



Journées Thématiques Interactives de la
Société Française de Médecine d'Urgence
et Journée Nationale des Infirmiers et Personnels de l'Urgence



URGENCES VASCULAIRES du 15 au 17 octobre 2014

ANGERS CENTRE DES CONGRÈS www.sfm.org / www.sfm.mcocongres.com

4

PATHOLOGIES DE L'AORTE ET DES GROS VAISSEAUX

Experts : R. Briot (Grenoble), J. Amour (Paris)

Coordonnateur - Rapporteur : L. Ducros (Toulon)

Animateurs : T. Chouihed (Nancy), P. Le Conte (Nantes)

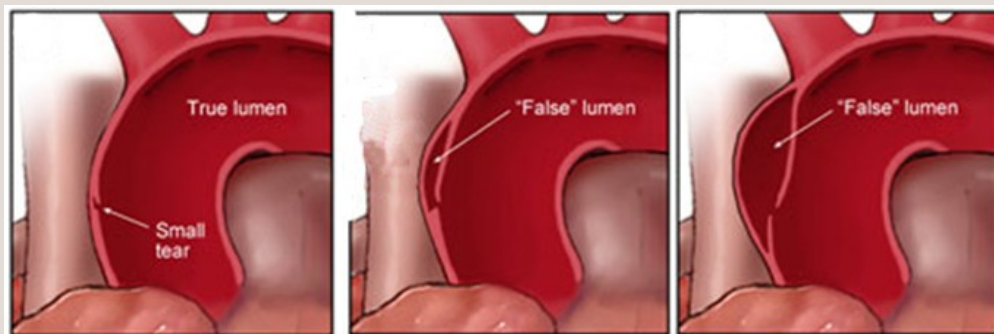


Syndromes aortiques aigus

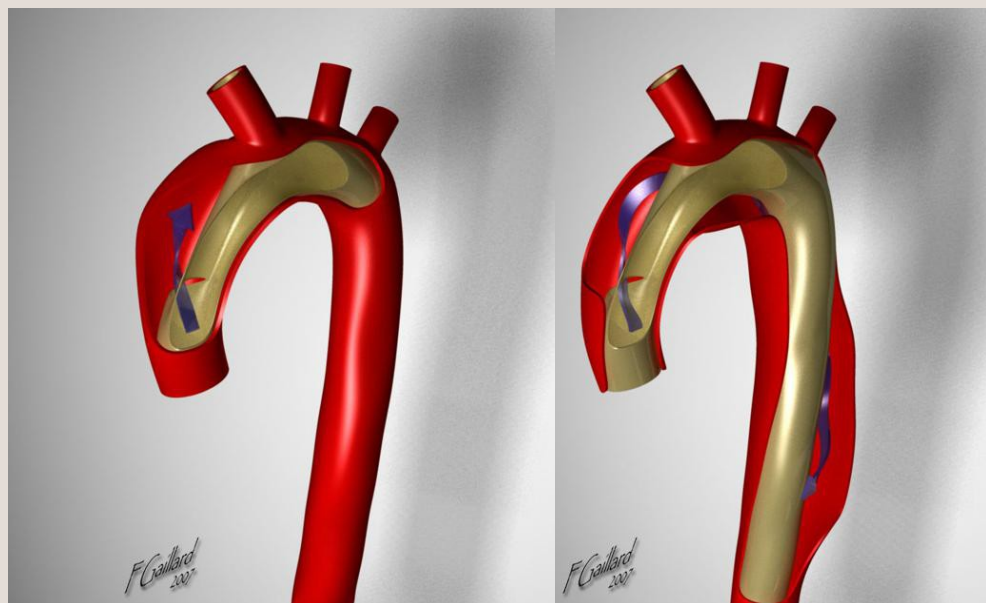
- Quatre diagnostics:
 - ulcères aortiques,
 - hématome aortique,
 - Pseudo-anévrismes et ruptures traumatiques de l'aorte
 - **Dissections aortiques (DA)**
- DA plus fréquentes que les ruptures d'anévrisme
- 8% des diagnostics dans une « chest pain unit » (hors SCA)
- Mortalité immédiate 40% puis 1%/H pdt 48h



Mécanisme

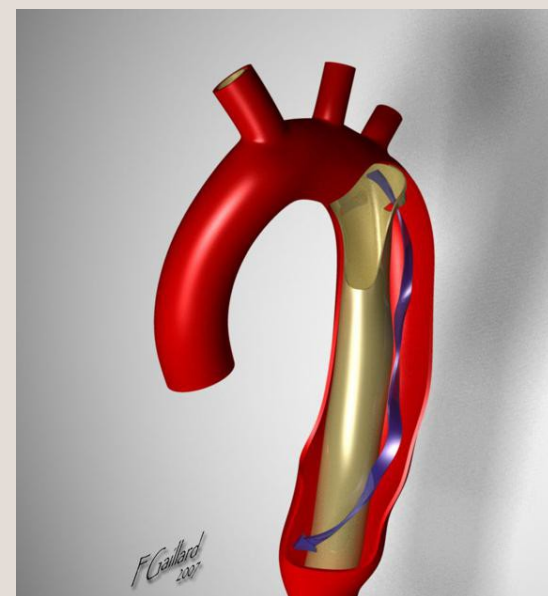


Stanford A



Chirurgie

Stanford B



Non chirurgical

Orientation diagnostique

- Régulation :
 - Terrain : ATCD familial, terrain vasculaire, Marfan, ...
 - Douleur **intense** et **brutale**, migratrice, variable, thoracique +/- irradiations (type A) ou dorsale et abdominale (type B)
 - Malaise ++ sueurs

Le diagnostic

- Régulation :
 - Terrain : HTA, ATCD familial, terrain vasculaire, Marfan, ...
 - Douleur **intense** et **brutale**, migratrice, variable, thoracique +/- irradiations (type A) ou dorsale et abdominale (type B)
 - Malaise ++ sueurs
- SMUR :
 - Poussée HTA: 50% « seulement », insuffisance aortique, anisotension, abolition pouls, déficit neurologique, ECG sans SCA ST+

Orientation diagnostique

- Regulation :
 - Terrain : ATCD familial, terrain vasculaire, Marfan, ...
 - Douleur **intense** et **brutale**, migratrice, variable, thoracique +/- irradiations (type A) ou dorsale et abdominale (type B)
 - Malaise ++ sueurs
- SMUR :
 - Poussée HTA: 50% « seulement », insuffisance aortique, anisotension, abolition pouls, déficit neurologique, ECG sans SCA ST+
- Aux Services des Urgences :
 - Angio TDM avec accueil multidisciplinaire
 - +/- RT et écho (anomalie racine Aorte, Insuffisance Aortique, Ept péricarde)

Orientation diagnostique

- Regulation :
 - Terrain : ATCD familial, terrain vasculaire, Marfan, ...
 - Douleur **intense** et **brutale**, migratrice, variable, thoracique +/- irradiations (type A) ou dorsale et abdominale (type B)
 - Malaise ++ sueurs
- SMUR :
 - Poussée HTA: 50% « seulement », insuffisance aortique, anisotension, abolition pouls, déficit neurologique, ECG sans SCA ST+
- Aux Services des Urgences :
 - Angio TDM avec accueil multidisciplinaire
 - +/- RT et écho (anomalie racine Aorte, Insuffisance Aortique, Ept péricarde)



Le diagnostic de certitude

- Le TDM thoraco-abdominal avec injection
 - Important pour la procédure chirurgicale
- sauf instabilité et échographie +,

Stanford A

Stanford B



= 0

- ETO ?

Prise en charge

- Traitement de la douleur
- Contrôler la PA (PAS =120) et la FC (= 60)
 - bêta bloquants ou bêta + alpha bloquants
 - Aténolol, Labétolol, Esmolol
 - Si CI aux bêta bloquants
 - anti calcique type Diltiazem, non tachycardisant
 - En deuxième intention si insuffisant: Urapidil
- Filière ++
- Si transport secondaire
 - Par moyen optimal pour transport le plus rapide
 - KT artériel ? : en attente UMH, par personnel formé, sans retard, site discuté avec spécialiste
 - AG ? : Si défaillance d'organe ou hyperalgie réfractaire



DOULEUR THORACIQUE

SIGNES DE SUSPICION

- ✧ Brutale et intense
- ✧ Contexte d'HTA
- ✧ Pas d'onde de Pardee à l'ECG

Présence
de tous
les signes

SAA POSSIBLE

CH de proximité pour
imagerie

SIGNES DE SUSPICION

- ✧ Abolition d'un pouls
- ✧ Anisotension
- ✧ Douleur dorsale (sans contexte mécanique) ou migratrice
- ✧ ATCD familiaux de SAA
- ✧ Contexte de maladie de Marfan, bicuspidie valvulaire aortique ou anévrisme aorte thoracique
- ✧ Insuffisance aortique (nouvelle)
- ✧ Déficit neurologique focal
- ✧ ETT : épanchement péricardique ou anomalie aorte ascendante

Présence
d'un signe

SAA PROBABLE

Centre de chirurgie
cardiaque

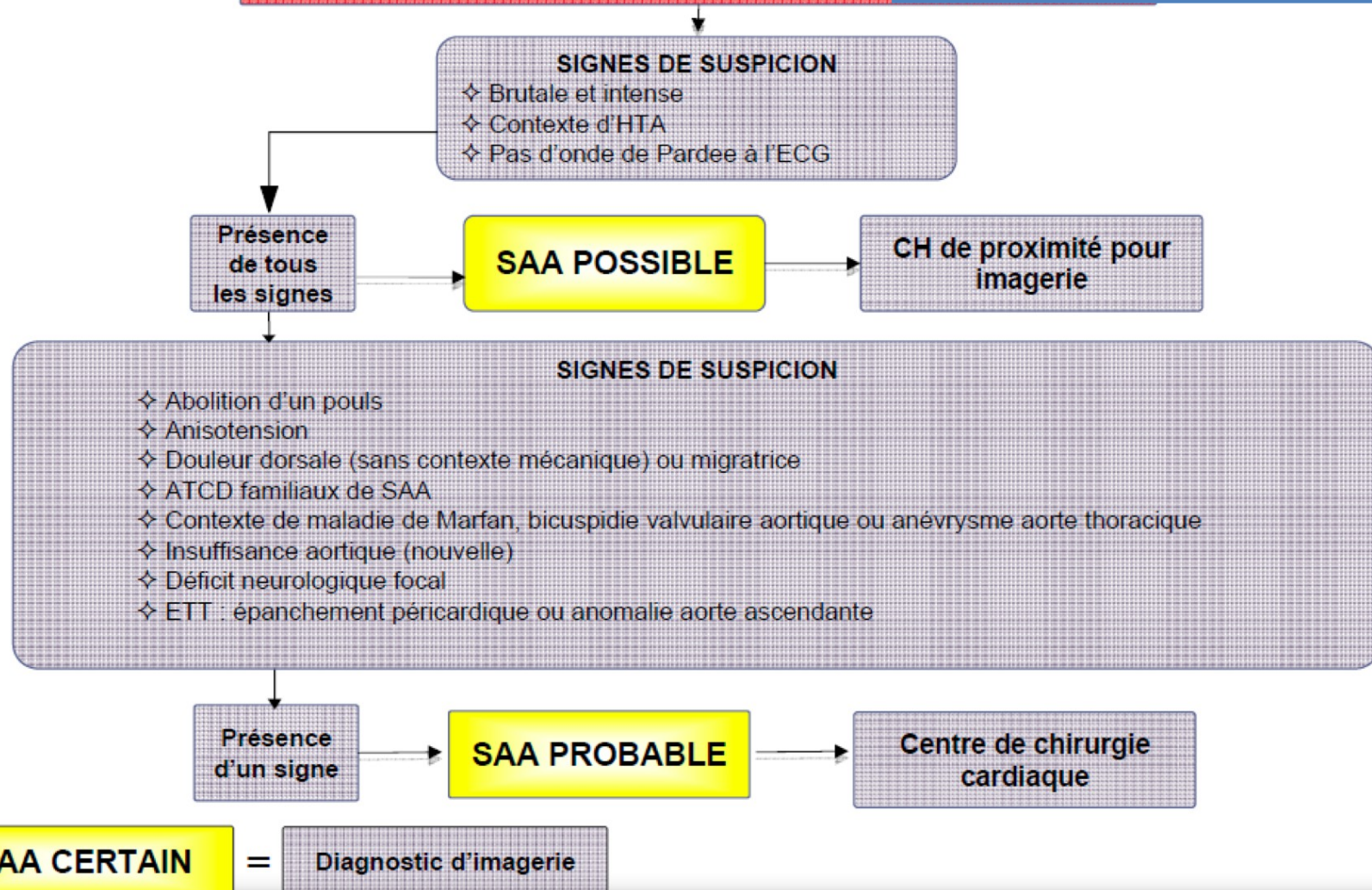
SAA CERTAIN

=

Diagnostic d'imagerie



DOULEUR THORACIQUE ou douleur dorsale ou abdo





Anévrisme de l'aorte abdominale

- Diamètre > 3cm
- 4 à 9% des sujets > 55 ans
- FDR: âge > 65ans, sexe M, caucasien, **Tabac** (x3), autres atteintes anévrismales, AOMI, atcd AVC, atcd familiaux d'AAA
- Croissance 3 à 5,5 mm/an, exponentielle
 - Indication chirurgicale si > 55mm ou croissance > 10 mm/an
- L'arrêt du tabac freine la progression
- Si rupture : mortalité 80 à 90%
- Dépistage chez tous les hommes > 65 ans : une écho



Deux tableaux

- AAA symptomatique :
 - Dououreux, sans rupture adventice
 - Pas d'hypotension artérielle
 - masse battante abdominale
- AAA rompu :
 - rupture et saignement extra - adventicielle
 - HypoTA (attention parfois temporairement minimisée (rupture rétropéritonéale))
- Si rupture, mortalité 80 à 90%





Diagnostic

- « Homme > 55 ans, fumeur avec douleur abdo → AAA sympto ? »
- « Choc chez un pt avec AAA connu = rupture »
- Tableau :
 - Douleur abdo ou lombaire brutale, fugace ou persistante
 - Malaise
 - 25% de choc hémorragique d'emblée
 - Masse abdominale battante
- Attention aux diagnostics différentiels (Intest, hépato bil., uro., neuro)
- Radiologie
 - TDM +++ : Diagnostic et morphologie
 - chirurgie « éclairée »
 - ttt endo vasculaire possible ?
 - +/- FAST écho : Anévrisme + épanchement



Prise en charge

- AAA symptomatique → angioTDM en urgence
- AAA rompu avec choc réfractaire → bloc direct (ETO au bloc)
- Contrôle hémodynamique
 - Contrôle de la volémie, Tranfusion > cristalloïdes (anticipation)
 - Objectif PAS: urapidyl, pas de bêta bloquants : PAM 65 mmHg
 - Contrôle tensionnel sur AAA symptomatique hypertendu
- Réserver l' anesthésie générale à la défaillance d'organe
- Pantalon anti G : potentiellement délétère, non recommandable



L'enjeu

- Raccourcir les délais pré hospitaliers
- Créer un réseau, une filière
 - Centre référent défini
 - Chirurgie vasculaire
 - Radiologie interventionnelle
 - Numéro unique



Ischémie du membre inférieur

- Ischémie critique :
 - AOMI, occlusion axes artériels avec ischémie mais avec artères collatérales: douleur + tbles trophiques
 - 5 à 20% d'amputations
- Ischémie aigue :
 - Interruption brutale du flux en l'absence de réseau collatéral
 - Douleur, pâleur, froideur, abolition pouls, déficit sensitif ou moteur
- Imagerie :
 - angioTDM ou artériographie → dirige le geste
 - doppler ?
- ↓ morbi mortalité depuis procédures endovasculaires



Ischémie du membre inférieur

- Ischémie critique :
 - AOMI, occlusion axes artériels avec ischémie mais avec artères collatérales: douleur + tbles trophiques
 - 5 à 20% d'amputations
- Ischémie aiguë :
 - Interruption brutale du flux en l'absence de réseau collatéral
 - Douleur, pâleur, froideur, abolition pouls, **déficit sensitif ou moteur**
- Imagerie :
 - angioTDM ou artériographie → dirige le geste
 - doppler ?
- ↓ morbi mortalité depuis procédures endovasculaires



Prise en charge

- Suspicion ischémie aiguë en régulation → avis médical urgent
- Ischémie critique : urgence différée
 - Traitement médical:
 - Héparine NF dose anticoagulante + Aspirine + Antalgique
 - Revascularisation endovasculaire ou chirurgicale
- Ischémie aiguë : Urgence fonctionnelle
 - Héparine NF
 - Revascularisation endovasculaire en urgence (thrombectomie ou thrombolyse *in situ*)
 - Si déficit sensitivo moteur → urgence absolue → thromboaspiration ou thrombectomie mécanique, pontage



Traumatisme vasculaire périphérique

- Traumatisme ouvert, pénétrant
- Traumatisme fermé, écrasement, contusion
- Risque 1, vital sur hémorragie
- Risque 2, fonctionnel
- Lésion intimale : 90% régression spontanée

Tableau 3 : Différents types de traumatismes vasculaires d'après Feliciano et al.[87]

Lésion intimale	Flap intimal, hématome intrapariétal
Rupture pariétale complète	Pseudo-anévrysme, hémorragie extériorisée
Section vasculaire complète	Hémorragie ou occlusion
Fistule artério veineuse	
Spasme artériel	



Clinique

- Pouls présent → lésion peu probable
- Asymétrie PA : ratio avt bras/cheville ou avt bras controlatéral $< 0,9$ → évocateur de lésion
- Index Doppler
- AngioTDM (= angiographie)
- Attention luxation genou → risque d'ischémie secondaire, haut risque d'amputation
- **Doute = AngioTDM**



Prise en charge

- Hémorragie : compression et surélévation du mb
- Lésion intimale :
 - Antiagrégants et anticoagulants dose iso
- Toutes autres lésions
 - Chirurgie
 - ou radio interventionnelle



Merci de votre attention