



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Cas clinique

Anesthésie pour césarienne à la phase aiguë d'un infarctus du myocarde par dissection coronaire

Anaesthetic management for caesarean delivery and acute myocardial infarction by spontaneous coronary dissection

M. Pougeoise*, A.-F. Dalmas, S. Langlois, B. Voisin, B. Dedet, P. Vaast, B. Vallet

Pôle d'anesthésie-réanimation, maternité Jeanne-de-Flandre, centre régional hospitalier universitaire, 59037 Lille cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 7 février 2011
Accepté le 26 octobre 2011
Disponible sur Internet le 6 décembre 2011

Mots clés :
Dissection coronaire spontanée
Grossesse
Infarctus myocardique
Césarienne
Angioplastie

Keywords:
Spontaneous coronary dissection
Pregnancy
Myocardial infarction
Caesarean delivery
Angioplasty

RÉSUMÉ

L'infarctus du myocarde survient rarement au cours de la grossesse et est associé à une augmentation nette de la mortalité maternelle et fœtale. Nous rapportons le cas d'une patiente qui a présenté à 38 semaines d'aménorrhée (SA) un infarctus du myocarde antérieur par dissection coronarienne spontanée traité par angioplastie et qui a bénéficié d'une césarienne en urgence à visée maternelle. Nous discutons de la prise en charge anesthésique pour césarienne dans ce contexte aigu.

© 2011 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Myocardial infarction is rare during pregnancy and is associated with a high maternal and foetal mortality rate. We report the case of a 32-year-old woman at 38 weeks gestation who developed a myocardial infarction with spontaneous coronary dissection treated with coronary angioplasty and who needed an emergency caesarean section. We discuss the anaesthetic management of urgent caesarean section in this context.

© 2011 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

L'infarctus du myocarde (IDM) est rare chez la femme enceinte. Sa fréquence est estimée de 1/10 000 à 1/30 000 accouchements [1]. Sa prévalence augmente actuellement avec l'accroissement de l'âge maternel, l'intoxication tabagique, l'hypertension artérielle et les grossesses multiples. Il survient le plus fréquemment au cours du troisième trimestre chez des femmes de plus de 33 ans ayant des facteurs de risques : dyslipidémie, diabète, thrombophilie, prééclampsie, tabagisme et antécédents familiaux de coronaropathie [2].

Chez la femme enceinte, l'étiologie principale est l'athérosclérose (43 %), puis la thrombose coronarienne sans anomalie coronarienne sous-jacente (21 %), la dissection coronaire (16 %) et l'anévrisme coronaire [1]. Le risque de dissection artérielle est lié

aux modifications biochimiques et histologiques d'origine hormonale de la paroi artérielle pendant la grossesse. Aucune observation n'a été publiée à ce jour sur la prise en charge anesthésique d'une césarienne dans un contexte aigu d'IDM.

Nous rapportons le cas d'une patiente enceinte de 38 semaines d'aménorrhée (SA) qui a présenté un infarctus myocardique antérieur sur dissection coronaire traité par angioplastie et qui a nécessité une césarienne d'indication maternelle en semi-urgence, sous anesthésie générale.

2. Observation

Une patiente âgée de 32 ans, deuxième pare, enceinte de 38 SA, a consulté en urgence pour une douleur médiosthoracique d'apparition brutale. Dans ses antécédents, on notait un asthme allergique stable et lors de sa première grossesse une prééclampsie à 38 SA avec un accouchement par voie basse compliqué d'une hémorragie de la délivrance de 1800 mL. Aucun facteur de risque cardiovasculaire, ni personnel, ni familial, ni de tabagisme, n'a été

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pougeoisemarie@yahoo.fr (M. Pougeoise).

retrouvé par ailleurs. Son indice de masse corporelle était à 20,7 (1,70 mètre pour 60 kilos).

La douleur thoracique était d'apparition brutale, constrictive et typiquement angineuse, sans signes de défaillance hémodynamique. L'électrocardiogramme maternel mettait en évidence un sus-décalage du segment ST dans le territoire apico-latéral.

Une angiographie était réalisée 180 minutes après le début de la douleur thoracique et mettait en évidence une occlusion de l'artère interventriculaire antérieure moyenne avec un flux TIMI 0 à 1, l'intégrité de la coronaire droite et l'absence d'argument pour une dissection aortique (Fig. 1). L'échographie endocoronaire confirmait le diagnostic de dissection coronaire spontanée partant de l'interventriculaire antérieure moyenne et atteignant le tronc commun de la coronaire gauche tout en respectant l'ostium de l'artère circonflexe. La reperfusion a été obtenue par la mise en place de deux stents nus totalisant 36 mm de long, avec rétablissement d'un flux TIMI III, Blush grade III et régression complète du sus-décalage ST (Fig. 2). La procédure d'angioplastie a été réalisée sous aspirine 160 mg, héparine non fractionnée et clopidogrel 75 mg. Dans les suites immédiates, la patiente a présenté une détresse respiratoire sur un œdème pulmonaire aigu (OAP) résolutif après traitement déplétif (Lasilix®) et vasodilatateur (Risordan®).

L'absence de retentissement fœtal apprécié sur l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal avait permis une prise en charge maternelle initiale par angioplastie en urgence. Afin d'optimiser le suivi maternel et fœtal, la patiente a été transférée dans un centre de référence cardiologique à proximité d'une maternité de recours maternel.

En unité de soins intensifs cardiologiques, les paramètres hémodynamiques étaient stables. Le traitement par aspirine, clopidogrel, dérivés nitrés, héparine non fractionnée et oxygène a été poursuivi. Le pic de troponine était de 345 ng/mL et le taux du *brain natriuretic peptide* (BNP) était de 250 pg/mL. L'échographie cardiaque transthoracique (ETT) retrouvait une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) à 45 %, une akinésie apicale sans dilatation du ventricule gauche (VG), pas de valvulopathie mitrale ou aortique, pas de signes en faveur d'une hypertension artérielle pulmonaire. La surveillance obstétricale était sans particularité.

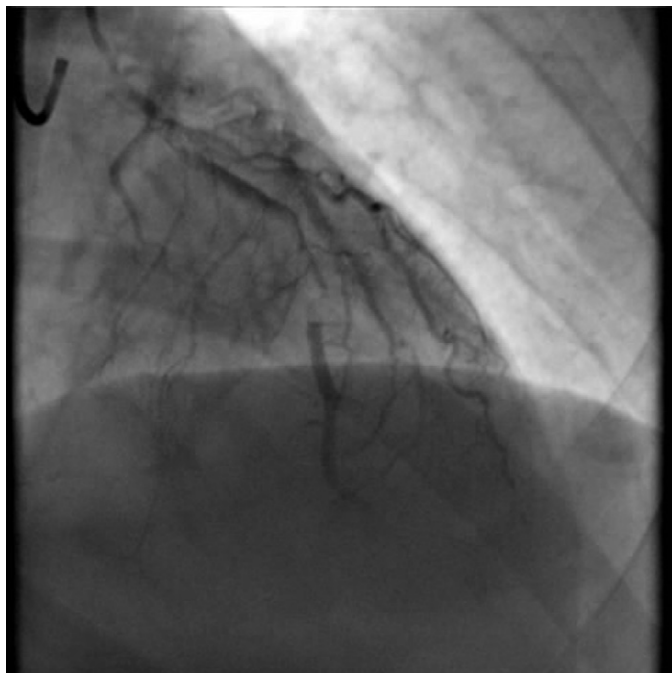


Fig. 1. Coronarographie : sténose de l'IVA.



Fig. 2. Revascularisation de l'IVA après pose de stent.

Après concertation multidisciplinaire, la décision d'une extraction fœtale par césarienne dans un court délai a été décidée, afin de limiter les efforts d'un accouchement par voie basse susceptible d'accroître le risque de récurrence d'OAP. De plus, un traitement efficace devait être introduit le plus précocement possible pour diminuer le remodelage du VG et le risque d'insuffisance cardiaque séquellaire, alors qu'il était incompatible avec la grossesse.

Une réévaluation préopératoire échographique montrait une FEVG à 45 %, une akinésie apicale et une inversion du flux mitral. La césarienne a été réalisée 25 heures après la dissection coronaire sous anesthésie générale avec une surveillance continue de la pression artérielle par cathétérisme radial et une surveillance cardiaque échographique par voie transthoracique peropératoire. L'induction a été réalisée après préoxygénation avec une forte dose de morphinique (sufentanil 250 µg) associée à un curare non histaminolibérateur (vécuronium 0,1 mg/kg). La manœuvre de Sellick a été réalisée dès la perte de conscience et maintenue jusqu'à l'intubation. Devant une fréquence cardiaque persistante à 100 b/min pendant l'anesthésie générale, un traitement par bêtabloquant de courte durée d'action a été instauré afin de diminuer le travail myocardique (Esmolol : Brévilbloc® 50 mg/h en seringue autopulsée avec un débit adapté à la fréquence cardiaque souhaitée).

La césarienne a permis la naissance, 19 minutes après l'induction anesthésique, d'une petite fille pesant 2940 g (scores d'Apgar à 1, 5 et 10 minutes : 4/10/10). Aucun retentissement respiratoire n'a été observé chez le nouveau-né. Au clampage du cordon, une antibioprophylaxie par céfazoline et un traitement utérotonique par perfusion lente de 20 UI de Syntocinon® sur quatre heures ont été réalisés. L'administration d'une benzodiazépine (midazolam 3 mg IVD) a été réalisée afin de diminuer le risque de mémorisation et un entretien par propofol a été instauré (40 mg/h). Malgré ces faibles doses d'agents hypnotiques et alors que l'état hémodynamique était parfaitement stable, la pression artérielle moyenne (PAM) a chuté de 30 %. Sur des critères cliniques et échographiques (rapport E/A < 2 du Doppler mitral, temps de décélération de l'onde E allongé, E/Ea < 6 au Doppler tissulaire à l'anneau mitral) nous avons procédé à un remplissage prudent par 500 ml

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2746064>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2746064>

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