

Stratégie de prise en charge du choc cardiogénique complicquant un SCA



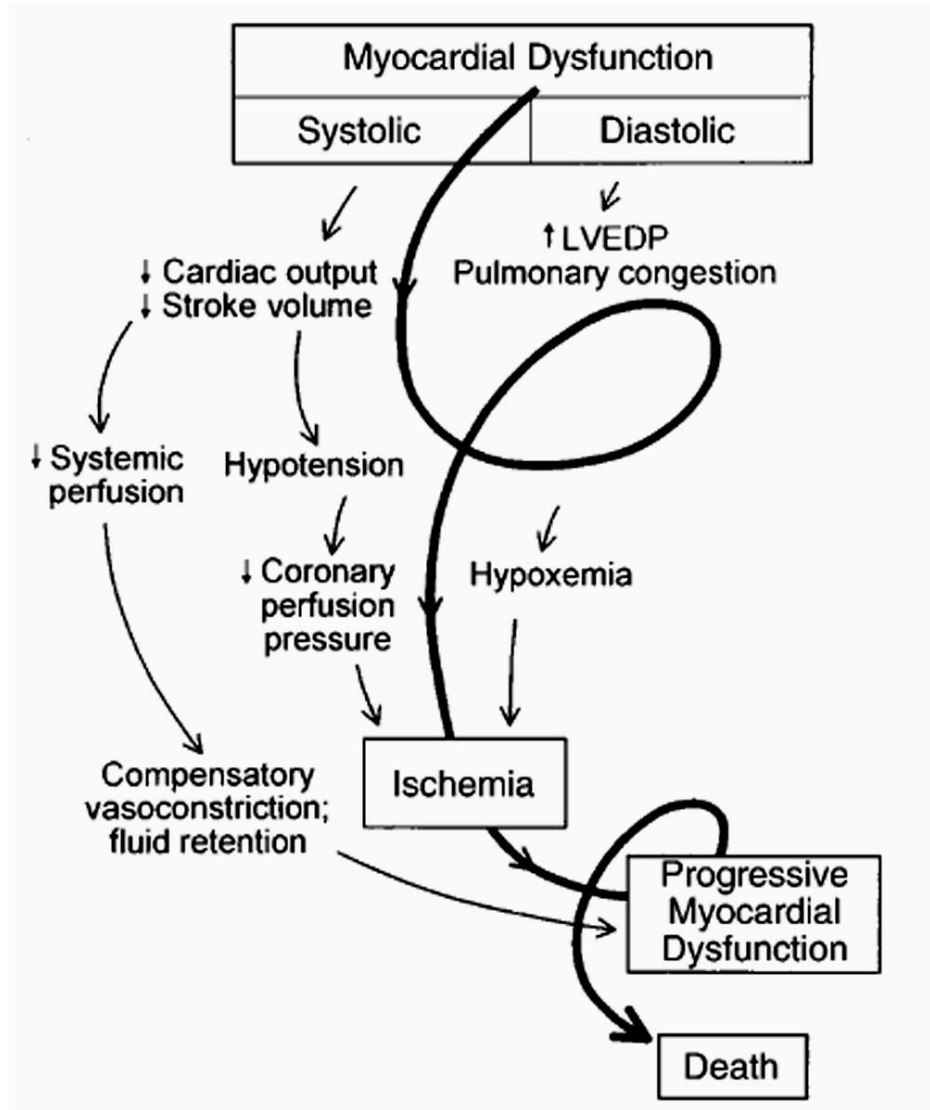
Pr Laurent BONELLO
Soins intensifs de cardiologie
CHU Marseille



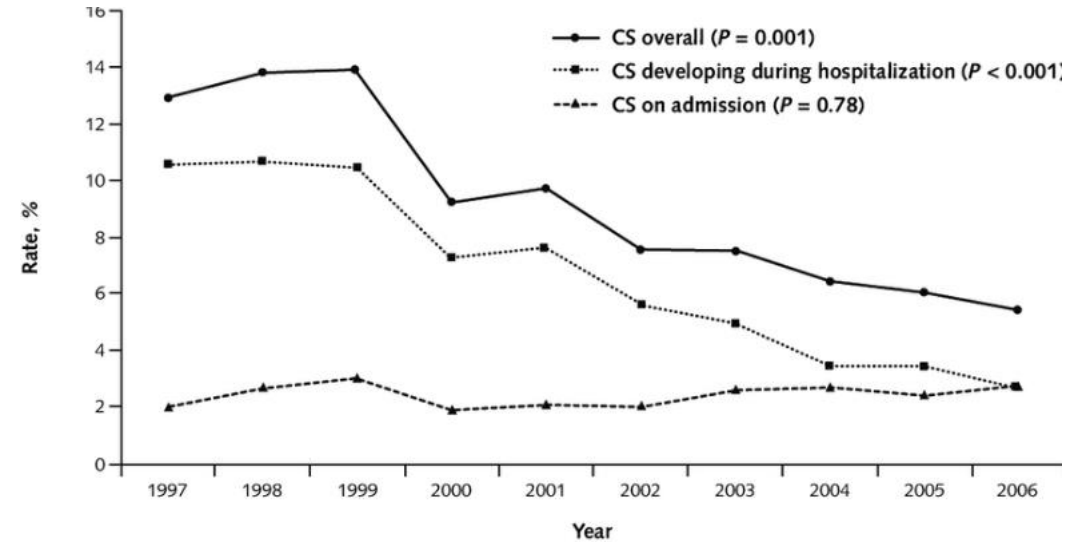
Conflits d'intérêts

- **Lectures: BTG, Abiomed**
- **Bourse de recherche : Astrazeneca, Bayer, Boston, Abbott, Biotronik**

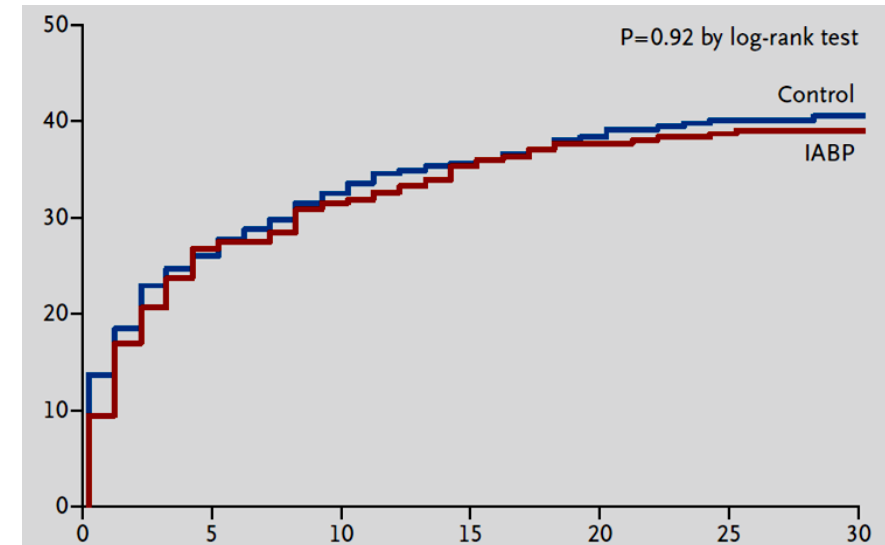
Physiopathologie complexe



Prévalence en baisse (FAST MI)



Mortalité stable élevée

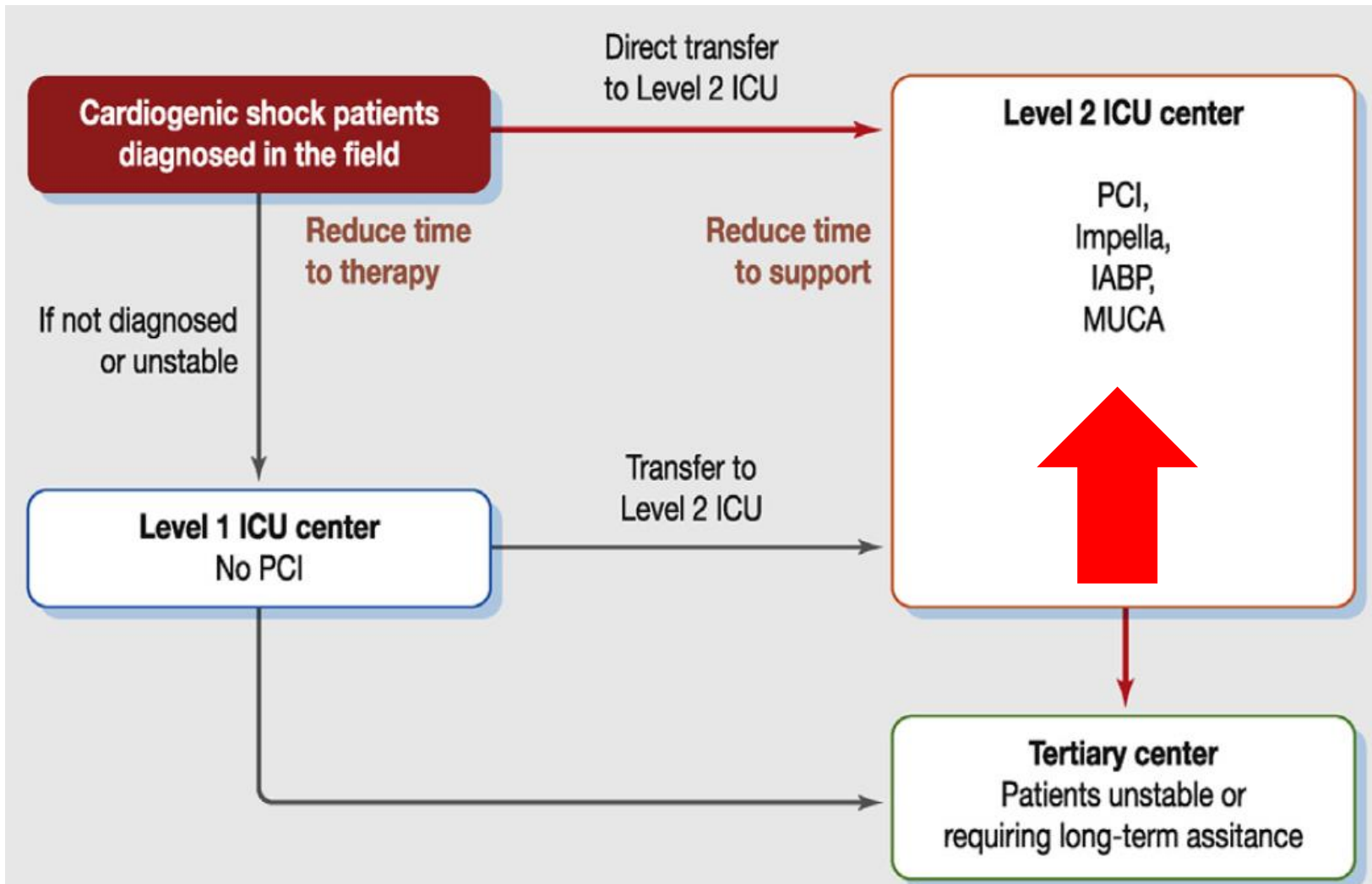


Un nouveau protocole: Assistance pour tous (ou presque)

Mechanical circulatory support in patients with cardiogenic shock in intensive care units: A position paper of the "Unité de Soins Intensifs de Cardiologie" group of the French Society of Cardiology, endorsed by the "Groupe Athérome et Cardiologie Interventionnelle" of the French Society of Cardiology

Assistance circulatoire mécanique de courte durée dans le choc cardiogénique en unité de soins intensifs de cardiologie : avis et mise au point du groupe USIC de la SFC endossé par le GACI

ORIENTATION USIC Niveau 2



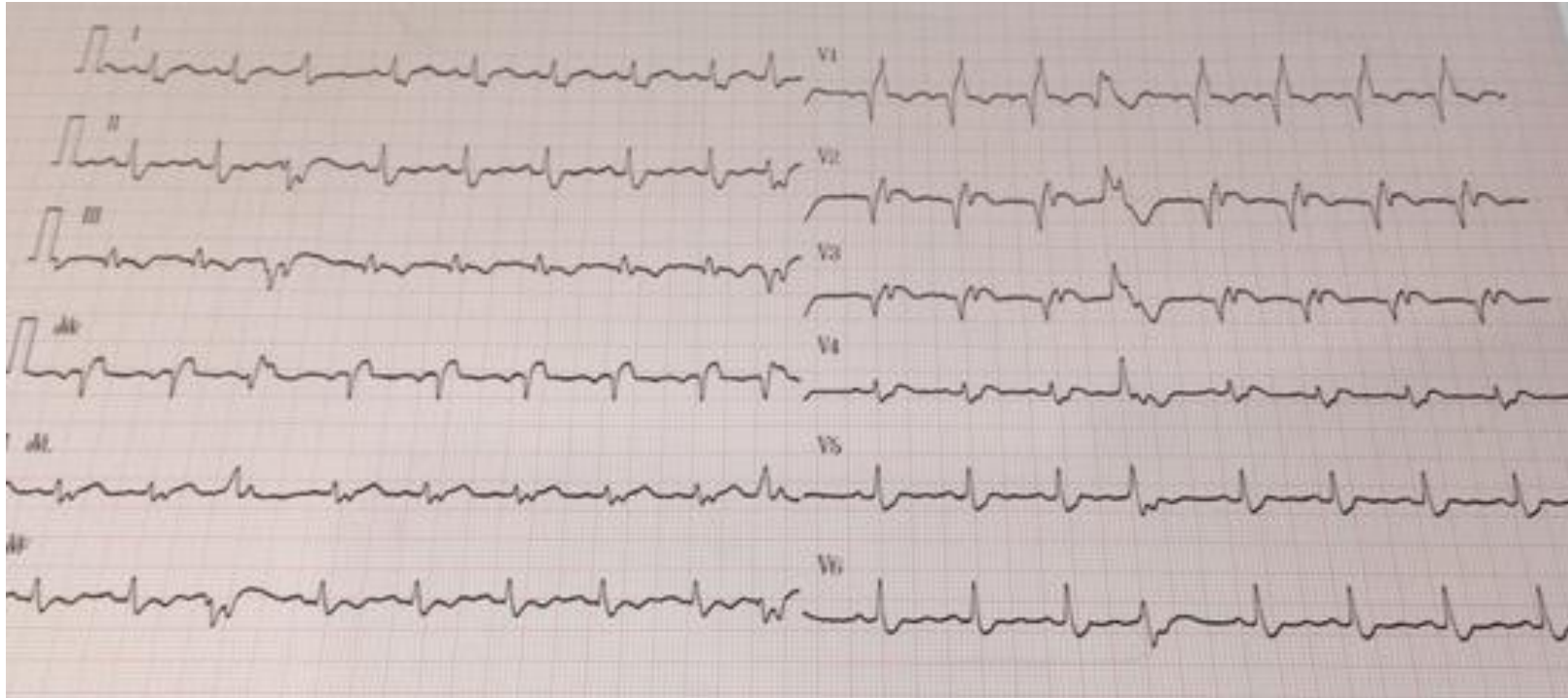
Disponibilité large
Time to support court
Réseau régional ++

Appel du SAMU: précordialgie persistante

Mr M. 54 ans, Tabagique

pas d'antécédent connue / pas de traitement

SCA ST + antérieur (H+24)



**Door to balloon
estimé à 60 mn**

O2

Aspirine 250 mg IV

Brilique 180 mg

HNF 4000

Décision d'angioplastie « primaire »

Stable pendant le transport

à l'arrivée:

- **Persistance de la douleur**
- **Sat 94% sous 4 l/mn**
- **PA= 90/40 mmHg**
- **Pâleur cutanéomuqueuse, marbrures**
- **Conscience OK**
- **ECG inchangé**

Quels premiers gestes en urgence ?

- 1- Echographique** (je ne crois que ce que je vois)
- 2- Coronarographie** (il vient pour ça)
- 3- Réanimation** (que qq un s occupe de lui pdt ma coro)
- 4- Dépilation** (c'est la mode / certification)
- 5- Intubation** (on le met au repos)
- 6- Défibrillation** (pour faire comme dans Urgence)

Quels premiers gestes en urgence ?

- 1- Echographique
- 2- Coronarographie
- 3- Réanimation
- 4- Dépilation
- 5- Intubation
- 6- Défibrillation

Le travail avant cathétérisme n'est pas terminé

ETT à l'arrivée

- *Absence de complication mécanique*
- Pas de valvulopathie
- Dysfonction VG sévère
- FEVG 15%, IC=1,8 l/mn/m², VCI dilatée,
- VD ok, SVR=1200 dynes

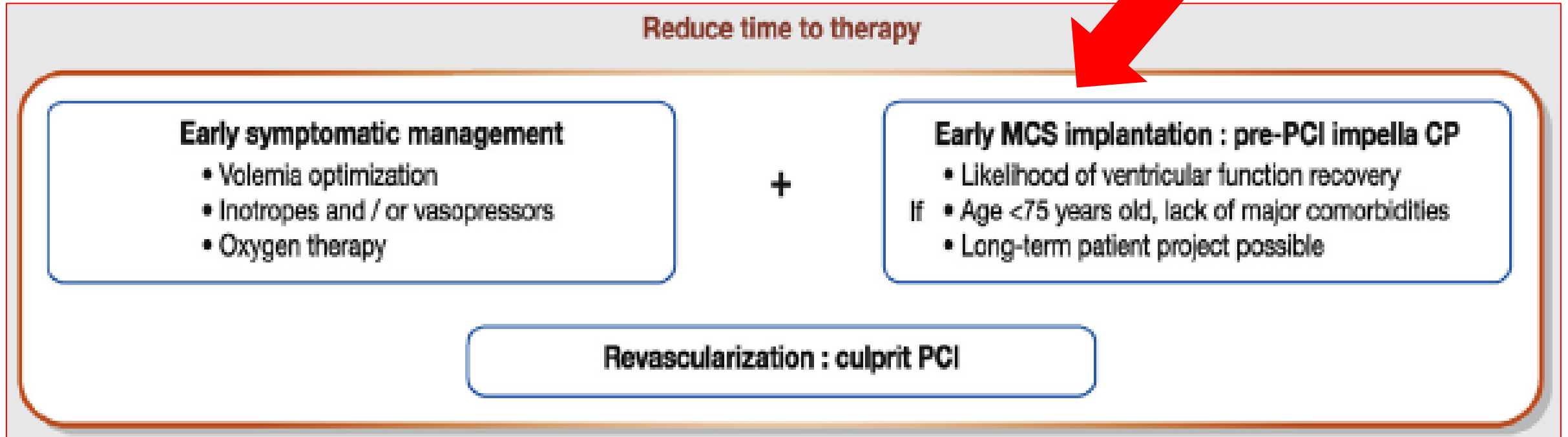
Gazo sous 4l/min O₂ :

Ph=7,2 , PA O₂=60 mmHg

Lactates 3,3



Nouveau protocole thérapeutique



**Si probabilité de récupération
ou projet à long terme (greffe/
assistance)**

Choix d'une stratégie d'escalade thérapeutique

- Jeune
- Pas de comorbidité
- Pas d'arrêt cardiaque
- Projet thérapeutique à long terme
- Protocole réseau (réanimateur / chirurgien cardiaque)

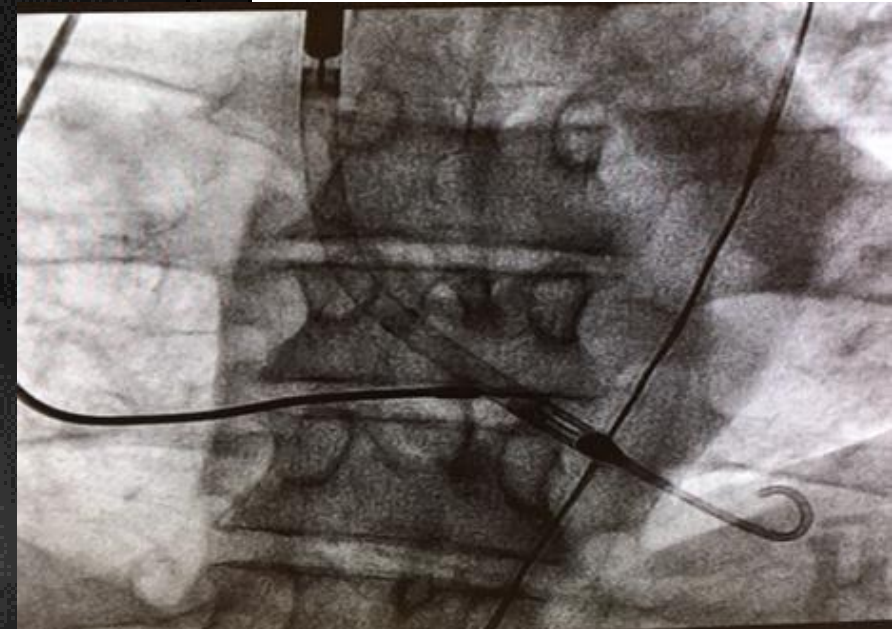
Contraindication	Specifics
<i>Age</i>	> 75 years
<i>Frailty</i>	
<i>Psychiatric disorders/lifestyle</i>	
<i>Pre-existing factors</i>	
Severe kidney failure	
Severe pulmonary disease	
Cirrhosis	
Stroke	
Neoplasia	
Dementia	
<i>Under therapy</i>	
Multiorgan failure	
Severe acidosis (pH < 7.0) or lactate > 15 mmol/L	
Cardiac arrest	With no flow > 5 minutes or slow flow > 30 minutes or lack of witness
Severe sepsis	
Neurological impairment	Permanent (after CPR/stroke)

CPR: cardiopulmonary resuscitation; MCS: mechanical circulatory support.

Décision d'assistance avant angioplastie :

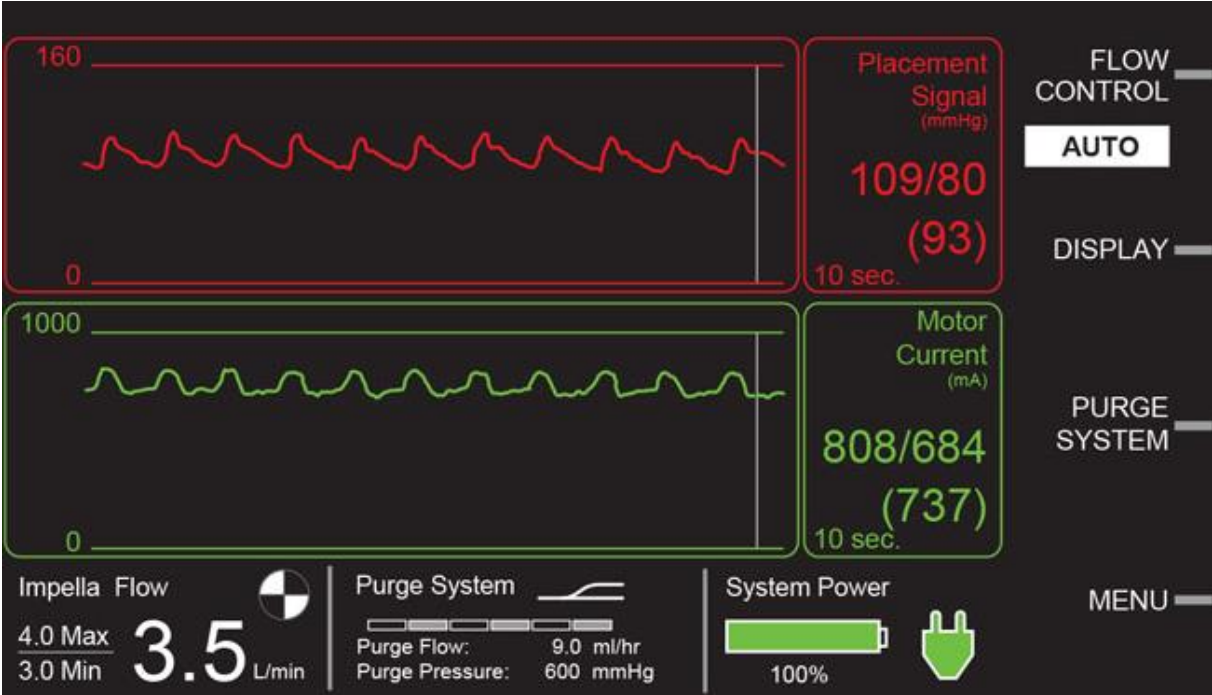
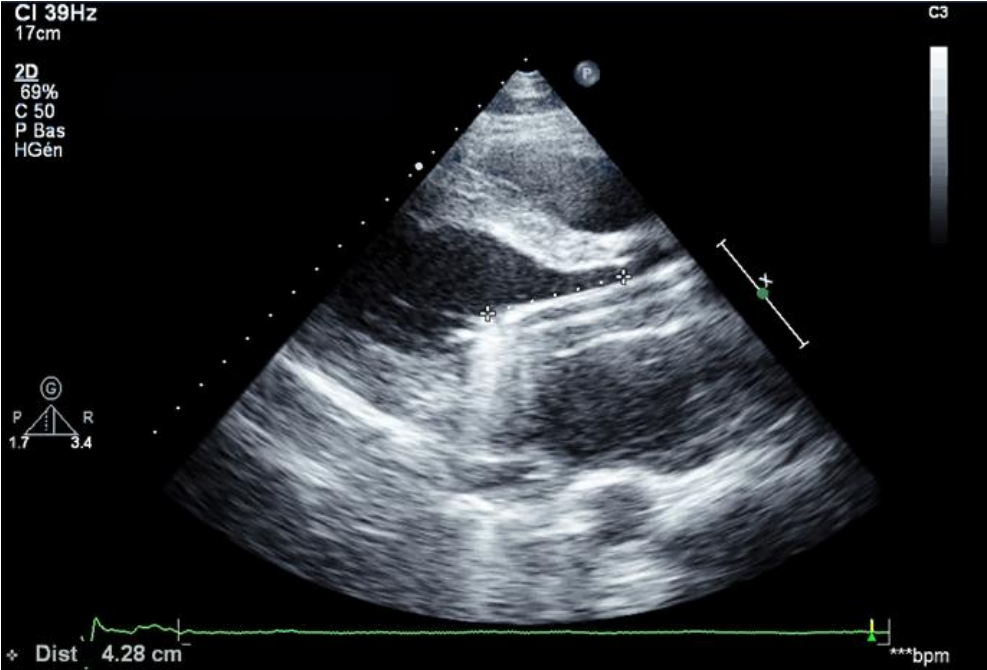
- Ponction sous repérage écho / hémochron pour ACT>250
- Guide 0,18 dédié ds le VG

**Implantation
IMPELLA *CP***

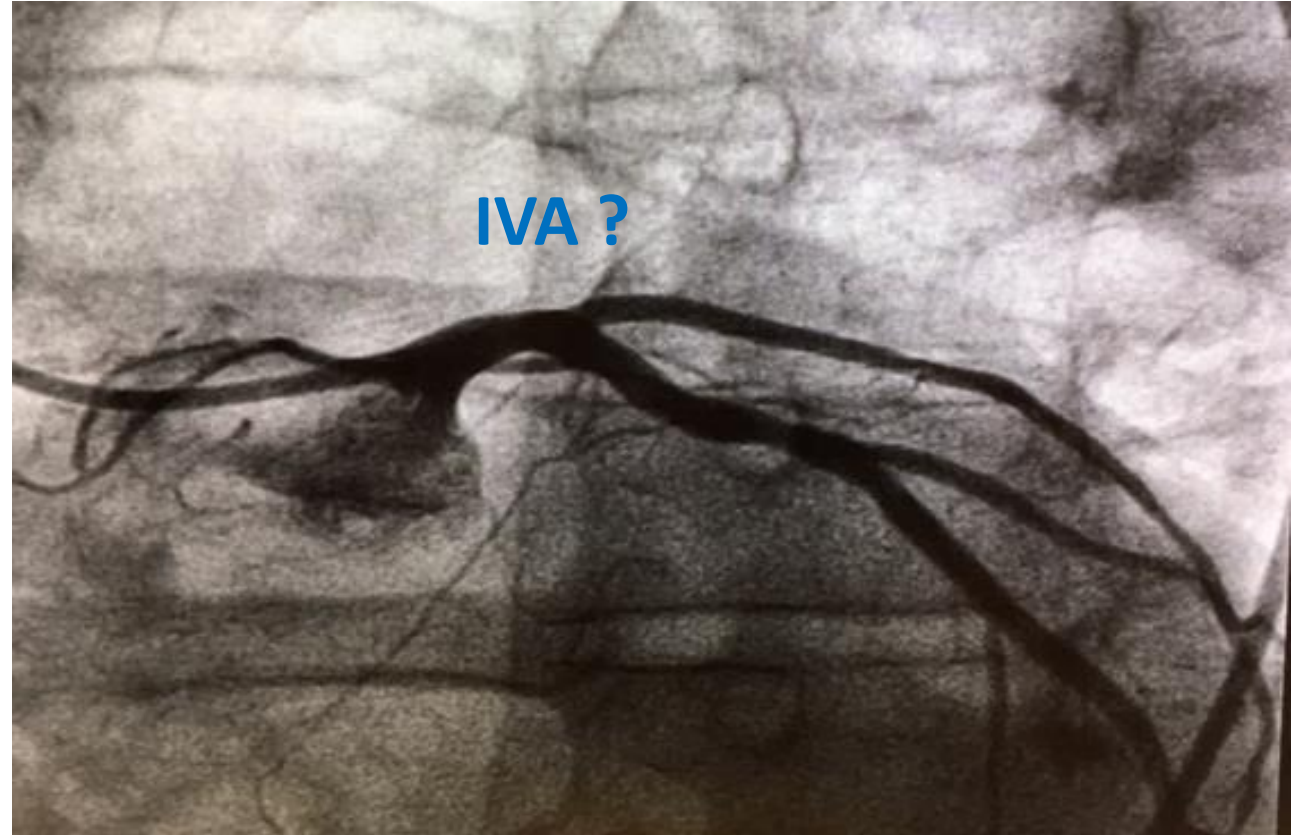
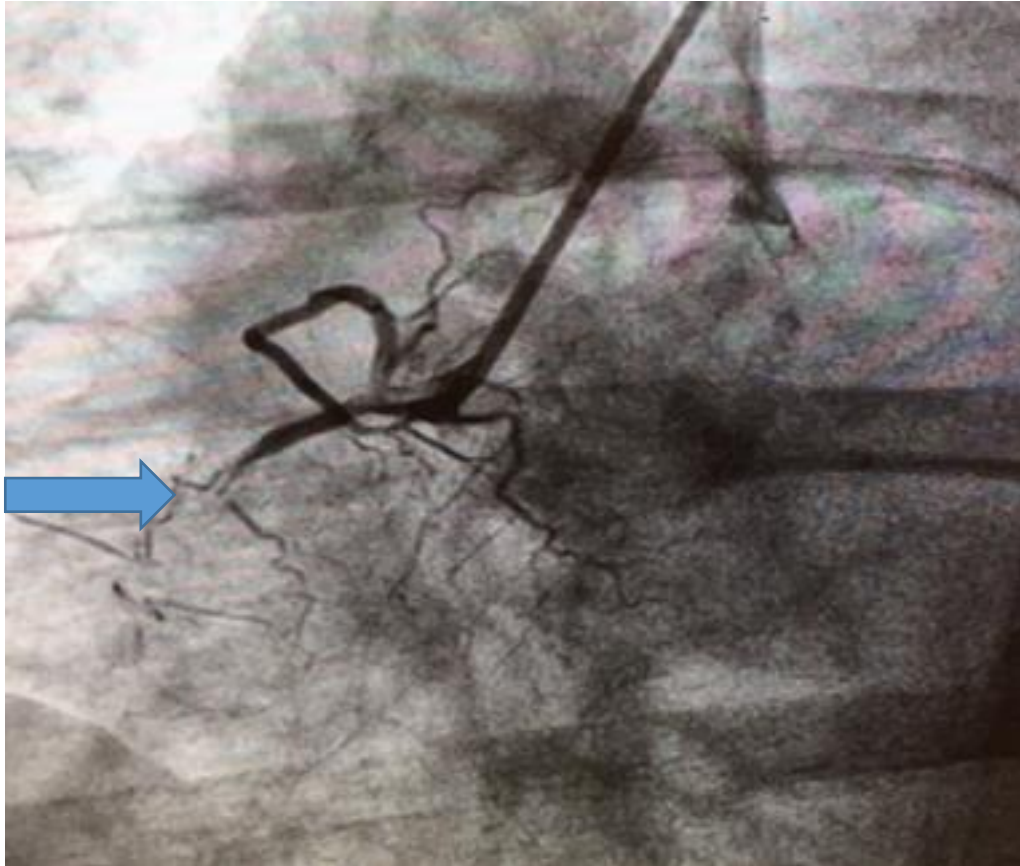


Contrôle du positionnement ETT

Contrôle paramètre : débit ++

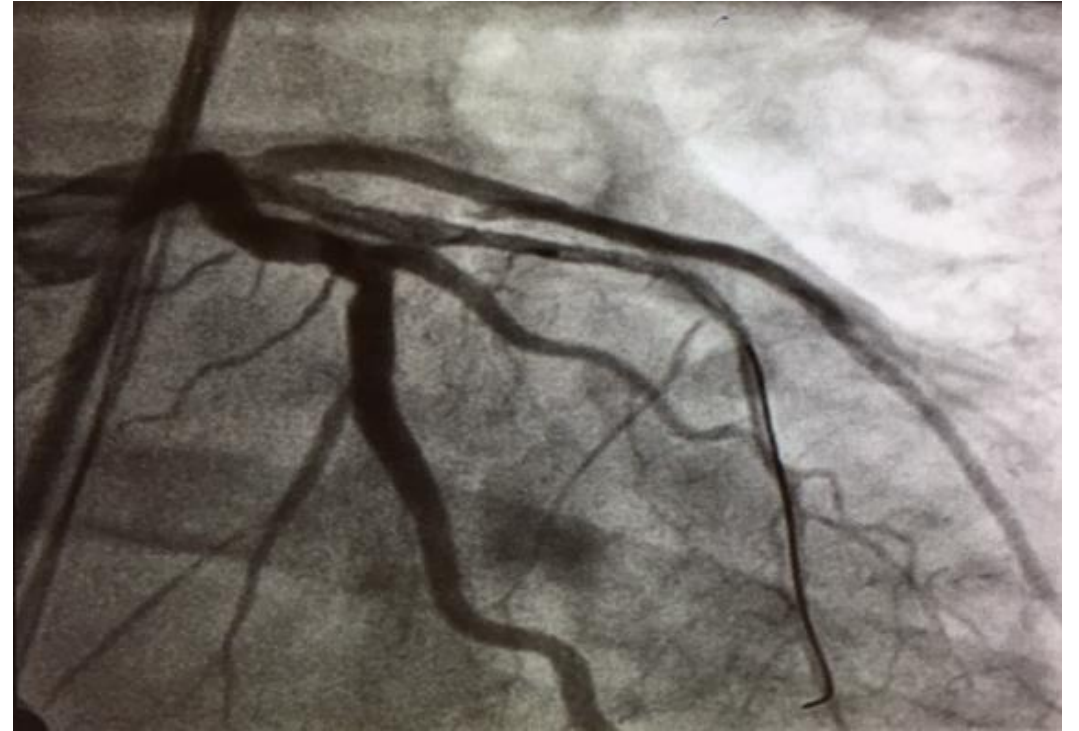
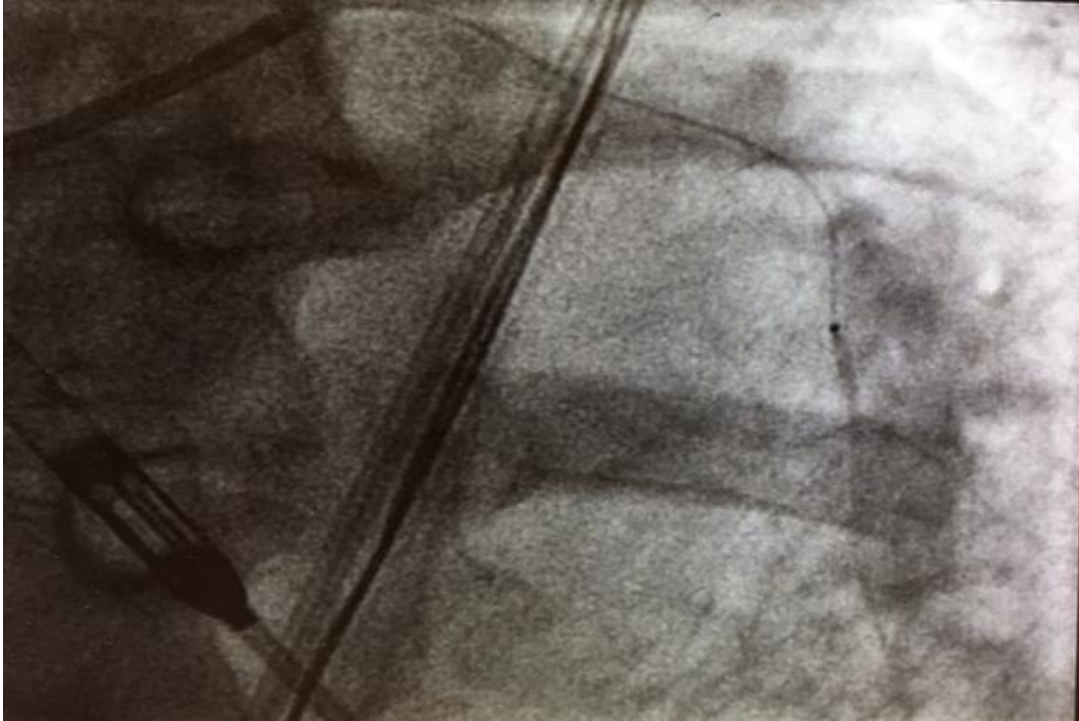


Coronarographie voie fémorale



**Occlusion chronique faiblement collatéralisée
CD et occlusion subaiguë IVA**

On oublie pas l'angioplastie: culprit



- **Echec de franchissement BM / Sion blue**
- **Franchissement difficile avec miracle 3**
- **microKT pour verifier position en distalité**
- **Angioplastie ballon puis stent actif 3,0 * 32**

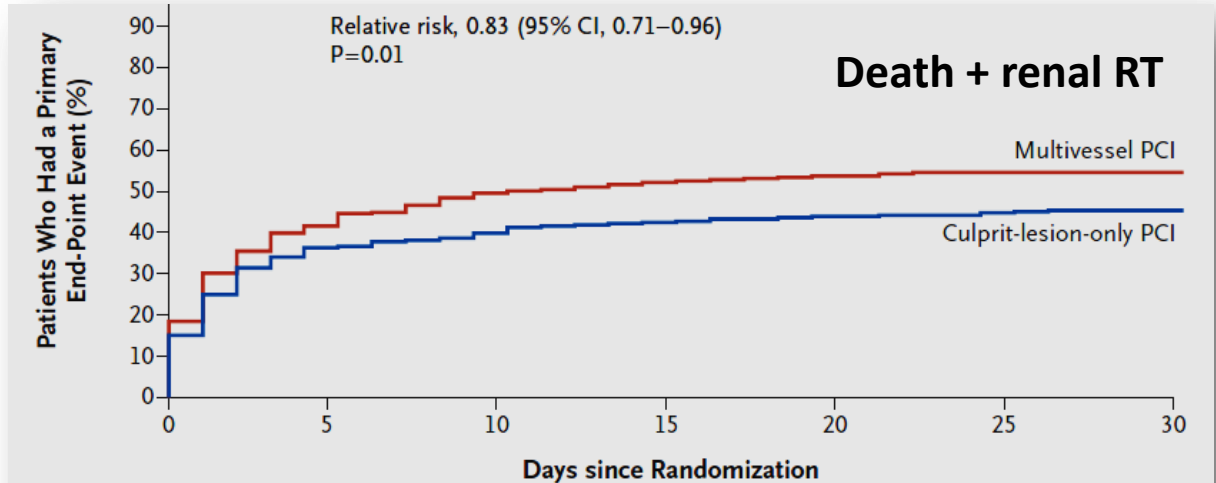
**Bithérapie brilique + kardegic
HNF pour TCA2**

Culprit Shock

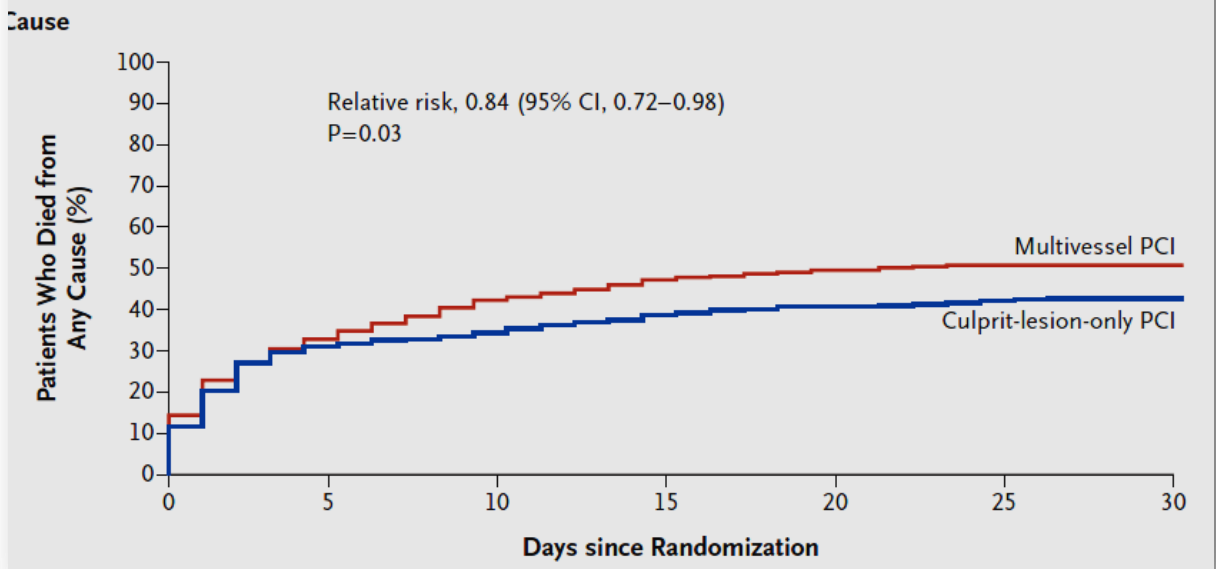
- Culprit vs multivessel PCI in CS
- n = 685
- AMI + CS

C-PCI vs MV-PCI:

- All cause mortality 0,84 (0,75 – 0,98)
- p = 0,03



	341	199	172	162	156	153	152
PCI	344	219	207	198	192	189	184

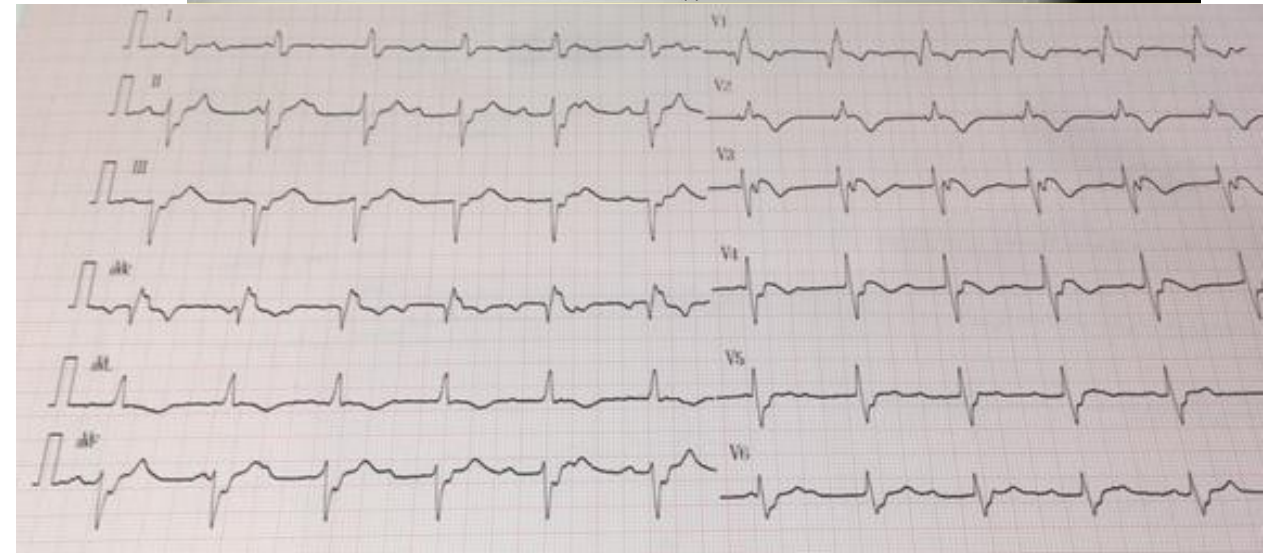
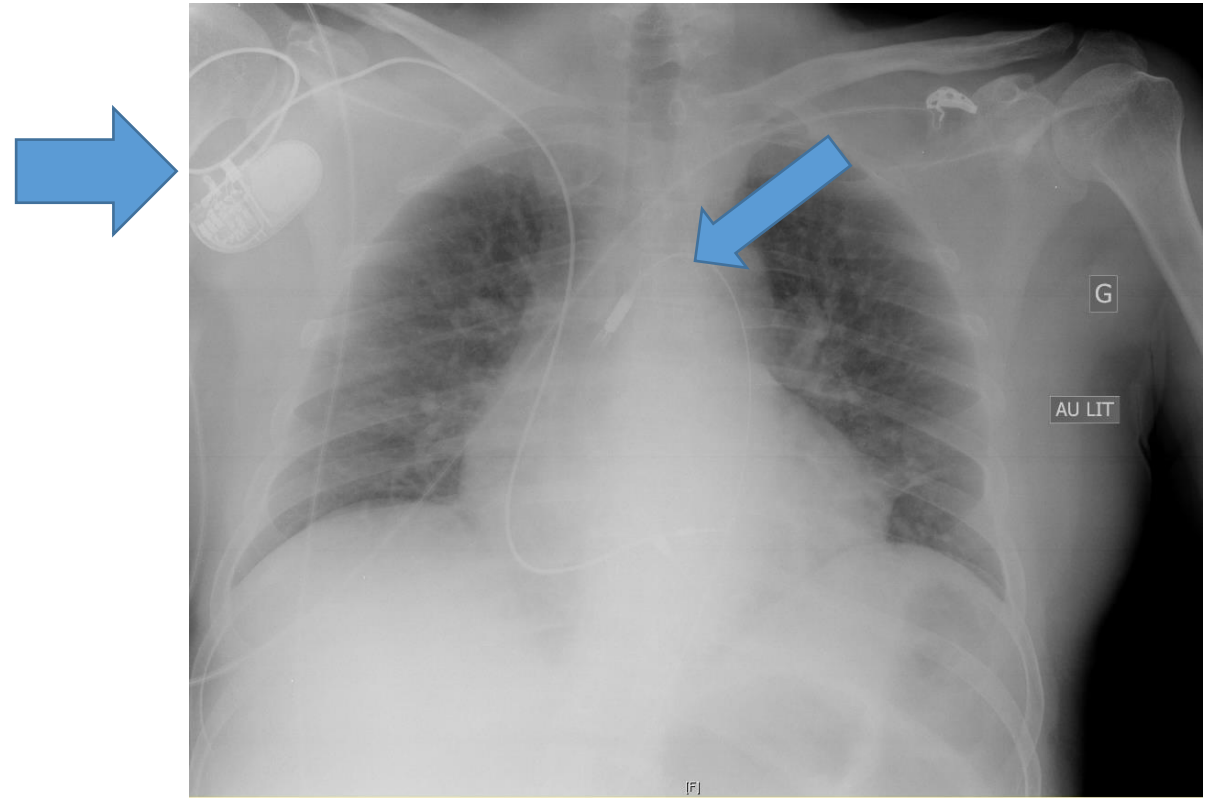


EVOLUTION

- Hémodynamique stable sous Impella
- Lactates nx, rein/foie OK
- Pic CPK 10 000
- ETT stable (FEVG 20%)

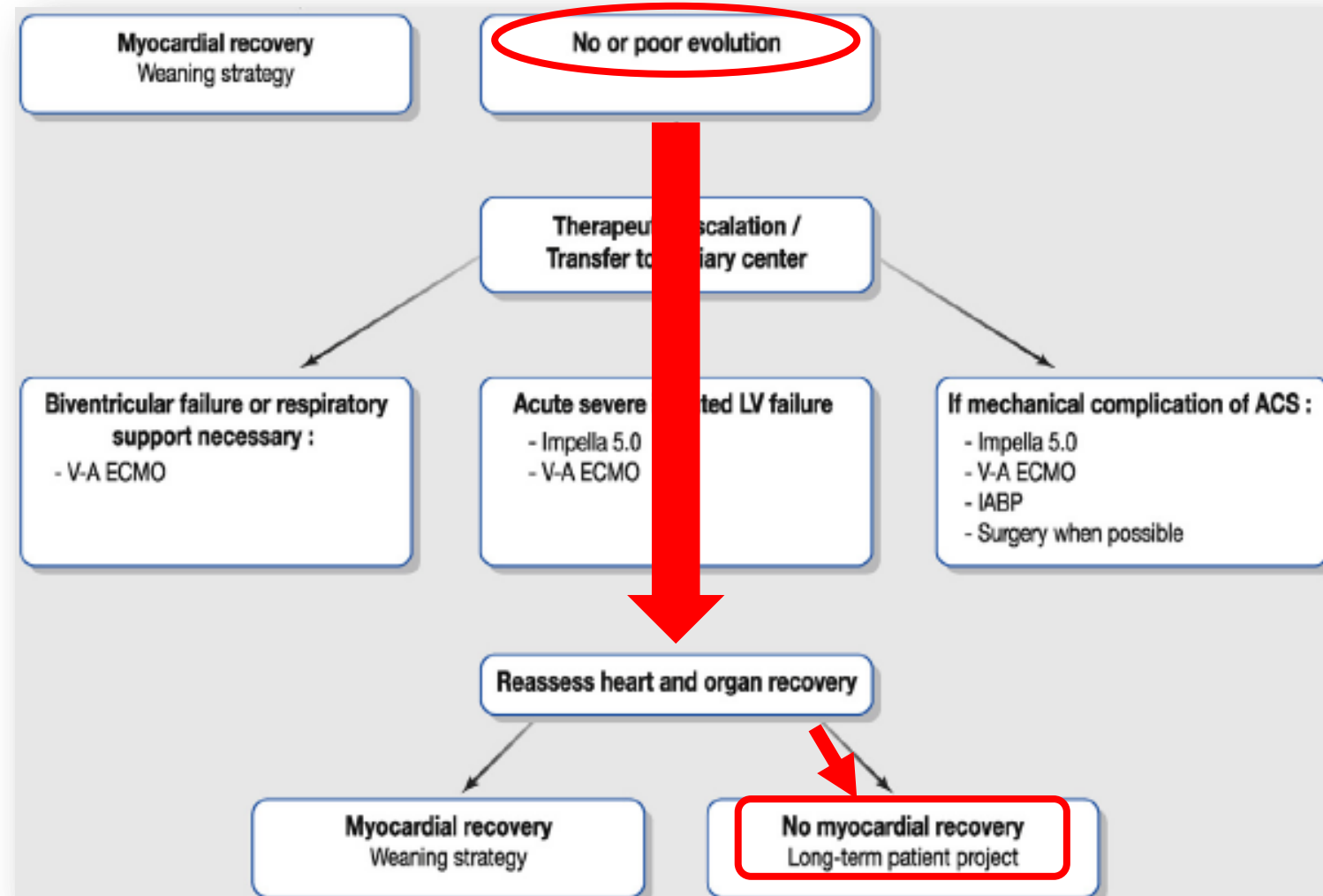
BAV 3 dans les suites

- Implantation sonde vissée apex VD



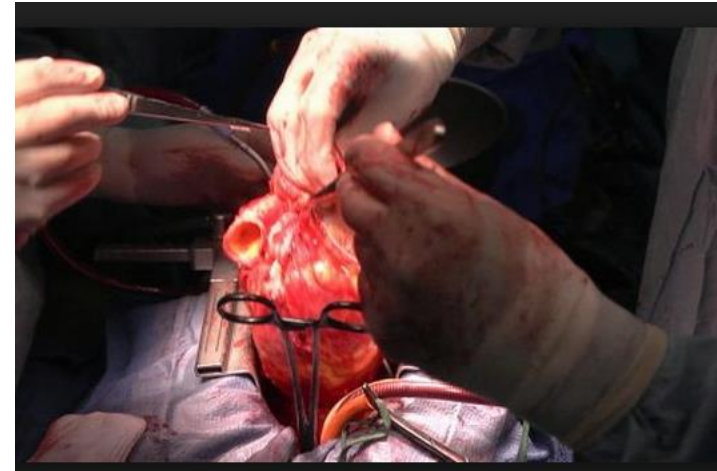
Etape suivante: protocole du réseau

- Après 72 h
- Sevrage amines progressif
- Stable cliniquement / biologiquement
- Pas d'amélioration FEVG/ bon VD
- Echec de sevrage IMPELLA



Suites...

- **Greffe à J+8 (absence de récupération)**
- **Actuellement J+15 unité conventionnelle**



CONCLUSION

- Organisation régionale avec centre tertiaire
- Protocole du centre
- Disponibilité assistance percutanée ++
- Définir précocement stratégie thérapeutique et implémentation **pour chaque patient**
- Mise en place Impella avant angioplastie ++ (time to support ++)
- Culprit PCI

