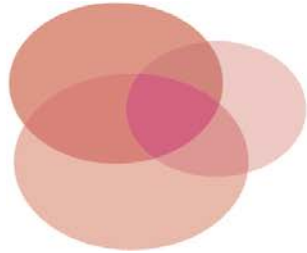
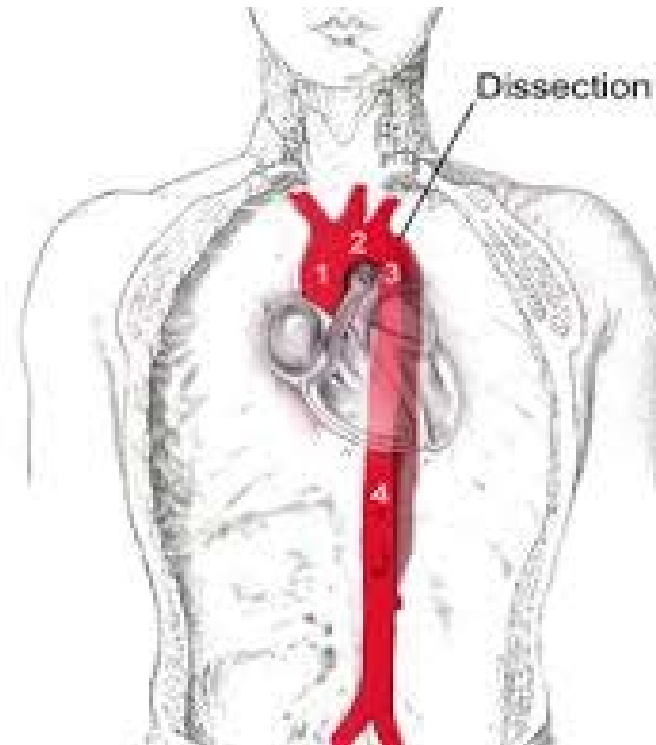


Prise en charge infirmière de la dissection aortique aux urgences:



C H U | U V C
B R U G M A N N



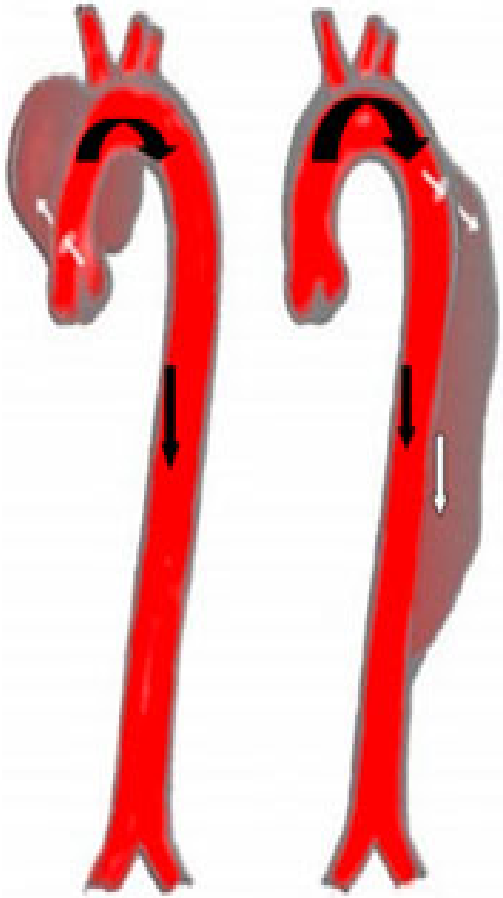
BOCQUET Quentin

KLIMEK Guillaume



CHU-UVC BRUGMANN – Membre du réseau Iris

INTRODUCTION:



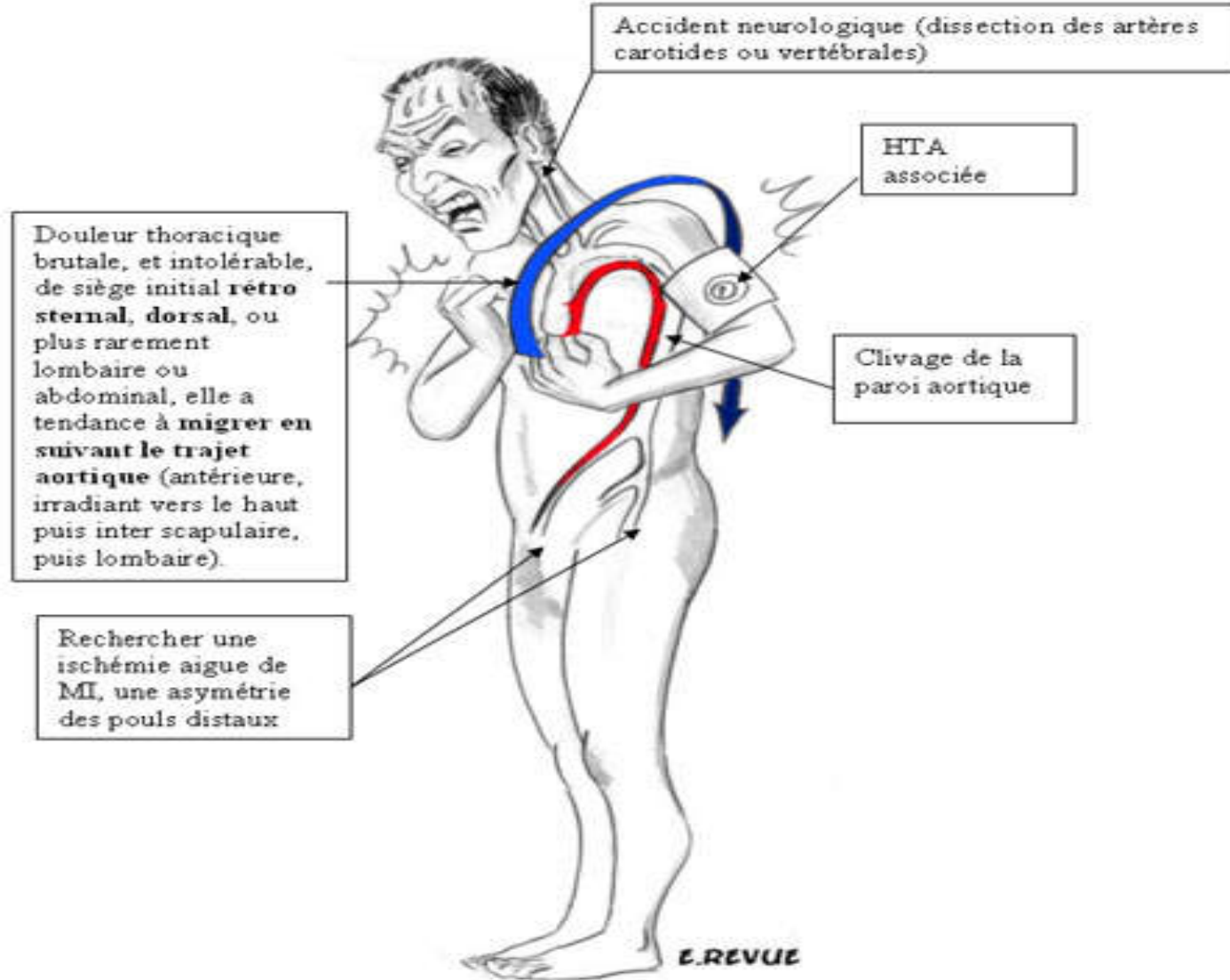
- Dissection de l'aorte thoracique = urgence engageant le pronostic vital du patient à **court terme**
- **Peu fréquente** < moins de 2% des urgences cardiovasculaires préhospitalières
- Majorité des décès entre 12 et 24h
- La mortalité est élevée durant la phase aiguë : environ 1 % de mortalité par heure de retard de diagnostic par rapport au début des symptômes : 13 % en 12 h, 21 % en 24 h, 50 % en 48 h.
- Touche plus les hommes que les femmes, et la plupart des cas après 60ans
- Peut se retrouver chez le sujet jeune: malformations congénitales

Diagnostic différentiel:

Devant une douleur thoracique on évoque les 4 diagnostics suivants :
« **PIED** »

- **P**éricardite
- **I**nfarctus du myocarde (ECG +++)
- **E**mbolie pulmonaire
- **D**issection Aortique

SYMPTOMATOLOGIE : signes et symptômes



Prise en charge < mise en condition initiale:

- Installation box réa
 - Déshabillage du patient
 - Décubitus dorsal, position semi-assise
 - Repos strict
-
- Monitoring : PNI ou KT art, FC, FR, Sat
 - 2 voies veineuses périphériques de gros calibres
 - Sondage vésical



Réglages des alarmes!

Prise en charge < Surveillance

- Pression artérielle, fréquence cardiaque, Fréquence respiratoire, SpO2
- Conscience, Glasgow, examens neurologiques rapprochés.
- Surveillance de la diurèse
- Évaluation de la Douleur
- Stress, Angoisse, Anxiété
- L'examen clinique doit être **répété !!!**



Prise en charge < Bilan spécifique

- Biologie : coagulation, hématologie, marqueur cardiaque
- Compatibilité, groupe, rhésus



Prise en charge < traitement supportif

- **Thérapeutique symptomatique**

- => Oxygénothérapie

- => Réchauffement si nécessaire

- => Antalgiques majeurs : Morphine titrée

- => Éventuellement anxyolyse

- **Thérapeutique spécifique**

- => Anticoagulants, Antiagrégants et fibrinolytiques sont formellement **contre-indiqués**.

- => En cas d'HTA, viser : TAs maximale à **100-120 mmHg**,
PAm aux environs de **70 mmHg**.

Prise en charge < traitement supportif

- **Remplissage**

=> En cas de choc, contrôler la PAs entre 80 et 100 mmHg.

⇒ Si nécessaire lancer un remplissage (sang, cristalloïde, colloïde...)

- **Drogues à anticiper**

=> Pour HTA: Trandate[®], Rydène[®]

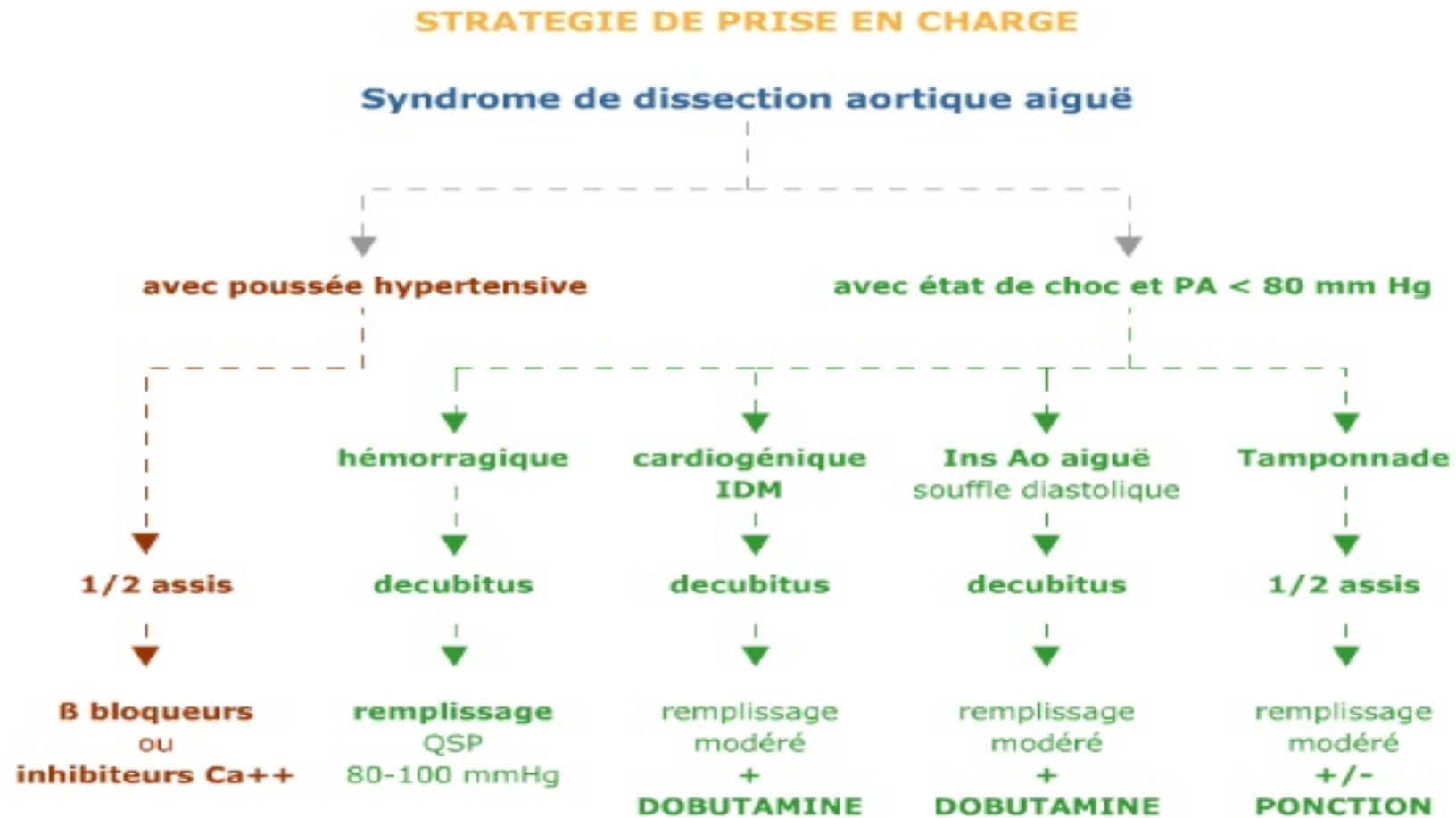
⇒ Pour hypoTA: Levophed[®]



⇒ L'intubation et la ventilation mécanique si cela s'avère nécessaire.

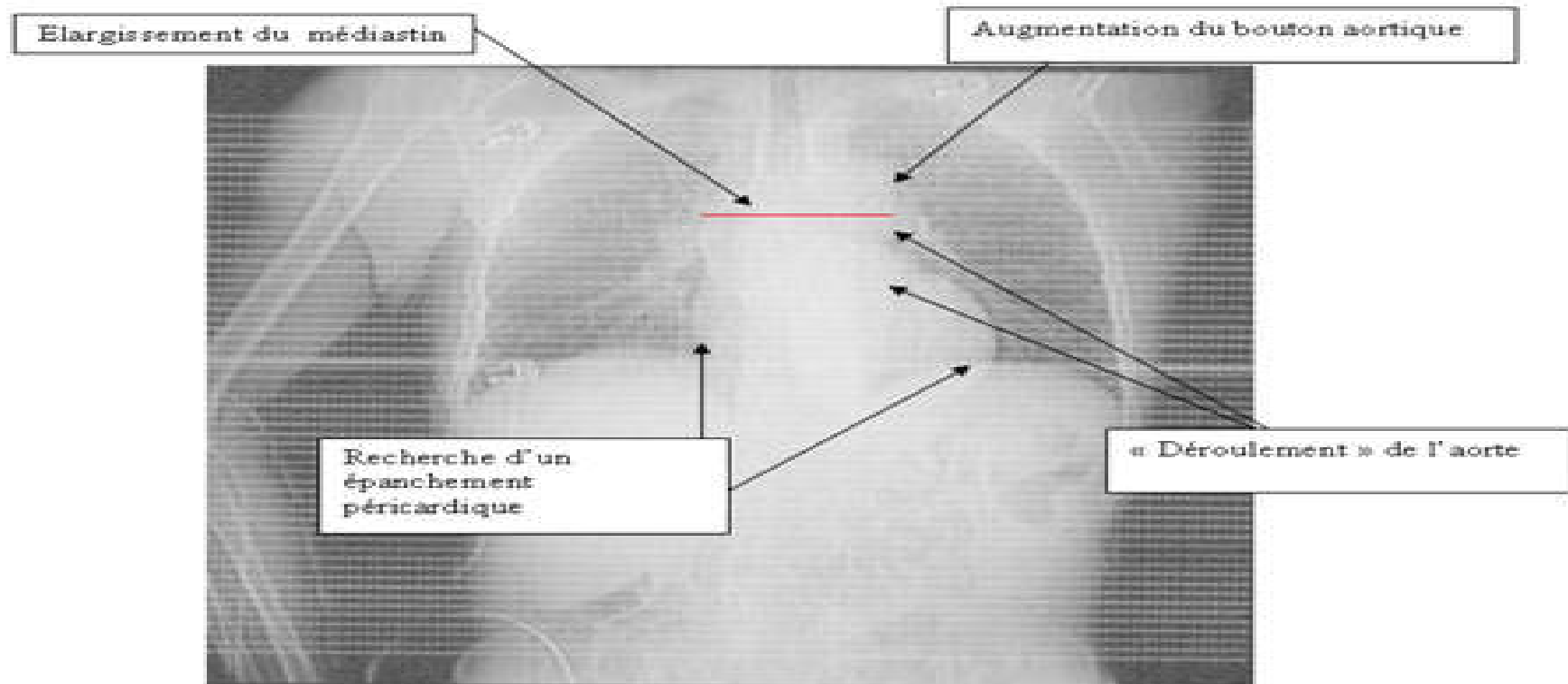
MAIS si sédation: **ATTENTION curare** → Baisse du tonus musculaire

Stratégie de prise en charge:



Examens complémentaires:

- Le **cliché thoracique** peut montrer un élargissement du bouton aortique (supérieur à 50 mm), ou un épanchement pleural gauche (hémithorax). Normal (dans 10% des cas), **le cliché n'élimine pas le diagnostic.**

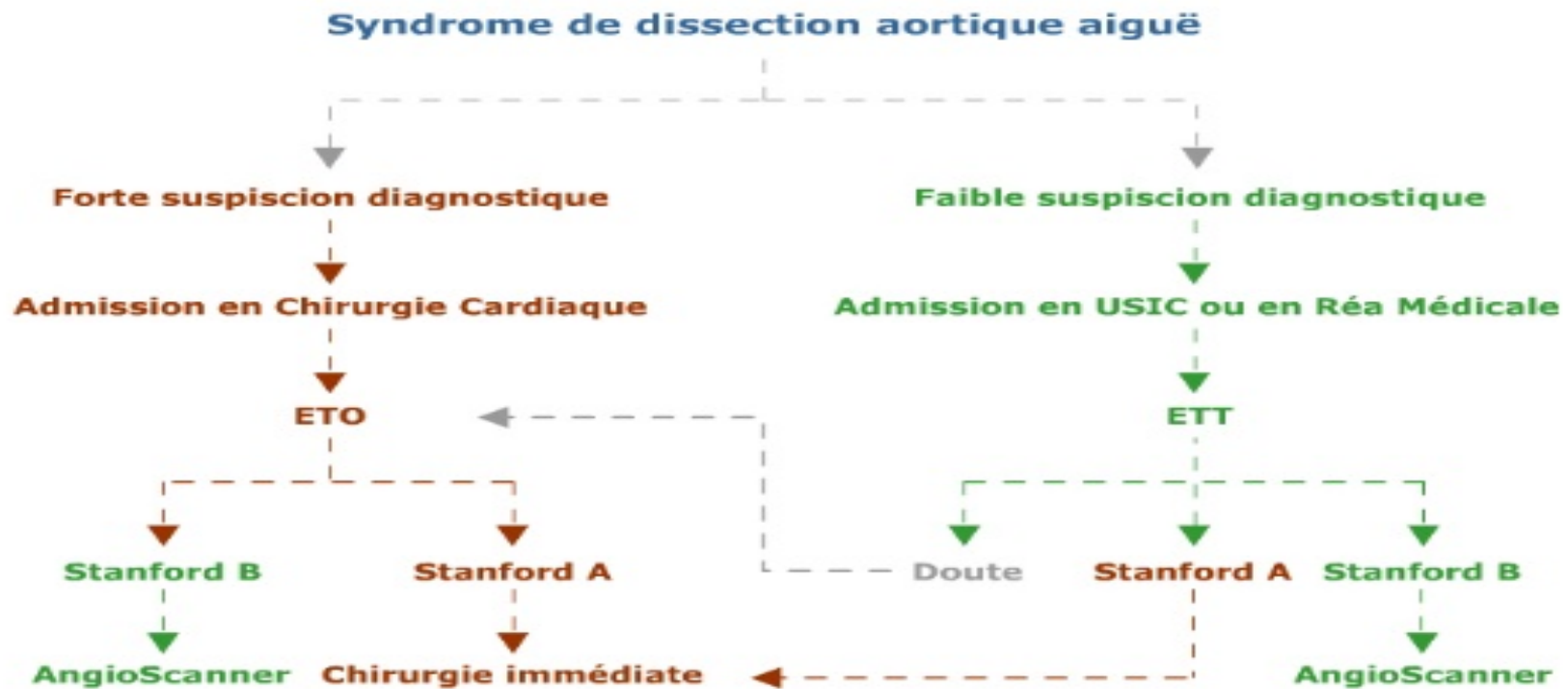


Examens complémentaires:

- L'**ECG** réalisé en urgence a un intérêt s'il reste normal (20%), mais peut montrer un tracé d'infarctus, conduisant parfois à une thrombolyse délétère.
 - **Echographie bidimensionnelle** visualise un élargissement du diamètre de l'aorte ascendante et descendante, recherche une insuffisance aortique ou un épanchement péricardique.
 - **Le scan thoracique** est **indispensable** au diagnostic. Il doit être réalisé avec injection de produit de contraste.
- ➔ Le choix de l'un de ces examens dépend de la **disponibilité**, de la **rapidité d'accès** et de **l'état clinique** du patient.

Stratégie d'orientation hospitalière:

STRATEGIE DE REGULATION ET DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE



En conclusion:

- **50%** de décès dans les **48 heures**.
- Douleur thoracique **brutale**
- HTA, tachycardie, Asymétrie de la TAs (> 20 mm Hg), signe d'ischémie
- Les points **essentiels** à retenir vis-à-vis de sa prise en charge sont :
 - TA aux **deux bras**
 - Monitoring
 - **2 voies veineuses** périphériques
 - **Rapidité** d'exécution
 - **Réévaluation** régulière

