

MEDECINE INTENSIVE – REANIMATION

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

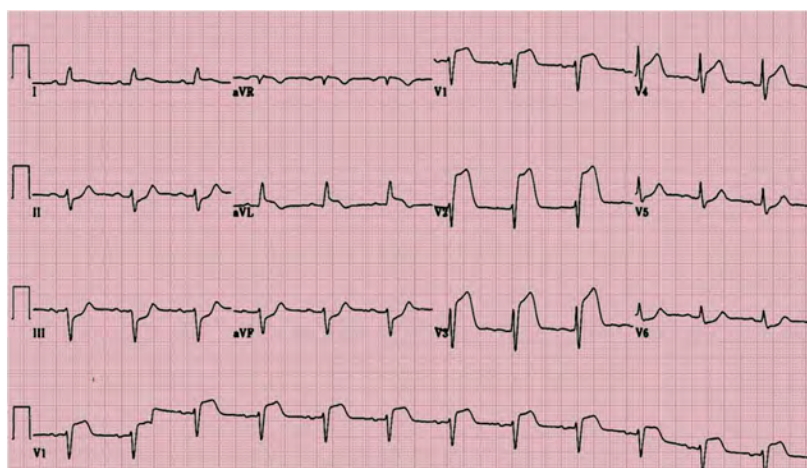
Réanimateur de garde, vous êtes appelé par le SAMU pour la prise en charge post ressuscitation d'un arrêt cardiaque survenu sur la voie publique chez un homme de 50 ans diabétique et hypertendu. L'arrêt cardiaque est survenu devant son épouse à 12h, sans prodrome. Elle a appelé les secours sans débiter de réanimation cardio-pulmonaire. Les secours médicalisés sont arrivés à 12h10, le défibrillateur semi-automatique (DSA) a indiqué qu'il s'agissait d'un rythme chocable et a délivré 2 chocs électriques externes. Le patient est ensuite passé en asystolie et a reçu un total de 4 mg d'adrénaline avant la récupération d'une activité circulatoire spontanée à 12h25. Le patient a ensuite été intubé devant un coma persistant (score de Glasgow égal à 6) puis sédaté.

Question 1 : Vous récupérez un extrait du tracé enregistré par le DSA lors de la réanimation cardio-pulmonaire initiale. Que pouvez vous déduire de ce tracé quant à la nature probable du trouble du rythme à l'origine de l'arrêt cardiaque ?



Question 2 : Quels sont les durées de No flow et de Low flow pour ce patient ?

Voici l'ECG réalisé après retour à une activité circulatoire spontanée :



Question 3 : Quelle étiologie suspectez-vous en premier lieu pour cet arrêt cardiaque ?

Question 4 : Quel examen complémentaire demanderiez-vous pour le confirmer et dans quel délai ?

Vous recevez le patient en réanimation. L'hémodynamique est stable sans amines, la saturation est à 100% sous ventilation mécanique avec une fraction inspirée en oxygène (FIO₂) de 50%. Les pupilles sont isocores et réactives.

Question 5 : afin d'assurer la neuroprotection de ce patient, décrivez de façon détaillée votre prise en charge.

Quelques heures après l'admission, le patient développe un état de choc pour lequel vous introduisez de la noradrénaline à fortes doses (2 microgrammes/kg/minute). Il persiste néanmoins des marbrures, une oligurie, une élévation du lactate et une saturation veineuse centrale en oxygène à 50%. L'ECG ne retrouve pas de signe d'ischémie aigue. L'échocardiographie que vous réalisez objective une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30%, une intégrale temps-vitesse (ITV) sous-aortique à 8 cm (Fc = 100/minute), une bonne fonction du ventricule droit sans hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) et l'absence de signe en faveur d'une précharge dépendance.

Question 6 : Quel est le diagnostic le plus probable et quelle prise en charge hémodynamique proposez-vous en première intention? Comment en surveillez-vous l'efficacité et tolérance ?

Le patient est stabilisé après 72 heures de prise en charge. La sédation est stoppée depuis 24 heures.

Question 7 : Quels sont les éléments cliniques, biologiques et paracliniques associés à un pronostic neurologique péjoratif?

A J7, le patient est stable hors sédation, glasgow coma scale (GCS) 3 sans aucun signe de réveil, intubé et ventilé en ventilation spontanée. Les examens réalisés sont en faveur d'une évolution neurologique très défavorable.

Question 8 : Un arrêt des thérapeutiques est-il envisageable et pourquoi? Si oui selon quelles modalités ?