

**RESOLVe**

**RESeau Cardiologie Urgence**

**FMC**

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

**SDRA - Grippe A H1N1**

**Cas Clinique**

Drs T LANZ - Patrice SERRE

Centre Hospitalier Bourg en Bresse

Lyon, mardi 16 novembre 2010

- Femme 26 ans
- Antécédents
  - IMC 33,2
  - Grossesse actuelle 33 SA, G1P0
  - Tabagisme 15cig/j
- Aucun traitement habituel

**2 des 3 facteurs de risque de Grippe grave :**

- Obésité
- Grossesse
- Insuffisance respiratoire chronique

- Syndrome grippal évoluant depuis 4j
  - Hyperthermie 38,5°C, Toux faible, Frissons
  - Essoufflement modéré noté par SF, mis sur compte prise de poids (+18kg)
  - pas de rhinorrhée (myalgies ?, céphalées ?)
- Cs Gynéco J-2
  - Apyrexie, pas de toux, HDN stable, FR ?, SpO2 ?
  - TTT :
    - Pas de TAMIFLU (Suspicion de grippe non retenue, prélèvement fait)
    - Amoxicilline (couverture d'une éventuelle Listériose)
- Cs med traitant J-1 pour aggravation
  - Sd grippal : Hyperthermie, Toux, frissons (FR ?, SpO2 ?)
  - Crachats sanglants
  - Résultat positif recherche A H1N1 nasal
  - Pas de modification TTT

## Appel SAMU : aggravation

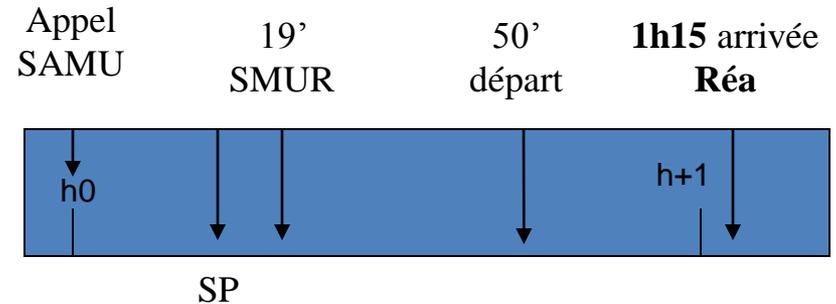
- Cyanose
- Polypnée, tirage inspiratoire

## PEC SP :

- Conscience OK
- HDN instable : FC 152 bpm, TA 10mmHg
- SpO2 55% en air, FR 48/min, Cyanose

## PEC SMUR :

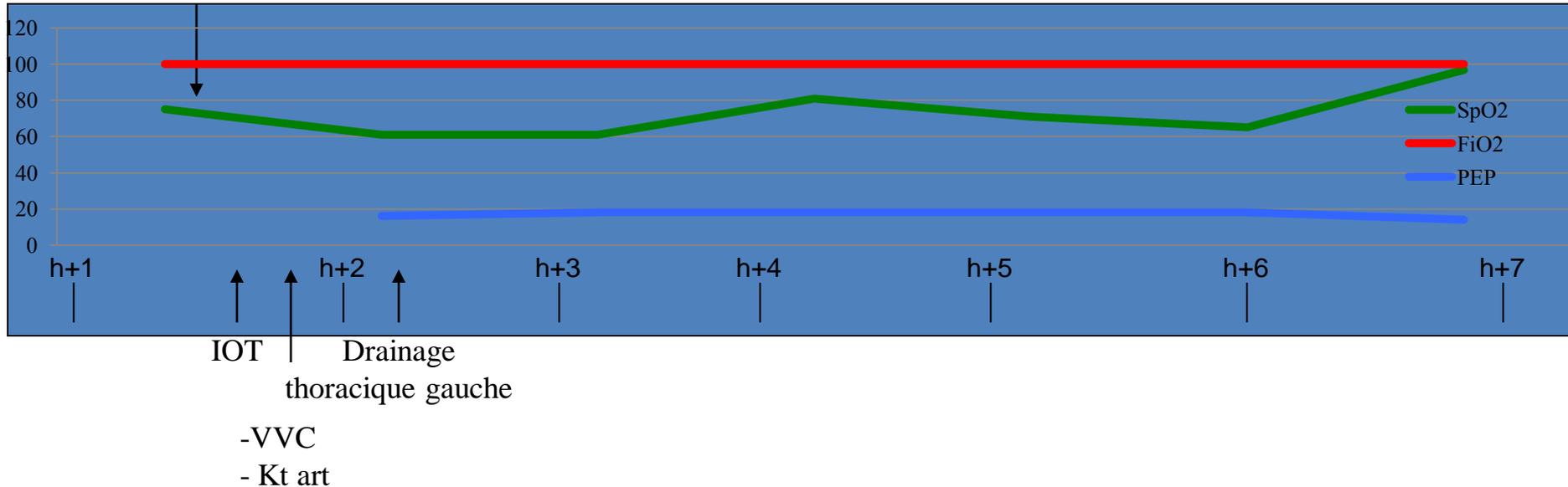
- GCS 15
- FC 140 bpm, TA 110/70mmHg
- SpO2 72% au MHC 15L/min, FR 45/min, Cyanose
- Hyperthermie 39,2° c, ECG S1Q3, déviation axiale dte
- Dit aller mieux



## Traitement :

- Remplissage : 1L RL
- PERFALGAN
- O2 MHC 15L/min
- Mutation directe en réanimation
- Transport en décubitus latéral G

Arrivée  
Réa



- IOT immédiate
- Rx P contrôle post IOT : poumon G blanc, opacités alvéolaires diffuses droites
- Drainage Thoracique Gauche
- ETT : épanchement péricardique non constrictif, VG hypercontractile

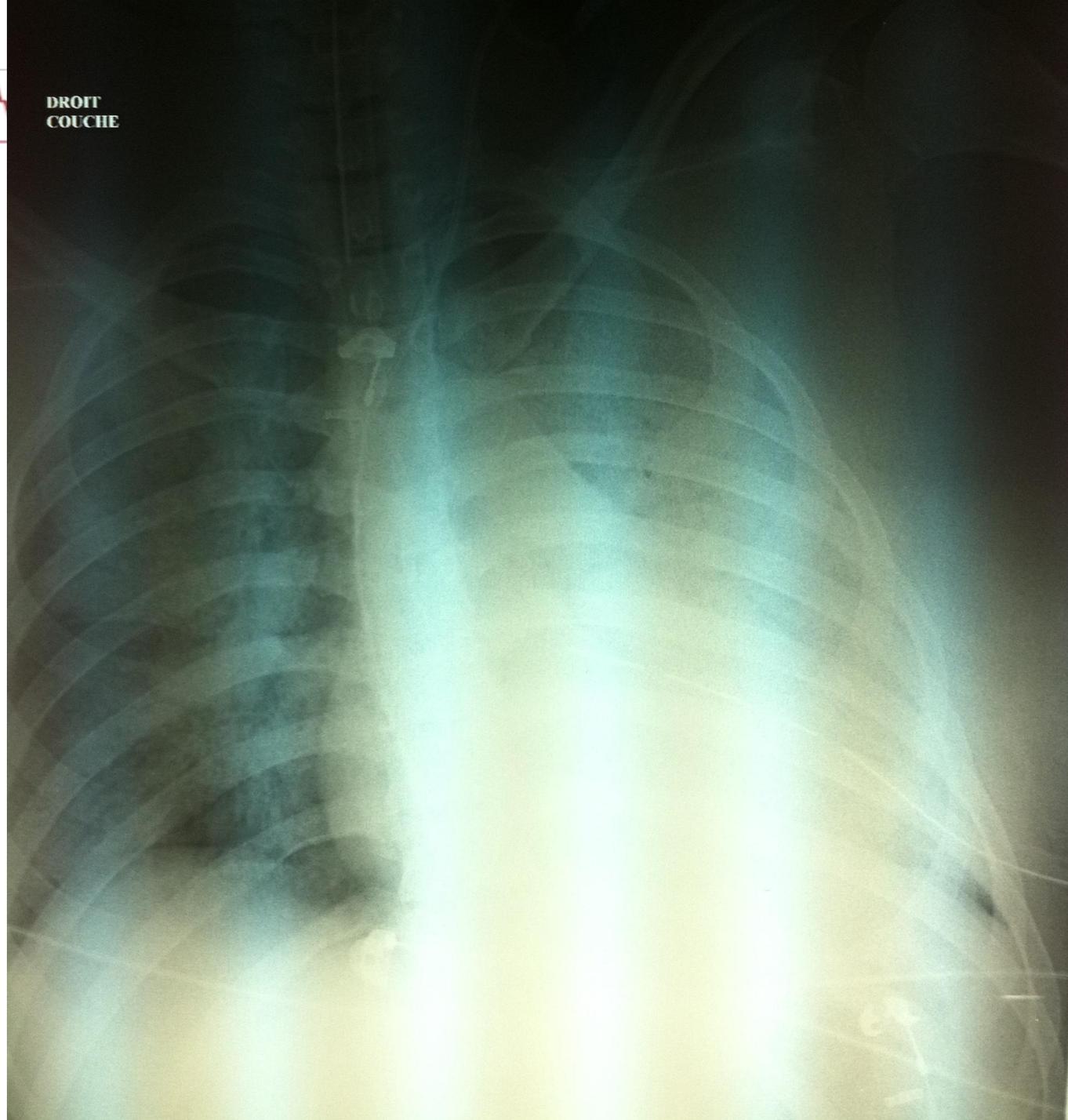
**Mono défaillance respiratoire**

**Pas d'altération du RCF**

**Bio :**

- PaCO<sub>2</sub> 7,53Kpa, pH 7,17, PO<sub>2</sub> 7,16Kpa, SaO<sub>2</sub> 75%
- Lactates 5,5 mmol/l
- Cytolyse hépatique, souffrance myocardique (tropo 0,44)

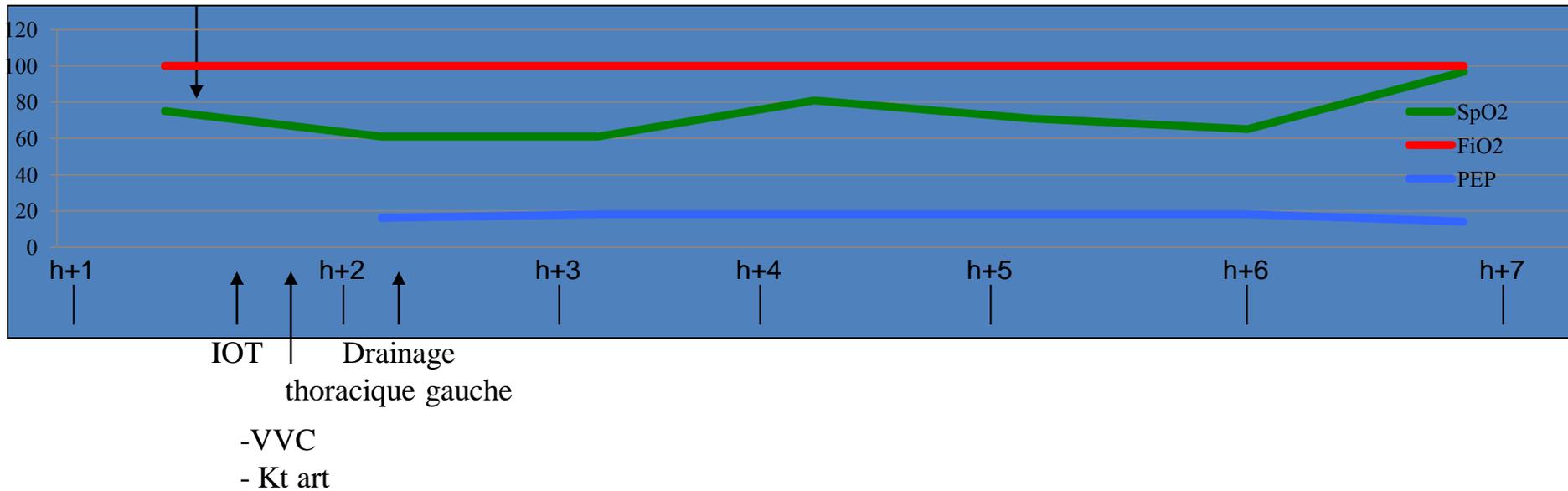
**DROIT  
COUCHE**





- 1 - Volume courant 8ml/kg (sur poids idéal théorique)
- 2 - Fréquence respiratoire maximum 15/min
- 3 - **Pression plateau max 30mmHg**
- 4 - PEP max 5mmHg
- 5 - Objectif normocapnie
- 6 - ECLS

Arrivée  
Réa



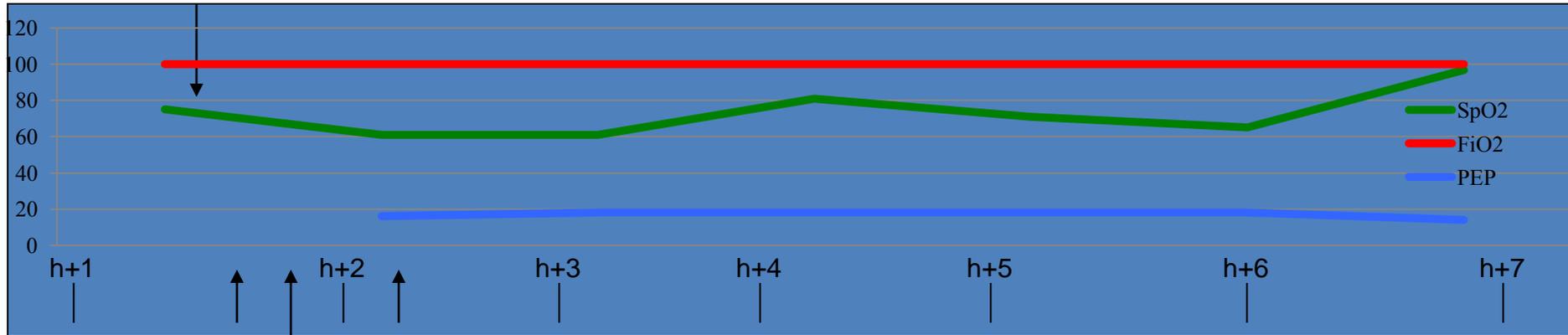
## Ventilation mécanique :

- PEP +15cmH2O
- FiO2 1
- Vt = 380ml
- FR 26/min
- Pplat = 29 cmH2O



- 1 - **Sédation lourde avec objectif Ramsay 6**
- 2 - **Curarisation**
- 3 - Corticothérapie immédiate, en dehors de l'indication obstetricale
- 4 - NO inhalé
- 5 - TAMIFLU 75mg PO 1-0-1

Arrivée  
Réa

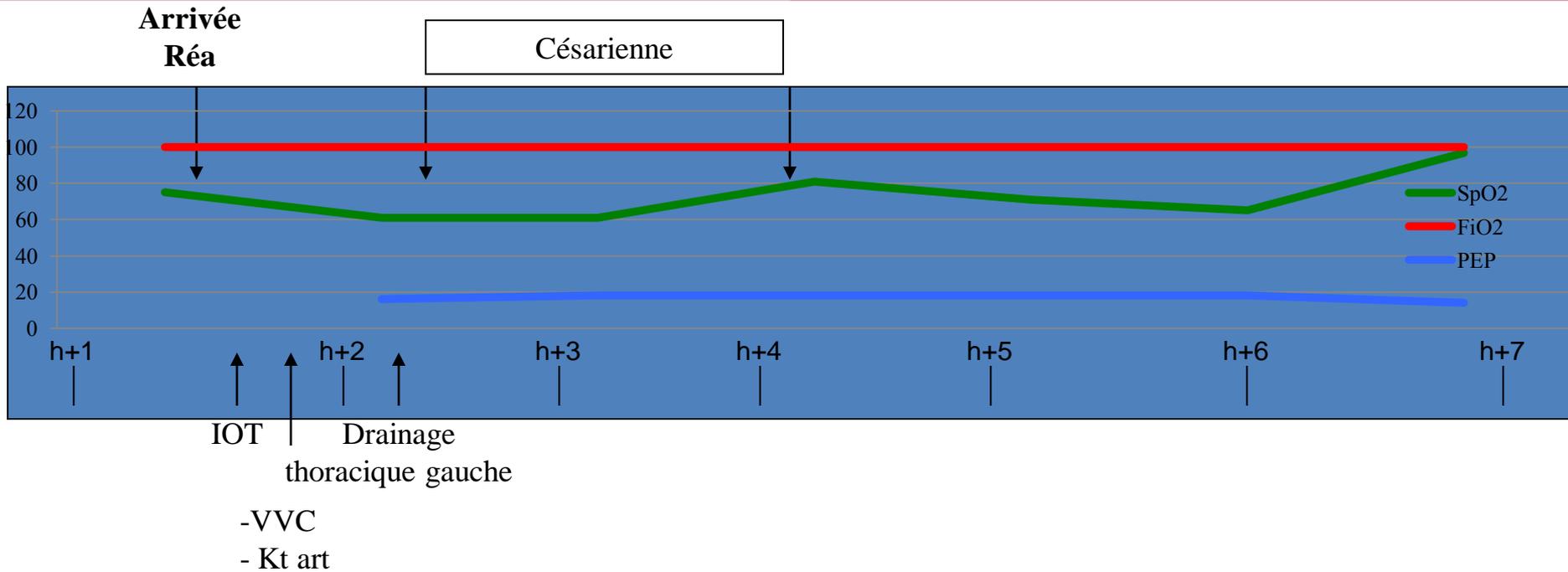


IOT ↑  
 Drainage thoracique gauche ↑

- VVC
- Kt art

## PEC Médicamenteuse :

- Sédation : hypno + suf
- Curarisation
- Corticothérapie pour indication obstétricale
- ATB : CLAFORAN + OFLOCET
- TAMIFLU 75mg 2.0.2



## Césarienne en urgence en service de réa :

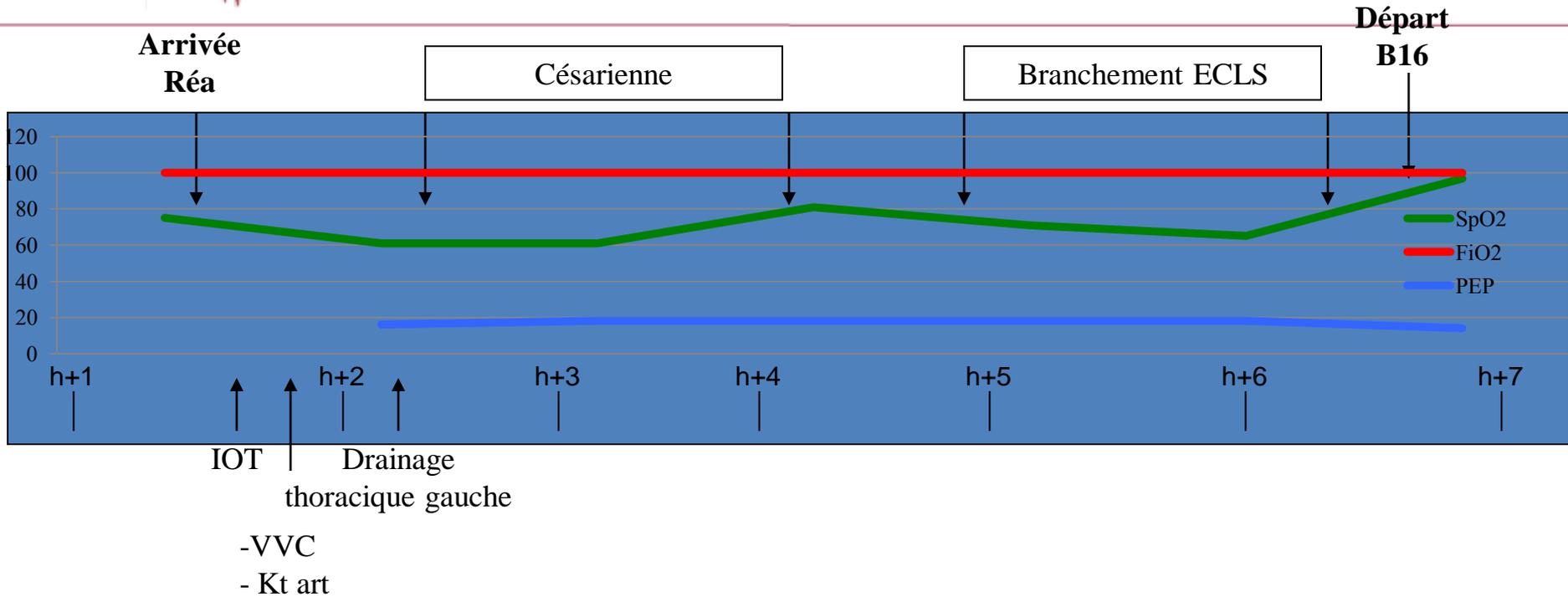
- Naissance à h+3 : garçon APGAR 4-7-9, IOT à 1min 30 de vie, mutation réanimation néonatale
- Ligature artères utérines et ligaments ronds pour hémostase

1 - **Décubitus Ventral**

2 - Augmenter les volumes de ventilation

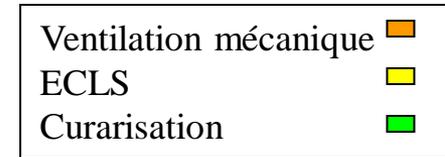
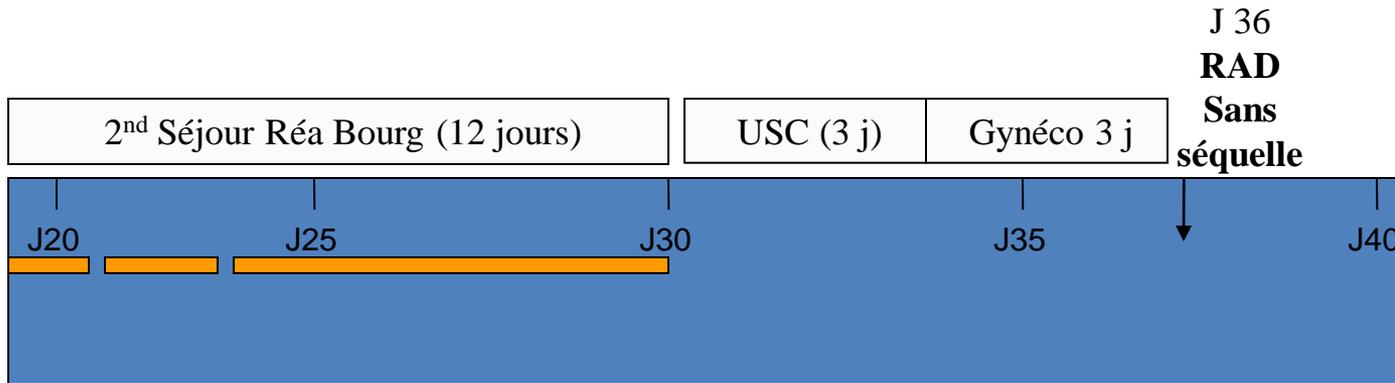
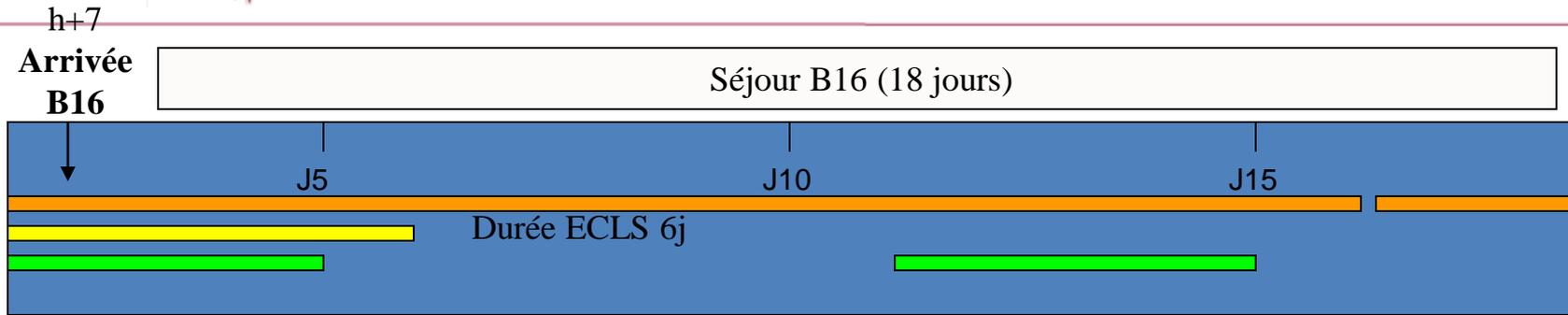
3 - **ECLS: Canulation veino-veineuse**

4 - ECLS: suppléance cardio-circulatoire et respiratoire



## ECLS :

- Veino-veineuse (Canule jugulaire interne droite et fémorale droite)
- Suppléance respiratoire stricte
- Par Xien cardiaque et MAR B16 : logistique SAMU 69



## Nombreuses complications :

- Choc septique et nouveau SDRA sur PNP à Klebsiella Pneumoniae multirésistant, nécessitant DV sans reprise ECLS
- Nbx thrombis pariétaux VCI sur EDVMI en post ablation ECLS
- Oedeme laryngé post auto-extubation
- 3 échecs d'extubation (dont 2 auto-extubations)
- Syndrome agitation confusion

	J1	J6	J18	J30
SpO2	96%			96%
FiO2	100%	50%	40%	21%
PEP	14	12	6	