

**RESOLVE**

**RESeau Cardiologie Urgence**

**FMC**

# **Assistance Cardiaque en Médecine d'Urgence**

**Dr G Ranchon – CH Macon**

## **Cas Clinique**

## Le contexte local du CH de Mâcon

- Coronarographie diagnostique, dans une salle obsolète
- Pas de CPBIA
- Réanimation polyvalente performante
- 50 min de route pour un transfert sur UISC de CCI lyonnais
- 15 min de vol en hélicoptère

Mme T. 39 ans, aide soignante, 2 enfants

Pas de FRCV

Elle est prise en charge par le SMUR à 9h50 pour un malaise et une douleur thoracique

Elle se plaint depuis plusieurs jours de fatigue, de courbatures et d'une douleur thoracique d'intensité croissante à type d'oppression.

Elle a vu son médecin la veille, il a diagnostiqué une grippe.

Mme T. présente une douleur médio-thoracique constrictive intense irradiant à la mâchoire.

Elle est agitée, pale et suante

TA 160/80, pouls 110bpm, SaO<sub>2</sub> 98% en air

Pas de fièvre

Hemocue 14g/dl

Elle est dyspnéique au moindre effort

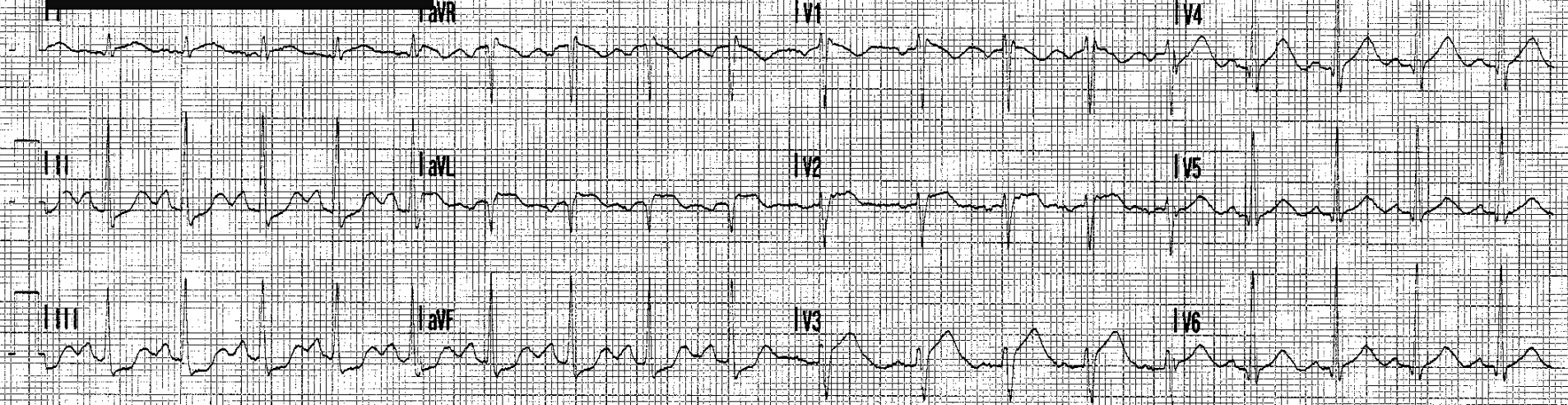
L'auscultation retrouve des crépitants à mi champs

La TNT soulage un peu la douleur

# Description Cas

## ECG initial

Nom: *FERRER Stéphanie* 12 deriv 2 FC 110 bpm • \*\* \*\* INFARCTUS AIGU • \*\* \*\*  
ID: *16/02/2011* 12 Mars 10 09:58:13 • ECG ANORMAL **Non confirmé** • SUS-DECALAGE DE ST, POSSIBILITE DE  
ID Pa: [REDACTED] PR 0.154s QRS 0.098s • TACHYCARDIE SINUSALE AVEC ARYTHMIE • LESION ANTEROLATERALE OU INFARCTUS AIGU  
Inci: [REDACTED] QT/Qtc 0.358s/0.484s SINUSALE  
Age: [REDACTED] axes P-QRS-T 82° 80° 56° • HYPERTROPHIE AURICULAIRE GAUCHE (HAG)



x1, 0.0, 0.05-40Hz, 25mm/sec

000 000 3011371-134 2004KRDG3GG7P LP1212165238

# Quelles sont vos hypothèses diagnostiques

- 1 - SCA ST- avec sous décalage ST en inférieur
- 2 - SCA ST+ antérolatéral
- 3 - Embolie pulmonaire
- 4 - Myopéricardite
- 5 - Dissection aortique

Le médecin SMUR traite Mme T. comme un SCA et la ramène aux urgences

A l'arrivée à 10h40 :

- OAP massif nécessitant une CPAP de Boussignac
- Obnubilation, diarrhée, TA 90/45, pouls 130bpm

Une ETT est réalisée par le cardiologue : petit épanchement péricardique, VD non dilaté, VG globalement hypokinétique avec FEVG <20%, pas d'IM

# Quelles sont vos décisions immédiates

- 1 - Dérivés nitrés IV + Furosémide + Poursuite de la CPAP
- 2 - IOT et support hémodynamique par cathécolamines
- 3 - Thrombolyse
- 4 - Coronarographie sur site pour angioplastie de sauvetage
- 5 - Transfert en CCI, si possible sous CPBIA



Une coronarographie est réalisée : les coronaires sont saines

FV en fin de procédure :

- Low-Flow 30 min environ
- x CEE, Adrénaline 15mg, Cordarone 450mg

RACS mais :

- Instabilité hémodynamique nécessitant Dobutamine et Adrénaline à forte dose
- Salves de TV

# Comment orientez vous cette patiente

- 1 - Maintien en réanimation polyvalente pour stabilisation avant transfert dans de bonnes conditions
- 2 - Transfert en réanimation spécialisée disposant de techniques d'assistance circulatoire
- 3 - Transfert sous CPBIA déportée par voie terrestre
- 4 - Transfert sous CPBIA déportée par voie hélicoptérée
- 5 - Transfert simple avec majoration du support hémodynamique pharmacologique

CPABIA en place à 13h, stabilisation rapide et transfert hélicoptéré à l'hôpital cardiologique à 13h30

## **En réanimation :**

Amélioration hémodynamique rapide

Réveil à J2

Retrait de la CPBIA à J5

Sevrage des catécholamines à J7

Sortie de Réanimation à J20 (complications infectieuses)

Séquelles limitées: IR sévère et hypoacousie

# Et ensuite...

Nouvel ACR le 19 avril rapidement récupéré

Découverte d'une masse surrénalienne droite de 4.5cm et dérivés méthoxylés urinaires à 10N.

C'était un phéochromocytome...

Merci de votre attention