

## SOINS INFIRMIERS

### L'Infirmier(e) d'Organisation de l'Accueil (IOA)

- 1- Reconnaît la douleur thoracique.
- 2- Recueille les paramètres vitaux : fréquence respiratoire, pouls, pression artérielle systolique et diastolique bilatérale, SpO<sub>2</sub>, température. Note ces éléments sur le dossier patient.
- 3- Recherche une urgence vitale (état de choc, pâleur, sueurs...).
- 4- Appelle le médecin et transfère immédiatement le patient en Salle d'Accueil des Urgences Vitales (S.A.U.V.).
- 5- Choisit et applique une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient (EVA-EN). Note ces éléments sur le dossier patient.
- 6- Recueille le maximum d'informations, auprès de la famille si présente (anciens ECG, dossiers éventuels, dates d'hospitalisations antérieures...).

### L'Infirmier(e) des Urgences

#### • SI URGENGE VITALE

Chariot d'urgence prêt, vérifié, fonctionnel : intubation, drogues d'urgence, aspiration, oxygène, défibrillateur ++, électrodes, palettes, pâte de contact.

1. Appelle le médecin et transfère immédiatement le patient vers la salle d'accueil des urgences vitales.
2. Sur prescription médicale ou protocole préétabli :
  - Pose une voie veineuse,
  - Réalise un bilan sanguin, un électrocardiogramme complet,
  - Met en route le traitement antalgique après contrôle d'absence d'allergies ou de contre-indications.
3. Rassure le patient et explique les gestes entrepris.
4. Choisit et applique une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient (EVA-EN). Note ces éléments sur le dossier patient.
5. Surveille les paramètres cliniques et paracliniques : fréquence respiratoire, pouls, pression artérielle bilatérale, SpO<sub>2</sub>, température.
6. Surveille spécifiquement la titration morphinique.

#### • SI ABSENCE D'URGENGE VITALE

1. Recueille les paramètres cliniques et paracliniques : fréquence respiratoire, pouls, pression artérielle bilatérale, SpO<sub>2</sub>, température.
2. Choisit et applique une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient (EVA-EN). Note ces éléments sur le dossier patient.
3. Met en route le traitement antalgique sur prescription médicale ou protocole préétabli après contrôle d'absence d'allergies ou de contre-indications.

## DOULEUR THORACIQUE DU SYNDROME CORONNAIRE AIGU\*

### COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Frédéric Lapostolle - Agnès Ricard-Hibon - Pierre-Yves Gueugniaud - Axel Ellrodt - Bruno Garrigue

## GÉNÉRALITÉS

### DOULEUR

- Douleur typiquement de repos, rétrosternale, constrictive, irradiant à la mâchoire, à l'épaule ou au membre supérieur gauche, résistante à la trinitrine. Mais, aucune de ces caractéristiques n'est spécifique...
- L'intensité de la douleur est variable au cours du syndrome coronaire aigu (SCA). Elle ne constitue pas un élément d'orientation étiologique en cas de douleur thoracique.
- La classification moderne des syndromes coronaires aigus distingue les SCA avec et sans sus-décalage du segment ST. Mais, dans un cas comme dans l'autre, le traitement antalgique est partie intégrante du traitement.
- En effet, la douleur et l'anxiété qui y sont associées participent à augmenter la pression artérielle et à accélérer la fréquence cardiaque, et donc à augmenter la consommation d'oxygène tout en réduisant la durée de la diastole (puisque l'accélération de la fréquence cardiaque se fait aux dépens du temps de diastole) et participent donc à limiter les apports en oxygène.
- Le traitement de la douleur doit donc être précoce. La surveillance de la douleur ne saurait être retenue comme argument pour s'abstenir d'un traitement antalgique ou y surseoir.

ÉTABLISSEMENT

## SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Dissection aortique
- Embolie pulmonaire
- Péricardite
- Douleur pariétale ou articulaire
- Pneumopathie
- Épanchement pleural liquide ou gazeux
- Traumatisme

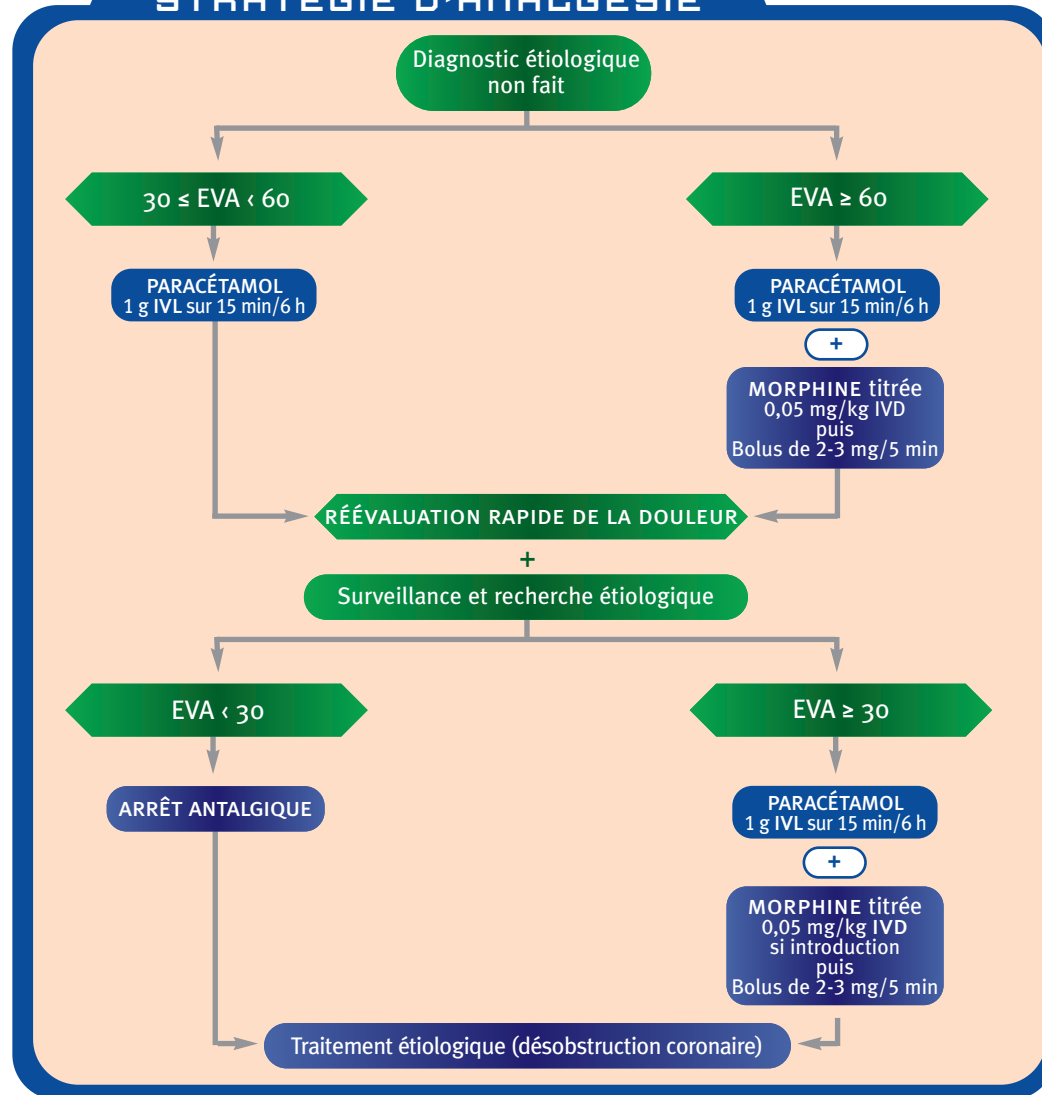
- L'obtention d'un diagnostic de certitude n'est pas indispensable à la mise en œuvre du traitement de la douleur thoracique.
- Par contre, dès que l'étiologie coronaire est confirmée, le traitement étiologique, reposant en particulier sur la désobstruction coronaire devient le traitement de choix.

## STRATÉGIE D'ANALGÉSIE

### COMPLÉMENT D'ANALGÉSIE

- Les dérivés nitrés ont incontestablement un effet antalgique au cours du SCA. Cependant, le bénéfice de l'effet vasculaire (dilatation périphérique et coronaire) pourrait être compensé par des effets hémodynamiques délétères (hypotension). Ainsi, le bénéfice cardiovasculaire de l'administration de dérivés nitrés aux patients présentant un SCA n'a pas été établi. Une étude récente a retrouvé une diminution du flux coronaire et une augmentation de taille de l'infarctus chez les animaux traités par dérivés nitrés (et dont la pression artérielle moyenne était diminuée). En d'autres termes, l'utilisation des dérivés nitrés, spécialement à visée antalgique doit être précautionneuse au cours du SCA.
- Le traitement antalgique par la morphine est donc le traitement de référence. Elle est en outre bénéfique en cas d'œdème pulmonaire associé. Par ailleurs, la morphine diminue le taux plasmatique d'endothéline 1 (peptide vasoconstricteur) lors d'un SCA.
- Surveillances clinique, électrocardiographique, biologique, échographique voire coronarographique doivent prendre le relais du traitement étiologique.

## STRATÉGIE D'ANALGÉSIE



### Références bibliographiques

- Baxt WG, et al. A neural network aid for the early diagnosis of cardiac ischemia in patients presenting to the emergency department with chest pain. *Ann. Emerg. Med.* 2002 ; 40 : 595-7.
- Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. The era of reperfusion : acute coronary syndrome (acute myocardial infarction). *Circulation*, 2000 ; 102 : 172-203.
- Nanas JN, et al. Moderate systemic hypotension during reperfusion reduces the coronary blood flow and increases the size of myocardial infarction in pigs. *Chest*. 2004 ; 125 (4) : 1492-9.
- Steg PG, et al. Comparison of Angioplasty and Prehospital Thrombolysis In acute Myocardial infarction (CAPTIM) Investigators. Impact of time to treatment on mortality after prehospital fibrinolysis or primary angioplasty : data from the CAPTIM randomized clinical trial. *Circulation*. 2003 ; 108 : 2851-6.