

Cas clinique

De Poli ch haguenu

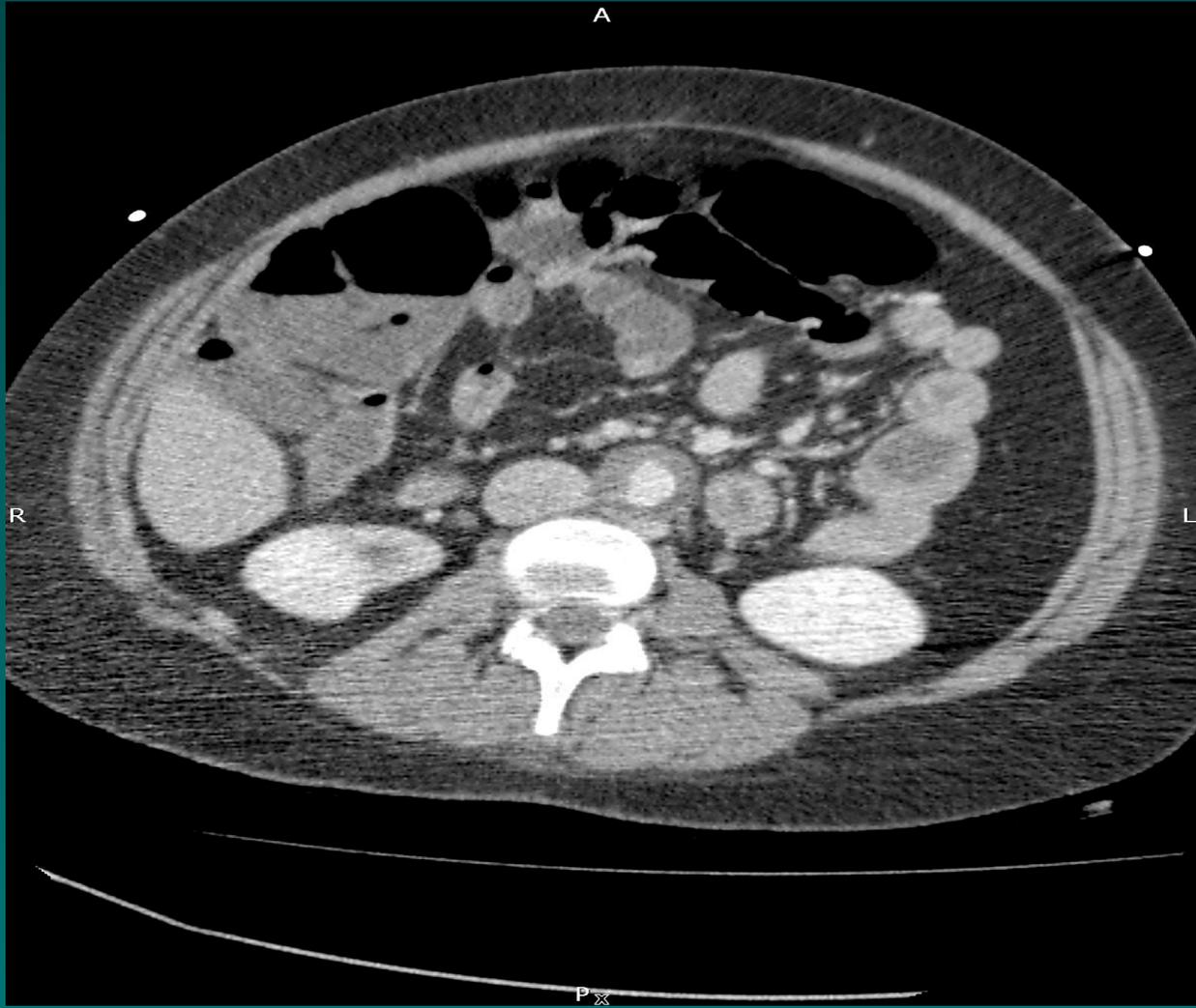
Anamnèse

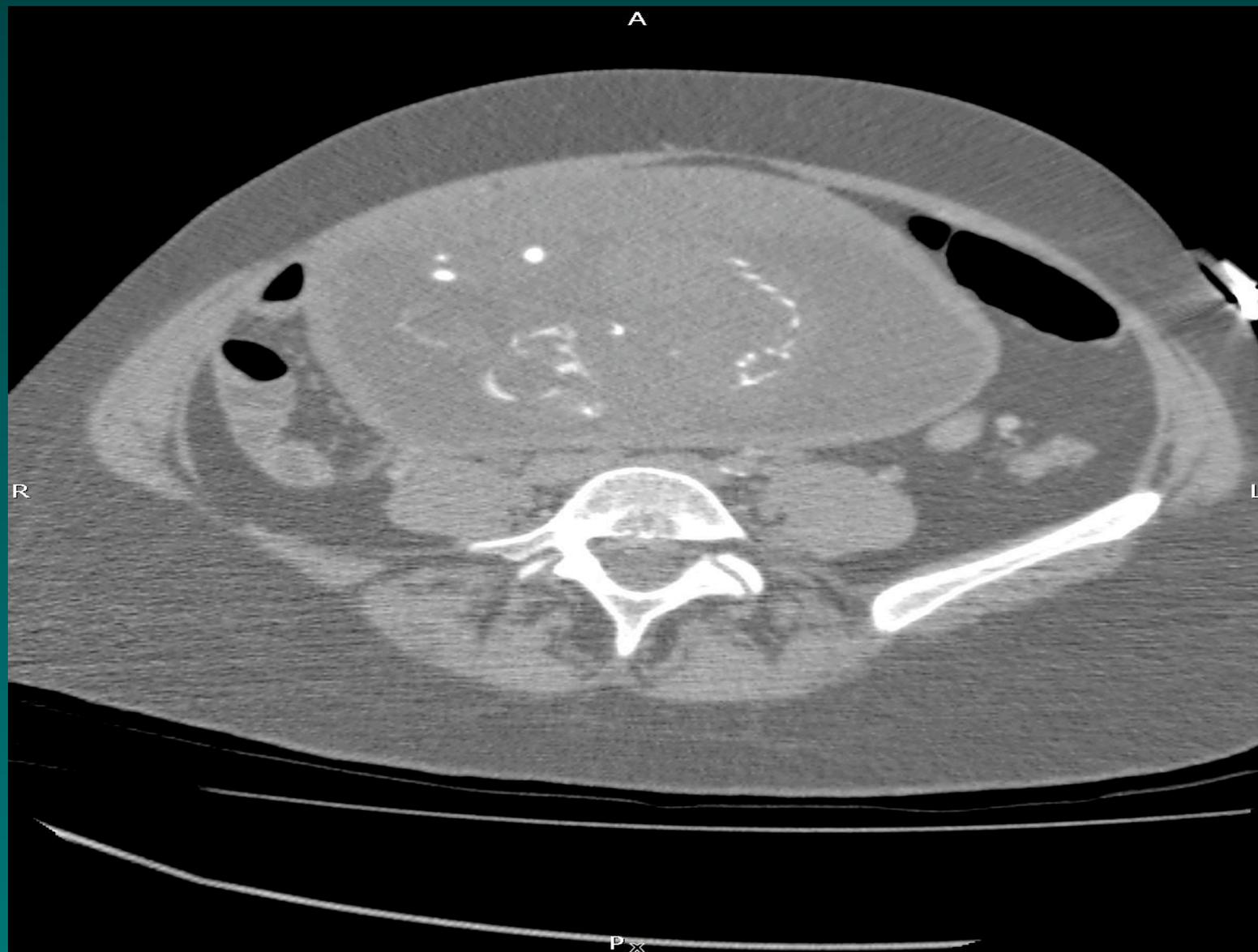
- Madame s 29 ans
 - Mort subite à domicile réa efficace mais prolongée (4 CEE , 5mg d'adrénaline , presque une heure de réa)
 - Enceinte à 22 semaines d'aménorrhées, grossesse non compliquée jusque là
 - Facteurs risques : tabagisme
 - Pas d'autre antécédent connu au moment de la procédure
 - Par la suite on apprend qu'elle a fait une fausse couche précoce,et op d' une hernie inguinale bilat

clinique

- Notion de douleur thoracique avant arrêt
- Etat de choc initial s'améliorant rapidement avec remplissage et petite dose de levo
- Pouls non perçus au niveau jambier
- Mydriase rapidement résolutive
- Premier diag évoqué EP → scanner → pas d'ep mais





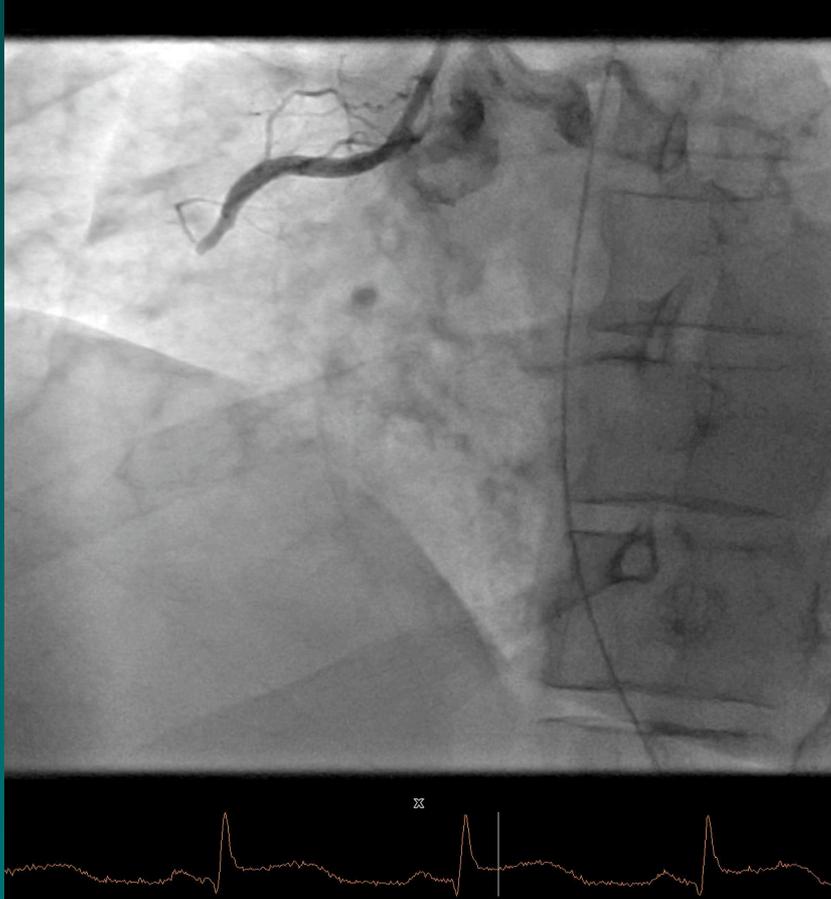


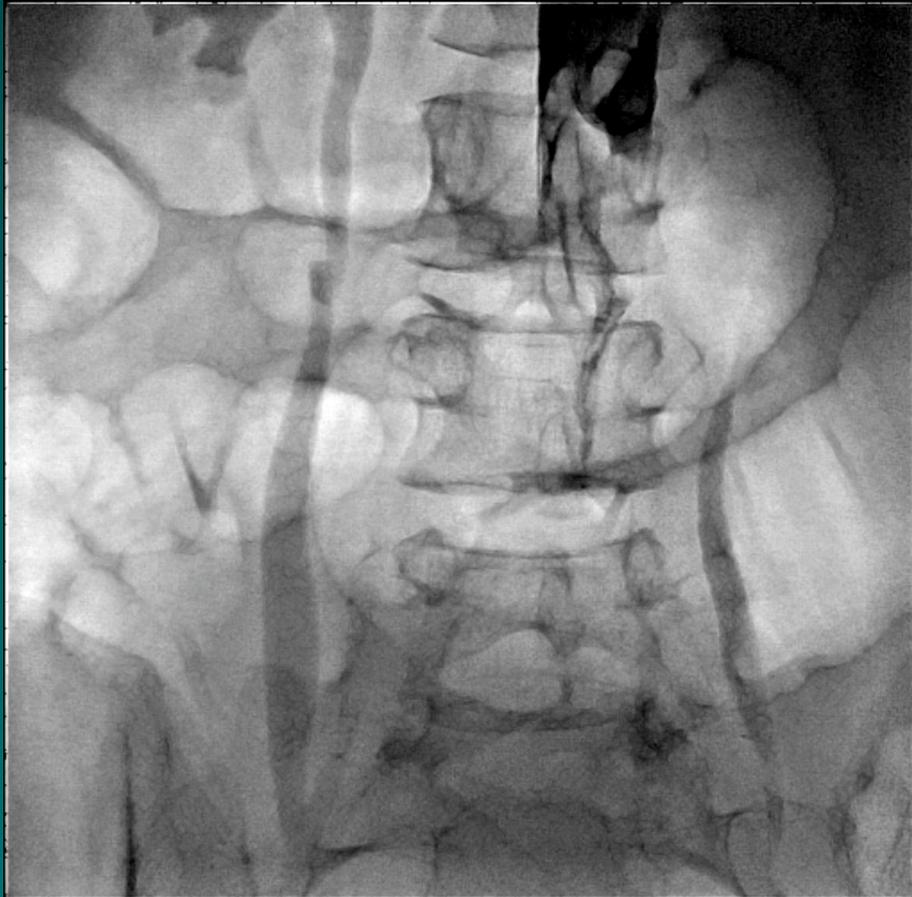


coronarographie

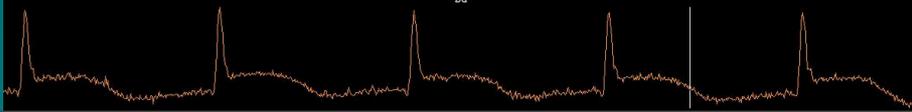
- Car arrêt cardiaque récupéré
- Douleur thoracique
- Et ecg évolutif en faveur d'un idm inférieur
- Voie humérale droite, absence de pouls périphériques





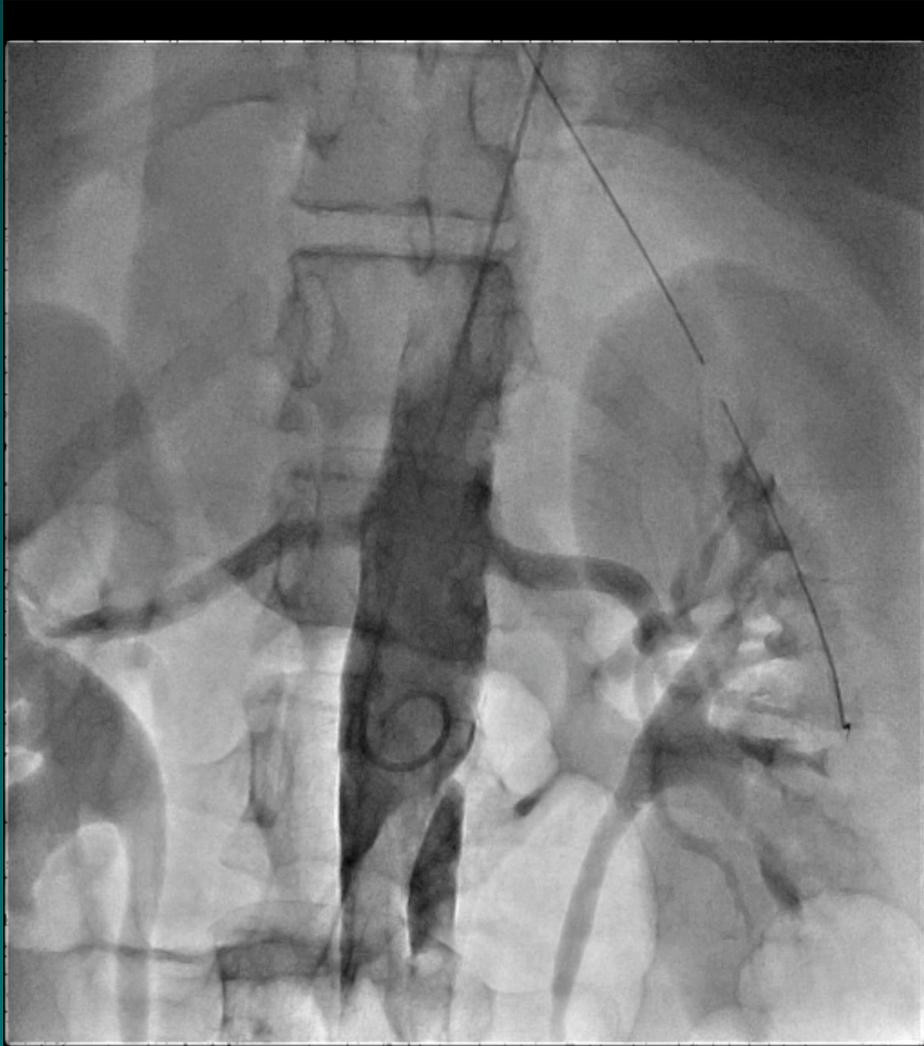


X

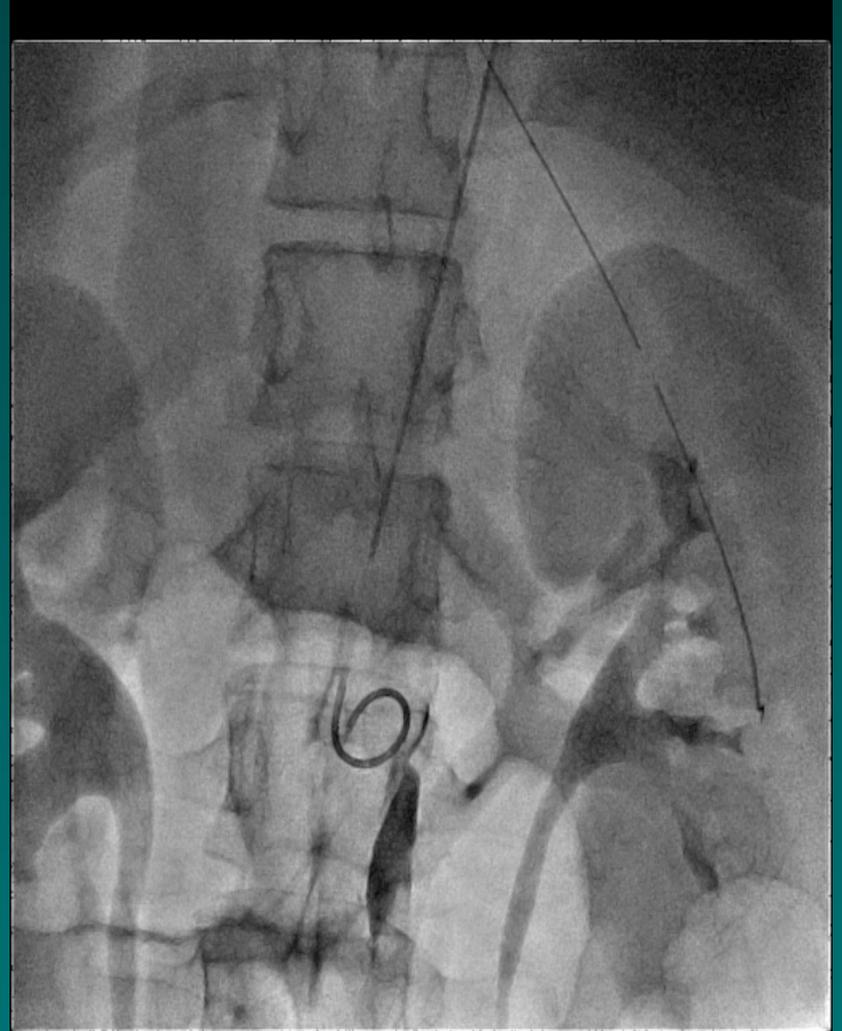
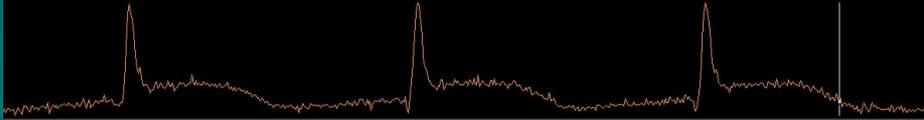


X



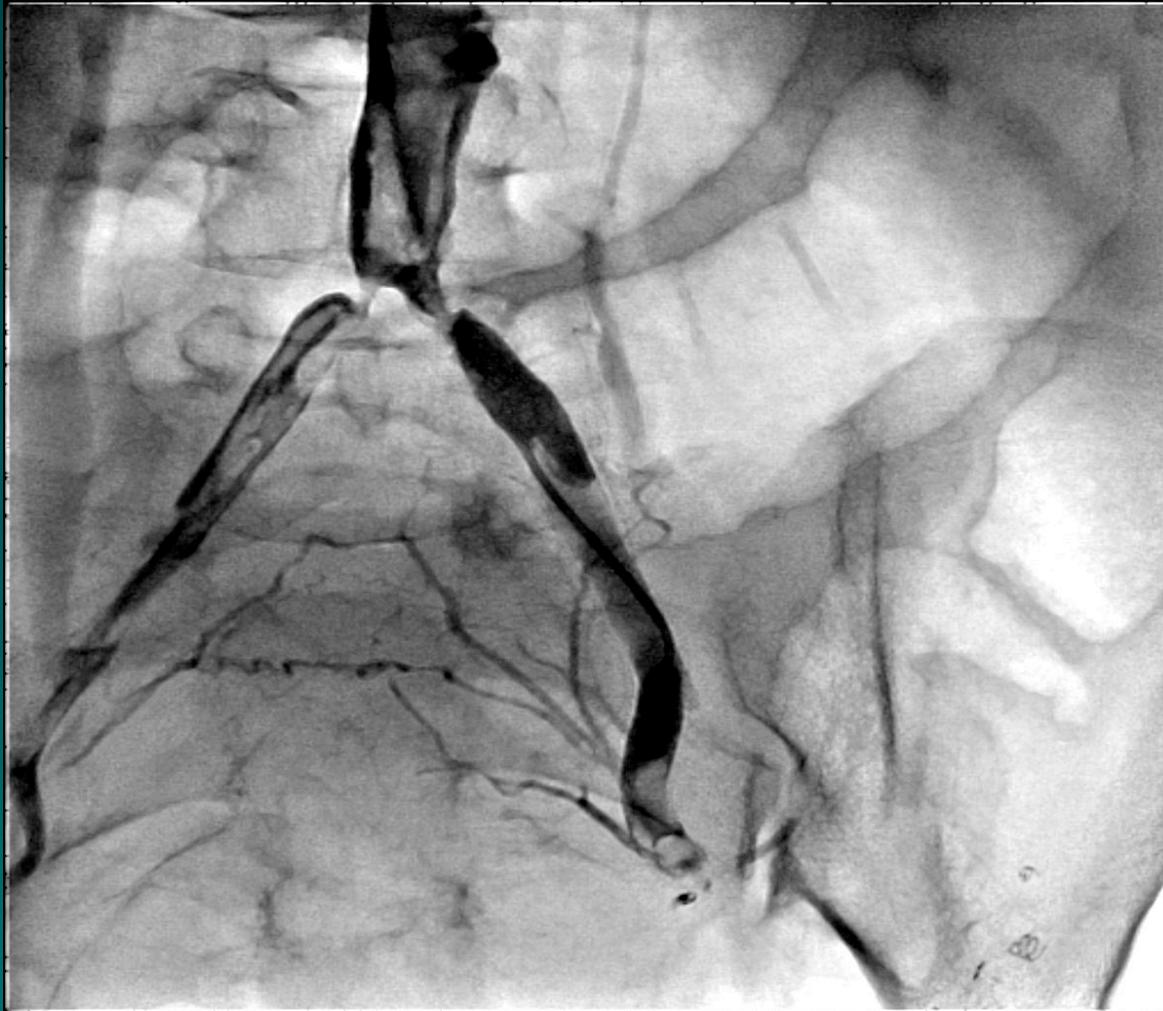


X



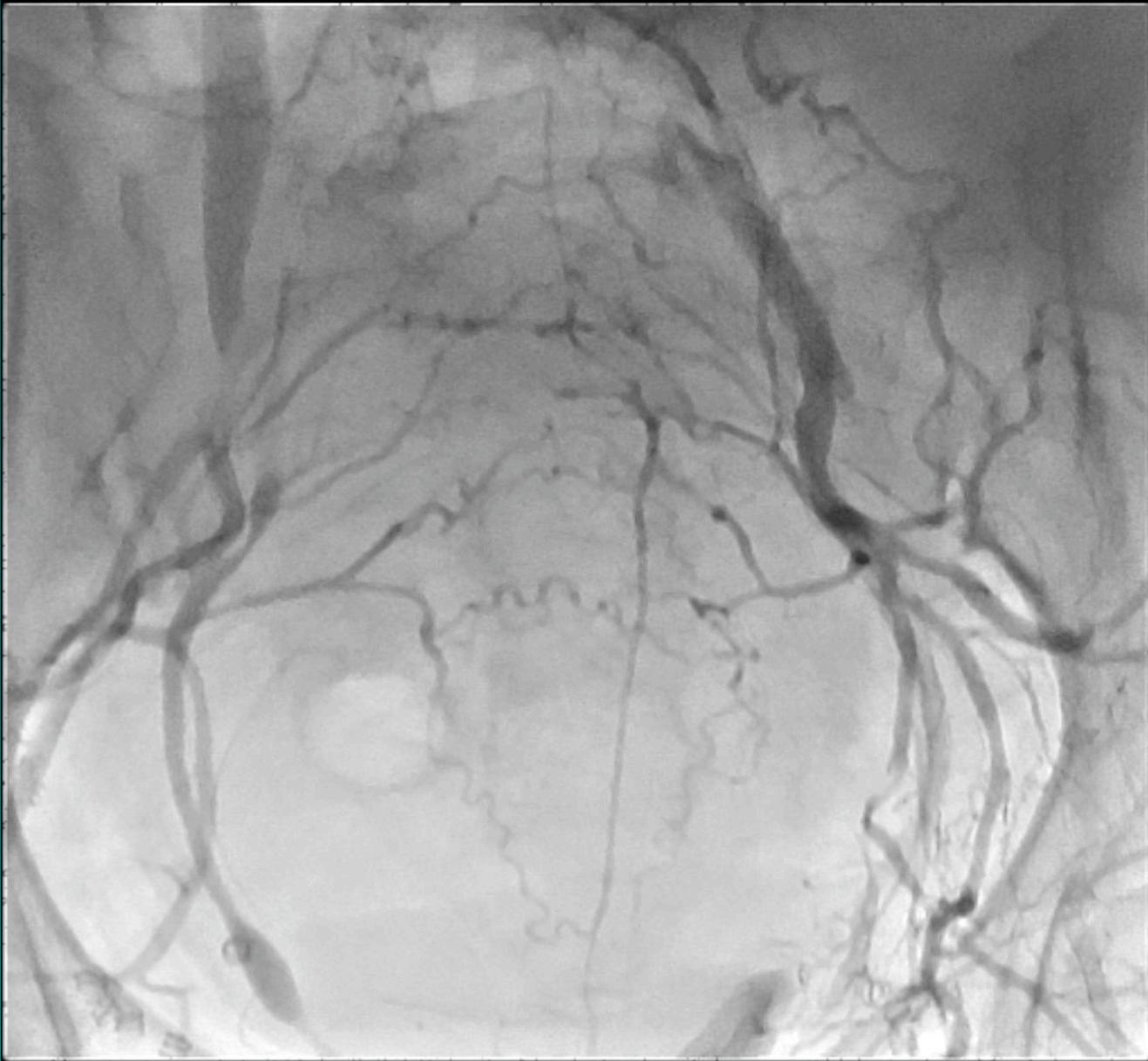
X



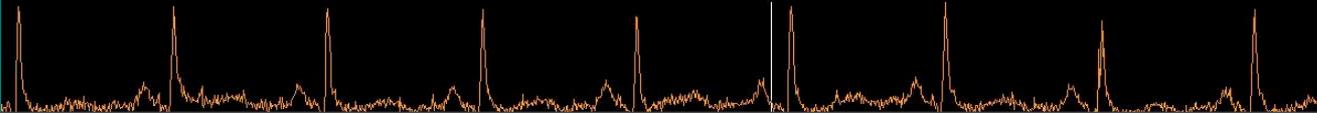


X





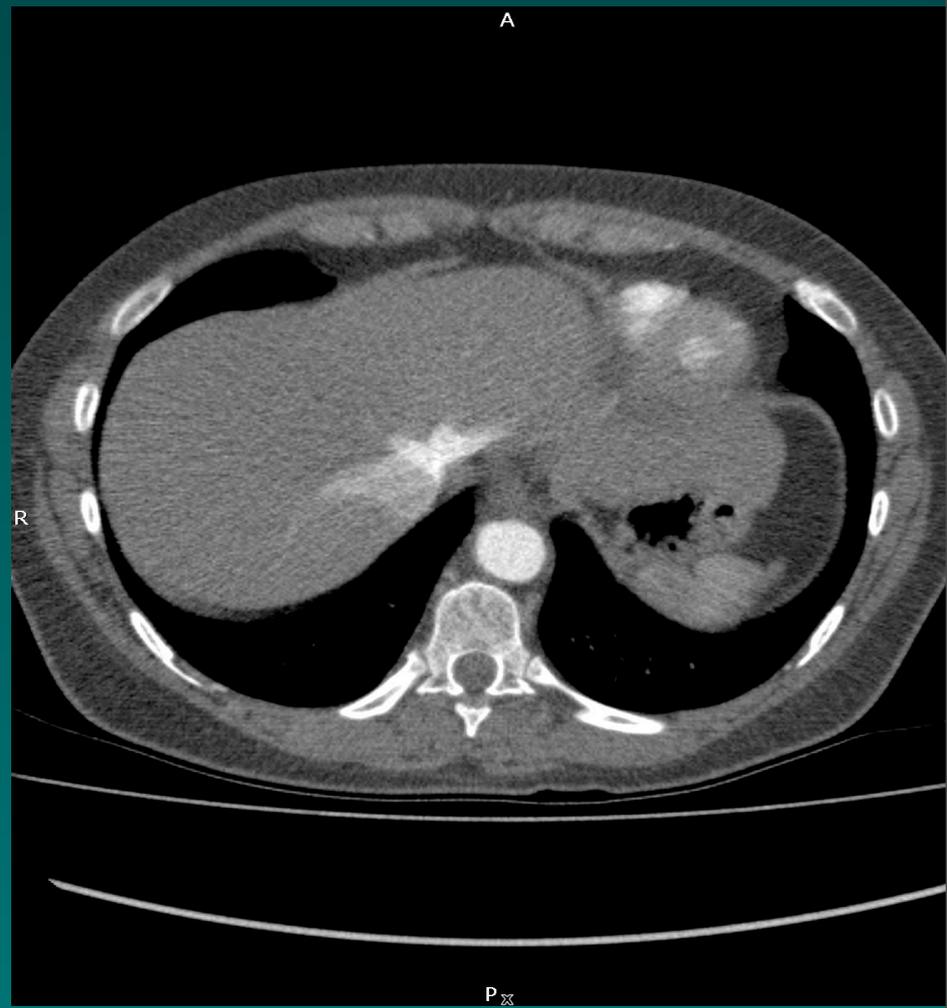
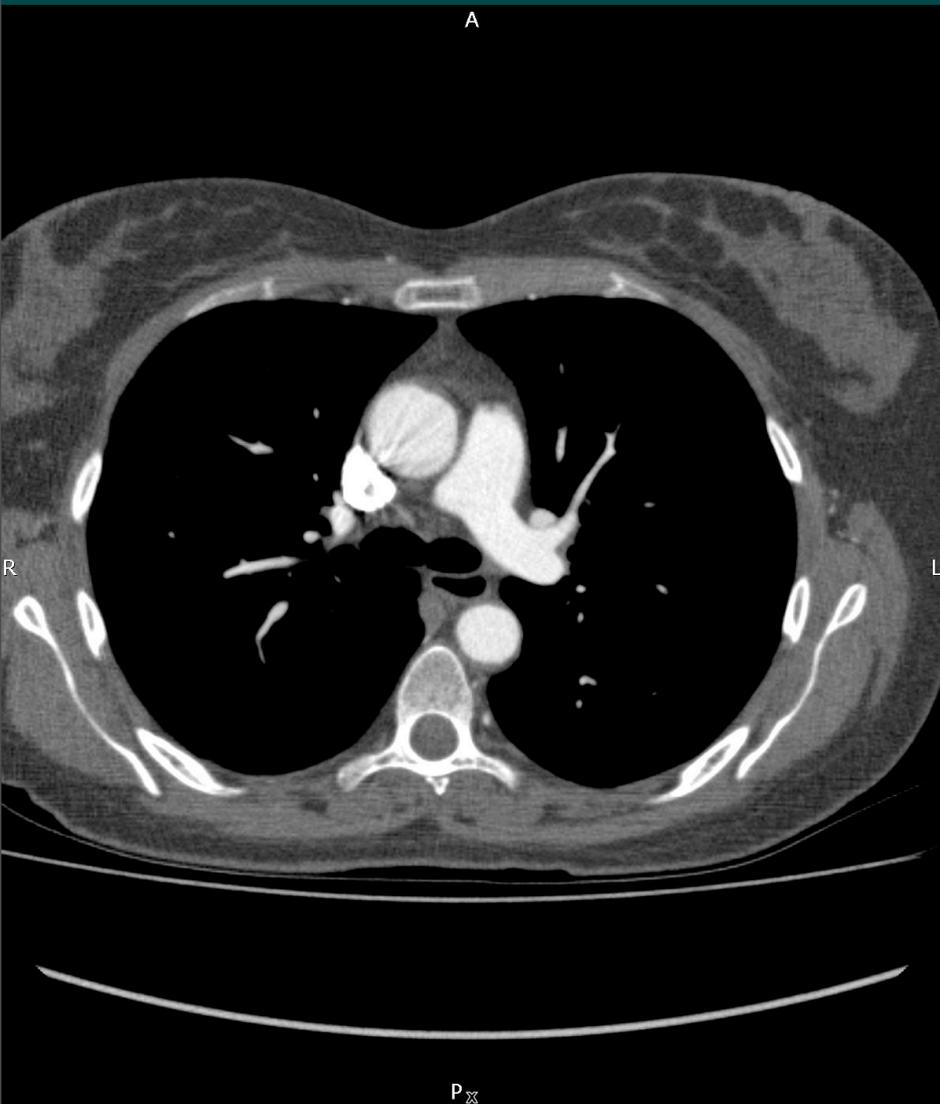
X

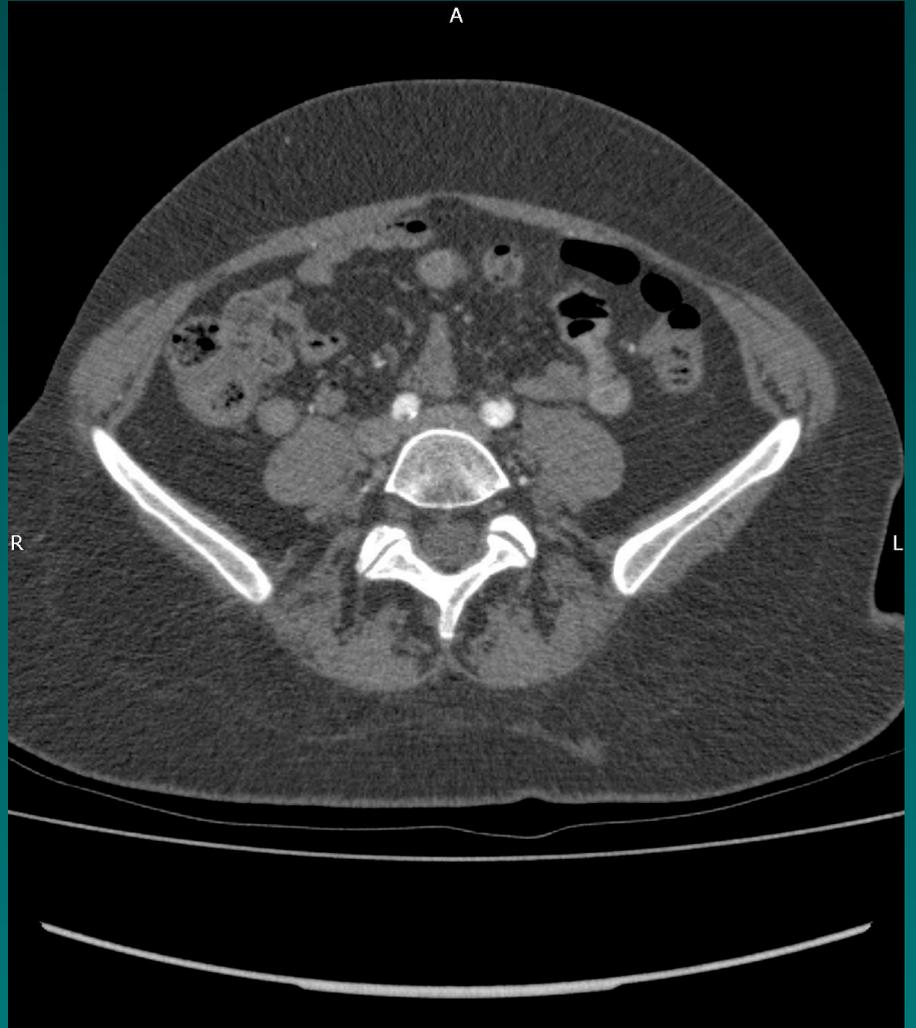
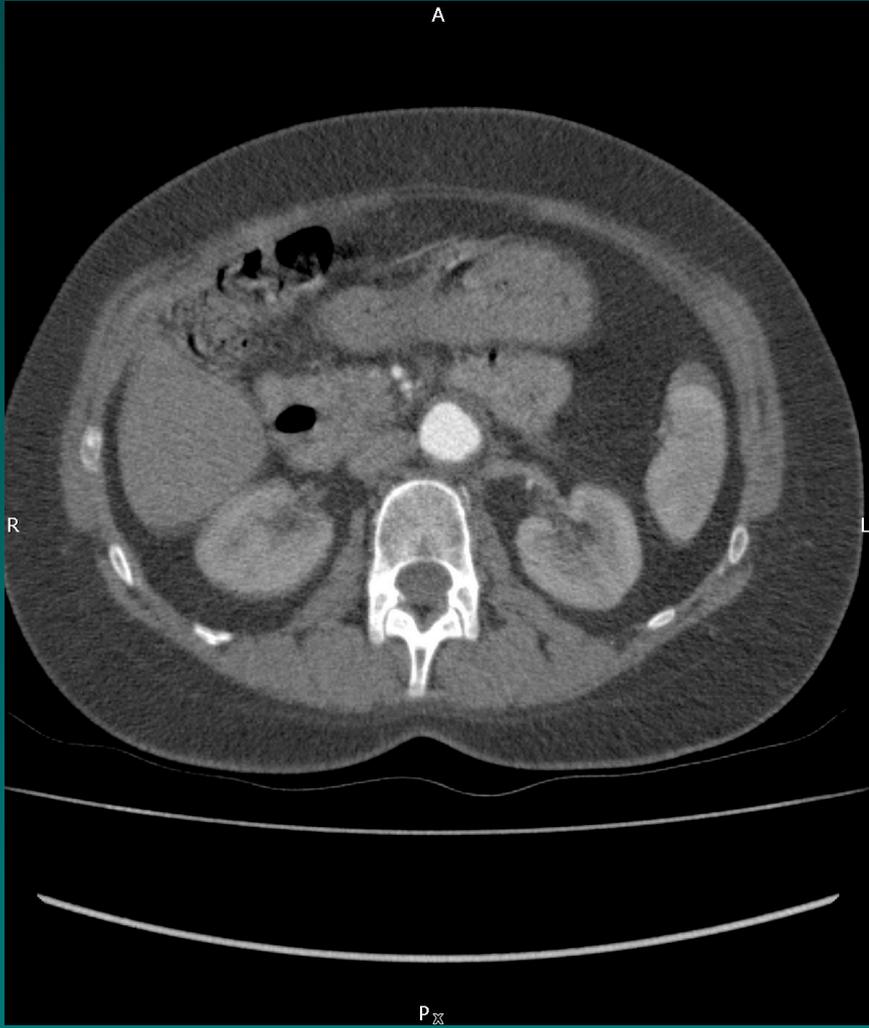




Evolution clinique

- Prise en charge au bloc op pour thrombectomie complémentaire
- Présence d'un pouls fémoral dès la fin de procédure
- Extubation à 7j
- Hémiparésie gauche et désorientation régressives (pas d'auc constitué)
- Mort foétale in utero des l'admission extraction par voie basse après 4 semaines de ttt kardegic , plavix





Discussion

- Idm femme enceinte
- Cause de la thrombose de l'aorte
- Timing et mode d'extraction du fœtus mort in utero
- Grossesse ultérieure

Merci