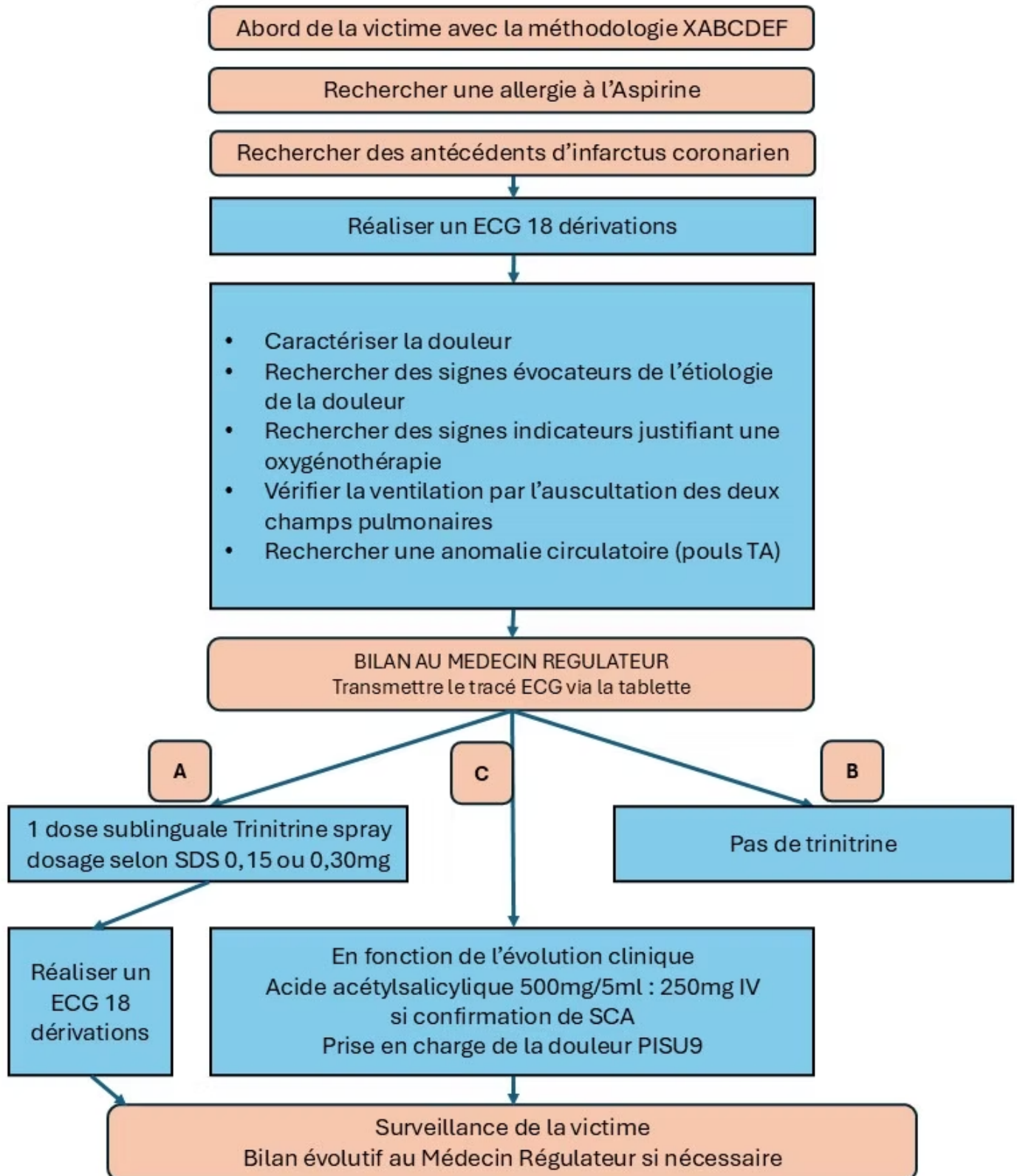


Douleur thoracique non traumatique

PISU n°21 - Mise à jour n° 20240105



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

Définition

Une douleur thoracique non traumatique, peut s'accompagner d'une sensation de malaise et peut faire évoquer une origine cardiovasculaire potentiellement grave.

La démarche de soins s'applique ici à reconnaître une douleur supposée d'origine cardiovasculaire, à priori dans le cadre d'un syndrome coronarien aigu, et à prodiguer les premiers soins conservatoires, sans aggraver une étiologie non coronarienne ou ventilatoire atypique.

On s'appuiera pour cela sur les antécédents de la victime, la présence d'au moins un facteur de risque cardiovasculaire (obésité, diabète, tabac, dyslipidémie, HTA, ATCD personnels ou familiaux cardiovasculaires).

Critères d'inclusion

Patient de plus de 15 ans

La douleur évocatrice d'un syndrome coronarien aigu typique est :

- Médiothoracique antérieure.
- Constrictive ou oppression à type de poids ou d'écrasement
- Pouvant irradier indifféremment dans les bras, les poignets, le cou, la mâchoire.
- Indépendante de la position, de l'ampliation thoracique, ou d'un traumatisme thoracique direct.

Il existe de nombreuses formes atypiques, notamment épigastrique.

Elle peut s'accompagner :

- D'angoisse, de pâleur, sueurs, nausées.
- De troubles de conscience intermittents (notamment si troubles du rythme cardiaque permanents ou intermittents).

Contexte (non exhaustif) :

- Maladie coronarienne connue.
- Effort intense ou inhabituel.
- Exposition brutale ou prolongée au froid, d'autant plus avec effort.
- Repas copieux.
- La victime a pu, si elle a déjà un traitement, prendre une dose indiquée, soit seule, soit avec l'aide d'un secouriste.

Il faut alors :

- Ecouter les plaintes exprimées « Est-ce la première fois ? »
- Rechercher un facteur déclenchant « comment est-ce arrivé ? »
- Caractériser la douleur « Comment est votre douleur ? Où avez-vous mal ? Depuis combien de temps avez-vous mal ? A quelle heure a-t-elle commencé ? Se modifie-t-elle en respirant ? A quel niveau situez-vous votre douleur sur une échelle de 0 à 10 ? »
- Rechercher les antécédents, les traitements suivis, les hospitalisations ou explorations récentes et les facteurs de risques cardiovasculaires.
- Pratiquer ou faire pratiquer un bilan d'urgence vitale et complémentaire complet :
- Aspect des téguments, PA et pouls radial aux 2 bras (rechercher une asymétrie systolique > à 20 mm Hg, une arythmie), qualités ventilatoires.
- Monitoring de la TA toutes les cinq minutes ; pouls et SpO2 en continue (administration d'oxygène au MHC si nécessaire).
- S'assurer de la mise à disposition immédiate du DAE.

Conduite à tenir - réalisation

- Mettre la victime consciente au repos en position confortable, demi-assise tronc à 20°.
- Contrôler ou assurer soi-même la bonne réalisation du bilan (notamment la mesure des pressions artérielles sur les deux bras) (cf. supra) et des gestes secouristes entrepris.
- Application du protocole :
- **Protocole adulte :**
 - Pose d'une VVP (protocole 1), si possible, ne pas poser la VVP en radial droit (coronarographie).
 - Mettre en place le monitoring.
 - Réaliser un ECG 18 dérivations, le transmettre au CRRA par tout moyen disponible (ex : photo) Le médecin régulateur donne les branches du protocoles à suivre, A ou B, +/- C

Après régulation médicale : branche A

- - Administrer une dose de trinitrine sublinguale (NATISPRAY®) 0,30 mg, (Réaliser au préalable un amorçage du spray en faisant 5 pulvérisations dans le vide). Pulvériser sur la muqueuse buccale, sous la langue. Tenir le flacon verticalement avec le pulvérisateur en haut. Mettre l'embout du pulvérisateur le plus près possible de la bouche. Par mesure d'hygiène, le flacon NATISPRAY est « patient unique ».
 - Refaire un ECG post administration de la trinitrine sublinguale.
 - Réévaluer la douleur à l'aide de l'EVA à +2 et +5 min, si la douleur persiste 5 minutes plus tard et P.A.S. toujours supérieure ou égale à 110 mm Hg, administrer une dose de NATISPRAY® 0,30 mg sublingual et attendre 5 minutes.

Après régulation médicale : branche B

- - Pas de trinitrine
 - - Après régulation médicale : branche C
 - - Acide acétylsalicylique 500mg/5ml : 250mg IV
 -
 - Si EVA > à 5, 5 minutes après, MORPHINE IV si le patient > 40 Kg selon PISUn°9.
 -
 -

Si P.A.S. est asymétrique (> 20 mm Hg de différence) et/ou inférieure à 110 mm Hg pour la mesure la plus élevée :

- Transmettre immédiatement via le CODIS à l'aide du téléphone du VSAV un bilan au CRRA15.
- Surveiller attentivement la victime (monitorage de la PA toutes les cinq minutes, monitorage pouls & SPO2 en continu)

Si le pouls est irrégulier ou ≤ 50 ou ≥ 120

- Transmettre immédiatement via le CODIS à l'aide du téléphone du VSAV un bilan au CRRA15.
- Surveiller attentivement la victime, et notamment la PA toutes les 5 min.

Protocole enfant < 15 ans :

- Débit de perfusion à 30 gouttes/min soit 90 ml/h.
- Oxygénothérapie en se conformant à la fiche oxygénothérapie.
- Mettre en place le monitoring.
- Transmettre immédiatement via le CODIS à l'aide du téléphone du VSAV un bilan au CRRA15.

Surveillance jusqu'à relais

- Victime scopée, évaluation clinique permanente (Neurologique, Respiratoire, Cardiologique).
- Paramètres vitaux TA ; FV toutes les 5 minutes surveillance continue du pouls et de la SpO2
- Signaler toute modification de l'état de la victime par un bilan via le CODIS au CRRA15.
- Reporter tous les gestes et paramètres vitaux mesurés sur la fiche bilan SSSM.



PISU n°21

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 . Créé avec [Wix.com](https://www.wix.com)