

Le 6 janvier 2016

Précision sur l'application du protocole MED.8A (Dyspnée d'origine cardiaque probable)

Pourquoi des précisions sur le traitement de la dyspnée d'origine cardiaque probable et sur l'application de MED.8A?

L'application du programme d'amélioration continue des interventions (PACI) nous a permis de constater trois points que nous pouvons optimiser afin de donner de meilleurs soins à nos patients. Un de ces points est sur l'administration de la nitroglycérine (NTG). Le deuxième est sur la définition d'une récurrence de la dyspnée d'origine cardiaque après une amélioration significative du patient. Le dernier point est sur l'utilisation de la pression non invasive (PNI) comme valeur initiale et celle pouvant déterminer l'administration de NTG ou non.

Est-ce que le protocole MED.8A est applicable même si l'administration de nitroglycérine est impossible?

Mise en situation

Vous intervenez auprès d'un patient qui présente une dyspnée d'origine cardiaque probable (OAP). Vous appliquez la valve de Boussignac (C-PAP) ainsi qu'un salbutamol (NAVR) car la SPO2 initiale se situe à 85 % à l'air ambiant. Par la suite, vous administrez une dose de NTG 0,4 mg S/L car la tension artérielle (TA) systolique initiale est à 180/95. Dix minutes plus tard, vous remarquez une amélioration de la dyspnée du patient et les signes vitaux sont les suivants : FC 110/min, FR 32/min, SP02 à 97 % et TA à 154/98. Comme le stipule le protocole MED.8A concernant l'administration de la NTG, vous cessez l'administration de la NTG.

Question : Dans un tel contexte, est-ce que vous devez abandonner le protocole MED.8A en raison de la TA systolique inférieure à 160 mmHg?

*Réponse : **Non***

Tout d'abord, la TA systolique inférieure à 160 mmHg est une contre-indication reliée uniquement à l'administration de la NTG dans le cadre d'une dyspnée d'origine cardiaque probable (MED.8A). Les critères d'inclusions et d'exclusions du protocole MED.8A que nous avons préalablement validés afin d'appliquer le protocole demeurent tout au long de notre intervention. En fait, pour appliquer le protocole MED.8A, il n'est pas nécessaire de connaître la valeur de la TA. C'est plus tard, après

l'administration d'oxygène et la pose du moniteur, lorsque viendra le temps soit d'assister la respiration/ventilation ou d'administrer la NTG, qu'une valeur de TA minimale doit être validée.

Ainsi, si le MED.8A est appliqué et qu'à cause d'une valeur de TA < 160 mmHg la NTG ne peut être administrée ou doit être cessée, on reste quand même dans le protocole MED.8A. La situation clinique n'a pas changé et il s'agit toujours d'une dyspnée d'origine cardiaque probable. Si nous quittons le protocole MED.8A dans une telle situation, si la TA systolique redevient ≥ 160 mmHg, il est fort possible que nous ayons le réflexe de revalider les inclusions propres au protocole MED.8A. À ce moment, le critère d'inclusion de la valeur initiale de la SPO₂ (< 93 % à l'air ambiant ou < 94 % avec haute concentration de O₂) risque de ne plus être valide. Le danger est que, si nous agissons ainsi, le patient, malgré l'amélioration de sa saturation, peut toujours présenter une dyspnée significative et ne recevra plus de NTG pour le reste de l'intervention. Cette non-administration de NTG peut être cliniquement délétère pour le patient en œdème aigu du poumon (OAP).

Donc, lorsque nous sommes dans un contexte de dyspnée d'origine cardiaque probable (MED.8A), la non-administration ou l'arrêt temporaire de l'administration de la NTG (TA < 160 mmHg) ne doit pas être un indicatif pour quitter l'application du protocole MED.8A. Si la TA le permet, on administre la NTG aux 5 minutes en recommençant le décompte où nous étions rendus avant la cessation de NTG. Par exemple, si nous avons administré 2 NTG avant la cessation de son administration à cause d'une valeur trop basse de la TA, on est rendu à la troisième NTG. Si nous sommes dans la même épisode de soins que celle reliée à l'appréciation initiale, l'administration de NTG s'effectue jusqu'à concurrence de 4 vaporisations. S'il s'agit d'une récurrence c'est-à-dire que nous ne sommes plus dans le même épisode de soins que celle reliée à l'appréciation initiale, nous pouvons administrer une autre série de NTG en débutant par la première jusqu'à un maximum de 4 NTG.

Nous allons maintenant regarder ensemble comment nous pouvons définir une récurrence.

Comment peut-on définir une récurrence de la dyspnée d'origine cardiaque nous permettant de recommencer l'administration d'une série complète de NTG (4 NTG)?

Mise en situation

Le patient est dyspnéique de façon importante et vous avez évalué qu'il s'agit d'une situation clinique pour laquelle le protocole MED 8A doit s'appliquer. Vous appliquez la valve de Boussignac (CPAP) et vous administrez la NTG.

La tension artérielle TA initiale était à 165/95. Après la troisième NTG la TA descend à 155/85. Vous ne pouvez administrer la 4e NTG.

Dix minutes plus tard, la TA systolique est de nouveau au-dessus de 160 mmHg. Le patient s'est amélioré légèrement. Il avait entre autres une dyspnée à 10/10 à l'arrivée et il est maintenant à 9/10.

Le reste de l'examen est semblable à celui effectué initialement. Vous considérez qu'il s'agissait d'un autre épisode et vous administrez trois autres NTG puis la TA systolique redevient inférieure à 160 mmHg.

La question se pose : après avoir obtenu une TA systolique inférieure à 160 mmHg, est-ce que nous allons considérer qu'il s'agit d'un nouvel épisode et est-ce que nous recommençons l'administration de NTG jusqu'à 4 autres vaporisations à chaque fois que la TA le permet?

Qu'est-ce que constitue une récurrence de dyspnée d'origine cardiaque?

Nous savons que nous pouvons redonner 4 NTG si les critères sont présents et qu'il s'agit d'une récurrence de la présentation initiale de la situation clinique qui nous a fait appliquer le protocole MED.8A. Cependant, ce qui peut ne pas être clair pour nous est ce qui définit une récurrence.

Pour considérer qu'il s'agit d'une récurrence, il faut que le patient puisse avoir présenté une amélioration significative. Dans l'exemple que nous venons juste de présenter, il ne s'agissait pas d'une amélioration significative.

On revient alors à la case départ avec une autre question.

Qu'est-ce qu'une amélioration significative?

Pour parler d'une amélioration « significative », il faut tout simplement noter une diminution « significative » de la dyspnée. Cette amélioration est objectivée avec l'aide du suivi clinique continu du patient. Habituellement, une amélioration significative de la dyspnée est celle où nous objectivons une diminution de deux à trois points sur l'échelle de dyspnée. Par exemple, le patient a une dyspnée à 9/10 au début puis passe à 6-7/10. À l'inverse donc, s'il augmente de 2 à 3 points et se retrouve plus tard à 8-9/10 cela peut constituer une récurrence et 4 autres NTG pourraient être administrés si les critères sont présents. Comme nous allons voir dans le paragraphe suivant, il faut cependant aller plus loin dans notre appréciation.

En effet, il faut ajouter qu'un tableau clinique d'amélioration dans le cadre du MED.8A ne s'évalue pas seulement avec l'échelle de dyspnée. Il s'agit d'un tableau d'ensemble qui s'accompagne la plupart du temps d'une diminution de la fréquence respiratoire, d'une diminution de la fréquence cardiaque, d'une diminution de la TA, d'une diminution du tirage, d'une diminution de l'utilisation des muscles accessoires, d'une meilleure capacité à parler, d'une augmentation de la saturation tout en objectivant un état clinique général qui s'améliore (le patient se sent mieux). Comme on peut le constater, sans objectiver nécessairement l'amélioration de tous ces critères, seul un suivi clinique continu peut nous permettre d'objectiver qu'il s'agit bien d'une récurrence à la suite d'une amélioration significative de notre patient.

Pourquoi est-il important d'objectiver une amélioration significative de notre patient avant de considérer une récurrence et de recommencer l'administration d'une nouvelle série 4 NTG?

Comme nous le savons, la TA peut varier et il est possible que celle-ci se retrouve à des valeurs de 160 mmHg ou peu de temps plus tard, inférieure à 160 mmHg. Si à chaque fois que la TA redevient à 160 mmHg et plus nous recommençons l'administration de NTG sans que le patient ait eu une amélioration significative, nous risquons d'administrer celle-ci en quantité importante ce qui n'était pas prévu dans l'application du protocole. Cette administration répétée de NTG pourrait être délétère pour le patient. Ainsi, si nous n'avons pas objectivé une amélioration significative, l'administration de NTG après un retour à une TA de 160 mmHg ou plus, s'effectue, comme nous avons vu précédemment à partir du nombre de NTG où nous étions rendus. Par exemple, si nous avons donné 2 NTG, nous sommes rendus à la troisième et nous pouvons aller jusqu'à 4 NTG.

Par contre, si nous avons objectivé une amélioration significative, on recommence l'administration d'une autre série de NTG comme s'il s'agit de la première et on peut administrer jusqu'à un maximum de 4 autres NTG.

Il est important de souligner qu'il sera plutôt rare que nous ayons à considérer qu'il s'agit d'une récurrence alors que nous sommes encore sur le site de l'intervention. En effet, l'amélioration se fera progressivement et s'il y a détérioration de l'état clinique après une amélioration significative, la plupart du temps, cette détérioration va être objectivée dans le véhicule ambulancier. Notre suivi clinique continu nous permettra d'objectiver si oui ou non il y a eu amélioration significative puis une détérioration.

La prise de TA avec l'aide la PNI (pression non invasive)

Rappelons-nous que la PNI peut donner des valeurs de TA très variées et faire en sorte qu'un patient qui aurait bénéficié de recevoir de la NTG de façon sériée peut ne pas les recevoir à cause d'une valeur trop basse, mais qui est malheureusement erronée.

Cette aberration clinique ne fait que mettre en valeur l'importance de prendre la première valeur de TA de façon manuelle. Il en est de même pour la valeur de TA prise avant et après l'administration de NTG, que ce soit dans le protocole de douleur thoracique (MED 10) ou celui de dyspnée d'origine cardiaque probable (MED 8A).

De la même façon, la valeur de TA afin de déterminer si le patient peut bénéficier de la valve de Boussignac ou l'Oxylator doit être prise de façon manuelle, car cette valeur de TA peut déterminer si nous allons pouvoir utiliser les outils d'assistance respiratoire et ventilatoire (TA systolique de 100 mmHg et plus). Par la suite, pour le monitoring de la TA, la PNI peut être utilisée si nous n'avons pas d'autres décisions à prendre sur l'administration de NTG ou sur l'application de la valve de Boussignac ou l'Oxylator. Lors du monitoring de la TA avec la PNI, si on se questionne sur une valeur de TA qui semble très différente des valeurs prises manuellement et surtout si cette valeur pouvait par exemple faire cesser l'application de la valve de Boussignac ou de l'Oxylator ou l'administration de NTG, il est préférable de valider avec une TA manuelle.

Quelques points sur la documentation

Pour un patient avec une dyspnée d'origine cardiaque probable pour lequel nous appliquons le protocole MED.8A, même si nous n'avons pas administré de NTG, il est important d'inscrire sur notre rapport d'intervention clinique que ce protocole a été utilisé.

Puisqu'on sait que l'application du protocole MED.8A demande que le patient ait des antécédents de maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS), il ne suffit pas de cocher dans la section sur les antécédents médicaux la case cardiaque. Il faut également décrire que cet antécédent cardiaque est relié avec une MCAS soit un infarctus, de l'angine ou une histoire d'insuffisance cardiaque.

Ensemble toujours s'améliorer pour nos patients.

Merci collègues et je me joins à l'équipe des instructeurs et des réviseurs pour vous souhaiter une très Bonne Année 2016



Dave Ross, M.D.