

Suspicion de syndrome aortique aigu admis au déchochage

Le chirurgien cardiaque (Dr Chavanis : 6942 ou Dr Gerelli : 6944) doit toujours être prévenu au préalable

1. ETT

- Evaluer la fonction systolique VG
- Rechercher :
 - Un épanchement péricardique
 - Une Insuffisance aortique

2. Prise en charge spécifique :

- Optimisation hémodynamique (contrôle de l'HTA le plus souvent) et de la FC : Objectifs : FC < 60/min et PAS < 120 mmHg
- Si HTA, utiliser en l'absence de contre-indication (insuffisance cardiaque sévère, asthme) :
 - Esmolol (Brevibloc®) :
 - Bolus de 0,5 mg/Kg en 1 min
 - Puis posologie : 3 mg/kg/h (----> 18 mg/kg/h)
 - Dilution : 500 mg/50 cc IVSE (ampoule de 10 ml/100mg)
 - Vitesse initiale IVSE :
 - 40 kg Vitesse 12 cc/h
 - 50 kg Vitesse 15 cc/h
 - 60 kg Vitesse 18 cc/h
 - 70 kg Vitesse 21 cc/h
 - 80 kg Vitesse 24 cc/h
 - 90 kg Vitesse 27 cc/h
 - 100 kg Vitesse 30 cc/h
- Si contre indication utiliser
 - Uradipil IVSE : 0 à 30 mg/h soit 250 mg/50 cc vitesse 0 à 6 cc/h
 - ± en dernier intention : nicardipine IVSE 1mg/ml vitesse 0 à 7 cc/h
- Analgésie par morphine IV

3. Angio TDM aortique avec gating cardiaque

- 4. Si indication chirurgicale retenue, discuter avec l'anesthésiste de chirurgie cardiaque du transfert au bloc opératoire ou de la pose préalable d'une VVC (JID) et d'un cathéter artériel (site à préciser avec l'anesthésiste, selon l'extension de la dissection).