

SYNDROME AORTIQUE AIGU PHASE HOSPITALIÈRE : ACCUEIL AU RÉVEIL

DR DÉBORAH BENCHETRIT

PH ANESTHÉSIE – RÉANIMATION / CHIRURGIE VASCULAIRE

DÉPARTEMENT D'ANESTHÉSIE RÉANIMATION – GHPS

MÉDECIN ESR – G1 - BSPP

Mardi du Val 13/06/2023



INTRODUCTION

REGULATION EN SSPI

Appel régulation SAMU / coordination BSPP

□ 3 options :

▣ **Appel médecin SSPI-AP +++**

▣ Appel de la chirurgie cardiaque directement (infirmière de coordination / interne de chirurgie cardiaque de garde)

▣ Appel de la chirurgie vasculaire directement (interne de chirurgie vasculaire)

=> Les chirurgiens ne doivent être appelés directement que si diagnostic (scanner) confirmé

Acceptation SSPI

- Acceptation si et seulement si accord préalable :
 - Chirurgien vasculaire
 - ET chirurgien cardiaque

- Si ok : prévenir **scanner** Gaston Cordier

Exception à la règle

- Si non secteur Pitié (5ème – 6ème – 13ème):
suggérer de faire la TDM sur l'hôpital de secteur et
acceptation en fonction des résultats

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE EN SSPI

Patient stable

- **Patient stable** et diagnostic radiologique non fait :
 - Rejoindre le SAMU au niveau du **scanner (TAP IV+ précoce et tardif)**
 - Faire des étiquettes à l'arrivée du patient **Admission UH105 (codage SSPI => pas par le SAU)**

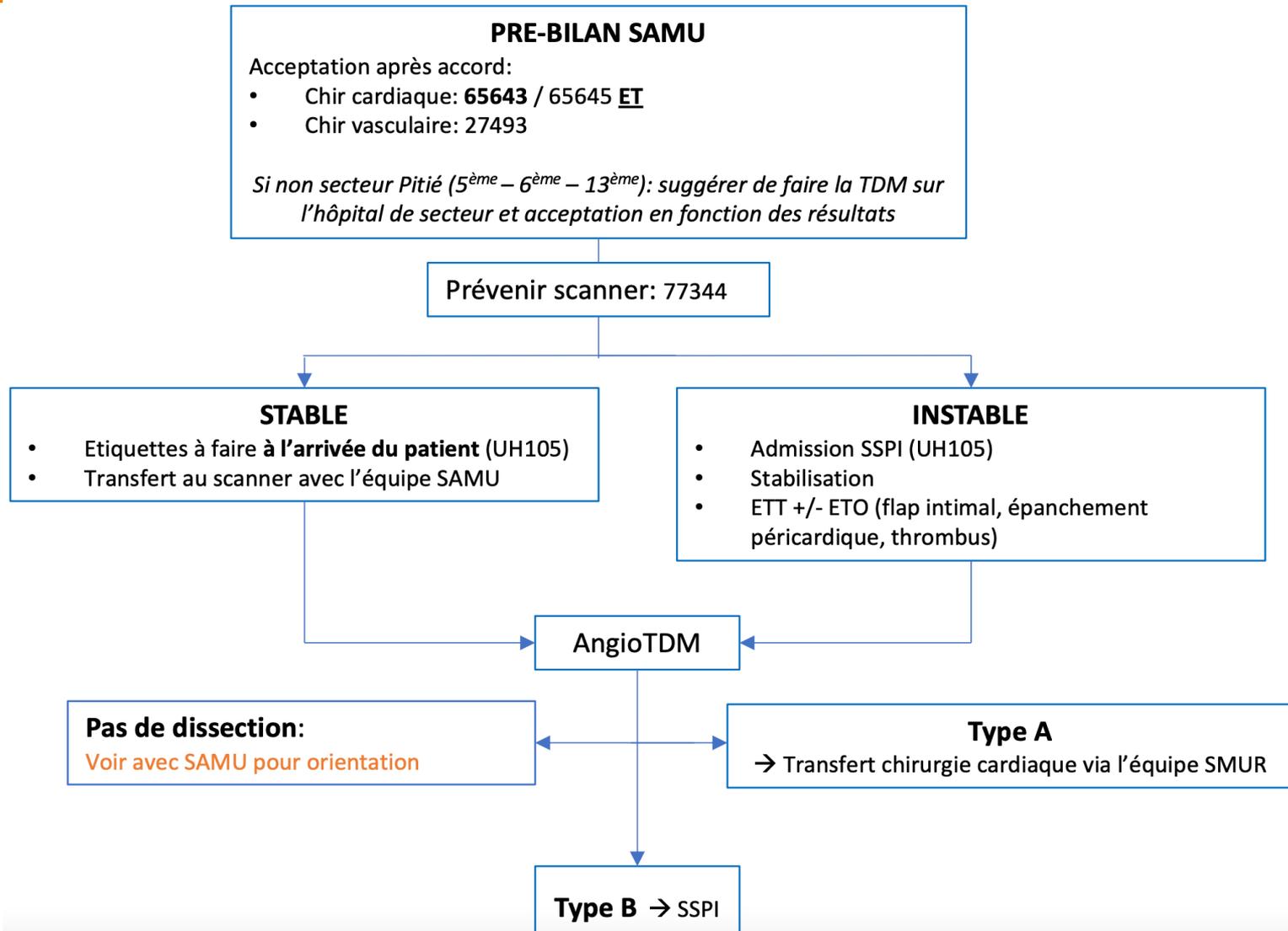
- **Une fois la confirmation radiologique faite :**
 - Type B : admission du patient en SSPI
 - Type A : transfert par SAMU au bloc de chirurgie cardiaque

 - Si pas de confirmation, discuter avec le SAMU pour régulation du patient.

Patient instable

- **Patient instable** et diagnostic radiologique non fait:
 - Admission du patient en SSPI
 - Stabilisation
 - ETT +/- ETO (si intubé) à la recherche d'un flap intimal, épanchement péricardique, thrombus
 - AngioTDM (TAP IV+ précoce et tardif) le plus rapidement possible si stabilisé

Synthèse Régulation et Diagnostic



STRATEGIE THERAPEUTIQUE

Dissection aortique de type A

- ❑ **Traitement chirurgical en urgence** à la phase aiguë de la dissection aortique de type A
- ❑ Transfert par SAMU au bloc de chirurgie cardiaque

Dissection aortique de type B

- ❑ **Traitement médical en urgence** à la phase aiguë de la dissection aortique de type B
- ❑ Transfert en SSPI

Erbel et al. Eur Heart J 2014

Whelton et al. J J Am Coll Cardiol 2017

Dissection aortique de type B : ttt med

- Equipement (au minimum) : 2 VVP avec Octopus®, KTa radial **droit**, sonde urinaire
- Contrôle hémodynamique : **TAS comprise entre 100-120mmHg et FC < 60/min**
- Diminution FC et contractilité VG :
 - LABETALOL IVSE (Bolus IVL 20mg – Entretien IVSE 5 à 20mg/h max)
- Contrôle tensionnel :
 - 1ère ligne : NICARDIPINE IVSE (Bolus IVD 0,5mg-1 mg/5min – Entretien IVSE 15mg/h max)
 - 2ème ligne : URAPIDIL IVSE (Bolus IVD 10 mg puis Entretien IVSE 150 mg/h max, avec changement de vitesse de 5 mg en 5 mg et bolus possible de 5 mg au changement de vitesse)
 - 3ème ligne : CLONIDINE IVL (max 0,15mg x 4 /j IVL ou IVSE)
- Analgésie multimodale avec titration morphinique si besoin. Pas de Néfopam
- Réanimation liquidienne :
 - Précommande : 6 CGR, 6PFC, 1 CUP
 - Noradrénaline IVSE : objectif tensionnel TAS comprise entre 100 – 120 mmHg

Dissection aortique de type B : ttt chir

□ Indications de prise en charge chirurgicale vasculaire en urgence :

□ A l'arrivée :

- Rupture Aortique
- Malperfusion : digestive, rénale, membres inférieurs, médullaire -
Epanchement pleural gauche abondant

□ A 48h :

- Persistance des douleurs malgré antalgiques de palier 3
- HTA résistante au traitement médical optimal
- Augmentation du diamètre aortique > 3 mm au TDM de contrôle

Dissection aortique de type B : ttt chir

1. Fermeture de la porte d'entrée

Mise en place d'une endoprothèse par voie endovasculaire au niveau de l'aorte thoracique descendante.

2. +/- Traitement d'une malperfusion

Revascularisation par voie endovasculaire (stenting de l'artère malperfusée), chirurgicale ouverte par revascularisation directe

3. Traitement d'une rupture aortique

Couverture par voie endovasculaire ou mise à plat chirurgicale

Dissection aortique de type B : surveillance

- *Clinique* : Tension artérielle, Douleur thoracique, Signes digestifs, signes d'ischémie artérielle des membres inférieurs, mobilité des membres inférieurs
- *Paraclinique/24h* : NFS, Créat, CPK, LDH, Lactates

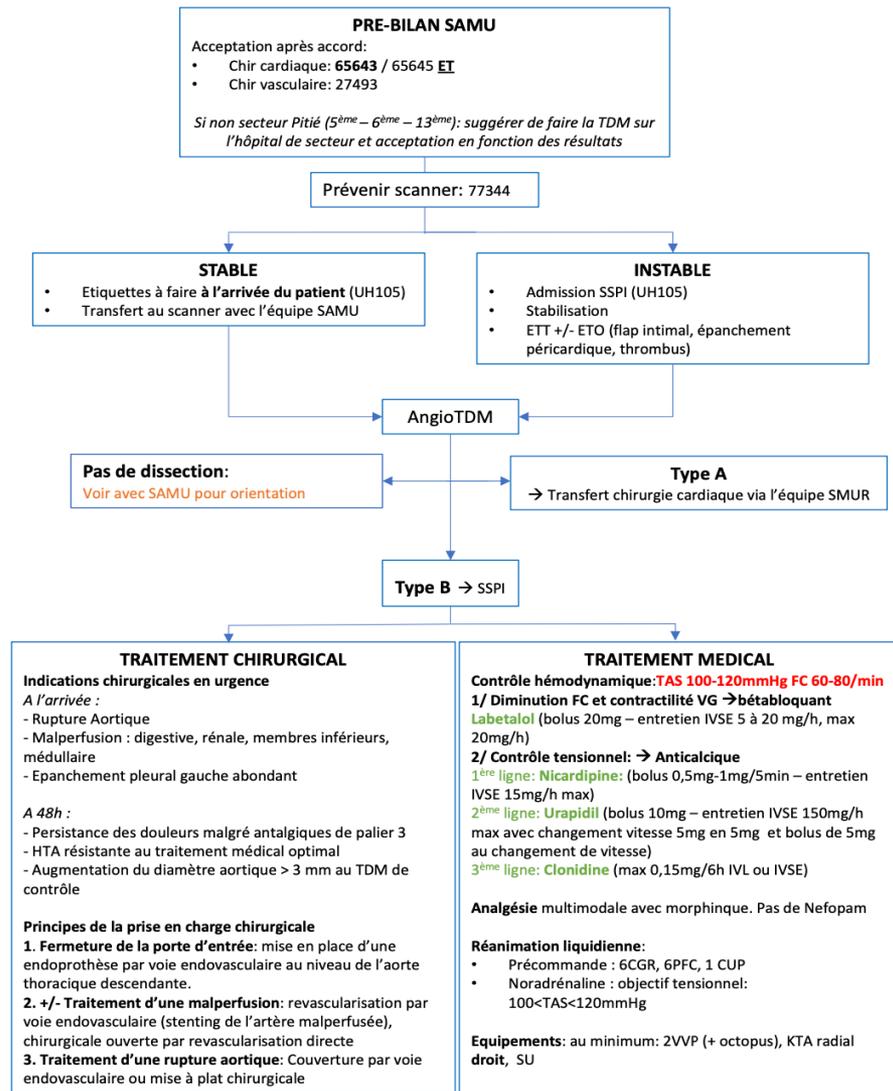
=>Si aggravation clinique ou paraclinique : AngioTDM (TAP IV+ précoce et tardif) en Urgence

CONCLUSION

Conclusion

- Diagnostic difficile
- Scanner indispensable sauf arguments forts
- Comme la traumatologie : le but est d'arriver au bon endroit !!

Algorithme



- Surveillance 48h** en USI / Réa:

Clinique : Tension artérielle, Douleur thoracique, signes digestifs, signes d'ischémie artérielle des membres inférieurs, mobilité des membres inférieurs

Paraclinique/24h : NFS, Creat, CPK, LDH, Lactates

=>Si aggravation clinique ou paraclinique : AngioTDM (TAP IV+ précoce et tardif) en Urgence

- AngioTDM de réévaluation à H+48**

Pas de transfert possible en salle de chirurgie sans TDM et sans avis du chirurgien de garde)

Traitement médical AVANT sortie en salle de chirurgie:

En l'absence d'indication chirurgicale urgente ou semi-urgente

- 1^{ère} ligne : bêta-bloquants PO : **Labetalol**
- 2^{ème} ligne si HTA non contrôlée : ARA 2 PO : **Valsartan**
- 3^{ème} ligne si HTA non contrôlée : Inhibiteur calcique PO : **Amlodipine** ou **Nicardipine**

MERCI DE VOTRE
ATTENTION

deborah.benchetrit@aphp.fr