

STAFF INTER-SERVICES

Le 9 Novembre 2006

CHU Farhat HACHED

Service d'anesthésie-réanimation

CAS CLINIQUE

(1)

Résident Med Lamjed AISSAOUI

Dr Amor SLAMA

- Patiente âgée de 25 ans
- Admise au service de gynécologie pour vomissements gravidiques sur un terme de 8 SA (8-9-06): J1
- ATCDS : Stérilité primaire de 3 ans et allergie au Métopropramide

- **Examen:**

GSC = 15, Déshydratation globale,

Tachycarde à 100 bpm, TA 11/7

Eupnéïque, Auscultation CP: sans anomalies

Mollets souples et absence d'oedèmes

- **Biologie:**

Gly = 6.8 Na⁺ = 134 K⁺ = 4

Acétonurie = 4 x Gurie = 0 Purie = 0

- **Echographie pelvienne:**

Grossesse monofoetale évolutive de 8SA, BDCF (+)

- **CAT:**

- Perfusion de 2 l de SG 5% + oligoéléments
- Sulpiride 1 amp x 3 / j

➤ **Evolution: J4** (11-9-06)

Etat d'agitation avec palpitations et douleurs épigastriques.

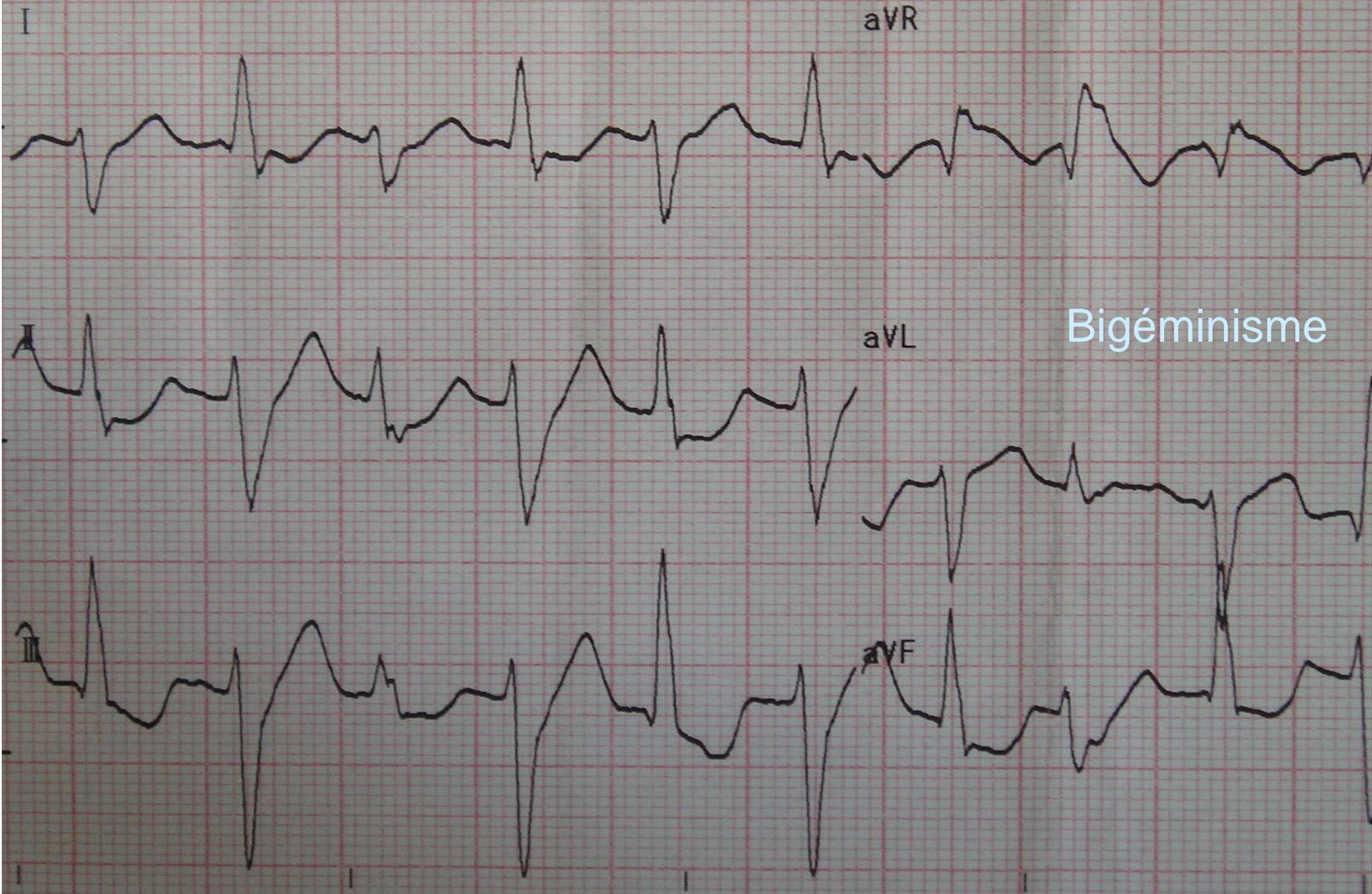
⇒ **Transfert en SSPI**

l'examen trouve:

- GCS = 15 , Déshydratation globale
- Pouls régulier et rapide à 120 b/min , TA = 10/6
- Auscultation cardiaque normale
- FR=24 c/m , SpO₂ = 98 % sous 6l d'O₂
- Râles bronchiques au niveau des bases
- Mollets souples

SUSPICIONS DIAGNOSTIQUES

- **Déshydratation et troubles ioniques sévères**
- **Ulcère gastrique ou duodénale**
- **Pancréatite aiguë**
- **Embolie pulmonaire**
- **...**



Bigéminisme

BIOLOGIE

- Gly = 11.2

- Na⁺ = 131

- K⁺ = 2.3

- Urée = 3.8

- Créat = 131

- **GDSA :**

PH = 7.44 PCO₂ = 52.3 PaCO₂ = 24.2

HCO₃⁻ = 16,7 SaO₂ = 88.9%

(air ambiant)

BIOLOGIE

SGOT=155

SGPT=52

CPK=1231

LDH=557

Troponine= 4.2

SUSPICIONS DIAGNOSTIQUES

- **EMBOLIE PULMONAIRE**
- **ISCHEMIE MYOCARDIQUE**
- **MYOCARDITE AIGUE**

- **Écho. Doppler MI** : normale
- **Écho. cœur**:
 - *VG non dilaté non hypertrophié*
 - *Fonction systolique moyennement altérée*
 - *FE = 45-50%*
 - *Hypokinésie globale + SIV paradoxal*
 - *Cavités droites peu dilatées*
 - *Valvulopathie =0*
 - *PAP systolique = 40mmHg*
 - *Péricarde sec*

EVOLUTION

12-9-06 J5 à 13h

- Agitation extrême avec cyanose généralisée
- TA = 9/5 Pouls = 120 b/min ICA
- Polypnée = 36 c/min
- Râles crépitants diffus aux 2 champs pulmonaires
- SpO2 = 75 % à l'air ambiant

CAT

- Crush induction: *Hypnomidate + Succinylcholine*
- IOT + VAC
- Sédation par Propofol + fentanyl (PSE)
- Dobutamine: 12 gamma /kg/min
- Monitorage = PVC, PAI, Diurèse

■ Biologie :

Trop = 67

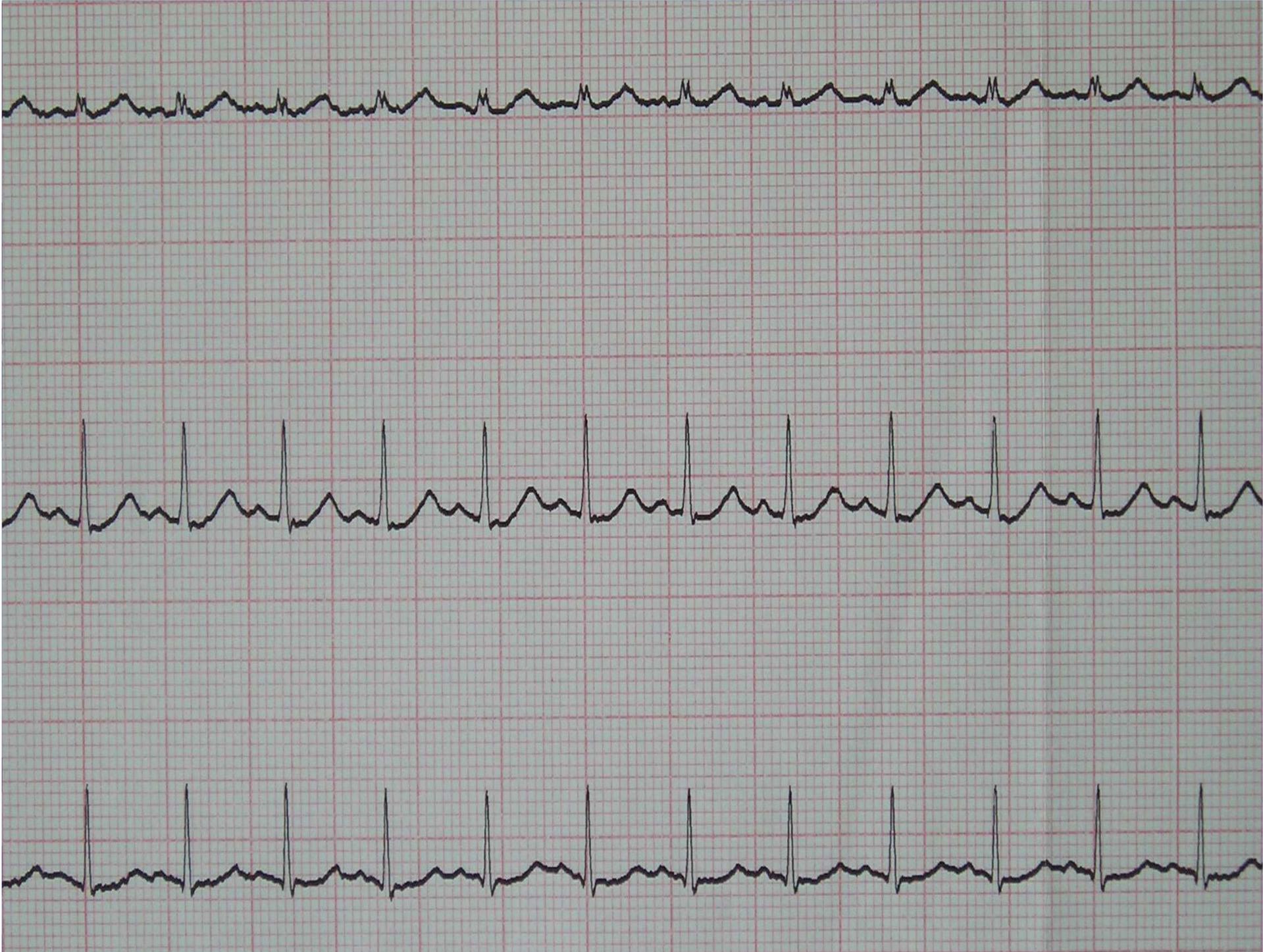
-SGOT = 417

- SGPT = 100

-BT = 64

-BD = 25

■ ECG : Tachycardie sinusale



EVOLUTION

13-9-2006 J6 à 06h

- Arrêt circulatoire suite à un défaut de changement de PSE de Dobutamine.
- MCE + Adrénaline 1mg IVD à 2 reprises
- Récupération d'un rythme sinusal
- Adrénaline PSE 3 mg/h
- VC sous $FiO_2=1$
- Arrêt sédation

EVOLUTION

- Ouverture des yeux à la stimulation
- Réflexes du tronc cérébral positifs
- Pouls= 160 b/min TA= 10/6 sous
Adrénaline 2,5 mg / h
Dobutamine 10 gamma/kg/min
- Polypnée = 36 c/min ; SpO₂ = 95%
- Désadaptation à la ventilation
- Aspiration trachéale : sécrétions purulentes

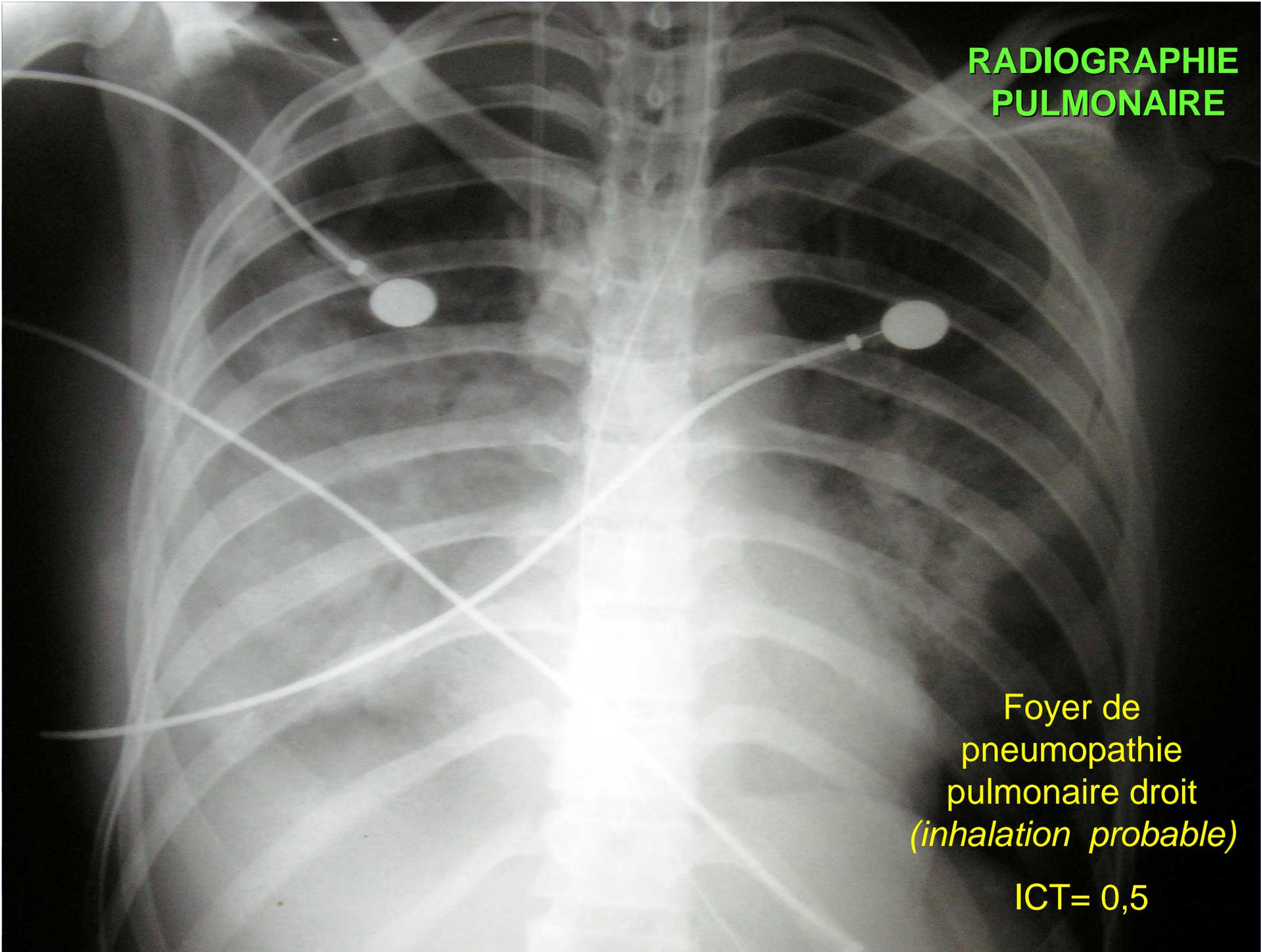
BIOLOGIE

- **Sérologies virales** (CMV, EBV,HIV) : négatives

- **Anticorps antinucléaires**: négatifs

- **NFS**: Hb = 10,2 GB = 52800 (PNN 91%)
 Plq = 187000

- **GDSA**: FiO₂= 0,8 PEP= 6
 pH= 7,37 PaO₂= 71 PaCO₂=30,6
 SaO₂= 94% HCO₃⁻= 18,1



RADIOGRAPHIE
PULMONAIRE

Foyer de
pneumopathie
pulmonaire droit
(*inhalation probable*)

ICT= 0,5

CAT

- Bilan infectieux

PDP - ECBU - 3 HC

Antibiothérapie:

- *Amoxicilline + Ac clavulanique*
- *Metronidazole*
- *Gentamycine*

EVOLUTION

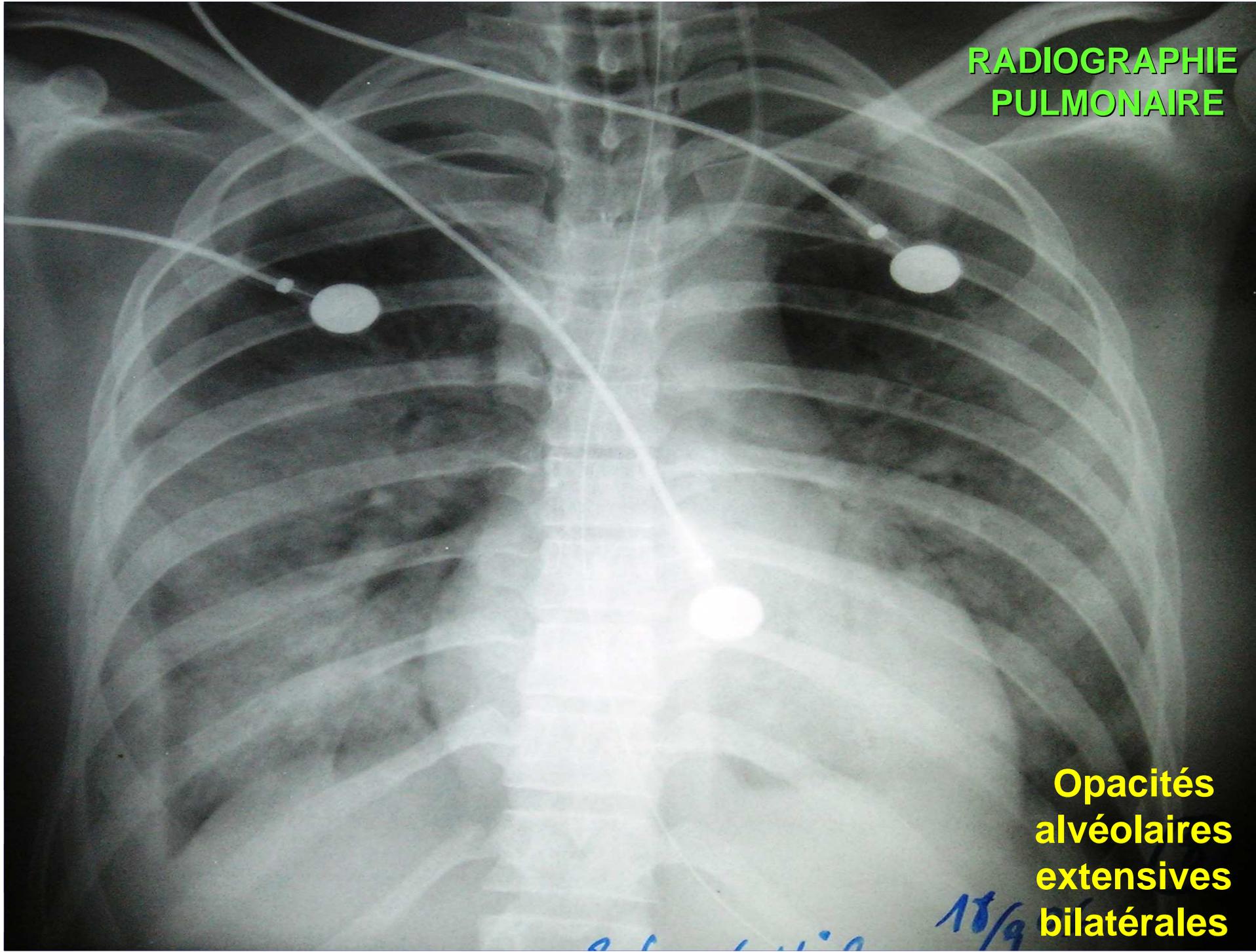
J7

- Fièvre en plateau
- Tachycardie sinusale à 160 b/min
sous Adrénaline (1 mg/h)
+ Dobutamine (15 μ /kg/min)
- Oedèmes généralisés

SDRA

**RADIOGRAPHIE
PULMONAIRE**

**Opacités
alvéolaires
extensives
bilatérales**



BIOLOGIE

- **GDSA** = hypoxie réfractaire

$Ph = 7,36$ $PaO_2 = 53,8$ $PaCO_2 = 32$
 $SaO_2 = 86\%$ $HCO_3^- = 18$

- **3 hémocultures :**

- *Examen direct : CG+ et BGN*
- *Culture : Streptocoque B sensible*

ETO : J9 (16-9-06)

- *Hypokinésie globale*
- *Cavités non dilatées mais de fonction altérée*
- *FE = 36%*
- *Troubles de la fonction diastolique*
- *Absence de valvulopathies et d'HTAP*



Aspect évocateur d'une

MYOCARDITE

CAT

- **Antibiothérapie à large spectre :**
 - *Imipenème*
 - *Vancomycine*
 - *Amikacine*
- **Amiodarone** : dose de charge et entretien au PSE
- **VAC** = FiO_2 à 1 & PEP = 14

Thérapie par le monoxyde d'Azote

NO: 5 ppm

Evolution

J11

- Amélioration transitoire de la gazométrie artérielle sous NO :

$pH = 7,36$ $PaO_2 = 132$ $PaCO_2 = 34$

$SaO_2 = 99 \%$

sous $FiO_2 = 0,7$ et $PEP = 8$

- Aggravation secondaire un tableau d'OAP avec aux GDASA:

$pH = 7,42$

$PaO_2 = 64,3$

$PaCO_2 = 32,4$

$SaO_2 = 92\%$

CAT

- **Furosémide** 20 mg x 4 / j IVD
- **Captopril** ½ cp x 2 / j par sonde gastrique
- **Sevrage** progressif des catécholamines

Écho pelvienne

J13

Grossesse arrêtée
avec ascite abondante



Décision d'une ITG

Au bloc opératoire

J14

- **Induction** = *Hypnomidate + Fentanyl + Nimbex*
- **Aspiration utérine**
- **Trachéotomie** sous-isthmique
- **Transfusion:** *6 culots plaquettaires en per-opératoire*
(*Thrombopénie*)

En per-opératoire

La patiente a présenté un OAP foudroyant nécessitant une assistance hémodynamique Dobutamine +adrénaline

En post-opératoire

- Apparition d'une mydriase bilatérale aréactive
- Absences des réflexes du tronc cérébral
- Diabète insipide

Décès en J15 (22-9-06)

Discussion

Myocardite = inflammation du muscle cardiaque

- **Histologie** : *infiltrat inflammatoire*
+ *Nécrose myocytaire*
- **Clinique** :
 - *insuffisance cardiaque aigue*
 - *Absence d'atteintes coronaire*
et / ou valvulaire évolutives
- **Infection** : germe à tropisme cardiaque

“ Adénovirus & Coxsackies ”

FORMES CLINIQUES

Myocardites fulminantes

Clinique: Syndrome grippal récent

Choc cardiogénique réfractaire aigu

Échographie:

- *Hypokinésie diffuse majeure*
- *Cavités de taille normale*
- *Hypertrophie des parois qui sont " brillantes "*

Évolution:

Récupération de la fonction VG en quelques jours ou semaines

FORMES CLINIQUES

Myocardites aiguës

Clinique :

Pas de syndrome grippal récent

Évolution à bas bruit sur plusieurs semaines

Échographie :

- Hypokinésie diffuse majeure

-Ventricule dilaté

- Parois du ventricule de taille normale

Évolution :

vers l'insuffisance cardiaque chronique

Chez la femme enceinte

- Nausées et vomissements sont des symptômes fréquents au cours du premier trimestre de la grossesse.
- Une perte de poids importante ou des troubles hydro-électrolytiques sévères doivent conduire à des investigations poussées.
- L'association à une dysfonction hépatique doit évoquer une atteinte myocardique.

TRAITEMENT

■ Thérapeutiques non spécifiques: Symptomatique

- Restriction hydro-sodée
- Diurétiques de l'anse
- Amines inotropes positives

Si choc cardiogénique réfractaire => Assistance circulatoire :

- ECMO
- Assistance pneumatique biventriculaire:
Thoratec

TRAITEMENT

■ Thérapeutiques spécifiques :

- Immunosuppresseurs : essais décevants .
- Immunoglobulines : manque de recul .
- Immunostimulants et antiviraux =en cours d'évaluation

CONCLUSION

- ✓ La myocardite aigue au cours de la grossesse est une atteinte rare mais très grave
- ✓ Les dernières décennies: meilleure connaissances des formes cliniques, histologiques et évolutives
- ✓ Progrès des techniques de reanimation en particulier d'assistance circulatoire pharmacologique et/ou mécanique a permis d'améliorer considérablement le pronostic

CONCLUSION

- ✓ L'aggravation clinique souvent extrêmement rapide de la maladie impose l'hospitalisation dans un centre médico-chirurgical adapté.
- ✓ Des nouvelles stratégies thérapeutiques spécifiques agissant sur le système immunitaire, en cours d'évaluation, permettront une meilleure prise en charge.

Merci
pour votre
ATTENTION