A photograph of a man with a grey beard and mustache, wearing a white lab coat, covering his eyes with his hands in a gesture of distress or pain. The background is a blurred clinical setting. The title 'Cauchemar au cathlab' is overlaid in large red text.

# Cauchemar au cathlab

Thierry Blanpain

MERM DE

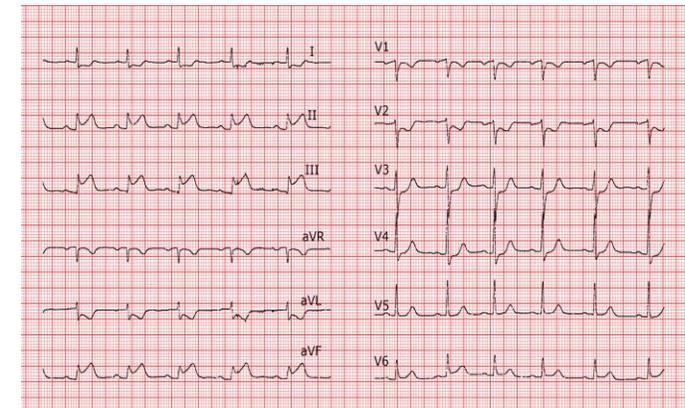
CHU de Reims

Service des explorations fonctionnelles de cardiologie

Du Pr D.METZ

# Cas clinique

- Homme 50 ans
- 1,80 pour 100kg
- FDRCV: Tabagique sevré récemment, HTA
- Habitude de vie: vit avec son fils de 11 ans autiste
- HDM :
  - Douleur thoracique rétrosternale constrictive à 6 h du matin
  - Consultation aux urgences dans la matinée (arrivée VSL vers 11 h)
  - Constantes : FC : 60 b.min; TA : 89/65; Sat : 99%
- ECG : ST+ inférieur avec miroir antérieur
- ➔ angioplastie primaire : salle de coro vers 12 h
- Echo : FE 30 -35 %



Cg

# Coro dte



# Angioplastie CD

- Voie rad dte
- AR1 6F
- Guide PT graphix Intermediate
- Thrombectomie → Echec
- Agrastat
- Prédilatation(2.5\*20)
- Stenting 3,5\*26 sur lésion prox → Timi 3+ occlusion Rvp



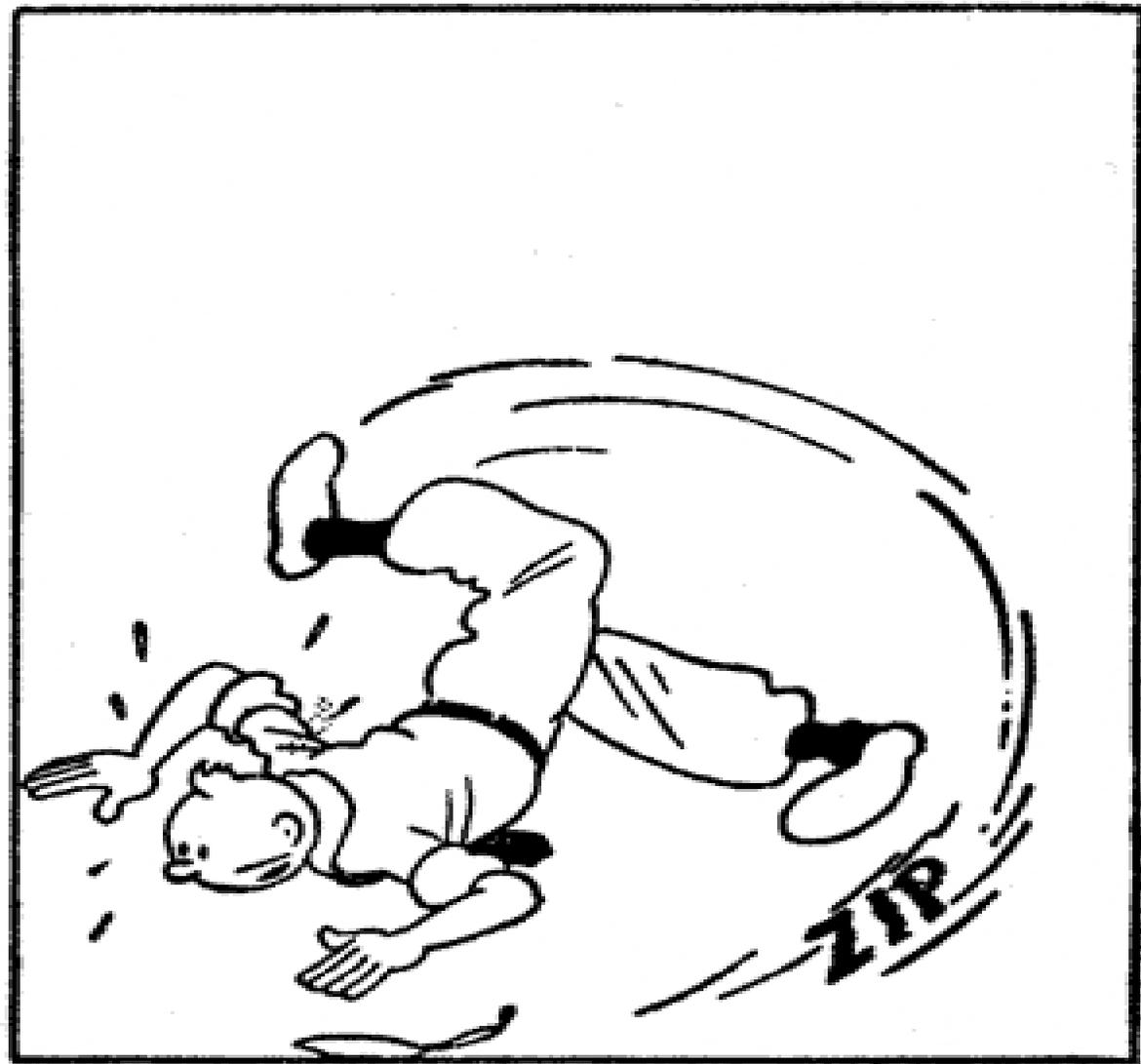
# Angioplastie Coronaire





# Dégradation

- Hémodynamique instable post angioplastie immédiate
- Agitation du patient +++
- FC + TA  Atropine + Dobutamine (5 gamma/kg/min)
- Contrôle Coro dte : perméable
- Puis ACR réfractaire: MCE + ventilation au BAVU
- Appel équipe de Réanimation (arrivée immédiate)



- Patient se dérobe pendant le MCE et tombe de la table au sol=  
positionnement sur la table?????

Le cauchemar

# Poursuite réa au sol

- Perte de la voie d'abord artérielle radiale
- Sécurisation patient + Compression radiale puis pansement compressif
- Intubation au sol + BAVU
- Réinstallation sur la table
- Patient toujours en arrêt réfractaire = MCE
- Ventilation sous respirateur



# Décisionnel

- Discussion poursuite anti GPIIb/IIIa (Agrastat) suite chute: Arrêt Agrastat + poursuite Héparine
- Pose d'une ECMO veino-artérielle percutanée fémorale droite (arrivée rapide de l'équipe de chirurgie cardio thoracique)
- Low-flow 35 min , No-Flow < 3 min
- Noradrénaline sous voie veineuse centrale
- Pose Voie Artérielle Fémorale G
- Dilatation CG



# Dilatation CG



# Stabilisation

- Patient agité (réveil? Crise convulsive?)
- Sédation par Propofol puis Hypnovel/Sufentanil
- Pose d'une CPBIA par voie fémorale gauche
- TDM cérébral et thoracique dans la foulée :
  - CRANE = Fracture OPN+ 0 lésion hémorragique
  - THORAX = inhalation lobaire inférieure bilatérale
- Transfert du patient en réanimation cardio-thoracique

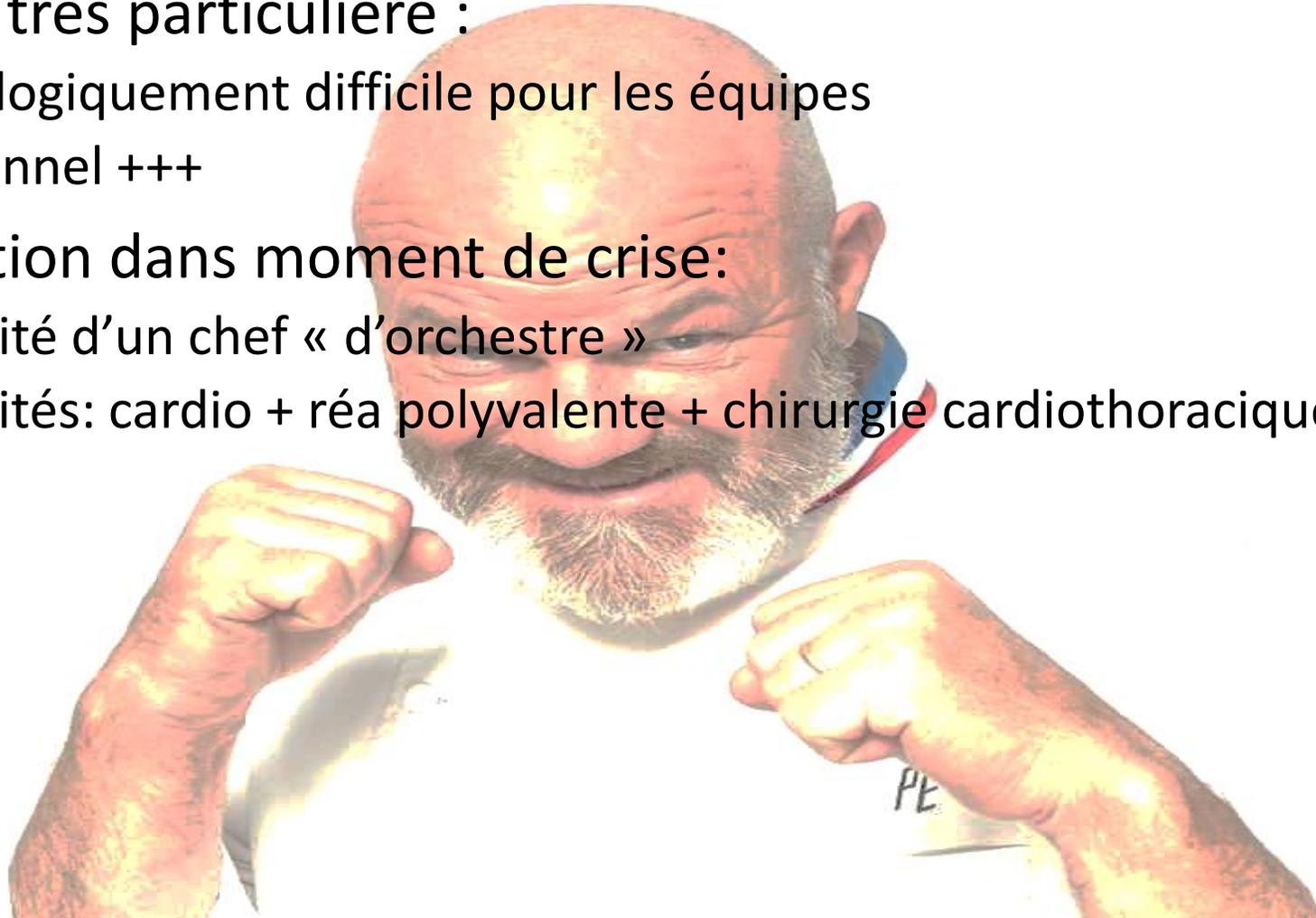
# Suivi J+10

- Echographie cardiaque : amélioration de la fonction ventriculaire gauche
- Pneumopathie sévère
- Switch ECMO veino-artérielle en ECMO veino-veineuse
- Scanner cérébral et thoraco-abdomino-pelvien :
  - Crâne : 0
  - Thorax : pneumopathie d'inhalation sévère
  - Abdomen : 0 ischémie



# Conclusion

- Situation très particulière :
  - Psychologiquement difficile pour les équipes
  - Décisionnel +++
- Organisation dans moment de crise:
  - Nécessité d'un chef « d'orchestre »
  - Spécialités: cardio + réa polyvalente + chirurgie cardiothoracique



# Remerciements

**MERCI** au personnel du CHU: PH(Cardio, Réanimateur, Chirurgien, Anesthésiste), Chef de clinique, IDE, MERM,IADE, IBODE, ASH,...