

Monsieur P. âgé de 55 ans vient de bénéficier d'un triple pontage aorto-coronarien (mammaire interne sur l'IVA, saphène la première postéro-latérale et saphène sur la coronaire droite).

Cet homme très actif, n'avait pas d'antécédent particulier en dehors d'une hypercholestérolémie traitée par régime seul. Il y a 2 semaines il avait présenté une douleur constrictive retro sternale l'ayant amené à consulter un médecin. Le bilan cardiologique avait mis en évidence un statut tritonculaire relevant d'un traitement chirurgical.

L'intervention s'est déroulée dans de bonne condition. Mr P a été rapidement, à passé 48 H aux soins intensifs de chirurgie cardio-vasculaire avant de revenir ce jour dans un service classique.

Ce matin, vous êtes appelé au chevet de Mr P.

Il se plaint d'une sensation d'oppression thoracique, il est assis au bord du lit, polypnéique et modérément cyanosé.

L'auscultation retrouve des bruits du cœur assourdis, une tachycardie à 140 /min. Il n'y a pas de souffle ni de frottement.

L'auscultation pulmonaire est normale.

Les veines jugulaires sont distendues, le foie est augmenté de volume et douloureux à la palpation. Il n'y a pas d'ascite, pas d'œdème des membres inférieurs, pas de signes de phlébite.

La TA est à 95/75 mmHg, le patient est anurique.

- 1) Quel diagnostic est à envisager en priorité ?**
- 2) Quel signe clinique pouvez-vous rechercher pour confirmer votre diagnostic ?**
- 3) Quels éléments recherchez vous sur l'électrocardiogramme 12 dérivations ?**
- 4) Quel est l'examen essentiel au diagnostic, que recherchez-vous ?**
- 5) Quelle est votre prise en charge initiale ?**
- 6) Quel traitement doit être réalisé ?**

1) Détresse respiratoire aigue
Sur choc cardiogénique
Par **Tamponnade aigue**
Hémopéricarde aigu
Post-opératoire chirurgie cardiaque

2) Pouls paradoxal de Kussmaull
Réduction inspiratoire de la pression artérielle systolique d'au moins 10 mmHg.

3) L'électrocardiogramme peut monter :
-Tachycardie sinusale ou trouble du rythme supra ventriculaire
-Alternance électrique
-Sous décalage du PQ
-Microvoltage du QRS
-Troubles de la repolarisation : aplatissement ou négativation des ondes T
-Dans toutes les dérivations

4) **Echocardiographie en urgence Au lit du malade**

TM et 2D

-Décollement péricardique circonférentiel systolo-diastolique
-Visualisation et quantification de l'épanchement
-Swinging heart
-Veine cave inférieure dilatée et non respirante
-Compression du ventricule droit

Doppler

-Variation respiratoire des vélocités transvalvulaires

-

5) **Appel des réanimateurs et du chirurgien cardiovasculaire**

Urgence médico-chirurgicale

Pronostic vital engagé

Monitoring pouls TA saturation

Libération des voies aéro-digestives supérieures

Oxygénothérapie haut débit, ventilation au masque

2 voies veineuses périphériques de bon calibre

ETT au lit en urgence

Expansion volémique par macromolécules IV

Bilan préopératoire réservation culots globulaires

Surveillance continue médicale

Transfert en urgence au bloc opératoire même si hémodynamique non stabilisé

Si hémodynamique très instable

discuter ponction évacuatrice de sauvetage au lit du patient

Intubation très difficile avec risque majeur de désamorçage pompe cardiaque, ne sera réalisée qu'au bloc opératoire, assis

Information de la famille sur la gravité et la nécessité d'une chirurgie en urgence

6) Traitement chirurgical

En urgence

Drainage péricardique au bloc opératoire sous anesthésie générale

Transfusion de culots globulaire si nécessaire

Surveillance : hémodynamique, recueil des drains

Biologique : numération formule sanguine