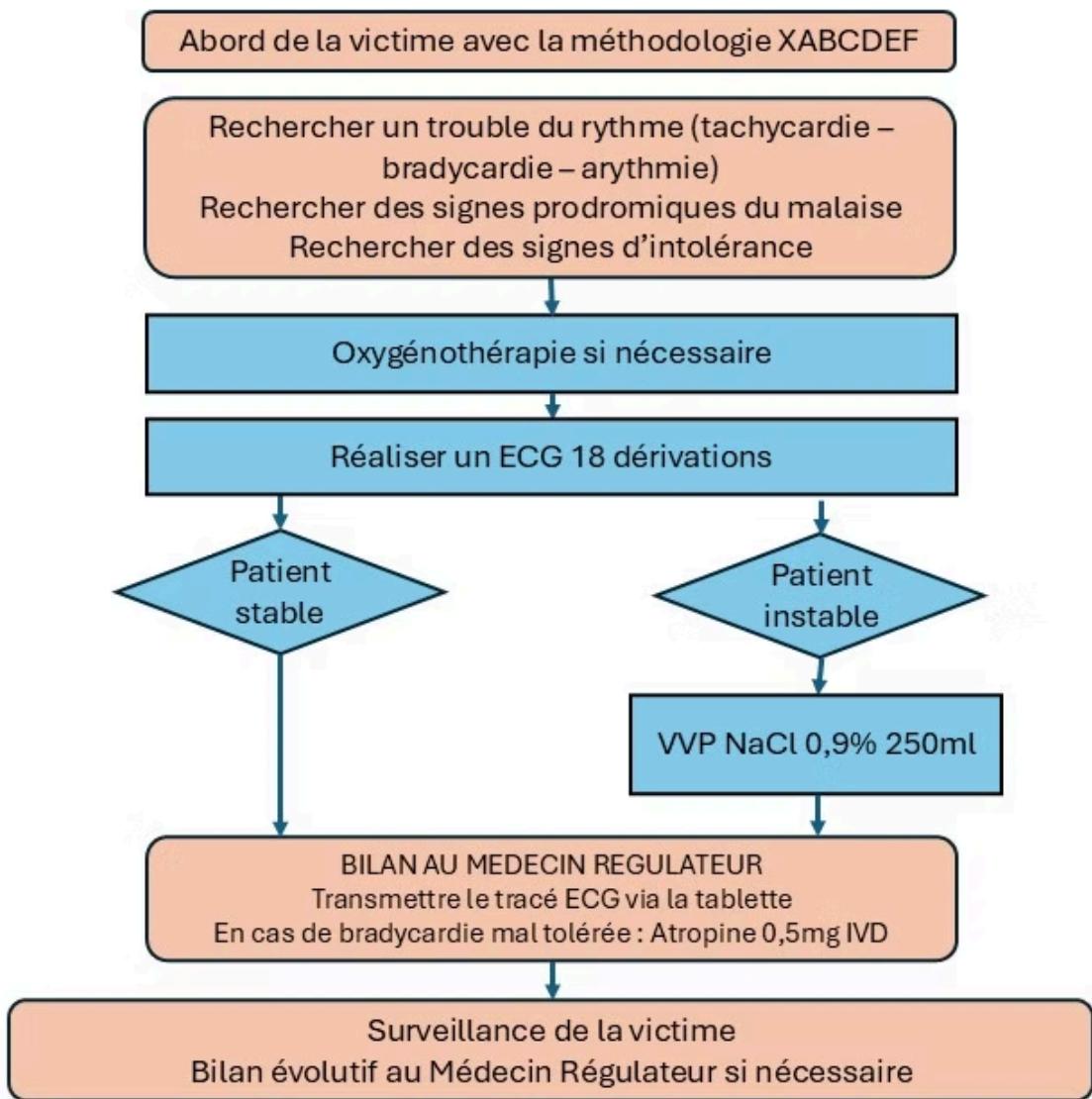


Malaise avec trouble du rythme cardiaque

PISU n°19 - Mise à jour n° 20240105

Malaise



Compléter et transmettre la fiche bilan SDS selon la note de service en vigueur

Thérapeutiques

Introduction

L'observation d'un trouble du rythme cardiaque lors de la prise en charge d'un malaise est essentielle pour appréhender les causes de ce malaise et les éventuelles complications à venir dont la plus grave est l'arrêt cardiaque.

Cas de l'arrêt cardio-respiratoire

Chez certains patients, certains signes et symptômes survenant juste avant l'arrêt peuvent permettre d'avertir sur la survenue de l'arrêt. Ces symptômes doivent alerter les professionnels de santé.

Identifier les arythmies cardiaques pouvant engager le pronostic vital peut permettre de prévenir l'arrêt cardiaque ou sa récidive.

Le rythme cardiaque n'est considéré comme anormal que si son rythme est élevé (tachycardie), lent (bradycardie) ou irrégulier.

Dans ce protocole nous aborderons :

- La tachycardie = fréquence cardiaque ≥ 120 battements/min
 - Elle peut être régulière ou irrégulière
- La bradycardie = fréquence cardiaque ≤ 50 battements/min

A noter : La gravité d'une arythmie n'est pas toujours corrélée à l'intensité des symptômes observés.

Conduite à tenir par l'infirmier :

Faire le point avec le chef d'agrès sur le bilan effectué et la demande éventuelle de renfort.

- Rechercher des éléments de l'anamnèse avec le chef d'agras et la victime avec la recherche des antécédents et des traitements en cours.
- Aborder la victime par la méthode XABCDEF pour déterminer si victime stable ou instable.

Descriptif de la situation :

L'infirmier doit :

- Rechercher des facteurs de risque cardiovasculaire.
- Rechercher l'existence d'une crise antérieure
- Rechercher des traitements déjà pris
- Rechercher en présence d'un malaise :
 - des signes prodromiques :
 - syncope (particulièrement à l'effort, assis ou en décubitus)
 - palpitations (perception des battements cardiaques)
 - vertiges
 - asthénie intense
 - dyspnée
 - douleur thoracique
 - des signes d'intolérance :
 - signes de choc : marbrures, pouls filant associé à une PAS <90 mmHg
 - syncope avec troubles de la conscience
 - douleur thoracique
 - détresse respiratoire
- Rechercher les signes cliniques justifiant une oxygénothérapie :
 - Il existe un tableau clinique évocateur d'une détresse respiratoire sévère (fréquence respiratoire élevée voire essoufflement allant jusqu'à l'épuisement, sueurs, cyanoses des lèvres et des extrémités, utilisation des muscles respiratoires accessoires avec tirage, etc...) indépendamment de la valeur de la SpO2.
 - La mesure de la SpO2 indique une valeur basse < 94%.
- Dans ce cas, débuter une oxygénothérapie au masque haute concentration (si cela n'a pas déjà été fait), puis adapter le dispositif d'oxygénothérapie en fonction des critères cliniques (masque, lunettes), ainsi que le débit.
- Se poser la question de l'intérêt d'une voie veineuse pour d'une part la prise en charge de la douleur et d'autre part la prise en charge d'une détresse secondaire. Si oui, poser un abord veineux périphérique.
- Réaliser un ECG 12 dérivations en s'assurant que les critères d'interprétation sont bien respectés.
- En cas de situation clinique et/ou d'anomalies typiques sur l'ECG très évocatrices d'un syndrome coronarien aigu, l'ECG doit être complété par les dérivations postérieures.

Deux types de situation :

1. Victime instable : mise en place d'une VVP NaCl 0.9% puis bilan au médecin régulateur
2. Victime stable : transmettre un bilan comprenant l'ECG via la tablette et contacter le médecin régulateur.

En cas de bradycardie mal tolérée, Atropine 1mg/1ml : 0,5 mg en IVD chez l'adulte toutes les 3 à 5 minutes, maximum 3 mg, et chez l'enfant, dose unique de 0,02 mg/kg avec maximum 0,6 mg.

Surveillance

L'infirmier doit assurer une surveillance régulière de la victime jusqu'à prise du relais par un médecin urgentiste si nécessaire.

Toute modification de son état est transmise au SAMU Centre 15.

Les éléments recueillis sont portés sur la fiche d'intervention 3SM.

Bibliographie



PISU n°19

Mise à jour du 05/01/2024 et validé par :

Dr Audfray ; Dr Bolut ; Dr Coillot ; Dr Couraud ; Dr Poumailloux ;

© 2023 par Médecin Colonel Fabrice Couraud . Crée avec [Wix.com](#)