

# Seul au monde... ou Presque !



**Dr Z.BOUERI / Dr P. LUPORSI**  
**Centre hospitalier de Bastia**

Biarritz le 06 juin 2018





# Seul au monde... ou Presque !

**Dr Z.BOUERI**  
Centre hospitalier  
de Bastia



# Bastia



# Les EVASAN

- **Temps de transfert minimal de 3h45 minutes:**
  - Transfert CH Bastia >> Aéroport : 1h15
  - Vol Bastia>> Marseille: 1h15
  - Transfert Aéroport Marseille >> CHU:1h15
- **40 jours de mauvaise météo annuelle**
  - Pas d'évacuations possibles
- PUMA de l'armée



# CAST AWAY !!!!



**Femme 34 ans**

**Antécédents :**

- G1P1
- Endométriose et hystérectomie
- TTT habituel : SURGESTONE®
- Syndrome dépressif



# Présentation

- **26/05/16:**

**Chute lors d'une promenade à Cheval, sur une pierre** avec impact temporel gauche. Pas de perte de connaissance. Rentre à son domicile.

- **27/05/16:**

Consulte son médecin traitant pour céphalées, nausées, vertiges >>>> Réalisation d'un scanner ambulatoire

Crise convulsive nécessitant l'appel su SMUR de BASTIA.



- Intervention SMUR:

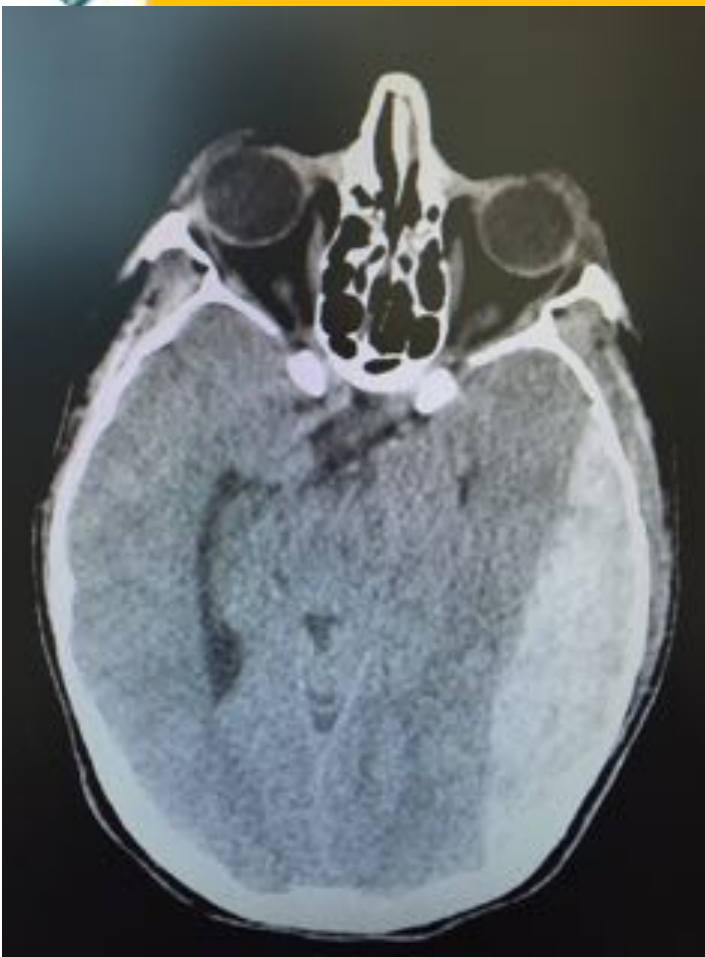
Glasgow 3, mouvements de décérébration et anisocorie : IOT puis transfert au CH Bastia.

**Scanner** : volumineux hématome extradural gauche et engagement. Drainage et décompression au bloc.



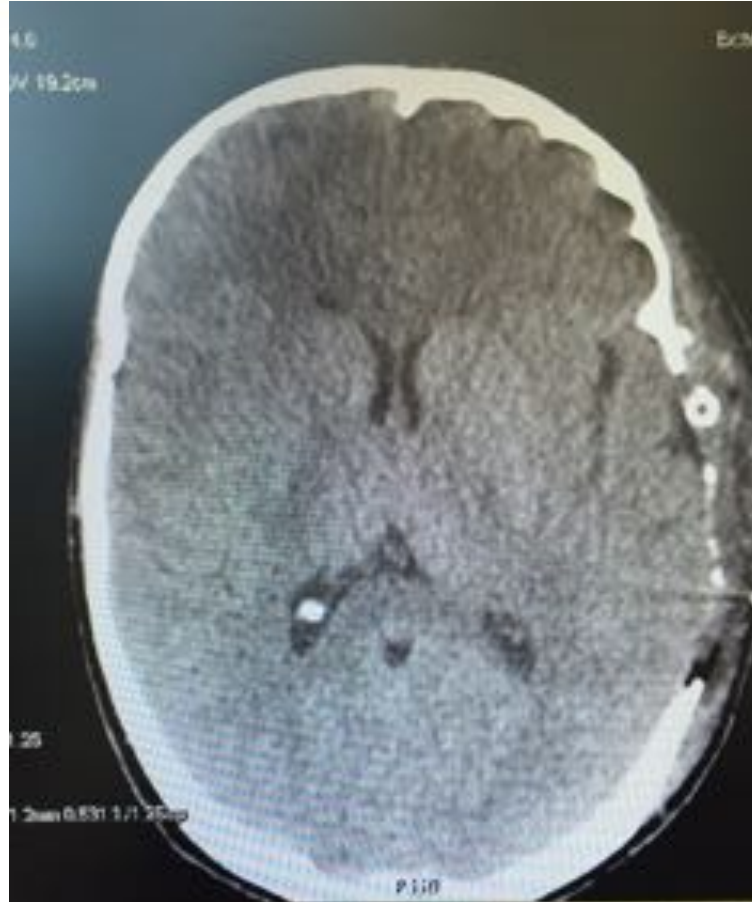


# Scanner Cérébral



# CRANIECTOMIE DE DECOMPRESSION

Scanner Post  
opératoire



Régression de  
l'anisocorie



# EVOLUTION HEMODYNAMIQUE

28/05/2016 au soir

- Péjorative...
- TA=77/42 mmHg et Fc=101/min à l'arrivée en réa.
- Administration de Noradrénaline.
- ETT initiale : Akinésie de l'ensemble des segments médians et apicaux, hyperinésie compensatrice de la couronne de base.  
ITVssAo=12 et FEVG=40 %



**CARDIOPATHIE de STRESS**

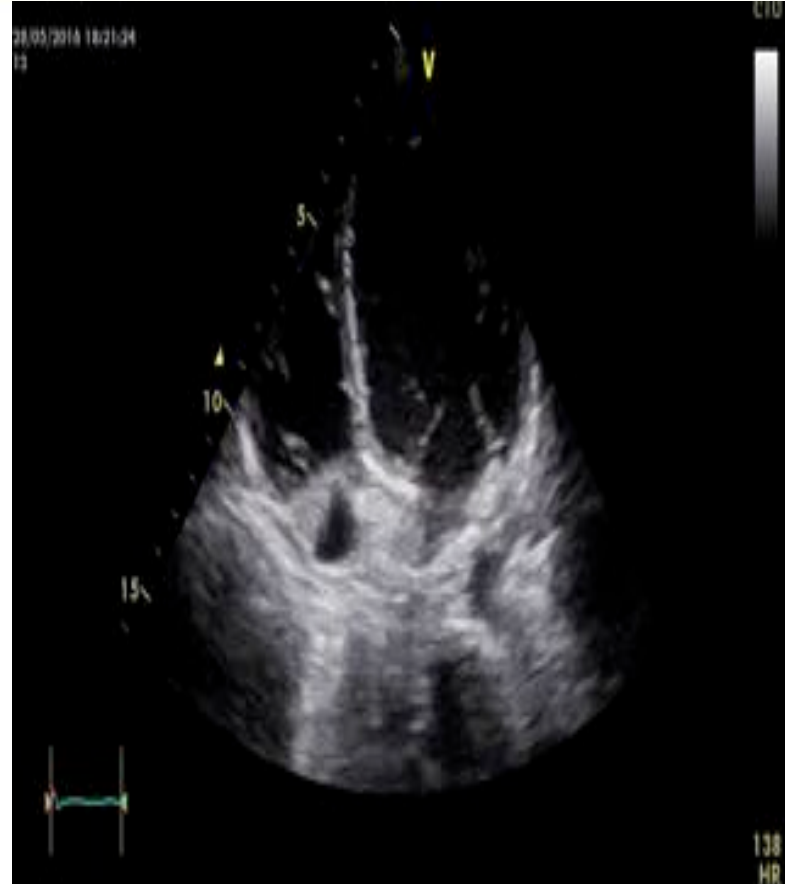
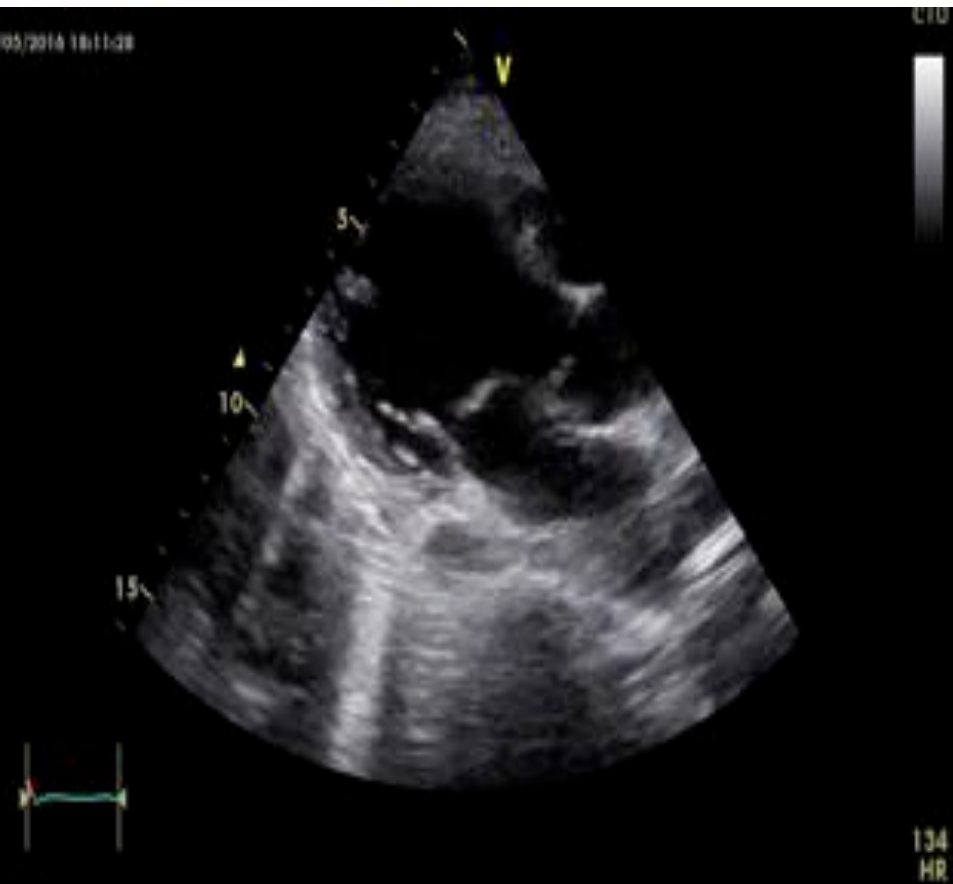


- Toujours péjorative...
- Instauration de DOBUTAMINE puis d'ADRENALINE.
- Dégradation nette de la fonction rénale (oligurie) et de la fonction hépatique: TP spontané à 16%.
- BNP > 35 000, Lactates à 12

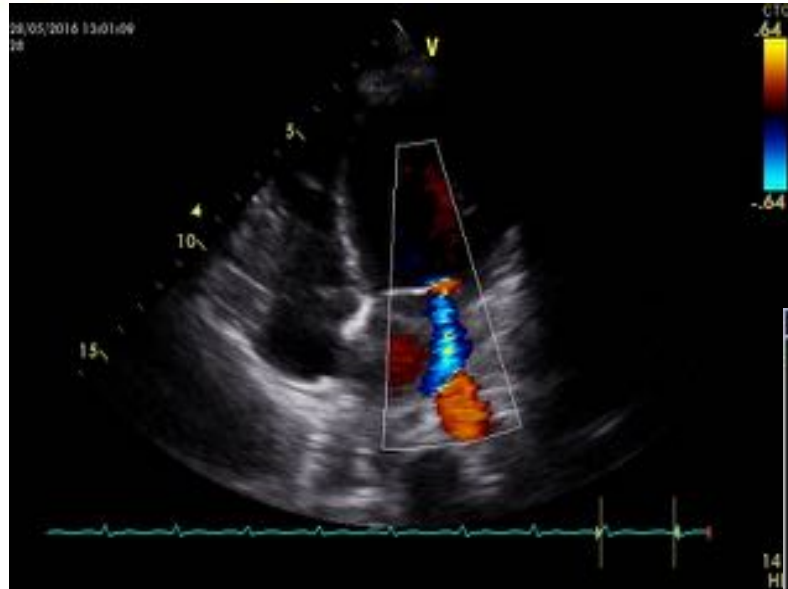
**Défaillance  
multi viscérale rapide**



# ETT sous Dobutamine, Adrénaline et Noradrénaline

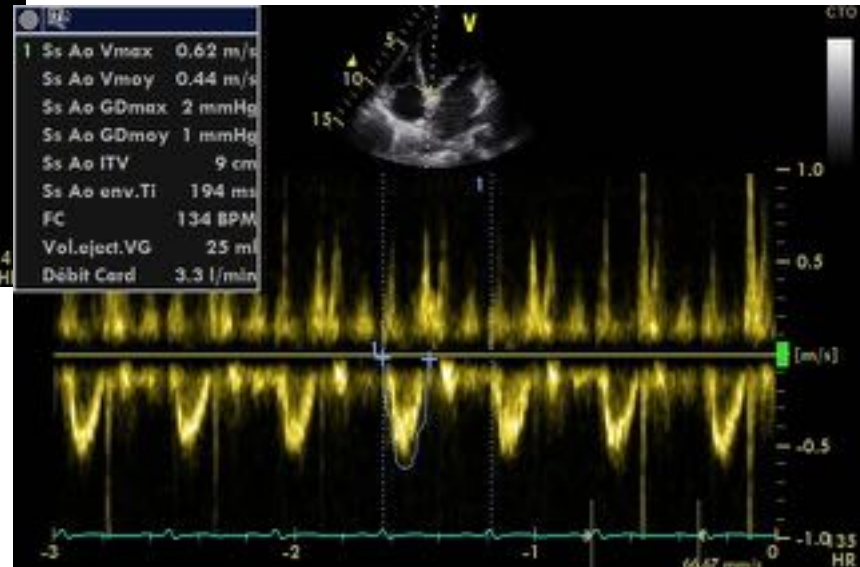


# Dégradation hémodynamique rapide



Défaillance multiviscérale sous :  
**DOBU**  
**ADRE**  
**NORADRE**

**Choc cardiogénique  
réfractaire**



# Appel de l'UMAC de la Timone

- **Impossibilité de se déplacer pour assister la patiente (Greffe cardiaque en cours)**
- **Validation de l'indication formelle d'ECLS**



# Implantation de l'ECMO au Cathlab

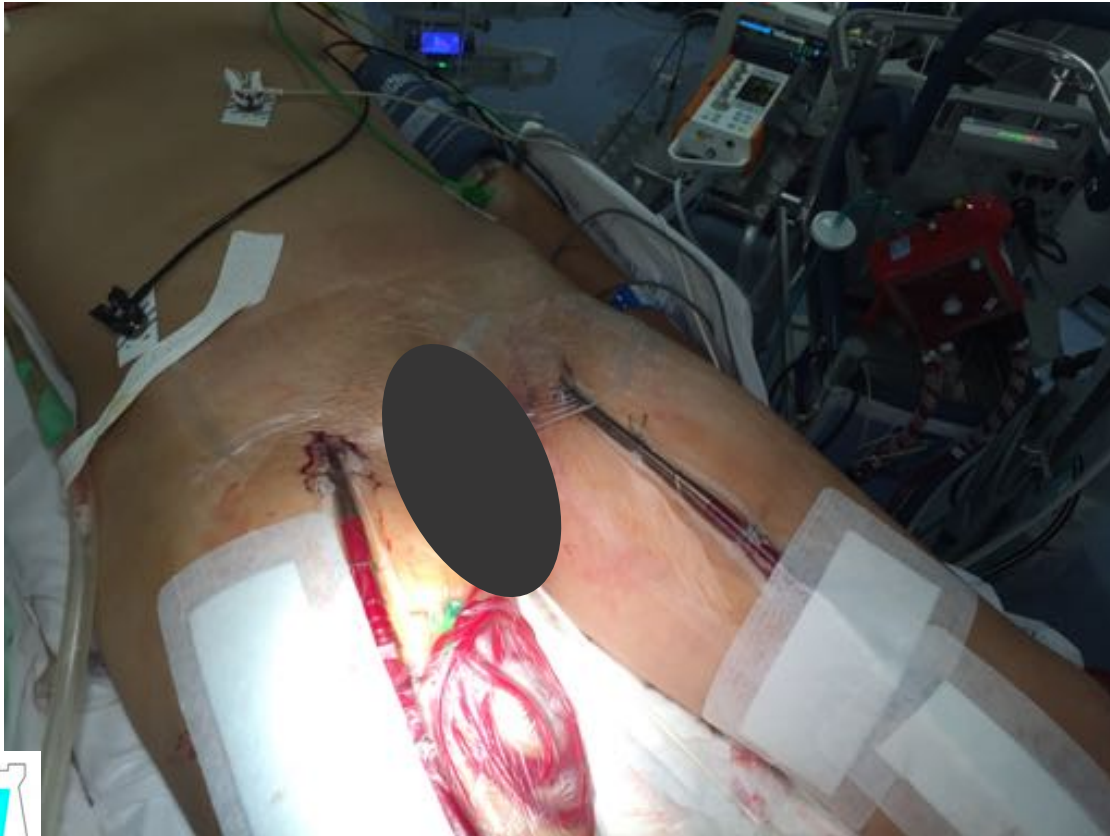


- **Abord totalement percutané**
- Canule artérielle 17 French
- Canule Veineuse de 25 French
- Réinjection de l'artère fémorale superficielle par ponction echo-guidée (Introduceur 6 french)
- Poursuite du traitement de réanimation
- Héparine non fractionnée avec TCA à 1,5X le témoin





# Cannulation totalement percutanée avec reperfusion de l'artère fémorale superficielle par ponction écho guidée



# Transfert par notre équipe Bastiaise SAMU / Cardio en réanimation à la Timone



- **Evacuation par avion sanitaire le lendemain avec l'aide du SAMU et notre collègue cardiologue**

- Récupération d'une hémodynamique en quelques jours et sevrage des amines ainsi que de l'ECLS à J8.
- Pas de séquelle viscérale, hémodynamique (normalisation de l'ETT).
- Pas de douleur aux sites ponctionnés, ni de trouble vasculaire.
- Aucune séquelle neurologique



- **Patient de 32 ans**

**Tabagisme important ; Hérité cardiovasculaire**

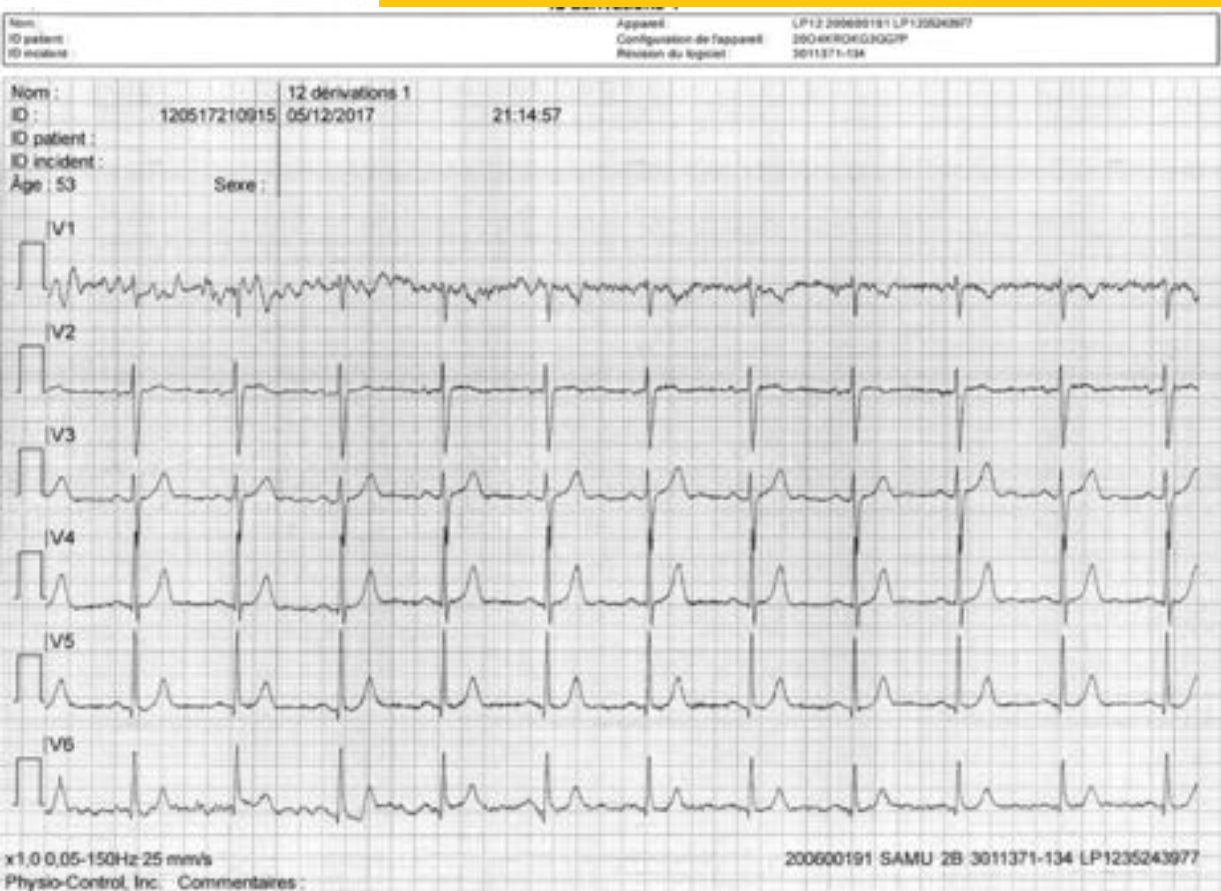
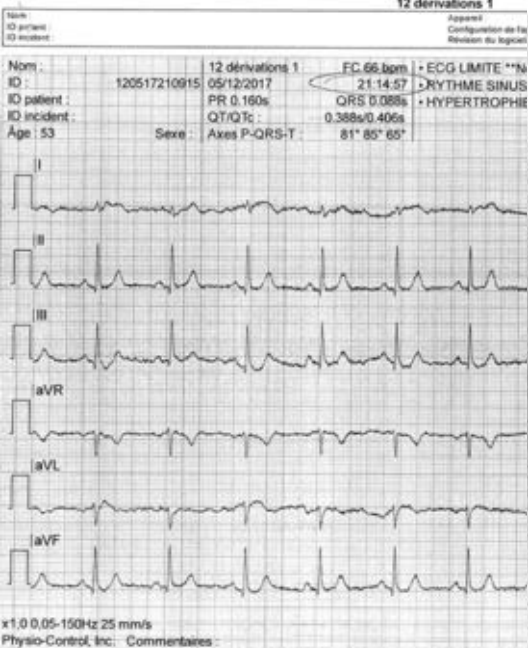
**Notion de toxicomanie probable**

**Douleur thoracique typique EVA 9/10 : Appel du Samu**

**ECG par le médecin généraliste de Garde**

**Transfert vers le CH de Bastia par ambulance privée non médicalisé**





**ECG 21h13 réalisé par le médecin généraliste de garde**

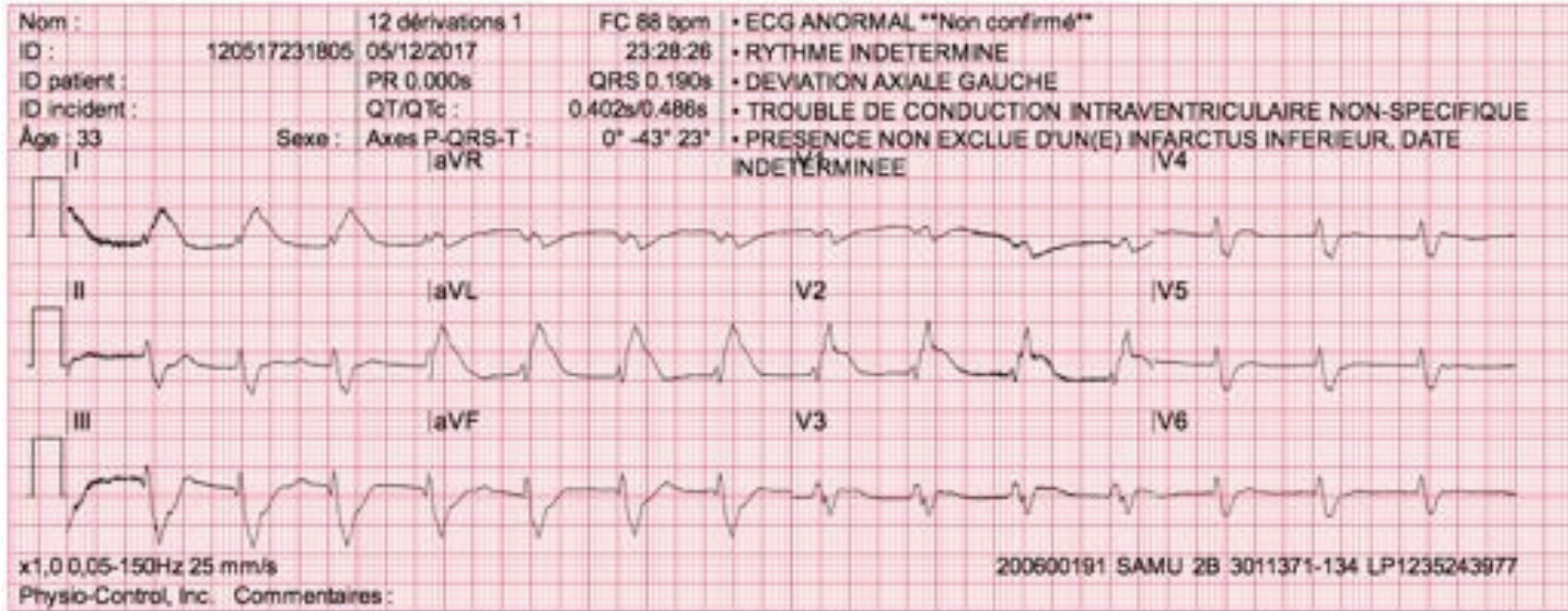


# Evolution Dramatique

- Pendant le trajet : appel du SAMU par l'ambulancier pour arrêt cardiaque probable : massage cardiaque
- Intervention rapide d'un VSAV : Défibrillation par 3 CEE permettant de restaurer un rythme acceptable
- Arrivée du SMUR à 23h : Patient a un sus décalage majeur en antérieur étendu
- Récidive de 3 FV Choquées puis 4 mg d'adrénaline
- Patient amené très rapidement en salle de cathétérisme sous planche à passer très efficace



# ECG du SAMU





## Devant ce Tableau grave d'IDM toutes les ressources vont conviées

- **Nos réanimateurs**
- **Nos Infirmières de Cathe et les référentes en ECMO**
- **Le patient arrive en salle de coro avec la planche à masser en FV permanentes malgré 4 tentatives de CEE**







GURAND, Jacques  
00132705  
DR BUDER  
RGP DE FALCONAJA

Démo, Filtre: Filtre 1

06/12/2017 00:17:21

1056230

1/56



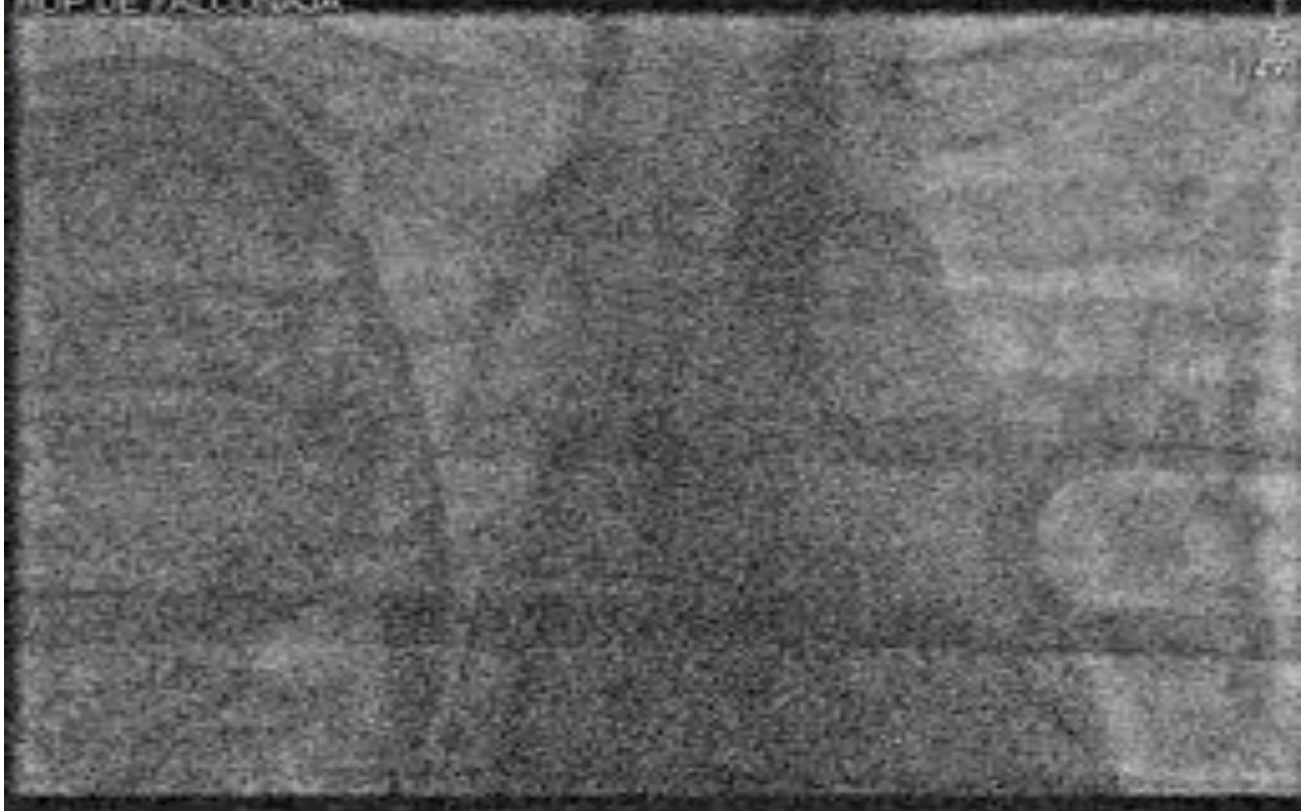
15 70 DAG



DURAND, Jacques  
00132785  
DR BOUERS  
HOP DE FALCONAJA

Démo, Filtre : Filtrer 1

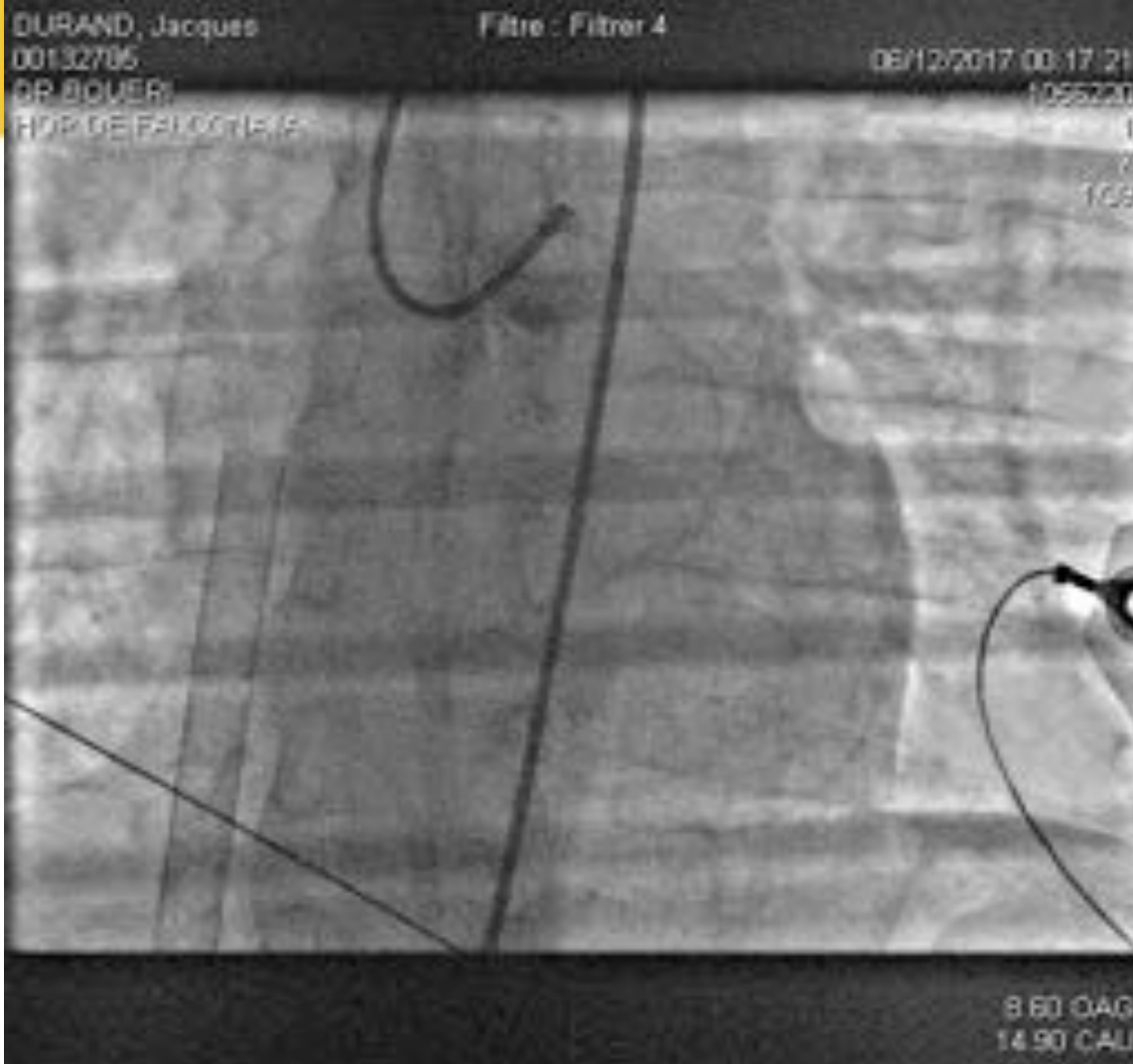
05/12/2017 00:17:21  
1056220

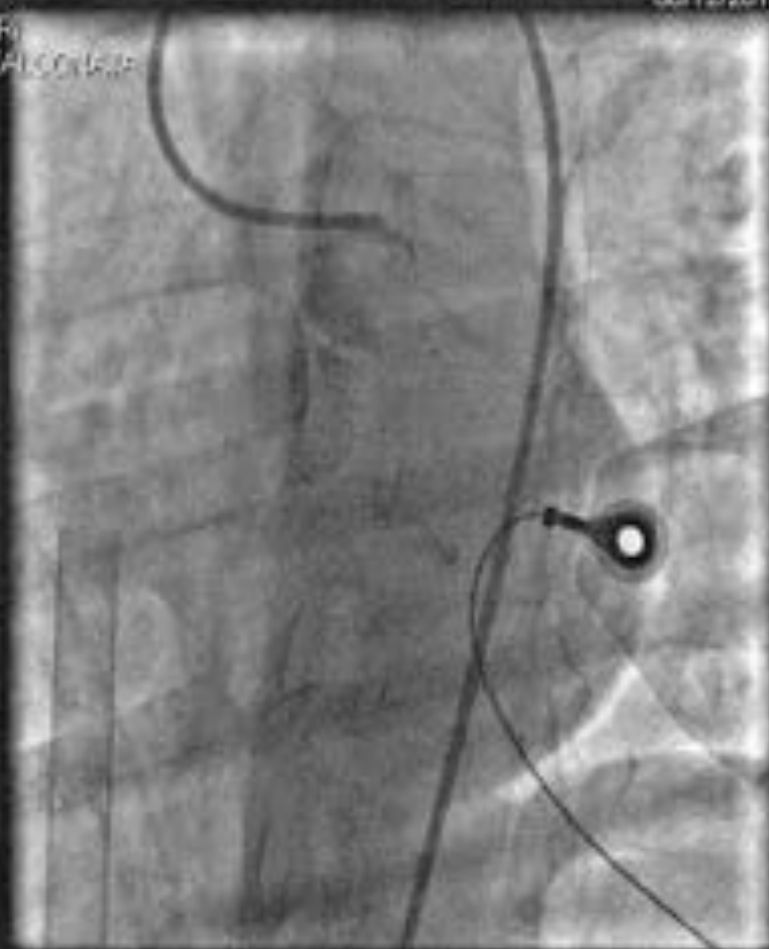


4.00 OAG  
2.90 CRA



Occlusion de  
l'IVA ostiale



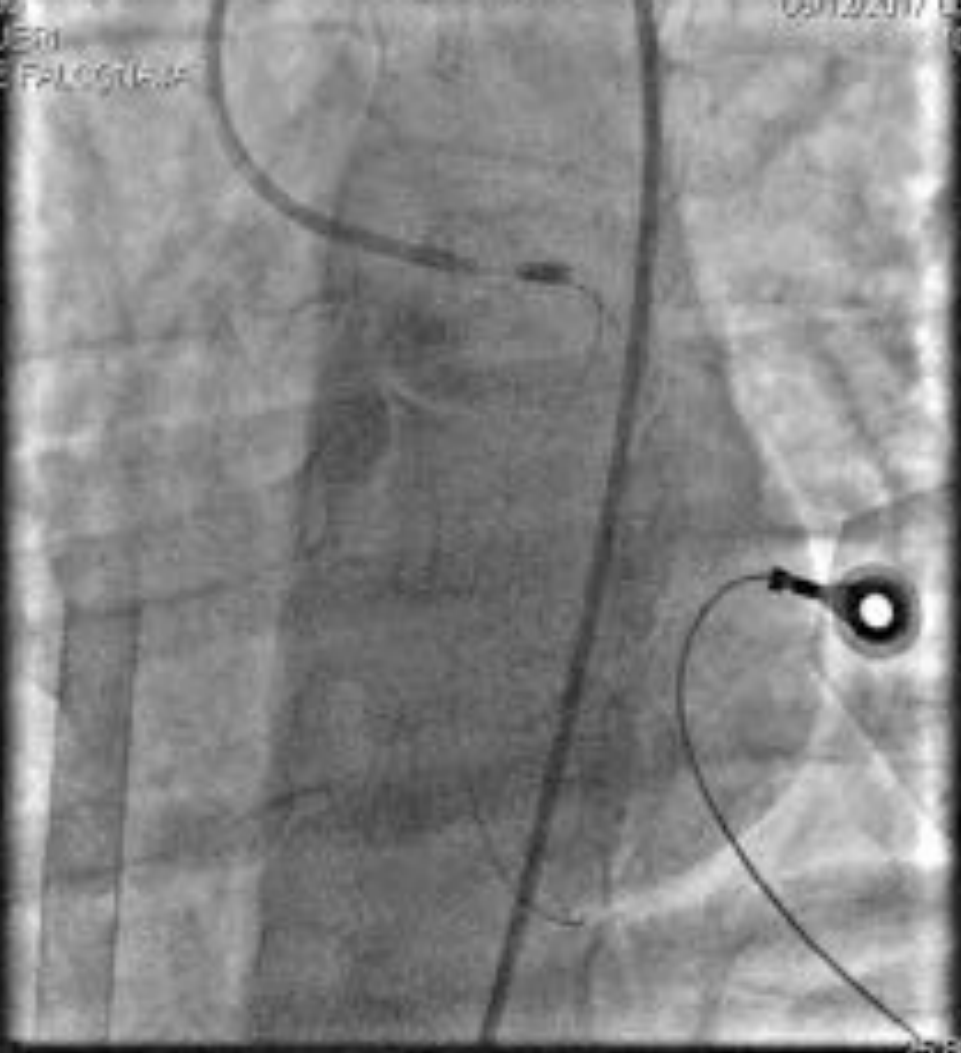




APP  
Asosiasi Pengusaha dan Produsen Asuransi

00132782  
DR BOUEN  
HOP DE FALOST (G.A.F)

09/12/2017 10:17:21  
056720  
1  
10  
1/4



25 80 QAG  
20 12 2017





00132705  
DR BOUER  
HOP DE FALCONAJA

09/10/2018 17:21  
1056220  
1  
14  
1/10



21:40 OAD  
13:10 CAU



DURAND, Jacques

Filtre : Filtre 4

00132705

05/12/2017 09:17:21

DR BOUER

0056220

HOP DE FALC'NAJA

1

17

1/74



21.40 OAD

19.60 CAU

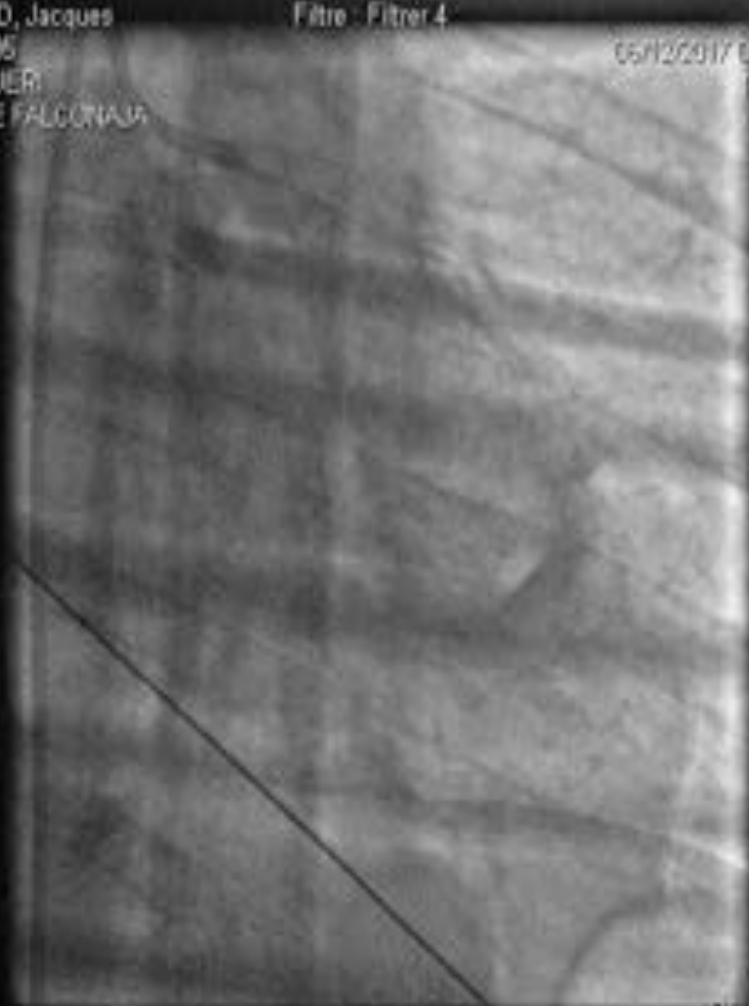




DURAND, Jacques  
00132705  
DR BOUER  
HOP DE FALCONAJA

Filtre : Filtre 4

05/12/2017 00:17:21  
056220  
1  
19  
1/81



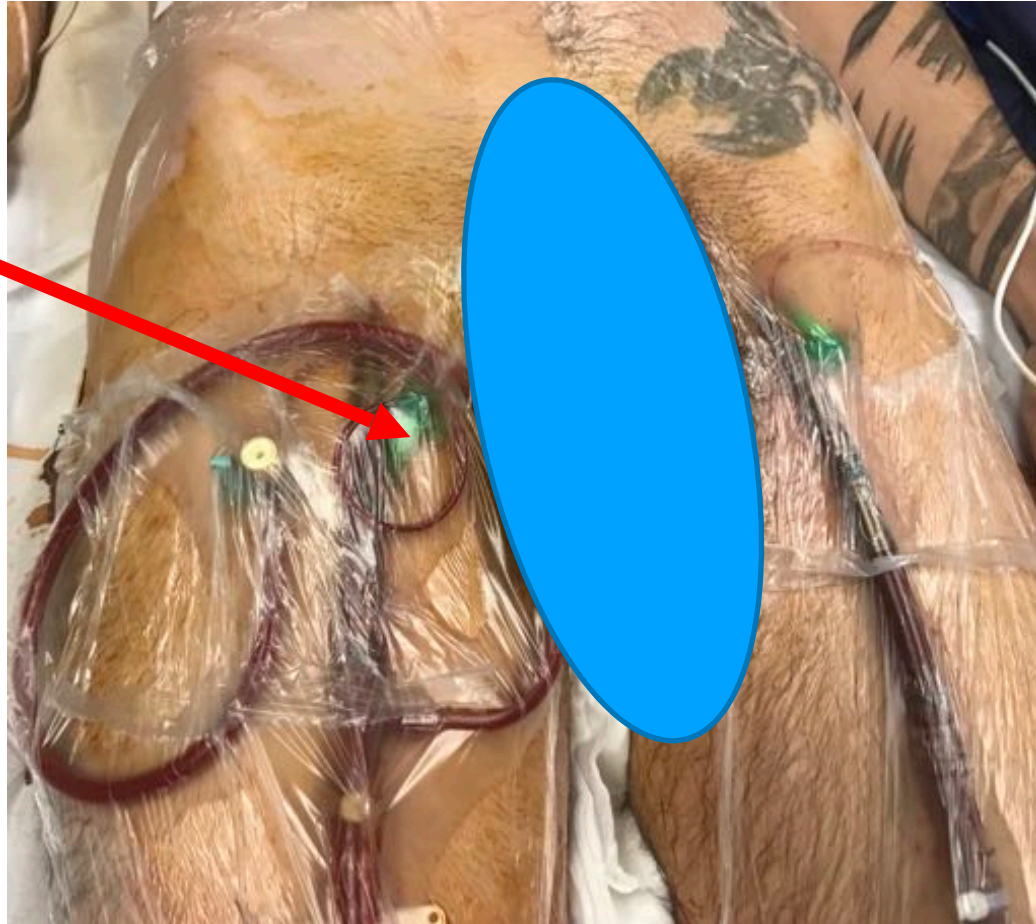
21.40 CAD  
19.60 CAU



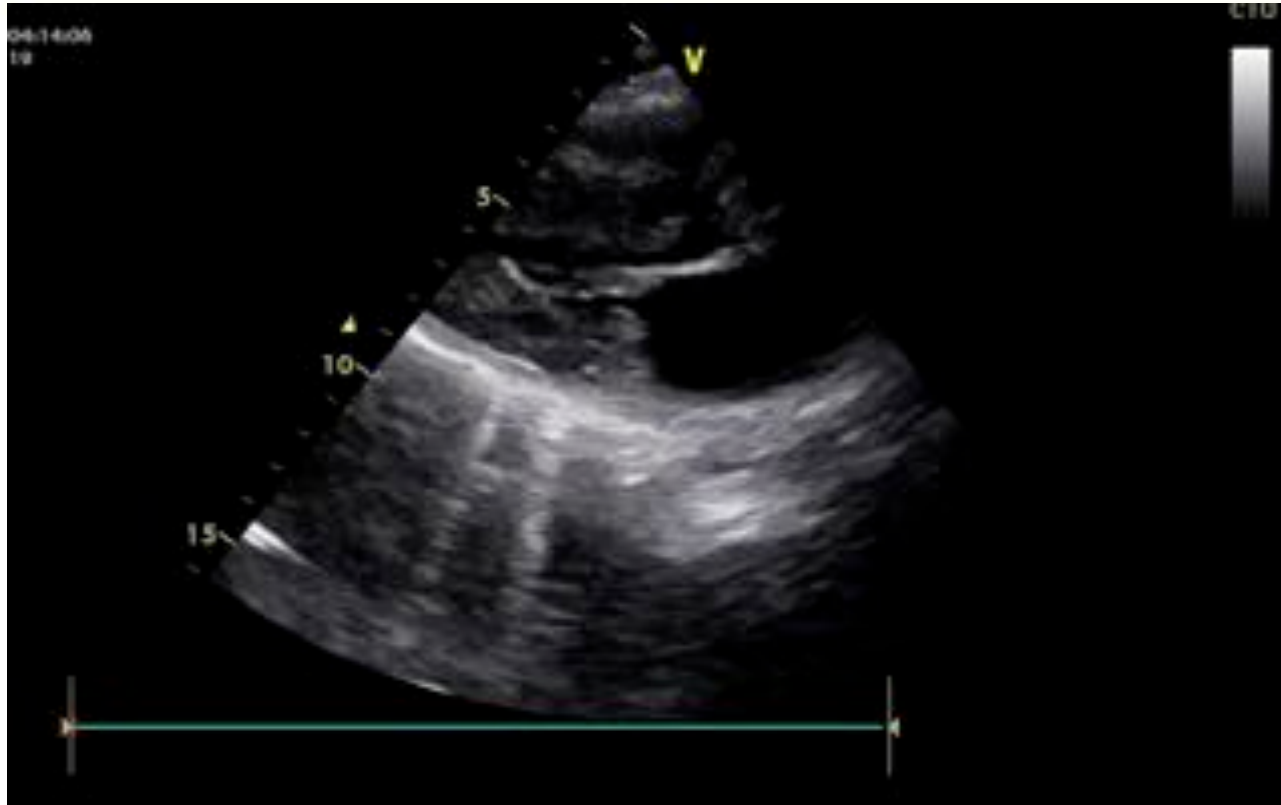


# Canules 17(A) et 29 (V) French

Désilet de reperfusion  
du membre inférieur



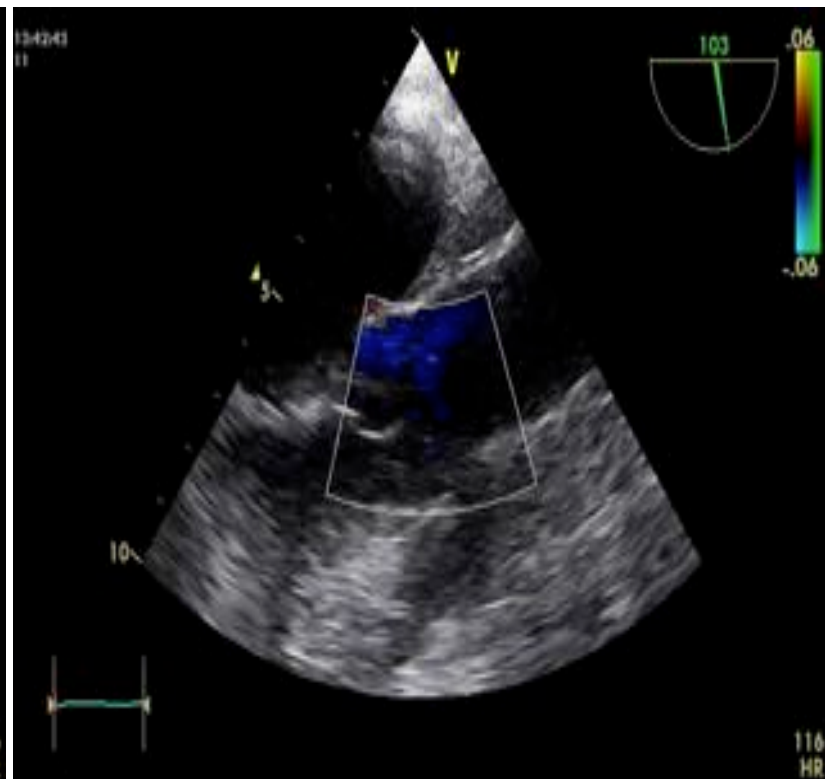
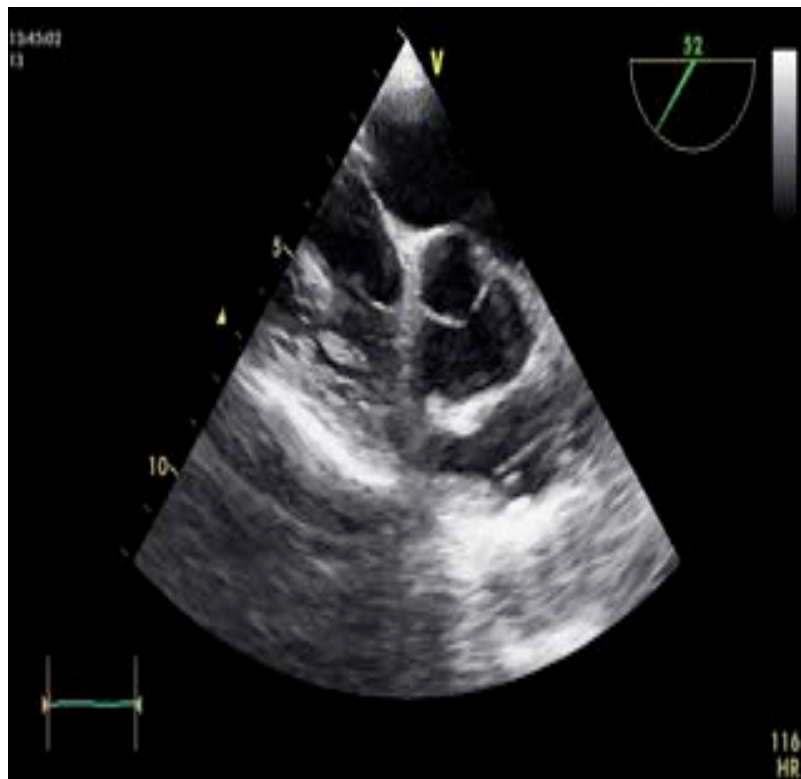
# ETT au Cathlab



# CMH et IDM

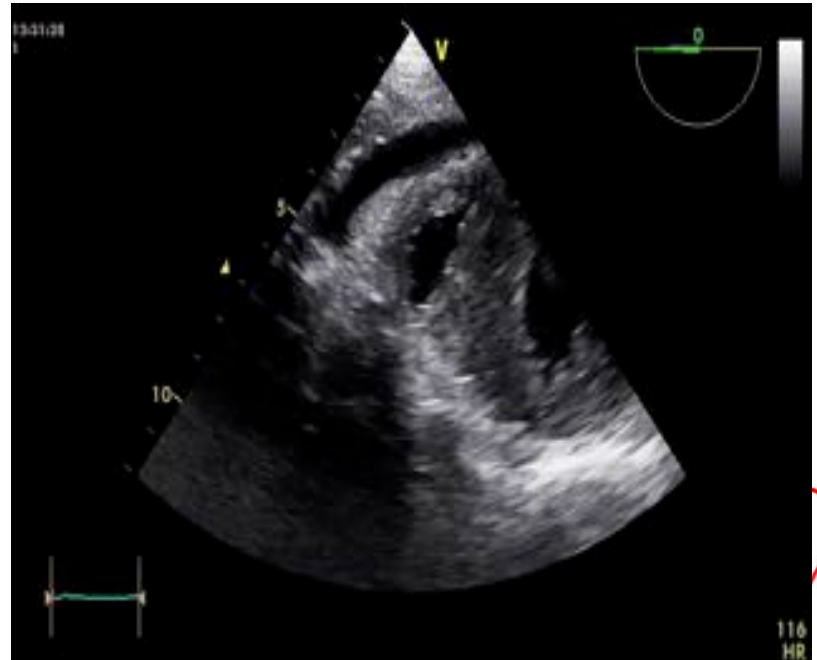


# Assistance Circulatoire avec Valve aortique fermée

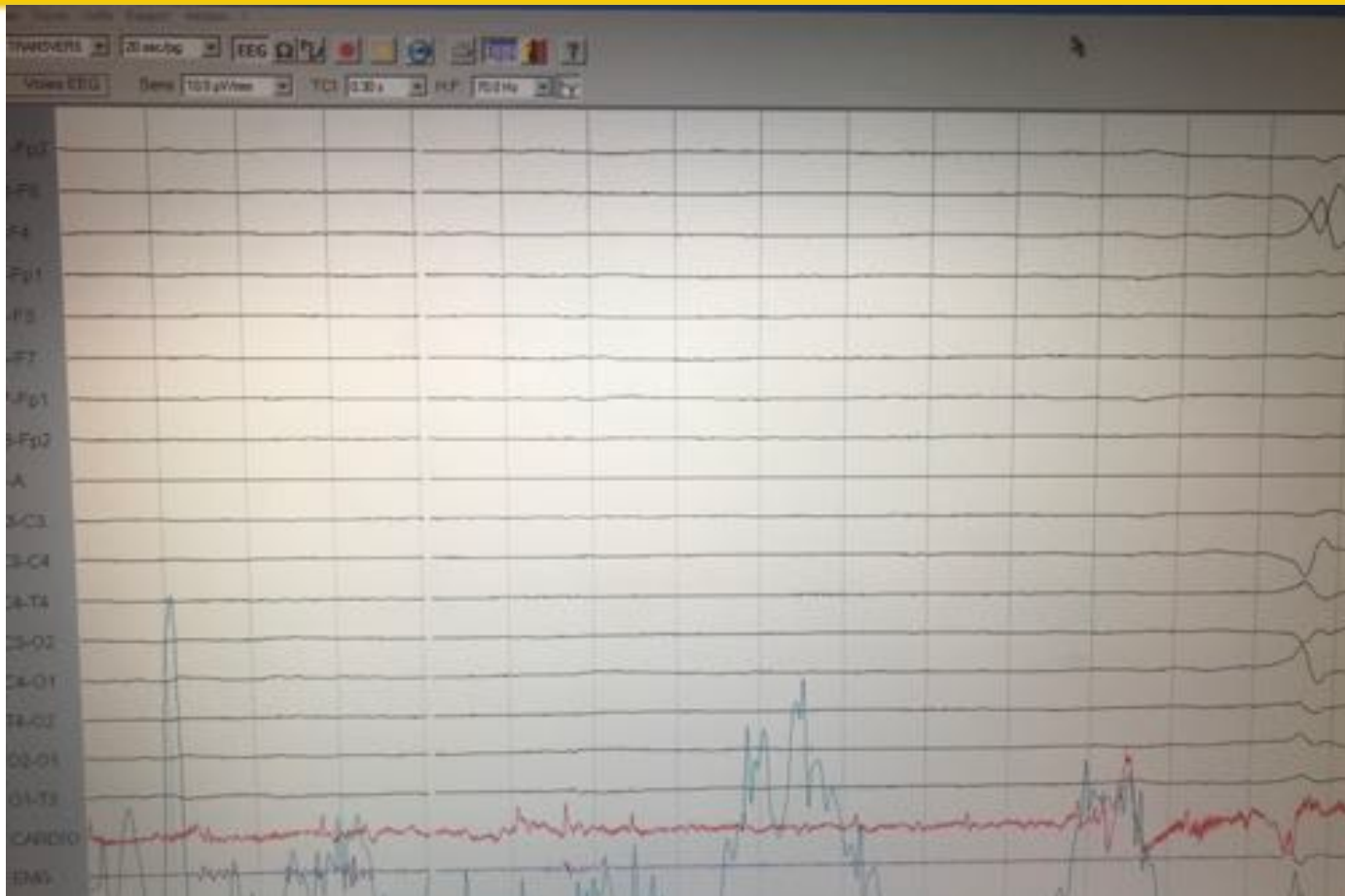


## Evolution défavorable à 48H

- Syndrome de réponse inflammatoire systémique
- Drainage péricardique de 500 cc de liquide citrin
- Syndrome de fuite capillaire
- Remplissage de 10 litres en 48H



# EEG au troisième jour



**Très probable  
No Flow > 5 min**



## 7 Patients

- Age moyen **52** ans ( 33/ 71)
  - 4/7( 57%) :Arrêts cardiaques réfractaires
  - 3/7 (43%) :Chocs cardiogéniques réfractaires
- **Succès de canulation percutanée :100% des cas** (pas de recours chirurgical, pas d'hémorragie)
- **Indications:**
  - 3 chocs cardiogéniques réfractaires : tous sevrés et décanulés
  - 4 Arrêt cardiaques réfractaires : dont 3 en phase aiguë d'IDM et 1 cas de dissection aortique avec occlusion du Tronc commun (tous décédés)

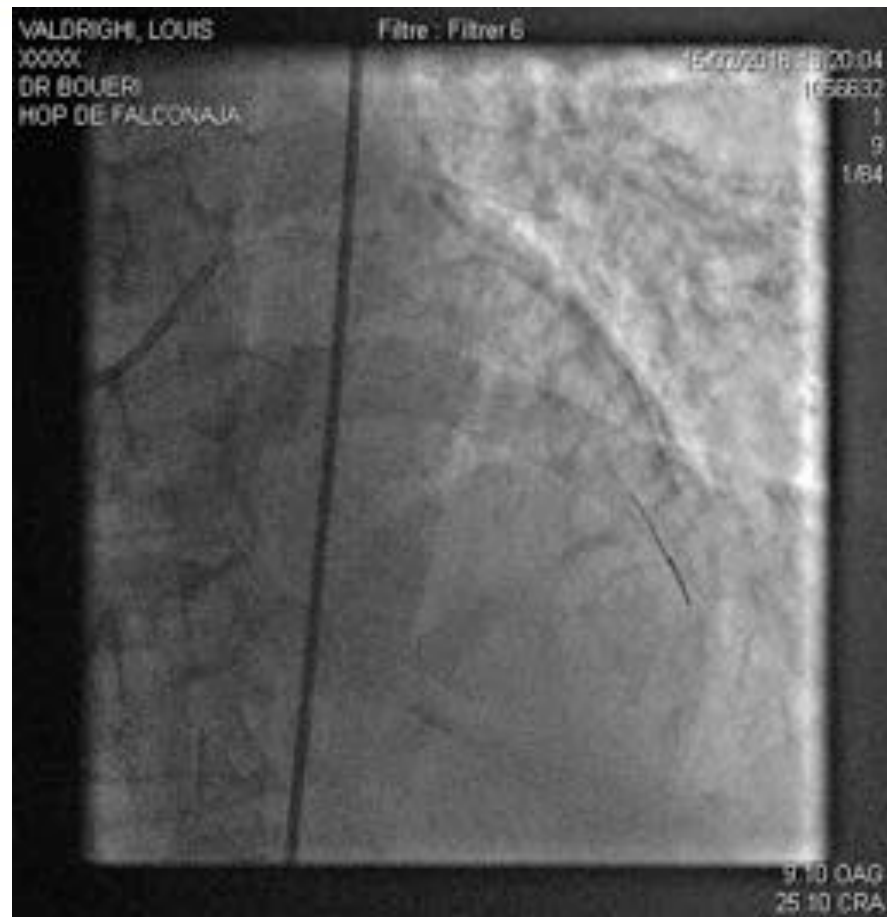
Que font les centres  
 sans chirurgie  
 cardiaque et sans  
 UMAC Rapide ?

## Recommendations for the management of cardio- genic shock in ST-elevation myocardial infarction

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
Inotropic/vasopressor agents may be considered for haemodynamic stabilization.	IIb	C
Short-term mechanical support <sup>c</sup> may be considered in patients in refractory shock.	IIb	C
Routine intra-aortic balloon pumping is not indicated. <sup>177,437</sup>	III	B







# Etat de Choc cardiogénique



# Contrôle à J5



## « Take Home Message »

- La CPBIA étant déclassée en classe III des dernières recommandations, nous devons choisir un autre outil d'assistance circulatoire pour nos Cathlab (*surtout pour les plus éloignés de centres chirurgicaux*)
- Il est essentiel de s'organiser en amont pour développer des partenariats bien définis avec les UMAC (Unités mobiles d'assistance circulatoire)
- L'ECMO nous semble une technique parfaitement faisable par des cardiologues interventionnels entraînés et de façon totalement percutanée pour pallier à des situations urgentes



# Finalmente... Pas si seul que ça !!!

29/05/2016





**Merci de votre  
Attention**

