



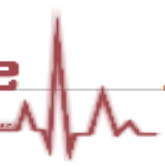
# Choc Cardiogénique ?

*Cas clinique*

Noémie MARCHANT  
CH Bourg-en-Bresse  
Service d'Accueil des Urgences  
20/01/2016

- ▶ Mr D. 57 ans adressé par son MT pour dyspnée fébrile.
- ▶ ATCD :
  - ▶ Triple pontage coronarien en 2007
  - ▶ Valve aortique mécanique pour IA
  - ▶ Légionnellose grave en 2007 avec myocardite compliquée de BAV => pose de pacemaker
- ▶ TT habituels :
  - ▶ PREVISCAN selon INR
  - ▶ BIPRETERAX
  - ▶ PROCORALAN 7.5 : 1-0-1
  - ▶ KARDEGIC 75 mg
  - ▶ TAHOR 20 mg
- ▶ Patient ambulancier, autonome

- ▶ Teint gris,  $T^{\circ} = 39^{\circ}\text{C}$ , asthénie
- ▶ PA = 97/45 mmHg, FC = 95 bpm, SpO2 = 92% sous 3L/min
- ▶ FR = 28/min, pas de tirage
- ▶ BdC réguliers, souffle transprothétique systolique, pas de frottement  
MV diminué aux bases, pas de foyer auscultatoire  
Pas d'OMI, mais TJ et hépatalgie
- ▶ *PEC immédiate ?*



1 - ECG

2 - Scoper le patient

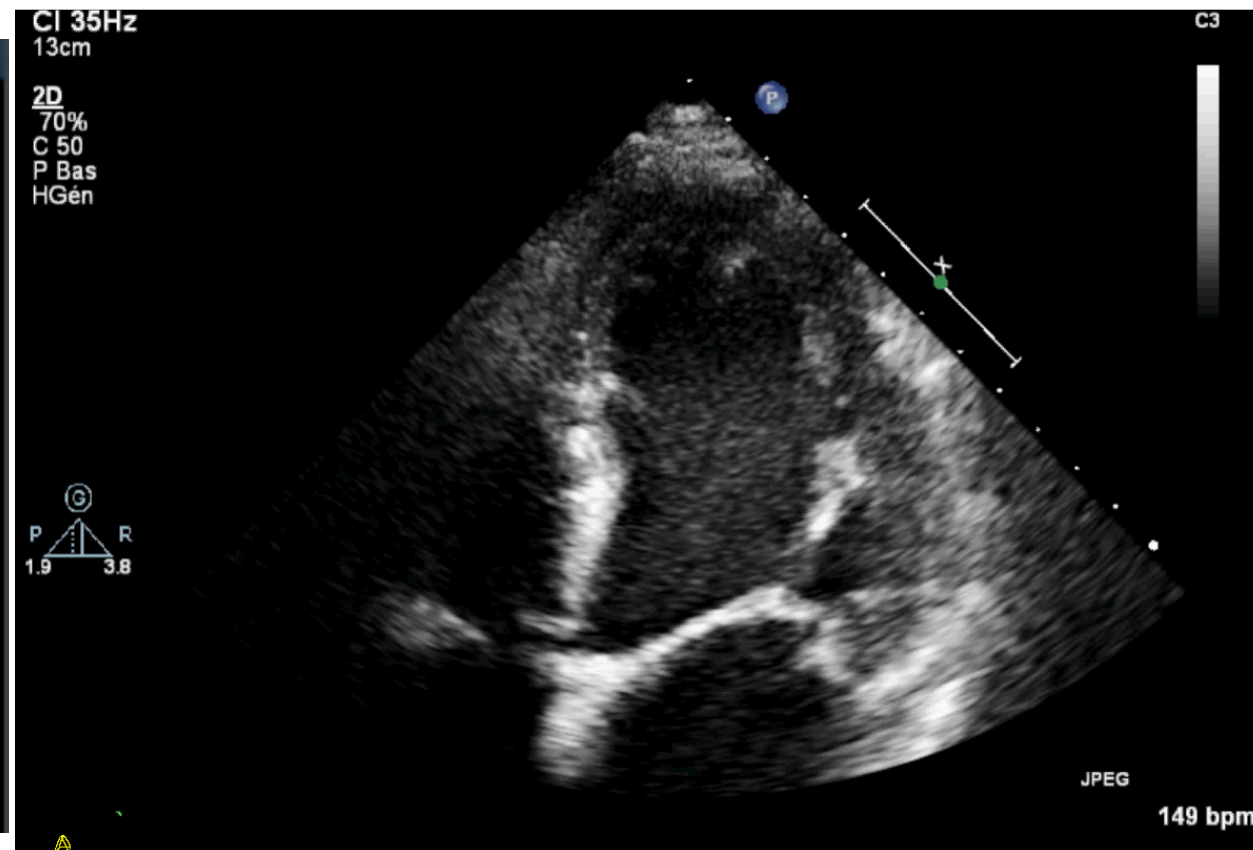
3 - Radio thoracique

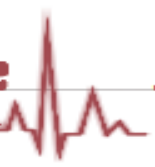
4 - Pose de VVP et remplissage

5 - Bilan biologique

6 - ETT

- ▶ ECG : électro-entraîné
- ▶ ETT au déchocage : VG dilaté, FEVG = 30%, septum hypokinétique. VCI très dilatée, analyse valvulaire impossible





1 - Choc septique à point de départ pulmonaire

2 - Choc hémorragique

3 - Choc cardiogénique

- ▶ Anurie, hypotension persistante malgré le remplissage avec PAM = 50 mmHg
- ▶ Majoration rapide de la dyspnée
  
- ▶ Rx thorax : cardiomégalie, épanchement pleural bilatéral
- ▶ Biologie initiale :
  - ▶ GB = 330/mm<sup>3</sup>, CRP = 200mg/L et PCT = 25,8 ng/L
  - ▶ Creat = 165μmol/L
  - ▶ Lactates = 5 mmol/L
  
- ▶ *Quelle prise en charge ?*

- 1 - Poursuite du remplissage vasculaire
- 2 - Remplissage vasculaire par colloïdes
- 3 - Introduction de DOBUTAMINE
- 4 - Antibiothérapie après prélèvements bactériologiques
- 5 - Introduction de NORADRENALINE
- 6 - IOT



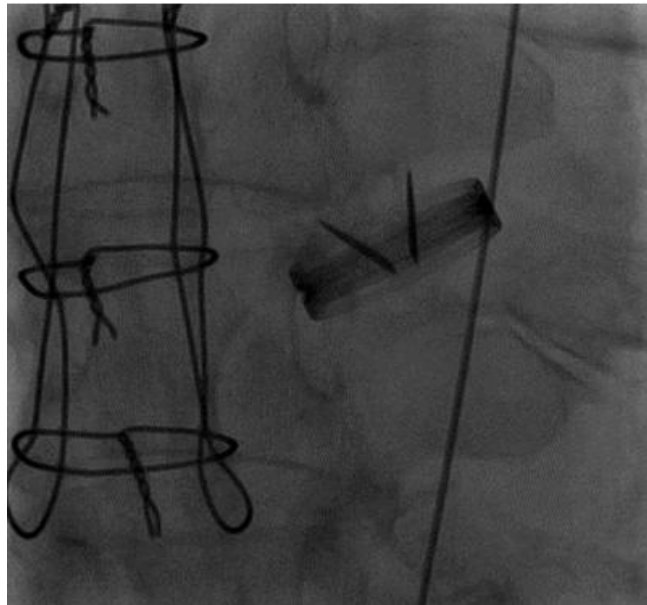
- ▶ IOT
- ▶ Support hémodynamique par NORADRENALINE et DOBUTAMINE
- ▶ Ponction pleurale évacuatrice bilatérale
- ▶ Pose de cathéter PICCO :
  - ▶ Index cardiaque = 1,7 L/min/m<sup>2</sup>
  - ▶ RVS = 1900 dyn\*s\*cm<sup>-5</sup>\*m<sup>2</sup>
  - ▶ FC = 95 bpm

- ▶ ETO : FEVG = 30%

Augmentation du gradient trans-prothétique avec vitesse > 5 m/s

Végétation sur la valve tricuspide, doute sur la sonde de PM

- ▶ Radio cinéma de valves : bon fonctionnement de la valve aortique



- ▶ Streptocoque pyogène multisensible retrouvé sur 2 hémocultures, l'ECBU et le liquide pleural
- ▶ Antibiothérapie initiale par TAZOCILLINE – TAVANIC – GENTAMICINE relayée par AMOXICILLINE 12g/j et DALACINE 600mg / 8h.
- ▶ Persistance d'une hémodynamique précaire sous
  - ▶ NORADRENALINE 8 mg/h
  - ▶ DOBUTAMINE 10 µg/kg/min
- ▶ Oligurie à 100cc/24h nécessitant une CVVH
- ▶ Acidose lactique persistante avec lactates = 6,2 mmol/L

- ▶ Transfert à proximité d'un centre de chirurgie cardiaque
- ▶ Evolution lentement favorable sous traitement antibiotique.
- ▶ Sevrage progressif en amines et reprise de diurèse.