottite (voire penché en avant)

Allonger (conscient sans antécédents et sans détresse respiratoire)

Pls (si inconscience) puis à plat dos (pour mce) si l'arrêt du cœur survient.

Rajouter jambes surélevées si hémorragie massive

Attention à tout instant le cœur peut lâcher, à la moindre rechute du malaise, prendre en continue le pouls carotidien.

Si la détresse est respiratoire et non pas cardiaque, il faut impérativement vérifier qu'il n'y a pas d'obstacle et désobstruer.

L'arrêt cardiaque va suivre rapidement surtout chez l'enfant.

De même si une bradycardie survient chez une personne en état de choc hémorragique, il faut surélever les jambes.

Mais un traumatisme douloureux (fracture non immobilisée) peut faire une bradycardie vagale qui s'arrêtera à l'immobilisation.

En résumé, la bradycardie est angoissante pour le patient mais aussi pour l'ambulancier.

Parfois il faut savoir prendre la bonne décision, comme laisser assis ou allonger.

Par contre le pouls lent du cardiaque ou de la personne âgée ne nécessite aucune action particulière sauf de ne pas lui faire descendre les escaliers !

Transport d'un cardiaque appareillé

Pace Maker

En cas de malaise et de pouls lent permanent, on installe un appareil sentinelle qui prendra le relais du cœur en cas de soucis.

Il s'agit d'un « fil électrique qui flotte dans une cavité du cœur » relié sous la peau du thorax à un petit appareil électrique.

On parle de " pile " ou de " pace maker".

Le malade sera régulièrement suivi et le pacemaker contrôlé. Ils sont de plus en plus performants.

Néanmoins un arrêt cardiaque est toujours possible.

Défibrillateur automatique implantable D.A.I.

Depuis quelques années, des malades sont porteurs d'un D.A.I.

Pour certains patients atteints de graves maladies du rythme cardiaque, comme une mort subite correctement réanimée ou une insuffisance cardiaque majeure, on peut implanter dans la poitrine un mini-défibrillateur.

Il ne faut pas confondre défibrillateur implantable et pace maker (pile), même s'il y a dans les 2 cas un boîtier sous la peau du thorax.

Il ne s'agit pas non plus d'un défibrillateur externe.

Cet appareil est glissé sous la peau de la poitrine du patient et des électrodes sont en contact avec le cœur.

Ils sont porteurs d'une carte d'avertissement et il y a une cicatrice sur la poitrine avec le boîtier au-dessous.

Conduite en cas de délivrance automatique d'un choc électrique

Demander au patient de rester assis ou de s'allonger

Ne pas toucher le malade, à défaut porter des gants isolants et des chaussures à semelles
Avertir le centre 15

Les recommandations sont d'hospitaliser les patients ayant :

- une arythmie de plus de 3 mn
- suspicion de dysfonctionnement du dispositif
- après premier choc après implantation
- survenue de plus de 2 chocs délivrés par le DAI dans les dernières 24 h

Maladies des coronaires (infarctus)

Reconnaître la douleur d'infarctus est fondamental (douleur en barre, irradiante, constrictive...)

Elle permet de déclencher une course contre la montre, tout en respectant la chaîne de secours en attendant un transport médicalisé.

A tout instant peut survenir un trouble du rythme cardiaque dont le plus grave est la mort subite.

L'ambulancier dépiste des détresses, pas le nom de la maladie. Mais il y a des exceptions comme l'asthme, l'infarctus, l'intoxication au CO...)

Cette maladie est à dépister, car fréquente et reconnaître à temps cette détresse majeure peut sauver une vie même chez une personne jeune.

Rappel anatomique et physiologique

Le cœur est une pompe qui se contracte grâce à son muscle: le myocarde
Ce muscle travaille avec de l'énergie (carburant): du sucre et de l'oxygène.

Artères coronaires

Le myocarde reçoit son énergie par les artères coronaires.

Ce sont 2 petites artères qui sortent dès le début de l'aorte, puis sillonnent la paroi externe du cœur.

De nombreuses branches pénètrent dans le myocarde.

Elles sont visibles en radiographie par un examen appelé coronarographie et sillonnent sur le cœur et se divisent en de petites artères qui vont s'enfoncer dans le muscle. Chacune irrigue une partie du cœur.

L'oxygène est ainsi distribué à l'ensemble du muscle cardiaque.

Les cavités cardiaques sont étanches et aucun échange d'oxygène ne peut se faire avec le myocarde.

Physiopathologie

Ces artères coronaires peuvent se boucher progressivement ou brutalement.

Athérosclérose

L'alimentation comporte du gras (graisses). Il peut s'accumuler dans le corps sous forme de cholestérol.

Il y a le bon et le mauvais cholestérol. (Discutable)

Des personnes sont plus sensibles que d'autres et déposent plus facilement ce gras sous forme de plaques sur toutes les artères du corps. On parle d'athérosclérose.

De nombreux facteurs favorisent ces dépôts : tabac, mauvaise alimentation, obésité, diabète...

Obstruction progressive

Des dépôts se collent au hasard sur la paroi interne des artères.

Le débit sanguin diminue mais encore suffisant pour un fonctionnement courant du cœur.

Mais lors d'une augmentation de consommation en oxygène (effort... , par ex. au démarrage, en pente avec un petit vent contraire) le flux est insuffisant.

Le cœur souffre et devient douloureux. C'est la crise d'angor ou d'angine de poitrine.

Grâce à la prise d'un médicament qui dilate les artères (Trinitrine) tout rentre dans l'ordre. Ces crises se reproduisent à un rythme variable.

Cet avertissement a le mérite (en principe) d'alerter le patient qui consultera un médecin.

Obstruction brutale d'une artère coronaire

Un jour ou l'autre:

- une artère va totalement se boucher,
- ou brutalement un caillot de sang se forme
- ou une plaque d'athérome (de gras) se détache

Ceci se fait spontanément ou après alerte (angor de plus en plus fréquent) ou lors d'un stress intense...

Cette obstruction ou thrombose est à l'origine de l'infarctus du myocarde.

Note

Le "r" d'infarctus est après le "a" : infarctus et non pasinfractus !

Une zone du muscle cardiaque (plus ou moins grande selon la taille de l'artère bouchée) ne reçoit plus de sang et donc d'oxygène.

Elle se nécrose ou "s'infarcie" comme de la farce d'où le nom. On parle aussi d'ischémie (= manque d'oxygène).

Il faut déboucher rapidement (idéal < 90 mn).

Pour imaginer le scénario: mettre un garrot au bout d'un doigt. Rapidement l'extrémité va bleuir et de devenir douloureuse par manque d'oxygène. Si on enlève le garrot rapidement tout rentre dans l'ordre. Si on tarde à l'enlever, il y aura des séquelles: bout de doigt raide ou au pire il se nécrose.

Risques d'un infarctus

Lors d'un infarctus, la vie du malade est en danger.

Troubles du rythme

La zone non perfusée est irritable et peut faire " un court-circuit" électrique. Il y a risque de fibrillation ventriculaire.

D'où l'intérêt d'avoir au plus vite à disposition un défibrillateur et une alerte au centre 15 et un transport médicalisé.

Cela surviendra à tout moment pendant le transport mais aussi brutalement (mort subite) sans que les signes (douleur) soient apparus.

Des extrasystoles sur un cœur douloureux sont un signe d'alerte.

Insuffisance cardiaque

Si la zone détruite est importante, la pompe est défaillante avec insuffisance cardiaque aigue se traduisant par une chute de la pression artérielle (état de choc dit choc cardiogénique ou détresse circulatoire) et engorgement du sang en amont (OAP) si c'est la pompe gauche qui est atteinte.

Séquelles

Si le malade survit et sans désobstruction en urgence, une partie du cœur ne sera plus fonctionnelle.

En résumé

Défibrillateur disponible car risque de fibrillation

Course contre la montre pour déboucher l'artère

Signes cliniques

Objectifs : Démarche d'observation d'une situation : signes cliniques, identifier les détresses, changement de l'état clinique. L'ambulancier comme tout citoyen doit savoir reconnaître la douleur cardiaque.

Forme typique d'infarctus

La douleur thoracique est très violente et augmente en intensité sur quelques minutes.

C'est un véritable étau qui broie la poitrine, irradiant souvent dans le cou et parfois dans les bras (surtout à gauche).

Le malade est en sueurs, pâle, angoissé avec nausées.

Cette douleur n'a rien à voir avec une petite douleur, type "point de côté", d'ailleurs le malade montre sa douleur, non pas avec un doigt mais avec la main entière qui se resserre sur la chemise.

Elle survient:

- brutalement chez un homme jamais cardiaque, parfois jeune.

- chez un cardiaque ayant déjà eu un infarctus ou des crises douloureuses à l'effort, appelées angine de poitrine et cédant à la succion d'une pastille spéciale (à base de trinitrine). Elle survient maintenant sans effort ou ne cède pas au comprimé.

Attention

L'infarctus ne survient pas forcément à l'effort.

Souvent à 5 h du matin dans son lit !

Forme atypique d'infarctus

Hélas, parfois les signes sont atypiques et orientent par erreur vers d'autres organes.

Signes digestifs

Associées à des nausées et une douleur plus épigastrique que thoracique, les signes évoquent, à tort, une maladie de l'estomac (ulcère).

Signes osseux (rhumatologiques)

Douleur de l'épaule gauche

Conseil

Au moindre doute, ne pas hésiter à passer un bilan au 15

Syndrome de menace

C'est un cardiaque connu qui a des douleurs angineuses (angor) lors d'effort qu'il connaît bien. La douleur s'arrête spontanément ou après la prise d'une pastille ou d'un spray sous la langue.

Aujourd'hui, au choix :

- les douleurs sont plus fréquentes
- elles apparaissent pour un effort minime
- elle ne cède pas à la prise des pastilles (Trinitrine)

Dans ce cas, il faut appliquer la même démarche que celle de l'infarctus.

Eléments à rechercher (Bilan)

Certains signes ne sont pas évidents. L'interrogatoire recherchera antécédents. Les ordonnances peuvent aussi orienter.

Prendre les constantes vitales

Fréquence cardiaque

Tension artérielle systolique et diastolique

Fréquence respiratoire

L'utilisation d'un oxymètre aura l'énorme avantage de mesurer en permanence le pouls.

Précision sur la douleur

Il est impératif de connaître et de noter l'heure de début de cette douleur. Douleur

Recherche de signes de gravité

Inconscience

Etat de choc avec tension basse et pouls filant

Bradycardie (pouls bas) avec pâleur et nausées

Détresse respiratoire

Fréquence élevée

Cyanose ?

Mousse rosée aux lèvres (OAP)

Bruits grailonnants (OAP)

Ne pas négliger d'autres plaintes

Il est indispensable de laisser parler le malade et de l'écouter.

S'il ne parle pas spontanément, on lui demande "Qu'est ce qui ne va pas ? "

Les signes suivants peuvent avoir pour origine le cœur (par mauvaise perfusion des organes, surtout le cerveau)

- angoisse, peur de mourir

- se sent "pas bien"

- nausée, envie de vomir

- bâillement

- la tête qui tourne, vertiges

- fatigue intense

- troubles de l'équilibre, de la vision

- troubles de l'audition (sifflement)

Reconnaître un cardiaque

Suivi pour le cœur

Infarctus précédents

Douleur thoracique négligée

AIT, AVC, artérite...

Traitement spécifique : aspirine, spray, pastille ou patch de trinitrine...

Si inconscient, rechercher des médicaments (tube de spray) dans les poches, ou patch sur la poitrine

Facteurs de risque

Rappelons que cela survient chez un malade déjà cardiaque ou qu'il ne le sait pas ou ne veut pas le savoir.

Surtout, il existe des circonstances qui augmentent la probabilité d'avoir cette maladie.

Ce sont les facteurs de risques:

- alimentation grasse

- obésité

- tabac

- stress

- hypertension artérielle (HTA)

- diabète

- même maladie chez les parents

Gestes à faire

Mort subite

En cas d'arrêt la réanimation est entreprise immédiatement.

Alerter.

Il faut utiliser le plus tôt possible un défibrillateur.

En attendant et à défaut on fera sans attendre un MCE sera pratiqué en premier, en attente d'un défibrillateur.

On complétera par une LVA et une ventilation artificielle.

Les gestes de réanimation sont poursuivis jusqu'à l'arrivée des secours spécialisés.

Patient douloureux sans détresse

Alerte

L'ambulancier ne doit pas transporter ce type de malade, même si la situation semble, au premier abord, stable, car à tout instant elle peut se dégrader.

Quel que soit l'état du malade, même sans gravité apparente : c'est-à-dire conscient avec un bon pouls et une bonne tension, il faut avertir le S.A.M.U. afin de dépêcher sur place un S.M.U.R.

Mise en condition

En attendant l'arrivée de l'équipe médicale, le patient est "techniqué".

Demander de pas faire d'effort ni de marcher +++

Position de confort : 1/2 assis

Oxygénation 9 -15 l/mn

Rassurer et couvrir

On surveillera le malade en permanence éventuellement si la situation se dégrade en prenant son pouls en permanence.

On interviendra au moindre raté du cœur.

Préparation à l'intervention du SMUR

Si un membre de l'équipe est disponible, non occupé à participer à la réanimation en cours, il peut organiser la préparation de la venue de l'équipe médicale.

- dégager autour du patient
- mettre torse à nu (pour l'ecg) et bras libre (pour la tension ou la perfusion)
- couvrir avec un drap en attendant
- remplir la feuille de transmission en notant les constantes, circonstances, antécédents...
- à domicile, rassembler dossier médical, radiographie, ordonnances
- rassurer le patient et lui expliquer l'attente
- demander à quelqu'un d'attendre le véhicule du SMUR
- si arrivée par hélicoptère, repérer un endroit dégagé et sans fils électriques

Aide à la réanimation médicale

Aide à la pose du monitoring

Suite de la réanimation (Pour info, Savoir +)

Le SAMU hospitalisera le malade directement en unité de soins intensifs de cardiologie (U.S.I.C.).

C'est une véritable course contre la montre qui est enclenchée.

L'idéal serait de déboucher l'artère le plus vite possible (idéal <90 m)

Parfois (si le délai est > 90 min) un médicament puissant sera injecté afin de déboucher le caillot de sang qui bouche une petite artère du cœur (artère coronaire). Ceci sera fait dans le véhicule après contrôle ecg (scope et électrocardiogramme) et test sanguin sur place.

A l'hôpital, le malade aura rapidement une radiographie des coronaires (coronarographie).

Cela consiste en l'introduction d'un long tuyau (cathéter) dans l'artère fémorale ou radiale et qui est remonté à contre-courant jusqu'à l'origine de l'aorte puis dans les coronaires. Un produit qui se voit à la radiographie est injecté et un film vidéo est enregistré tout en regardant sur un écran TV en direct.

Si une artère est bouchée, elle est dilatée avec un ballonnet et un ressort (stent) est mis en place dans la zone rétrécie pour la maintenir grande.

Une autre option immédiate ou secondaire est l'intervention de chirurgie thoracique cardiaque. On ouvre le sternum et on greffe un bout de veine entre la zone rétrécie pour faire dérivation comme sur une autoroute où il y a un accident et qu'une déviation est mise en place.

On parle de pontage coronarien, simple ou multiple : double, triple, quadruple...

Insuffisance cardiaque (OAP, greffe)

L'usure du cœur est à l'origine d'une insuffisance cardiaque.

Le plus souvent le patient est traité et suivi par son médecin traitant. Son transport ne nécessitera qu'une simple surveillance en position ½ assise.

Exceptionnellement, le bilan dépistera une détresse respiratoire chez un cardiaque.

Le problème n'est pas de mettre un nom sur cette respiration difficile (OAP, bronchite chronique....) mais de dépister les signes de gravité (cyanose, sueurs, épuisement...) puis d'oxygéner et d'alerter.

Rappel anatomique

Le cœur est composé de 2 pompes:

- la partie droite

- la partie gauche

Le côté droit ramène le sang et le chasse vers les poumons.

Le gauche le ramène des poumons et le distribue partout.

De plus chaque partie est composée de 2 cavités: oreillette et ventricule.

Les petites cavités (oreillettes) récupèrent le sang

Les grandes cavités (ventricules) expulsent le sang

Entre chaque cavité, il y a des valves qui s'ouvrent et se ferment à chaque contraction du cœur.

Pour comprendre le mécanisme de l'œdème aigu du poumon, il faut revoir le circuit de la petite circulation:

La partie droite du cœur pousse le sang dans les poumons et la partie gauche le récupère.

Rappel physiologique

Le but final est d'envoyer les éléments nutritifs nécessaires au corps.

La contraction ou systole du ventricule gauche éjecte sous pression le sang dans l'aorte puis à toutes les artères.

Le cœur ramène aussi par le ventricule droit le sang veineux contenant plasma (donc eau) et les déchets.

Physiopathologie

Le cœur gauche travaille plus que le cœur droit et donc fatigue plus vite.

Il peut vieillir prématurément à la suite d'une maladie (infarctus, alcoolisme, valve détruite, virus ...)

Si non c'est l'âge donc la vieillesse qui rend le cœur insuffisant.

Savoir + :

L'usure du cœur se manifestera par une moins bonne performance d'abord à l'effort puis au repos (essoufflement).

Le sang veineux aura du mal à revenir au cœur. L'eau va s'accumuler dans les jambes (œdèmes).

Le médecin confirmera l'Insuffisance Cardiaque ou I.C. par une échographie et un test sanguin.

Une arythmie peut survenir.

Le traitement utilisera des médicaments qui renforcent la contractilité du cœur ou diminue son travail ainsi que des produits diminuant la quantité d'eau du corps (diurétiques qui augmentent l'élimination urinaire) associé à un régime sans sel.

Si l'insuffisance cardiaque survient précocement, une greffe du cœur est à envisager ainsi que la pose d'un défibrillateur implantable vu le risque de mort subite.

Œdème Aiguë du Poumon ou O.A.P.

Le ventricule gauche est plus insuffisant que le droit. Le sang peut alors s'engorger dans les poumons.

En présence d'une décompensation aiguë (écart de régime, arythmie, insuffisance du traitement) la pression monte dans les capillaires pulmonaires et le plasma du sang filtre dans les alvéoles réalisant une détresse respiratoire avec encombrement voire remontée de mousse rosée (aérée par l'air) jusqu'aux lèvres.

A noter qu'exceptionnellement l'OAP peut survenir par un autre mécanisme comme la destruction du filtre alvéolaire : grippe, noyade, incendie....

Signes cliniques

La personne est gênée pour respirer et à la sensation d'étouffer.

Selon le degré de l'insuffisance respiratoire aiguë, on constate :

Respiration rapide et superficielle

Sueurs

Cyanose

Tirage respiratoire, les muscles du haut de son thorax et de son cou se contractent

Battement des ailes du nez

Refus de s'allonger

Cherche à rester en position assise, ce qui rend moins pénible la respiration

Confuse, somnolente, anxieuse ou agitée

Elle parle en s'arrêtant souvent pour respirer

Elle peut être encombrée avec des râles grailonnants traduisant la présence de liquide dans les poumons.

Des quintes de toux sont possibles.

De la mousse rosée peut sortir par la bouche

Note

Le patient est suivi par son médecin et prend des médicaments.
C'est pourquoi il est de plus en rare d'être en présence d'un tableau complet et dramatique

Détresse circulatoire associée

Exceptionnellement une détresse circulatoire d'origine cardiaque peut parfaitement s'associer à une détresse respiratoire.
Il s'agit d'un infarctus massif avec violente douleur thoracique + état de choc (Tension basse) (appelé choc cardiogénique) et O.A.P.

Essoufflement

Appelé dyspnée, la personne a une respiration rapide.
Elle est consciente et surtout elle parle peu car après elle doit reprendre son souffle.
Il s'agit souvent d'une personne âgée sous traitement cardiaque avec parfois des jambes gonflées.
Mais il n'y a pas de signes de gravité : ni cyanose, ni encombrement, ni agitation et pas ou peu de sueurs.

Arythmie

Le pouls est irrégulier, souvent rapide.

Bilan normal

Le plus souvent, transporté pour diverses raisons un cardiaque (consultation, examen...) ne pose aucun problème.
Le bilan de départ est normal ou stable d'après la famille ou le patient.
Néanmoins, il est toujours possible que pendant le transport la situation se dégrade.

Eléments à rechercher (Bilan)

Certains signes ne sont pas évidents. L'interrogatoire recherchera antécédents. Les ordonnances peuvent aussi orienter.

Prise des constantes

Même devant un bilan normal, on prendra toutes les constantes vitales :

- fréquence cardiaque
- tension artérielle systolique et diastolique
- fréquence respiratoire (souvent oubliée, à tort)
- Saturation en oxygène
- Température

La fréquence respiratoire normale est entre 12 et 20 par mn

La saturation en oxygène est supérieure à 95 % (toujours à mesurer avant l'oxygénothérapie)

Recherche des signes de gravité

- angoisse, peur de mourir
- se sent "pas bien"
- nausée, envie de vomir
- bâillement
- la tête qui tourne, vertiges
- fatigue intense
- troubles de l'équilibre, de la vision
- troubles de l'audition (sifflement)
- la personne s'agite ou est de plus en plus confuse
- la cyanose apparaît ainsi que des sueurs
- la personne est encombrée
- le cœur bat vite
- épuisement respiratoire: disparition de la toux, du tirage, de l'encombrement
- a du mal à parler

Antécédents

Un interrogatoire simple mais orienté recherchera les maladies antérieures du malade. Ces éléments sont importants pour le médecin.

Cardiaque appareillé ?

A-t-il une pile sous la peau en dessous de la clavicule ?
(Il s'agit d'un pacemaker ou d'un défibrillateur implantable)

Traitement ?

Prend-t-il des médicaments, notamment des anticoagulants (médicaments fluidisant le sang), des diurétiques
A-t-il des piqûres tous les jours (Insuline chez le diabétique par exemple) ?

Identité et dossier

Ce n'est pas, bien sûr, la première chose à rechercher et surtout pas avant le bilan vital !

Il est important de prendre la lettre du médecin, les documents (compte rendu d'hospitalisation, examens de laboratoire, radiographies, échographies, ordonnances) en possession du malade.

Causes

Il est extrêmement difficile de trouver la vraie origine d'une détresse respiratoire.

La frontière entre insuffisance respiratoire chronique et insuffisance cardiaque n'est pas évidente.

Le patient ou la famille peut parler de "bronchite chronique" "d'asthme cardiaque".

La différence entre un OAP et une décompensation respiratoire d'un bronchiteux chronique n'est pas simple.

De toute façon pour l'ambulancier, ce n'est pas important puisque l'attitude sera la même.

Gestes à faire

Détresse respiratoire

Alerter

½ assis

Oxygéner avec masque à haute concentration et à fort débit

Surveillance en attendant les secours médicalisés

En l'absence de détresse

Un cardiaque sera transporté ½ assis.

Il faut rassurer, réchauffer surtout qu'une personne âgée à froid.

L'oxygène sera administré si le patient le réclame.

L'idéal est d'avoir le feu vert d'un médecin, avec une ordonnance pour "transport en ambulance avec prescription d'oxygène"

Sauf si le patient a l'habitude de marcher, il sera brancardé jusque dans l'ambulance en respectant l'horizontalité le plus possible

En aucun cas il ne descendra les marches de son appartement à pied !

Tout effort est néfaste.

Attention

Ces malades sont souvent en équilibre précaire

Toute agression, froid, douleur, émotion, mobilisation peuvent gravement retentir sur le cœur.

Pendant le transport

L'ambulancier exercera une surveillance visuelle constante avec prise des constantes : TA, pouls, fréquence respiratoire.

La moindre palpitation ou sensation de raté du cœur doit mettre en alerte, car le risque d'arrêt cardiaque brutal est toujours possible.

Il faudra rassurer en permanence ce malade angoissé, en évitant toute précipitation dans le transport, sans à coup, c'est-à-dire sans accélération ni décélération brutale, ni bruit par un klaxon intempestif.

La cellule sanitaire sera bien chauffée.

Il faut éviter les mobilisations brutales comme l'inclinaison du brancard au déchargement.

Cas particuliers

OAP

Poussée aigue d'Insuffisance cardiaque

Hormis les cas dramatiques d'I.C. survenant en quelques minutes (infarctus) à quelques jours (virus), il s'agit d'une maladie chronique soignée par le médecin avec bilan régulier: tension, ecg, échocardiographie du cœur...

La pompe est stabilisée en utilisant des médicaments notamment des diurétiques qui font perdre de l'eau du corps dont aussi du plasma. Un régime sans sel (qui retient l'eau) est aussi prescrit (de moins en moins).

A certaines occasions (écart de régime par ex.) la quantité d'eau dans le plasma augmente et tout déborde avec O.A.P.

Signes

Le malade respire mal. La respiration est rapide (Tachypnée) et superficielle.

Il est fatigué et s'épuise vite.

Il est souvent encombré et parfois de la mousse rosée (aérée, mini bulles d'air) peut sortir par la bouche avec un bruit de gargouillement.

Mais cette forme typique se rencontre de moins en moins car le patient a un traitement qui atténue la poussée aigue.

C'est pourquoi, on rencontre de plus en plus un tableau batard de détresse respiratoire avec encombrement avec tous les stades de gravité.

Il est souvent difficile de faire la part entre une origine respiratoire (bronchite chronique, infection respiratoire) et cardiaque.

Souvent pour compliquer les choses on parle "d'asthme cardiaque" ce qui ne veut pas dire grand chose, sauf que la détresse ressemble à un asthme....

S'agissant d'une détresse où il n'est pas question, sauf cas "historique" de mettre, pour l'ambulancier, un nom d'O.A.P., il est plus important de faire un bilan vital et de rassembler tous les antécédents du malade et son traitement surtout chez une personne âgée qui a des pertes de mémoire...

Conduite à tenir

Elle est classique : bilan, ½ assis, oxygénation, alerte et avis au centre 15 pour transport ou non.

Grefe cardiaque

Le cœur véritable "pompe cardiaque" peut s'user prématurément, parfois en peu de temps.

Une insuffisance cardiaque dramatique et irréversible survient.

La survie du malade est alors de courte durée.

Le cardiologue peut alors proposer une transplantation cardiaque ou "greffe du cœur".

Le malade est mis sur une liste d'attente.

Sur un malade en coma dépassé (c'est à dire que son cerveau est mort mais son cœur bat encore, la ventilation est artificielle) une équipe chirurgicale prélève le cœur.

Rôle de l'ambulancier

Avant la greffe

Si l'état du malade le permet il quitte l'hôpital et doit pouvoir être joint rapidement, par exemple par bip.

Il doit se rendre à l'hôpital universitaire(C.H.U.) le plus rapidement possible.

L'ambulancier peut participer à cette véritable course contre la montre.

Le malade est transporté demi-assis sous oxygène et les mêmes précautions sont prises comme tout cardiaque.

Transport du greffon

Le cœur prélevé est transporté sur de longues distances par avion, hélicoptère, voiture et ambulance. Il est stocké dans un récipient isotherme et accompagné.

Transport d'un patient porteur d'une greffe cardiaque

On le transporte comme tout cardiaque.

Il prend un traitement anti rejet. Il est immunodéprimé.

Il faut donc prendre toutes précautions d'hygiène