



« HORS PISTE »

APPAC 2023 SESSION PARAMÉDICALE: « PARAMÉDI... CAS »

Fanny VILLANOVA, IDE, GHEF Jossigny





JE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN CONFLIT D'INTÉRÊT
EN LIEN AVEC CETTE PRÉSENTATION



Mr. M 46 ans

FDRCV:

DNID, HTA, DLP, Tabac sevré

ATCDTDS CHIRURGICAUX:

Greffe rénale 11/2015, échec à J2

thyroïdectomie

ATCDTS MÉDICAUX:

IRC Dialysée lundi, mercredi et vendredi.

SAS non appareillé

ATCDTS CARDIO:

Cardiopathie ischémique avec dysfonction VG sévère

07/2012: ATL+Stent IVA 2 et IVA3

06/2014: ATL+ 2 stents sur MG1, ATL + stent sur IVA2

12/2016: Bilan pré-op cure d'éventration CTO CD, CX2 60%,
ATL + stent nu IVA2 et ATL ballon Dg





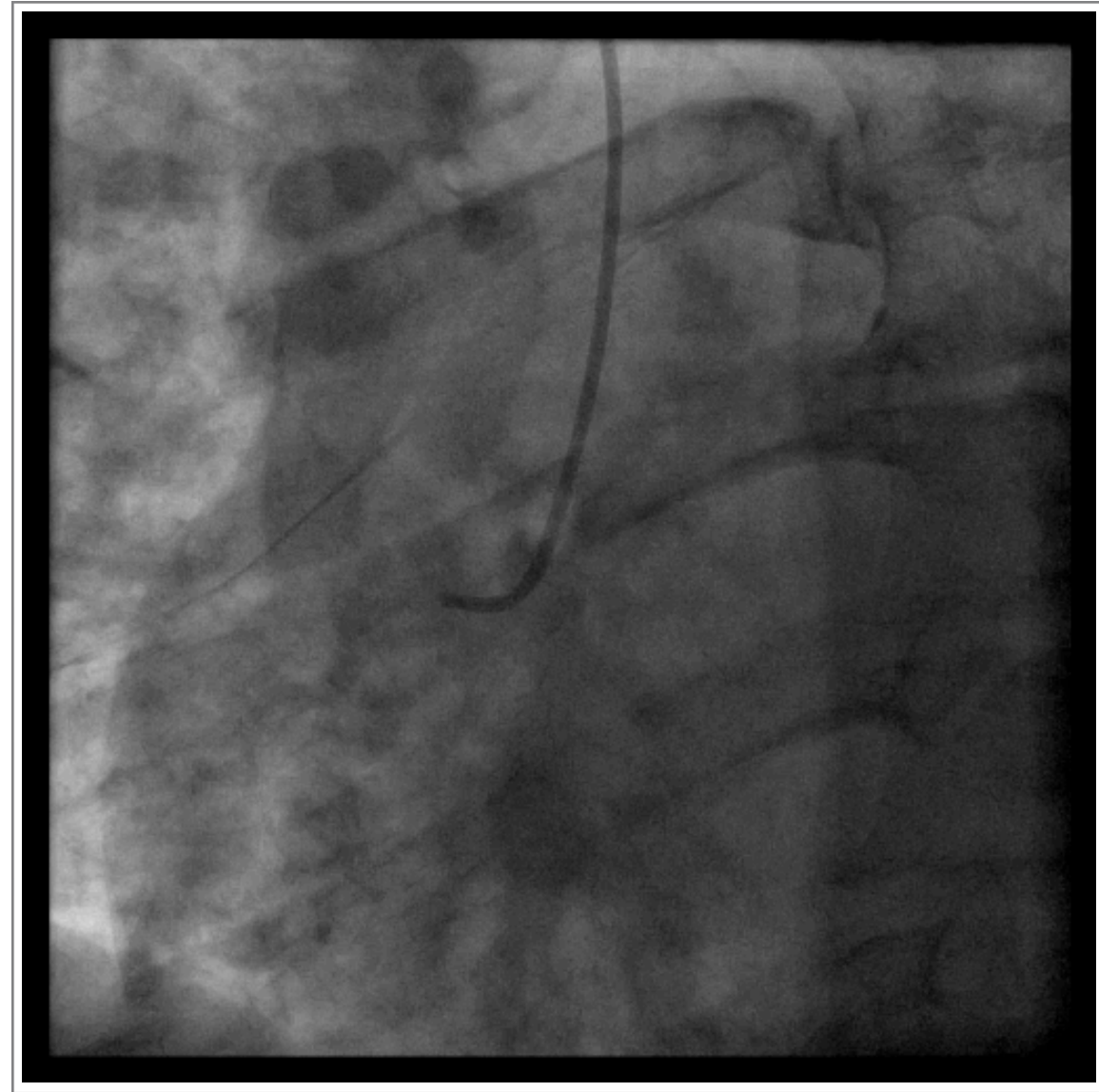
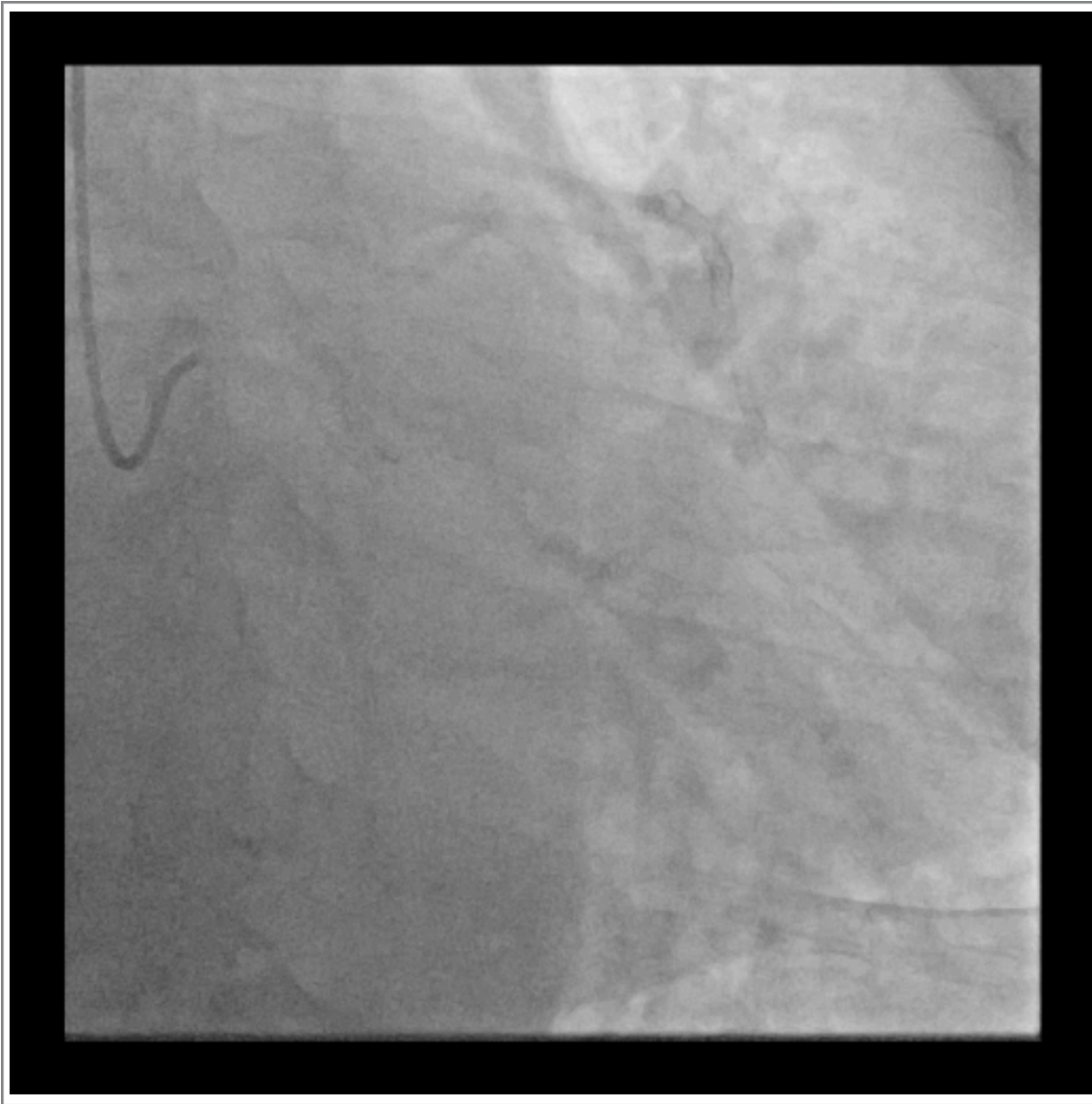
04/2017:

Écho d'effort positive suite à l'arrêt du plavix
après 3 mois de double AAP en vue d'une
cure d'éventration

Coro:

Resténose intra stent IVA2, Sténose serrée
IVA3 et Mg1





STAFF MÉDICO-CHIRURGICAL = PAC



SAUF QUE QQ JOURS PLUS TARD

Au décours de sa séance de dialyse:

ACR sur FV sur ST+ en antérieur CEE x2
retour en rythme sinusal

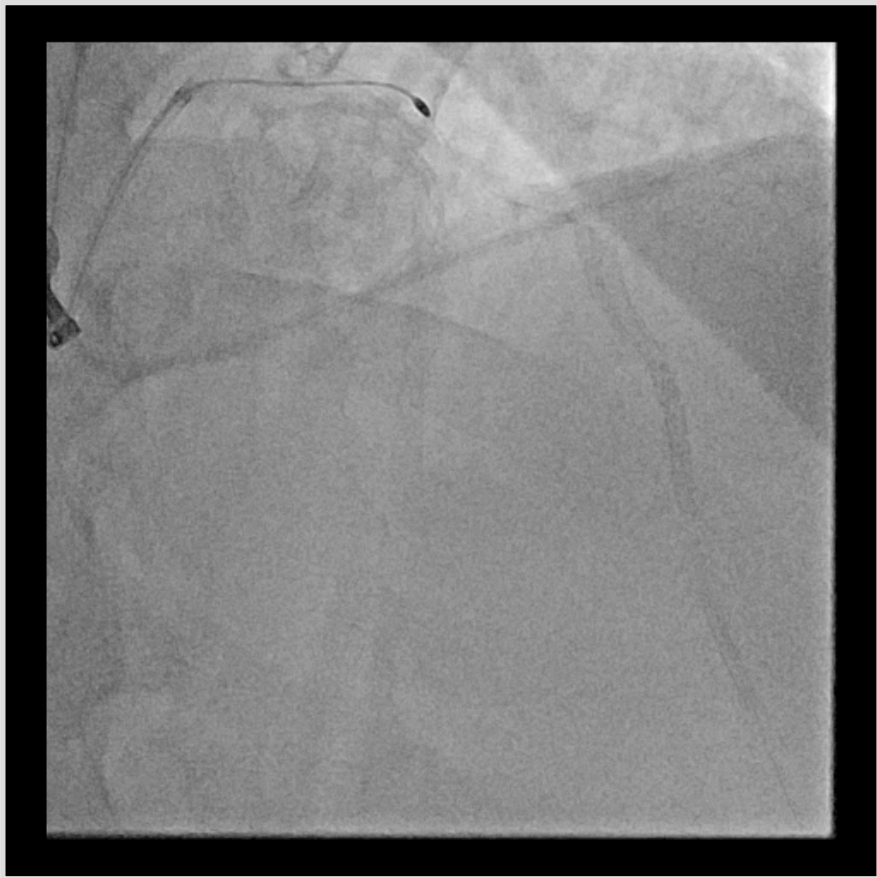
À la coro:

Occlusion Dg1, Sténose serrée intrastent
IVA2





Abord fémoral 6F, EBU 3.75
Rotablator 1.50, Stent IVA2, ATL ballon Dg





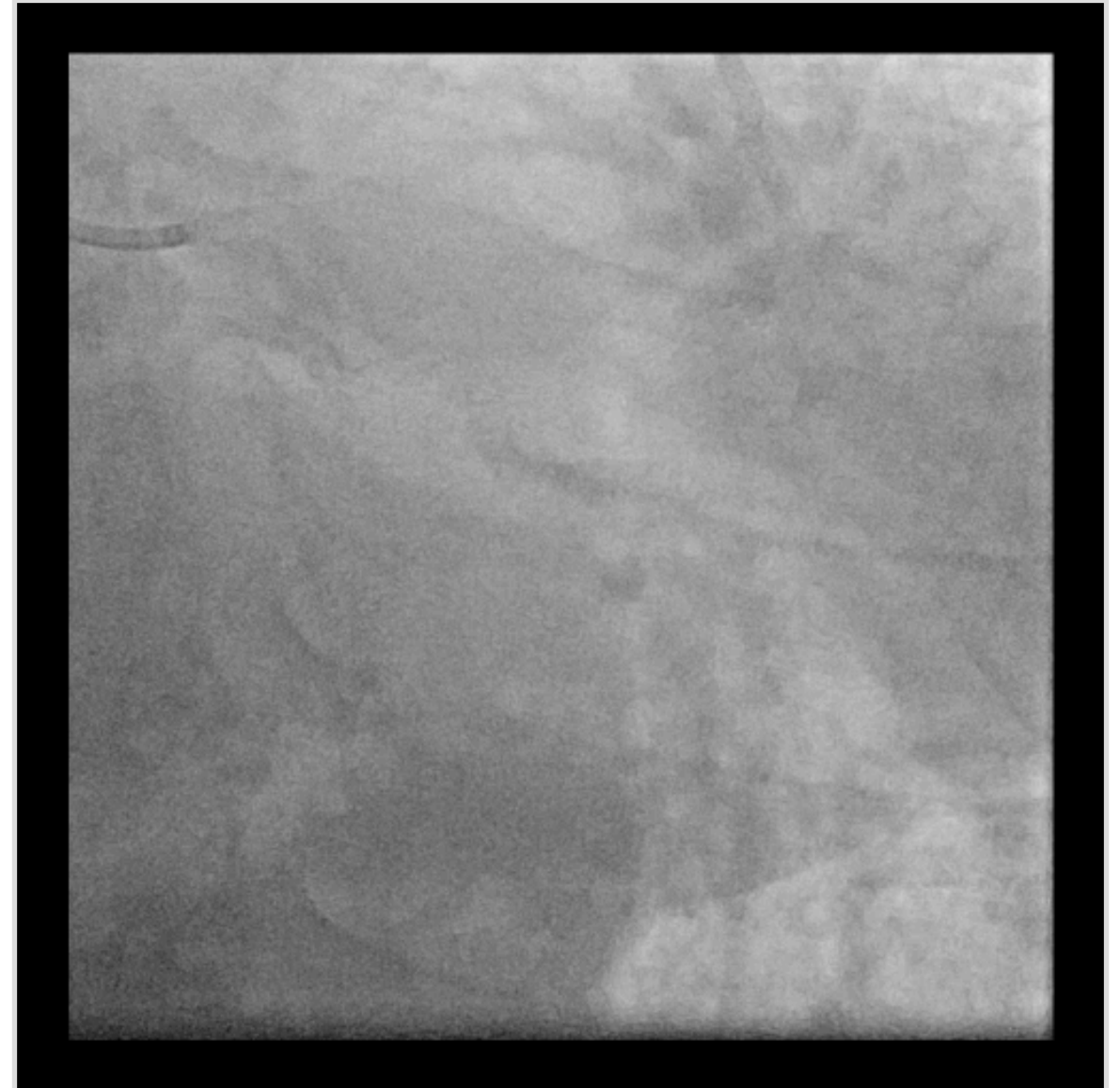
ANGIOPLASTIE DE LA MG

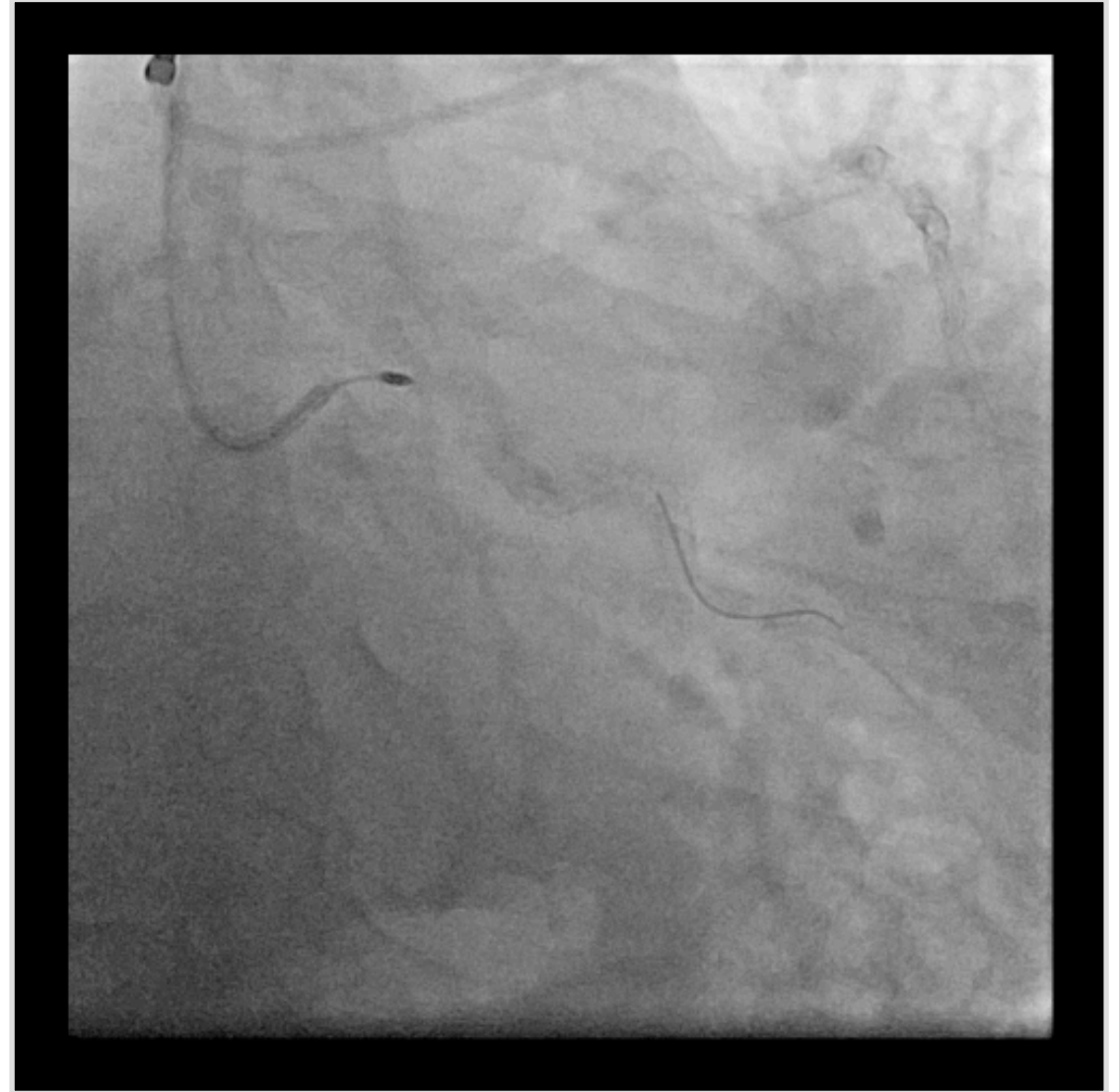
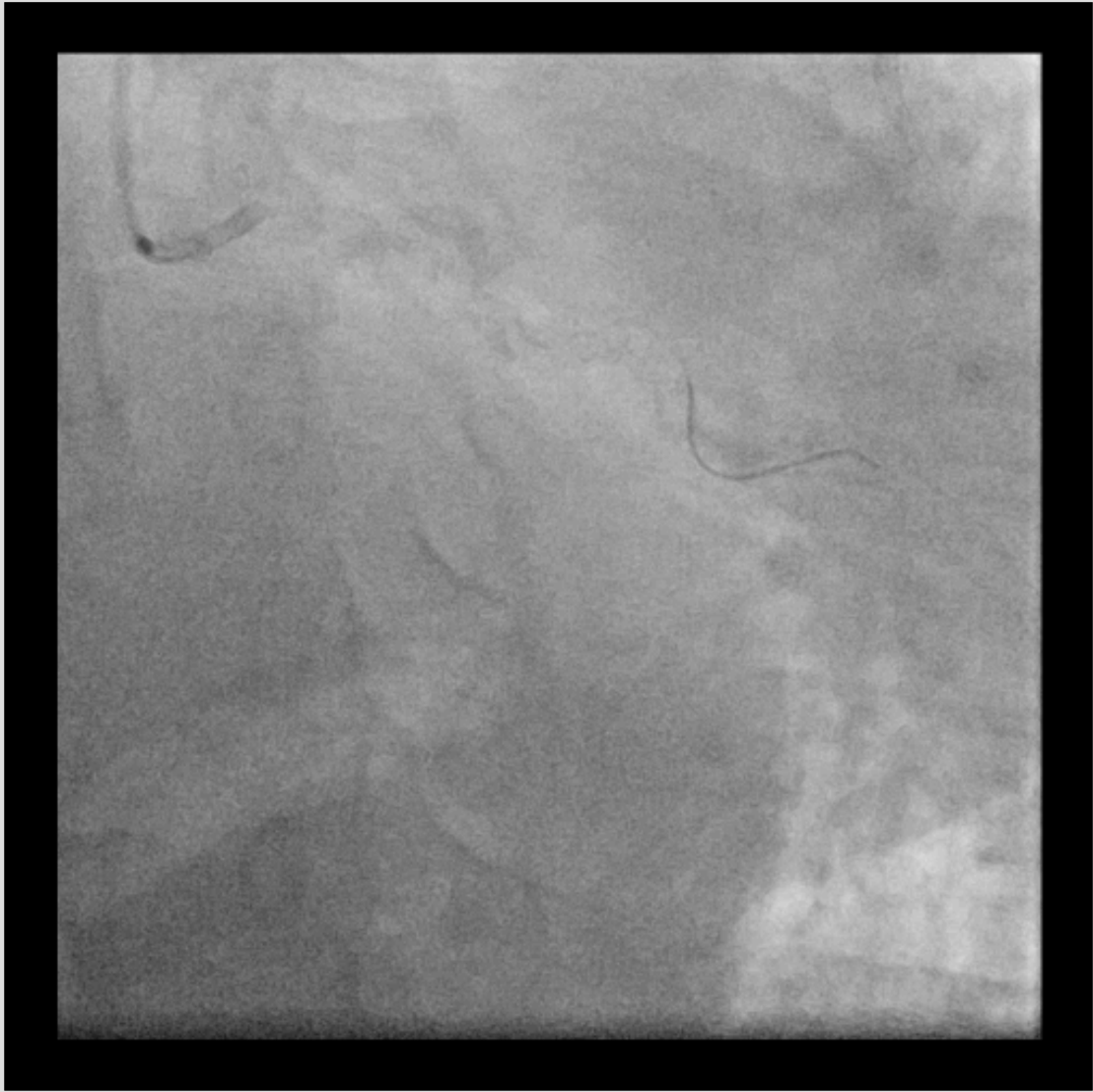
Abord radial droit 6F

EBU 3.75

Guide rota ES

Fraise ROTA 1.5







TAMPONNADE + ACR SUR EFFRACTION CORONAIRE

Conduite à tenir

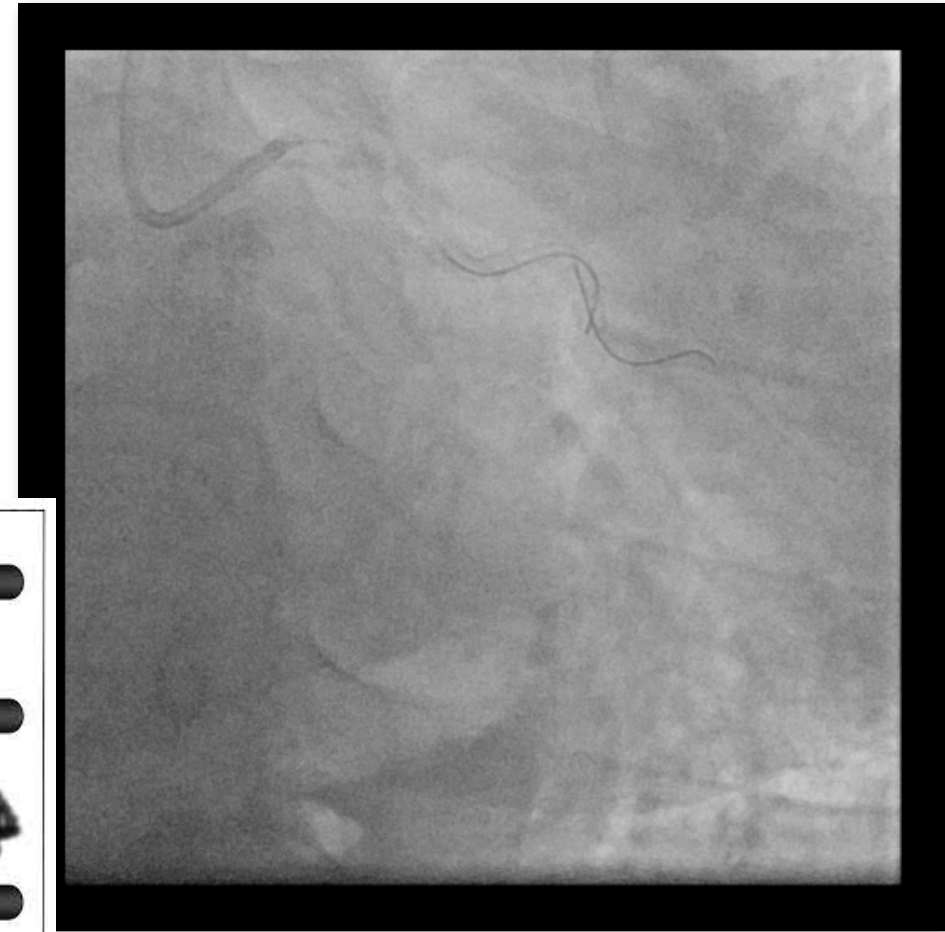
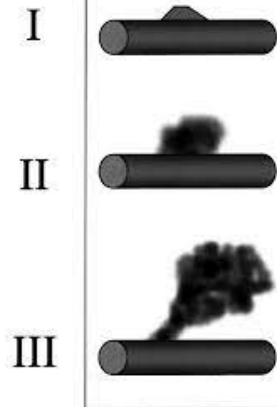
- Gérer la tamponnade

Classification de ELLIS

- Gérer l'ACR

Tableau. Classification des perforations. (D'après Ellis⁽¹⁾ et Muller^{*(11)}).

Type	
I	Cratère extraluminal sans extravasation
II	Tatouage du péricarde ou du myocarde sans extravasation du contraste
III	Extravasation à travers une perforation franche (≥ 1 mm)
IV	Perforation d'une cavité anatomique, du sinus coronaire, etc
V*	Perforation distale dues à l'utilisation de guides

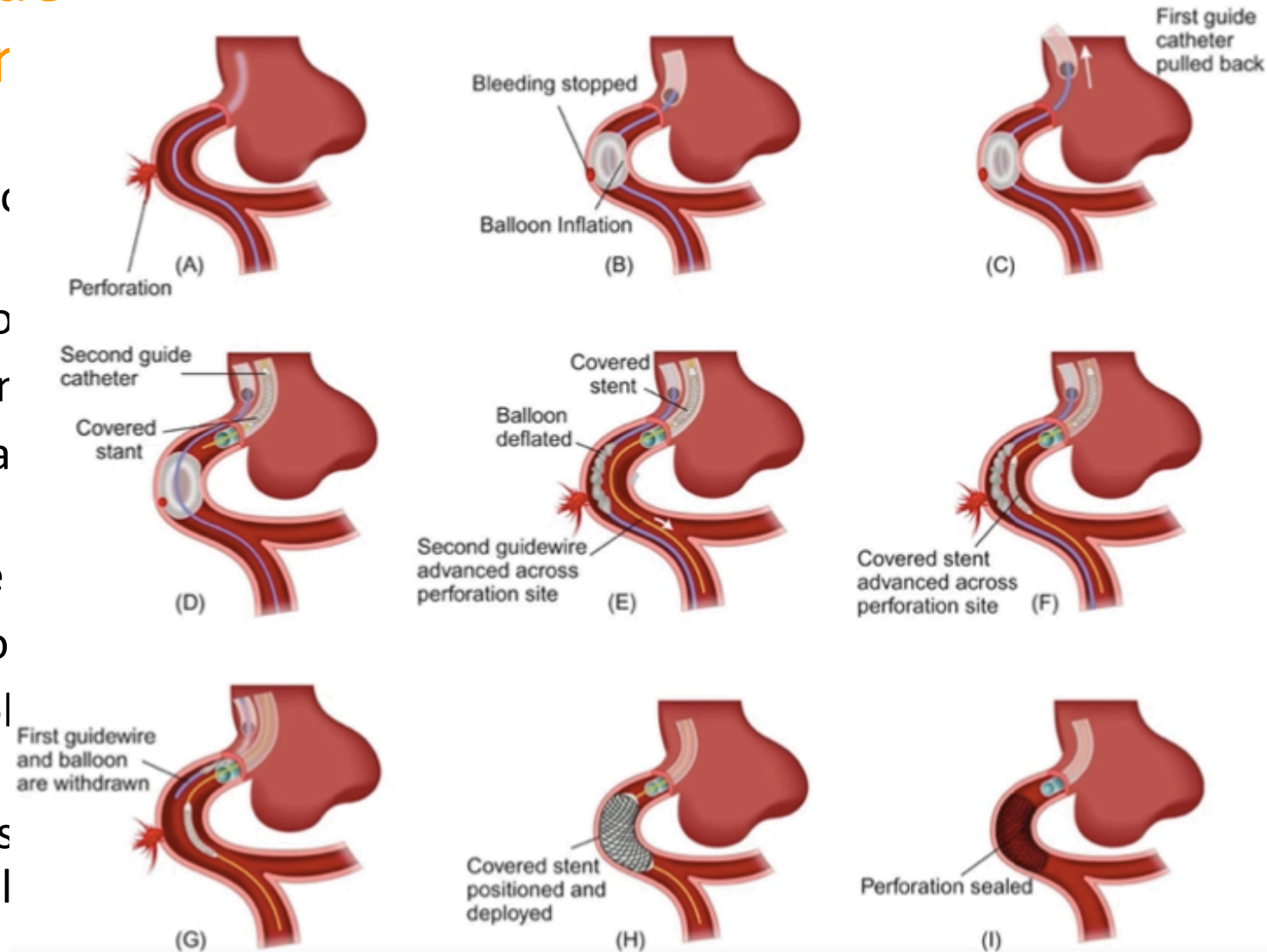




GESTION de l'effraction

- 1/ Inflation d'un ballon à la perforation
- 2/ Appeler du renfort
- 3/ Évaluer l'état hémodynamique
- 4/ ETT si Tamponnement péricardique
- 5/ Si chirurgie cardiaque
- 6/ Discuter l'anticoagulation
- 7/ Transfusion de plaquettes si plaquettes utilisées
- 8/ Faire stopper le traitement de la perforation (clotage)

• Perforation ELLIS 1 ou 2



et répétée

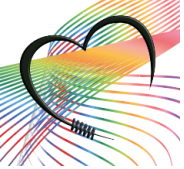
(le stent couvert compatible)

(cette technique)

(à l'écart du site de

des coils, plugs,

microspray...



GESTION DE L'ACR

1/ Appel renfort (collègue + réanimateur)

2/ Mettre les patches de

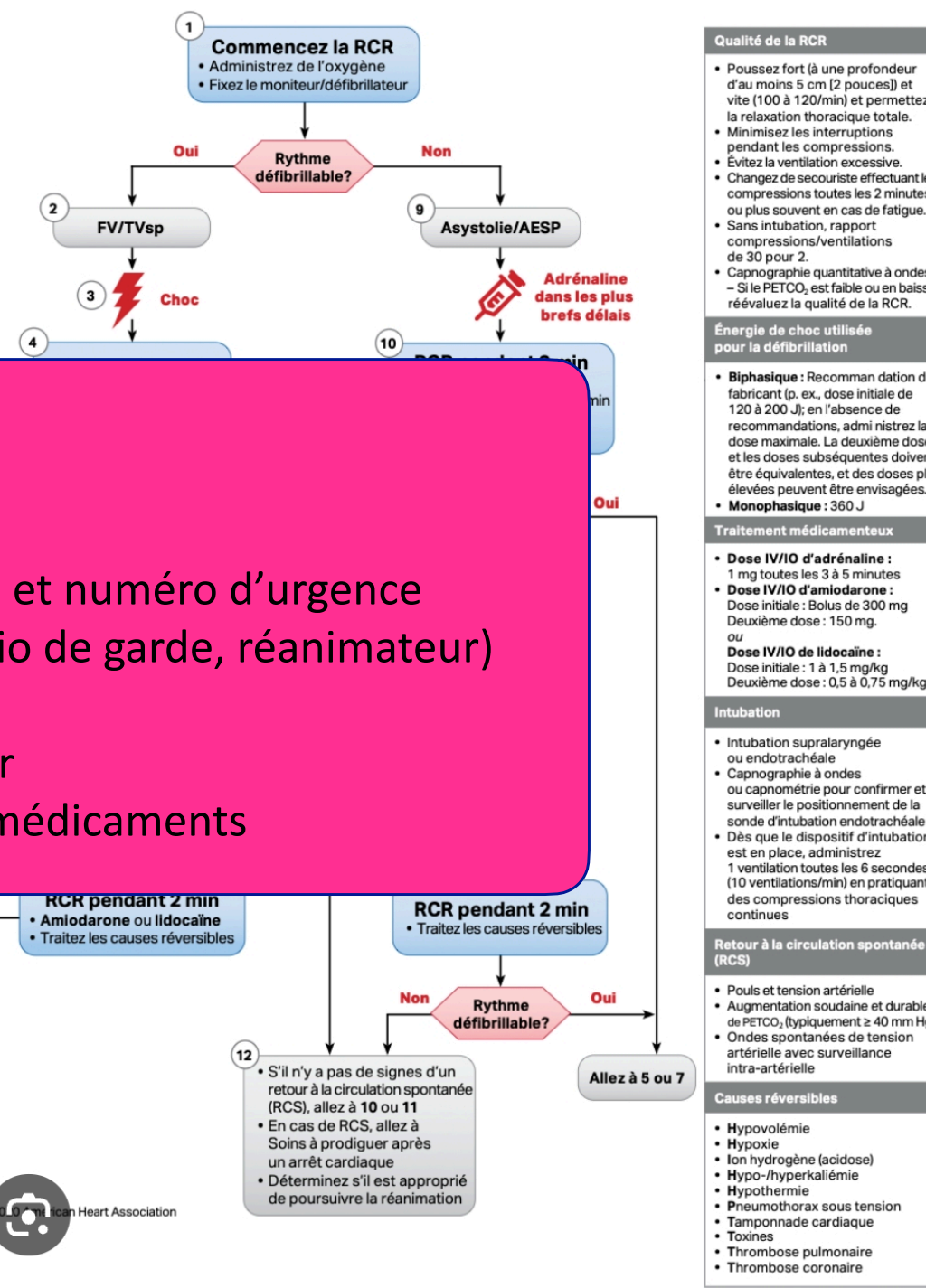
3/ Lancer un chronom

4/ 1 personne qui gère
personnes à la RCP

5/ Communication +++

Rôle paramédical:

- Agir vite
- Connaître les protocoles et numéro d'urgence (bouton d'urgence, cardio de garde, réanimateur)
- Débuter la RCP
- Brancher le défibrillateur
- Préparer et injecter les médicaments



Qualité de la RCR

- Poussez fort (à une profondeur d'au moins 5 cm [2 pouces]) et vite (100 à 120/min) et permettez la relaxation thoracique totale.
- Minimisez les interruptions pendant les compressions.
- Évitez la ventilation excessive.
- Changez de secouriste effectuant les compressions toutes les 2 minutes, ou plus souvent en cas de fatigue.
- Sans intubation, rapport compressions/ventilations de 30 pour 2.
- Capnographie quantitative à ondes – Si le PETCO₂ est faible ou en baisse, réévaluez la qualité de la RCR.

Énergie de choc utilisée pour la défibrillation

- **Biphasique** : Recommandation du fabricant (p. ex., dose initiale de 120 à 200 J); en l'absence de recommandations, administrez la dose maximale. La deuxième dose et les doses subséquentes doivent être équivalentes, et des doses plus élevées peuvent être envisagées.
- **Monophasique** : 360 J

Traitement médicamenteux

- **Dose IV/IO d'adrénaline** : 1 mg toutes les 3 à 5 minutes
- **Dose IV/IO d'amiodarone** : Dose initiale : Bolus de 300 mg Deuxième dose : 150 mg. ou **Dose IV/IO de lidocaïne** : Dose initiale : 1 à 1,5 mg/kg Deuxième dose : 0,5 à 0,75 mg/kg

Intubation

- Intubation supralaryngée ou endotrachéale
- Capnographie à ondes ou capnométrie pour confirmer et surveiller le positionnement de la sonde d'intubation endotrachéale
- Dès que le dispositif d'intubation est en place, administrez 1 ventilation toutes les 6 secondes (10 ventilations/min) en pratiquant des compressions thoraciques continues

Retour à la circulation spontanée (RCS)

- Pouls et tension artérielle
- Augmentation soudaine et durable de PETCO₂ (typiquement ≥ 40 mm Hg)
- Ondes spontanées de tension artérielle avec surveillance intra-artérielle

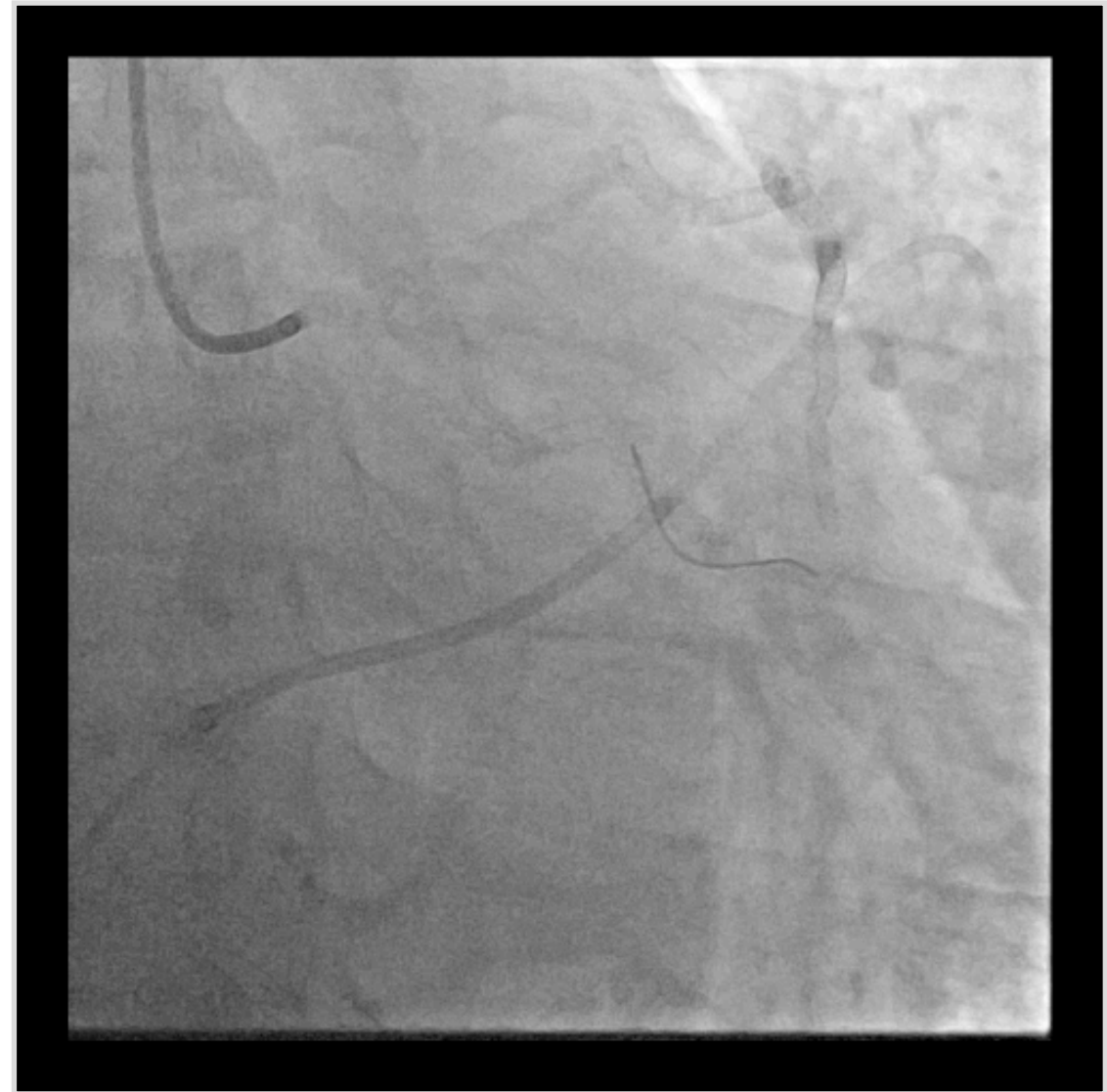
Causes réversibles

- Hypovolémie
- Hypoxie
- Ion hydrogène (acidose)
- Hypo-/hyperkaliémie
- Hypothermie
- Pneumothorax sous tension
- Tamponnade cardiaque
- Toxines
- Thrombose pulmonaire
- Thrombose coronaire



DANS NOTRE CAS

- M.e.p. d'un guide 0,014 " dans la MG
- M.e.p. d'un ballon inflation prolongée pour faire hémostase
- ETT : tamponnade = drainage péricardique écho-guidé
- ACR: RCP + drogues
MCP + 1 mg Adré
- Antagonistaion de l'HNF 1/2 dose





NOS ERREURS

- Guide rota en première intention
- Fraisage sur la jonction radio-opaque

NOS ATOUTS

- M.E.P. rapide d'un ballon pour faire hémostase
- Appel de renfort
 - Cardio de garde (ETT + Drainage péricardique écho-guidé)
 - Réanimateur (Gestion de la RCP)
- Paramédicaux dédiés en salle de KT (Connaissance du matériel et gestion des urgences)



CE QU'IL FAUT RETENIR

- Quelque soit la procédure et le niveau de difficulté le risque zéro n'existe pas
- L'expertise et la connaissance des équipes de cath'lab permettent de gérer au mieux les complications et de les limiter
- L'équipe paramédicale doit se tenir prête à tout moment à gérer des complications et savoir réagir. Connaissance du matériel spécifique ++
+