

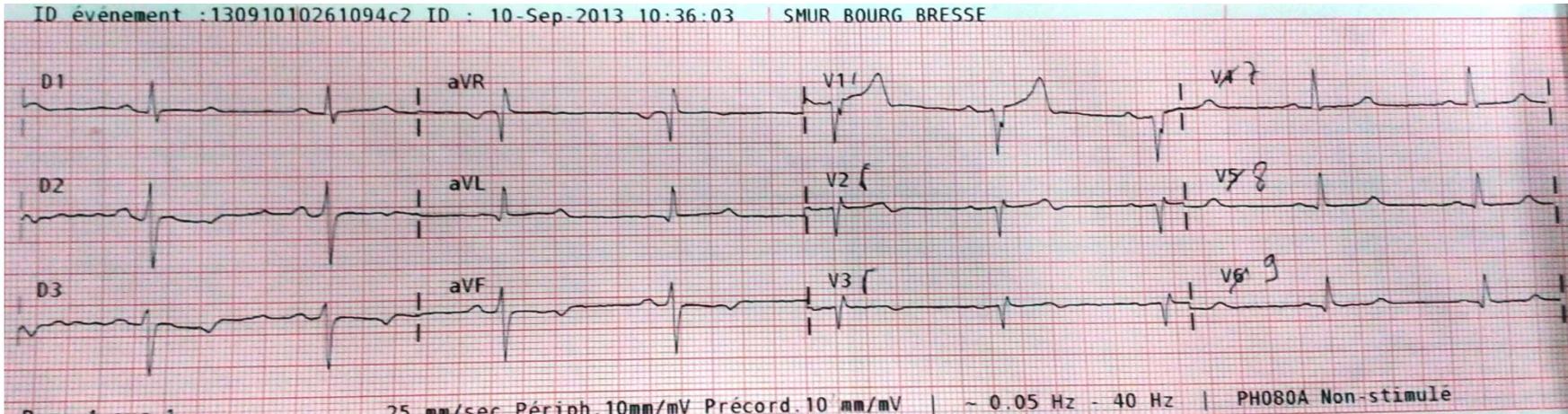
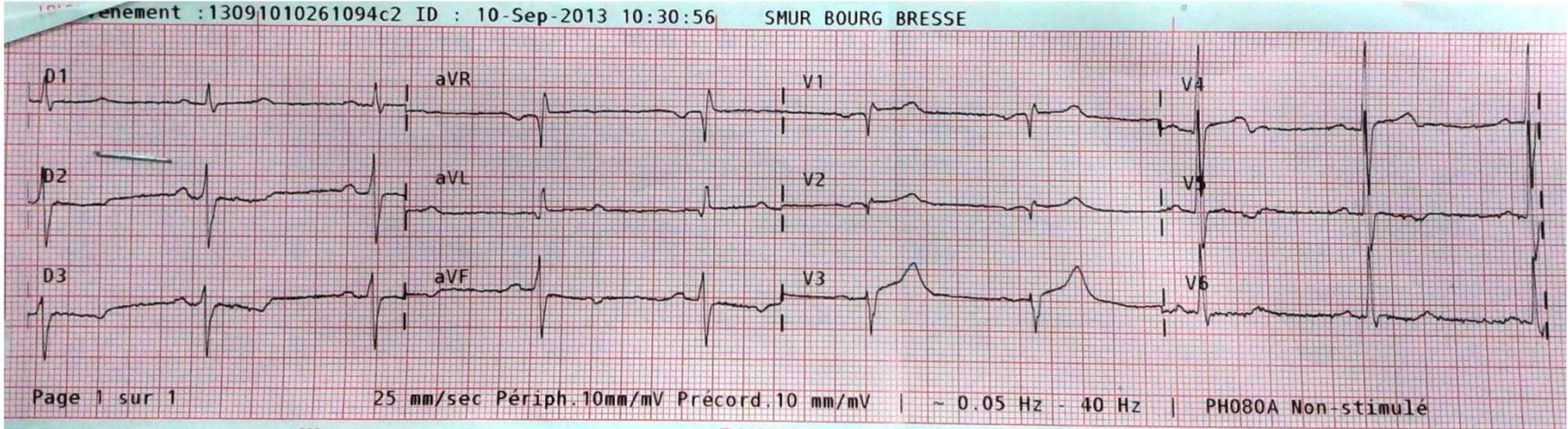
Urgences cardio-chirurgicales

Near miss SAA

Dr Maud Grezard – Urgentiste
CH Bourg en Bresse

- 9h59: Appel SAMU du médecin traitant
H 45ans, DT constrictive irradiant dans la mâchoire à 9h30 (en peignant sa clôture), régressant sous TNT avec anomalies ECG + TA 90/50. Aspirine 500mg PO.
- 10h22 PEC SMUR:
 - ATCD: HTA non traitée, mort subite (SAA?) oncle 50ans, frère bilan négatif, tabac 20PA.
 - TAD 82/54, TAG 81/53, FC 63, SpO2 98%, FR 14, dextro 5.6mmol/L, EVA 2 (minime oppression)
 - Souffle systolique inconnu jusqu'alors, ausc pulmonaire normale, abdo souple, pas de signe IVD, pas de déficit neurologique, absence de pouls du MIG, ss douleur, ss ischémie clinique.

ECG



1 - SCA ST+

2 - SCA non ST+

3 - SAA

4 - Pericardite

5 - EP

1 - TNT? Eliminer douleur réfractaire

2 - Aspirine

3 - Clopi/Ticagrelor/HBPM

4 - Beta Bloquants

5 - Thrombolyse (EP?)

1 - Salle KT

2 - Bloc cardio

3 - SAUV

4 - USIC

5 - TDM

- Pas autre traitement (TNT et aspirine par medecin traitant)
- 10h44: Départ des lieux, pas d'autre traitement, décision de transfert avec cardiologue en salle de coro (Bourg 20mn, Lyon 50mn), pour évaluation échocardiographique.
- 11h08: Arrivée CH.

Persistance des troubles ECG. Pas de récidence douloureuse. TA stable (PAM entre 59 et 67) et FC entre 50 et 55.

Echo: dilatation douteuse aorte ascendante sans hémopéricarde. Pas de trouble de la cinétique segmentaire. Pas de valvulopathie. Bon VG.

1 - coronarographie 1° et ventriculographie si RAS.

2 - TDM sur site.

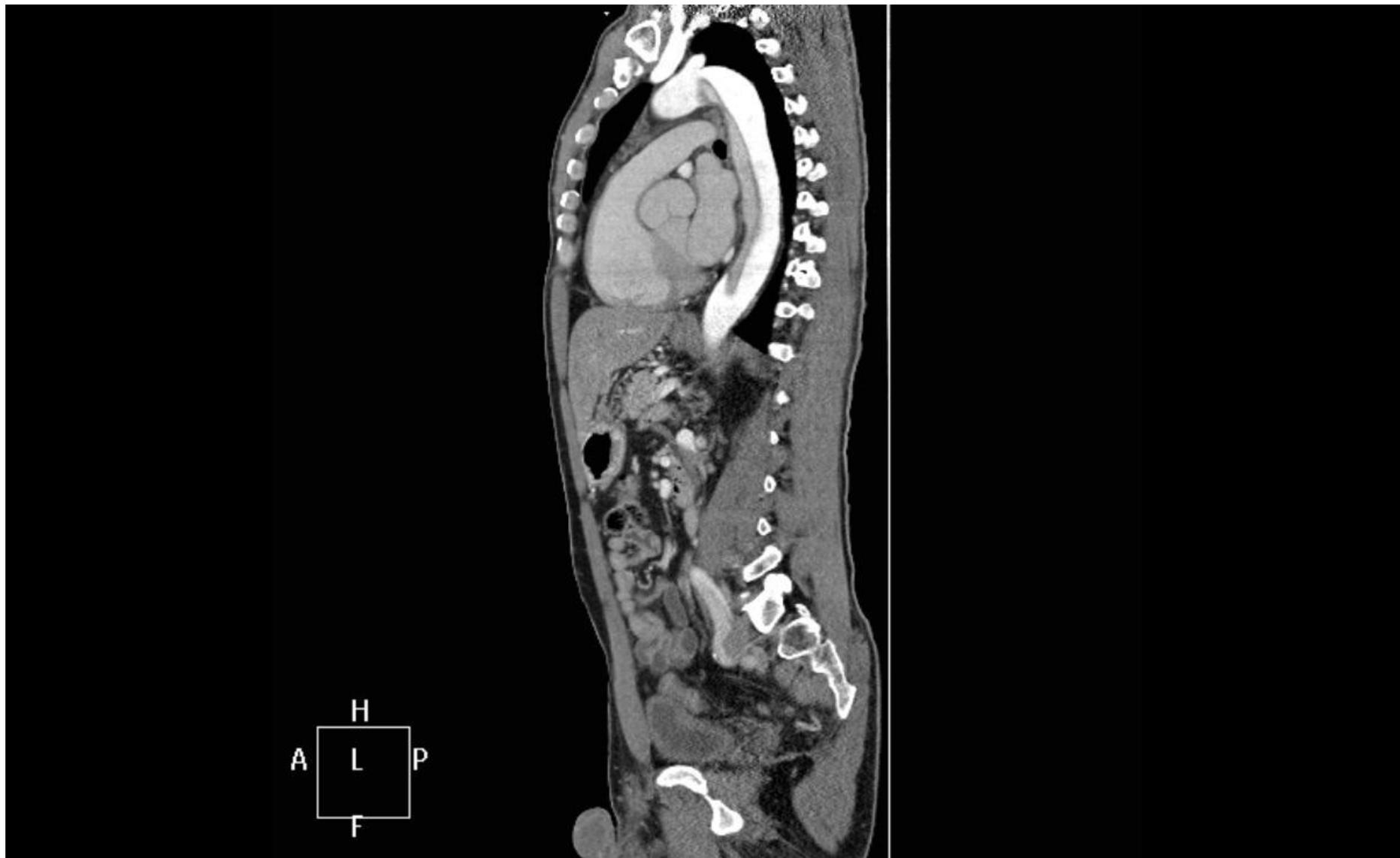
3 - Transfert direct sur bloc cardio.

4 - Surveillance enzymatique enUSIC.

Résultats TDM

- 11h40 TDM: DAA type A de Stanford ou type 1 de DeBakey, s'étendant à l'origine du TABC, de la carotide gauche et de la SC gauche, jusqu'aux 2 iliaques primitives et la partie proximale de l'iliaque externe gauche. L'AMS et les A. rénales naissent du vrai chenal, le tronc cœliaque et l'AMI du faux chenal, sans signe de malperfusion viscérale.





1 - Bloc cardio chir?

2 - Traitement radio interventionnel de la DAA

3 - En premier traiter les troncs?

Prendre contact avec centre référence

- 11h50 Décision de transfert urgent Bloc cardio.
- 12h25 départ des lieux. Clinique stable. EVA 3, TA 119/74 (PAM 89) sym, pouls 54, sat 98% en AA, FR 16.

1 - Morphine?

2 - B Bloquant seuls

3 – Loxen© seul

4 - B bloquants 1° + Loxen© si objectif non atteint

5 - IOT en ISR en prévision du Bloc.

Transport

- Morphine 2 * 3mg => EA 0
- Esmolol 500mg /50cc, vitesse 24 puis 32 => PAM 86 persistante, FC 50-60
- Loxen 20mg/20cc: bolus 2.5mg puis vitesse 2 => PAM stabilisée à 60, FC 60-70.
- O2 lunettes 2L/mn (SpO2 94%)
- Pas d'évolution clinique au cours du transport.

- 13h16: Arrivée bloc cardio.
- Dissection rétrograde depuis l'isthme aortique traité par remplacement de l'aorte ascendante par une hémi arche sur tube droit sous CEC.
- Pas de complication per ou post opératoire. Sortie J1 du B16, RAD à J13.
- Persistance de la dissection de l'aorte descendante sans signe de malperfusion au TDM de contrôle.
- TT HTA, rééducation, surveillance TDM annuelle.