



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Intérêt pronostique de la revascularisation coronaire en urgence après arrêt cardiaque extra-hospitalier

Prognostic value of immediate percutaneous intervention after out-of-hospital cardiac arrest

F. Dumas^{a,d}, D. Grimaldi^{b,e}, S. Manzo-Silberman^{c,e}, J. Fichet^b,
A. Cariou^{a,b,*,e}

^a Inserm U970, Paris Cardiovascular Research Centre, 56, rue Leblanc, 75015 Paris, France

^b Service de réanimation médicale, hôpital Cochin, AP-HP, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75679 Paris cedex 14, France

^c Service de cardiologie, hôpital Cochin, AP-HP, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75679 Paris cedex 14, France

^d Service d'accueil des urgences, hôpital Hôtel-Dieu, AP-HP, 1, place du Parvis-de-Notre-Dame, 75004 Paris, France

^e UFR de médecine, université Paris Descartes, 15, rue de l'École-de-médecine, 75270 Paris cedex 06, France

Reçu le 24 août 2010 ; accepté le 26 août 2010

Disponible sur Internet le 24 septembre 2010

MOTS CLÉS

Arrêt cardiaque ;
Angioplastie
coronaire ;
Coronarographie ;
Mort subite

Résumé Chez les patients récupérés d'un arrêt cardiaque extra-hospitalier, les premières heures sont souvent marquées par la survenue d'un état de choc à forte composante cardiogénique, responsable de la majeure partie des décès précoces. Parmi les interventions possibles, l'exploration coronarographique immédiate, pratiquée lorsqu'il n'existe pas de cause extracardiaque évidente, révèle l'existence d'une lésion coronaire récente accessible à une revascularisation percutanée dans environ la moitié des cas. La valeur diagnostique de l'électrocardiogramme postrécupération, souvent difficile à interpréter, demeure très bonne pour prédire l'existence d'une occlusion coronaire récente lorsque le tracé montre un sus-décalage systématisé du segment ST. En revanche, l'absence de ce signe n'exclut pas de découvrir une lésion récente et revascularisable. Lorsqu'une intervention percutanée a permis une revascularisation précoce, les taux de survie observés sont encourageants, compris entre 38 et 78 %. Des données récentes suggèrent que cette revascularisation coronaire immédiate améliore la survie de ces patients, de manière indépendante des autres facteurs impliqués dans le pronostic. Une collaboration étroite entre urgentistes, cardiologues interventionnels et réanimateurs doit être encouragée pour optimiser cette stratégie.

© 2010 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alain.cariou@cch.aphp.fr (A. Cariou).

KEYWORDS

Cardiac arrest;
Coronary angioplasty;
Coronary angiogram;
Sudden death

Summary. – In patients resuscitated from an out-of-hospital cardiac arrest, the first hours are often marked by the occurrence of a circulatory failure with strong cardiogenic participation, responsible for most of the early deaths. Among possible interventions, urgent coronary angiography, performed in the absence of obvious extracardiac cause, reveals the existence of a recent lesion accessible to a percutaneous coronary intervention (PCI) in about half of cases. Even if difficult to interpret, the diagnostic value of the postrecovery electrocardiogram remains very good in its ability to predict a recent coronary occlusion in the presence of a ST segment elevation. On the other hand, the absence of a ST segment elevation does not firmly exclude a recent coronary occlusion. When early PCI allowed a successful revascularisation, the reported survival rates are encouraging, being comprised between 38 and 78%. Recent data suggests that an immediate PCI improves the survival rate of these patients, independently of other usual prognostic factors. A narrow collaboration between prehospital teams, cardiologists and intensivists must be encouraged to optimize this strategy.

© 2010 Société de réanimation de langue française. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Situation du problème

Chaque année, 30 à 50 000 nouveaux cas de morts subites, le plus souvent extrahospitalières, surviennent en France. Parmi les patients dont l'arrêt cardiaque a été récupéré, 10 à 30% sortent de l'hôpital avec peu ou pas de séquelles [1,2]. Chez les patients qui survivent à la phase initiale de leur prise en charge préhospitalière, l'évolution est habituellement marquée par deux types d'évènements : un syndrome d'ischémie-reperfusion et une encéphalopathie.

Un syndrome d'ischémie-reperfusion

Un syndrome d'ischémie-reperfusion qui apparaît généralement dès les premières heures se présentant de façon stéréotypée et dont la forme extrême comporte un état de choc, un syndrome inflammatoire systémique et des désordres biologiques sévères [3]. En l'absence de traitement rapide et adapté, ce syndrome post-arrêt cardiaque (ou *postresuscitation disease*) aboutit en règle à un syndrome de défaillance multiviscérale et au décès précoce.

Une encéphalopathie

Une encéphalopathie postanoxique de pronostic sombre : deux tiers environ des patients qui survivent au syndrome de reperfusion précoce présentent par la suite des séquelles neurofonctionnelles évoluant soit vers un décès, soit vers un état végétatif persistant, puis permanent.

La fréquence et l'intensité de ces complications post-arrêt cardiaques dépendent essentiellement du délai de prise en charge initiale, de l'efficacité des manœuvres de réanimation et du temps écoulé avant restauration d'une hémodynamique spontanée efficace. Outre les progrès réalisés dans le domaine de la neuroprotection (hypothermie induite notamment), la prévention et/ou le traitement des anomalies cardiocirculatoires de la phase initiale constitue un enjeu thérapeutique majeur.

Choc post-arrêt cardiaque

Le choc post-arrêt cardiaque constitue une complication fréquente des 48 premières heures. Habituellement défini par la nécessité d'administrer ou de poursuivre l'administration de médicaments vasoactifs en dépit d'un remplissage vasculaire adapté, son incidence est difficile à préciser, mais il atteindrait environ 50% des patients réanimés d'un arrêt cardiaque [4]. Il s'agit d'un choc mixte comprenant une composante cardiogénique et vasoplégique. La défaillance myocardique est initialement très souvent au premier plan, caractérisée par une dysfonction systolique sévère mais réversible [4]. Cette dysfonction ventriculaire gauche débute de façon précoce, dès les premières minutes suivant la restauration d'une activité circulatoire spontanée, mais elle est habituellement réversible dans un délai de 48 à 72 heures [5,6]. Sa survenue semble favorisée non seulement par les difficultés de la réanimation initiale (qualité et nombre de chocs électriques externes, dose d'adrénaline employée, durée globale de l'interruption circulatoire) mais également par l'existence d'une cause coronaire aiguë. Cette dysfonction myocardique est secondairement associée à une vasoplégie liée au syndrome d'inflammation généralisée qui est bien documenté en post-arrêt cardiaque chez l'homme [4]. En l'absence de traitement rapide et adapté, le choc post-arrêt cardiaque aboutit généralement à un syndrome de défaillance multiviscérale, responsable d'environ un tiers des décès, généralement précoces. Les défaillances habituellement observées sont principalement rénales et respiratoires, atteignant 40 à 50% des patients réanimés d'un arrêt cardiaque. Le choc post-arrêt cardiaque, l'hypoxémie, l'insuffisance rénale aiguë et la défaillance hépatique peuvent aggraver le pronostic et retarder la récupération neurologique.

Mécanismes physiopathologiques de la dysfonction myocardique post-arrêt cardiaque

Deux mécanismes peuvent s'associer pour générer la dysfonction myocardique : un phénomène d'ischémie-reperfusion de l'ensemble du myocarde et l'existence et la persistance d'une thrombose d'un gros tronc coronaire.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2613077>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2613077>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)