CAS CLINIQUE

CONTRE PULSION (CPIA) DANS L'IDM

Dr Olivier LEVAVASSEUR – Cardiologue
Dr Eric ROUSSEL – Urgentiste
Centre hospitalier Villefranche/Saône

CONTEXTE

- Homme de 58 ans
- Antécédents : IDM (2002) ; AVC (2008)
- FRCV : DNID, tabagisme actif, dyslipidémie, surpoids

- 30/12/2009 :
  - SCA ST+ tropo + ; territoire <
  - Pose de 2 stents sur CD et 2 stents sur IVA
  - Sortie le 05/01/2010
    - Kardégic 160, Plavix 75, Atenolol 50, Tahor 10
    - Glucophage, Amarel, Levothyrox 150

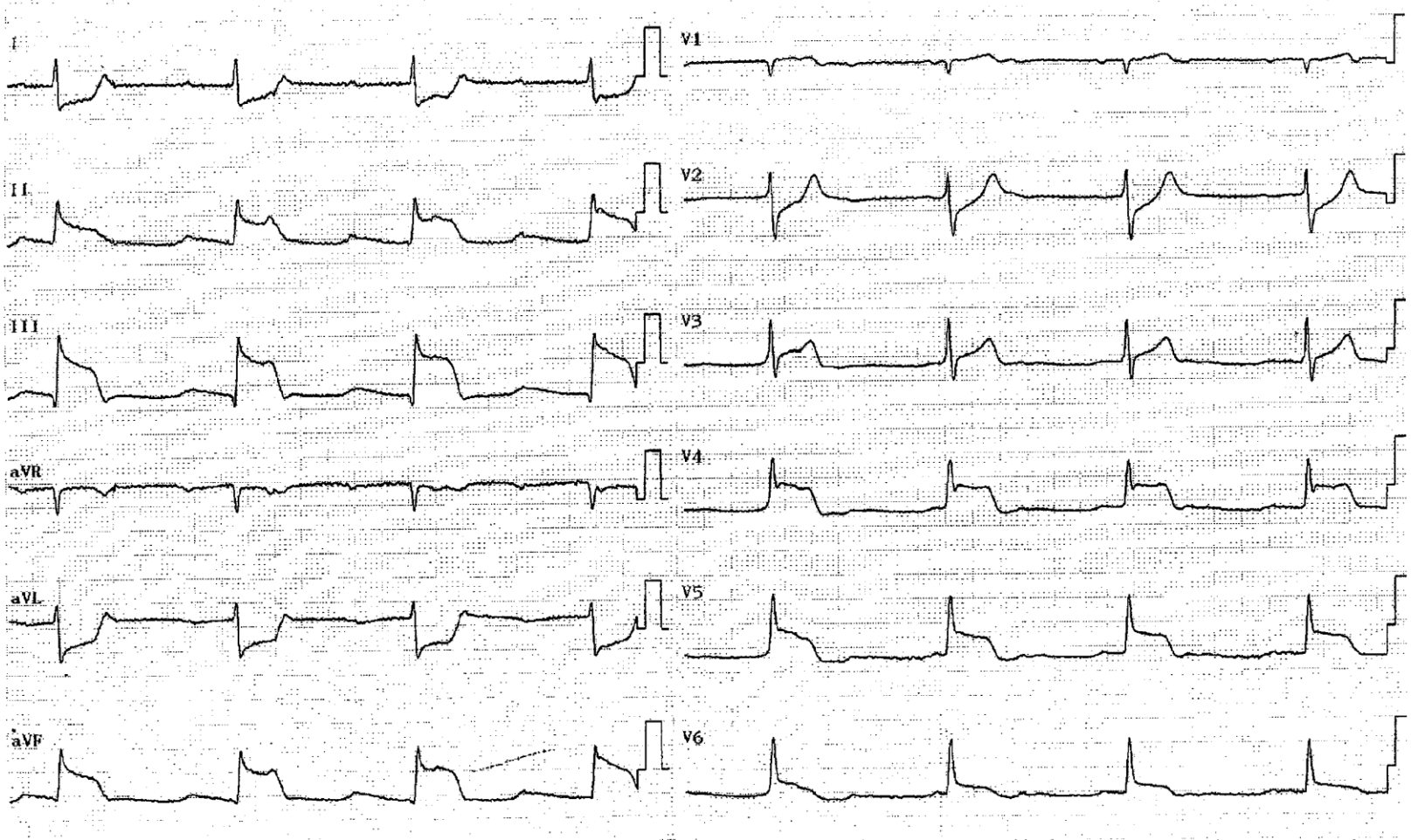
HISTOIRE DE LA MALADIE : Le 07/01/2010

- 4h30 : douleur thoracique constrictive, malaise
- 6h00 : Appel des secours
- 6h30 : Bilan SP
  - Conscient, TA imprenable, pouls lent, vomissements
  - Douleur thoracique constrictive persistante ; incontinence
  - SMUR CHV non disponible, transport SP
- 7h03 : Arrivée au SAU, PEC immédiate
  - G15, TA=70/52, FC=44, EVA=6, SaO2=99%(AA)
  - Pâleur, marbrures généralisées, nausées, vomissements
  - Douleur thoracique avec irradiation inter scapulaire
  - ECG 18 dérivations immédiat

RESCUe FMC

ID: [redacted]
Nom:
Sexe:Homme Date naiss: Ans
Symptômes:
10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 d 35 Hz

7-Jan-2010 8:13
Medicament:
cm kg mmHg 45 bpm
Historiqu:
10 mm/mV



1350K 03-01 02-52 Service:

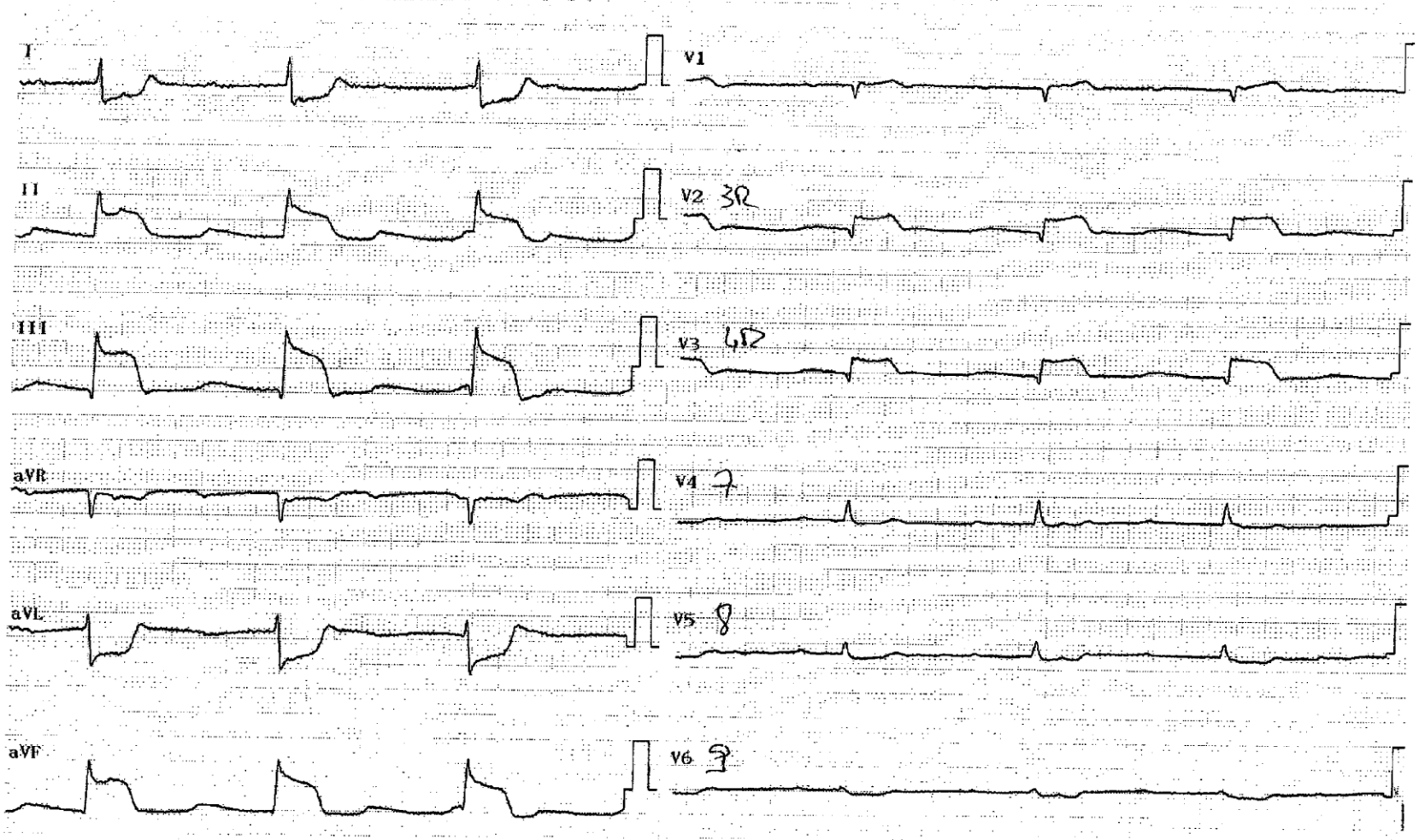
Exam:CH VILLEFRANCHE sur SAONE S.A.U.

RESCUe FMC

ID: [redacted]
Nom:
Sexe:Homme Date naiss: Ans
Symptômes:
10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 d 35 Hz

Medicament:
cm kg mmHg
Historiqu:
10 mm/mV

7-Jan-2010 8:23
43 bpm



1350K 03-01 02-52 Service: [redacted] Exam:CH VILLEFRANCHE sur SAONE S.A.U. [redacted]

- Quel est votre diagnostic?

1 - SCA ST+ inférieur

2 - SCA ST+ inféro-latéral avec extension au VD

3 - Thrombose sur stent

4 - BAV complet paroxystique

5 - Tracé séquellaire post-TV

Traitement initial

- Traitement du SCA :
  - Aspégic 250 mg
  - Clopidogrel 600mg
  - Enoxaparine : 30mg IV + 70mg SC
  - Oxygénothérapie
- Traitement du choc :
  - Remplissage : Voluven 500ml x2
  - Dobutamine au PSE : 250mg/50cc V10
- Autres traitements :
  - Douleur : Paracétamol 1g IV + Morphine 2mg
  - Métoclopramide 10 mg IV

Avis cardio : transfert urgent en coronarographie

EVOLUTION INITIALE

- Disparition de la douleur
- Persistance du tableau de choc

- Poursuite du remplissage (SSI) et accentuation du ttt :
  - ↑ Dobutamine V20
  - PSE Adrénaline

- 8h30 : arrivée véhicule de transfert
- Patient « intransportable » (PAS=50-70, pâleur, marbrures généralisées, syncope à la mobilisation)

Nouvel avis cardio

CAT?

1 - Transport immédiat en coronarographie

2 - Augmentation des amines

3 - Thrombolyse de sauvetage

4 - Demande de CPBIA

5 - Attendre et adapter la CAT selon évolution

- 8h50 : Thrombolyse de sauvetage
- Echo cœur
  - FEVG effondrée avec akinésie ASA et <
  - TJ + VD dilaté sévèrement hypokinétique
  - VCI 25mm non compliante
  - ITV ss AO 8cm
- Biologie : tropo<0,1 ; créat=128 ; gly=28mmol/l

- Ø amélioration HD
- Ø signe précoce de reperfusion

CAT?

1 - Discussion ECMO

2 - Discussion CPBIA

3 - Attendre pour évaluer l'effet de la thrombolyse

4 - LATA

EVOLUTION FINALE

- 9h30 : Appel équipe mobile CPIA
- 1er ACR : IOT, VA, RCP spécialisée

- 10h30 : début de mise en place CPIA
- ACR successifs (asystolies ou DEM)
- Ø RACS soutenue (malgré CPIA et EESI)
- 11h15 : Décès du patient (H4)

Choc cardiogénique à la phase aigue de l'infarctus

7% dans le STEMI, 2,5% dans le NSTEMI, délai médian d'apparition 6h (minimum 2h)

- Monitorage continu : ECG, pression artérielle, SpO_2, $EtCO_2$
- Oxygénothérapie en fonction SpO_2
- Voie(s) d'abord veineux
- Ventilation Assistée (indication large : correction hypoxémie, réduction post-charge)
- Biologie dès que possible (kaliémie, créatininémie, acide lactique, GDSA, hémoglobine...)
- Echographie cardiaque dès que possible : éliminer une cause mécanique chirurgicale (environ 10 % des cas...)
- Penser diagnostic différentiel : choc hémorragique, dissection aortique, EP grave ...

Remplissage par colloïde
3 ml/kg en 20 mn (sauf Killip IV)

PAS > 90 mmHg ?

NON ...sans attendre 20 mn si choc avéré...

DOBUTAMINE* 15 à 20 µg/kg/mn

PAS > 90 mmHg ?

NON ...sans retarder le transfert...

DOBUTAMINE* +
ADRENALINE* 0,2 à 2 µg/kg/mn

PAS > 90 mmHg ?

NON ...sans attendre plus de 15 mn...

THROMBOLYSE

...concertation avec régulateur et cardiologue...

Contre Pulsion par ballonnet Intra Aortique*

Transport par SMUR vers service de cardiologie interventionnelle

* Si non disponible sur place et délai transport > 30 mn, contacter SAMU de Lyon au 04 7268 9300

CONCLUSIONS

- Perte de chance: PEC initiale
- Indication: Transport / CPBIA / ECMO ?
- Protocole RESCUe