

Anévrysme Ao. Abdominale

ESC_VX_003_Overview

Aperçu général

Durée du scénario : 12 à 15 minutes.

Public cible : Étudiants de médecine, internes et résidents.

Résumé : Anévrysme rompu de l'aorte abdominale sous forme d'hémorragie digestive de grande abondance

Objectifs critiques :

- Reconnaître un anévrysme de l'aorte abdominale
- Identifier les complications de l'anévrysme de l'aorte abdominale
- Mettre en œuvre le traitement initial d'une rupture de l'anévrysme
- Planifier les différentes modalités thérapeutiques curatives

Anévrysme Ao. Abdominale

ESC_VX_003_Briefing

Signes fonctionnels

Patient(e)	:	76 ans, sexe masculin
Data	:	Poids = 80 Kg, Taille = 168 cm
SF	:	Malaise
Début	:	Progressif
Signes associés	:	Douleurs abdominales, vomissements
Mode d'admission	:	Ramené par sa famille
Signes critiques	:	Le malade ne va pas bien !

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	Cardiopathie ischémique
Toxiques	:	Alcoolo-tabagique
Médicaments	:	Cardioaspirine®, Crestor®

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 24 c/min, pas de cyanose, pas de SLR, pas de râles, SpO2 = 94%			
Fonction circulatoire	:	FC = 130 bpm, PA = 80/50 mmHg, pâleur intense, pas de souffle			
Fonction neurologique	:	GCS = 14/15, pas de déficit, pupilles isocores réactives, pas de convulsion			
Examen somatique	:	RAS			
Glycémie	:	1,2 g/L	Température	:	36,5 °C

Anévrysme Ao. Abdominale

ESC_VX_003_Scénario

Check-list

Équipement	Drogues
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire	<input type="checkbox"/> Octréotide
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique	<input type="checkbox"/> IPP
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence	<input type="checkbox"/> ATB (CIIIG/FQ)
<input type="checkbox"/> Chariot de soins	<input type="checkbox"/> Lactulose
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique	<input type="checkbox"/> Acide tranexamique

Préparation du simulateur

- Simulateur HF, sexué masculin
- Voie veineuse périphérique
- Vêtements simples, mouillés (sueurs)

Formateurs

- Instructeur 1 : technicien aux manettes
- Instructeur 2 : briefing et debriefing
- Instructeur 3 : debriefing
- Facilitateur 1 : senior de garde
- Facilitateur 2 : fils du patient (interrogatoire)

Anévrysme Ao. Abdominale

ESC_VX_003_Scénario

Baseline

FR = 24
SpO₂ = 94
EtCO₂ = 30

FC = 130
PA = 80/50
ECG = QS

Agité
Pâle

TTT choc
hémorragique
Octréotide IPP

Interventions

RAS

FC = 140
PA = 70/40
SpO₂ = inprénable
Abdomen ballonné

Diagnostic Anévrysme
Ao. Abdominale

Non



Oui



Anévrysme Ao. Abdominale

ESC_VX_003_Programmation

Baseline

FR = 24 c/min, SpO2 = 94%, pas de râles

FC = 130 bpm, PA = 80/50 mmHg

EtCO2 = 30 mmHg

Critical

Persistance de l'instabilité hémodynamique

Détresse respiratoire

Ballonnement abdominal

Landing

FR = 12 c/min, SpO2 = 99%, pas de râles

FC = 150 bpm, PA = 90/60 mmHg

EtCO2 = 30 mmHg

Anévrysme Ao. Abdominale

ESC_VX_003_Debriefing

Fiche

- L'anévrysme artériel est une pathologie de la paroi artérielle responsable d'une dilatation localisée permanente de la lumière, avec perte du parallélisme,
- Nous distinguons des anévrismes sacciformes et des anévrismes fusiformes,
- L'étiologie principale reste l'athérome (95%),
- Les facteurs de constitution sont pariétaux, génétiques ou encore hémodynamiques,
- Les signes fonctionnels peuvent être asymptomatiques ou douleur. Les signes physiques sont marqués par la masse battante et expansive (chercher signe de De Bakey),
- Les examens d'imagerie comportent : ASP, échodoppler, TDM, artériographie, angio-IRM,
- Les complications peuvent être : fissure, rupture, accidents thromboemboliques ou encore compression des organes de voisinage,
- Le traitement est chirurgical (chirurgie conventionnelle) ou traitement endoluminal.

Objectifs techniques

- Reconnaître un anévrysme de l'aorte abdominale
- Identifier les complications de l'anévrysme de l'aorte abdominale
- Mettre en œuvre le traitement initial d'une rupture de l'anévrysme
- Planifier les différentes modalités thérapeutiques curatives

CRM

- Teamwork
- Leadership
- Communication
- Anticipation
- Workload

	Résultat	Références
Hématies	3.1 $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
Hémoglobine	6.4 g/dL	(10.9-13.7)
Hématocrite	19.8 %	(34.0-40.0)
VGM	80.3 fl	(73.0-86.0)
CCMH	32.6 g/dL	(32.0-36.0)
Leucocytes	14.10 $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
Neutrophiles	52.0 %	
Soit	7.72 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
Eosinophiles	0.6 %	
Soit	0.06 $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
Basophiles	0.5 %	
Soit	0.01 $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
Lymphocytes	10.5 %	
Soit	4.0 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
Monocytes	6.0 %	
Soit	0.55 $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
Plaquettes	91 $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

Hémostase

	Résultat	Références
Temps de Quick Patient	17.3 sec	
Taux de prothrombine	62 %	(70-140)
INR		
TCA		
Temps témoin	30 sec	
TCA		
Temps patient	40 sec	(25.0-35.0)
Fibrinogène	2.6 g/L	(2.00-4.00)

Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na⁺)	140 mmol/L	(135-145)
Potassium (K⁺)	4,8 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca²⁺)	100 mg/L	(90-105)
Chlore (Cl⁻)	103 mmol/L	(100-105)
Glycémie	1.10 g/L	(0.70-1.10)
Urée	0.70 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	20 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	60 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	60 UI/L	(5-40)
CRP	50 mg/L	(< 10)
Albumine	35 g/L	(35-55)

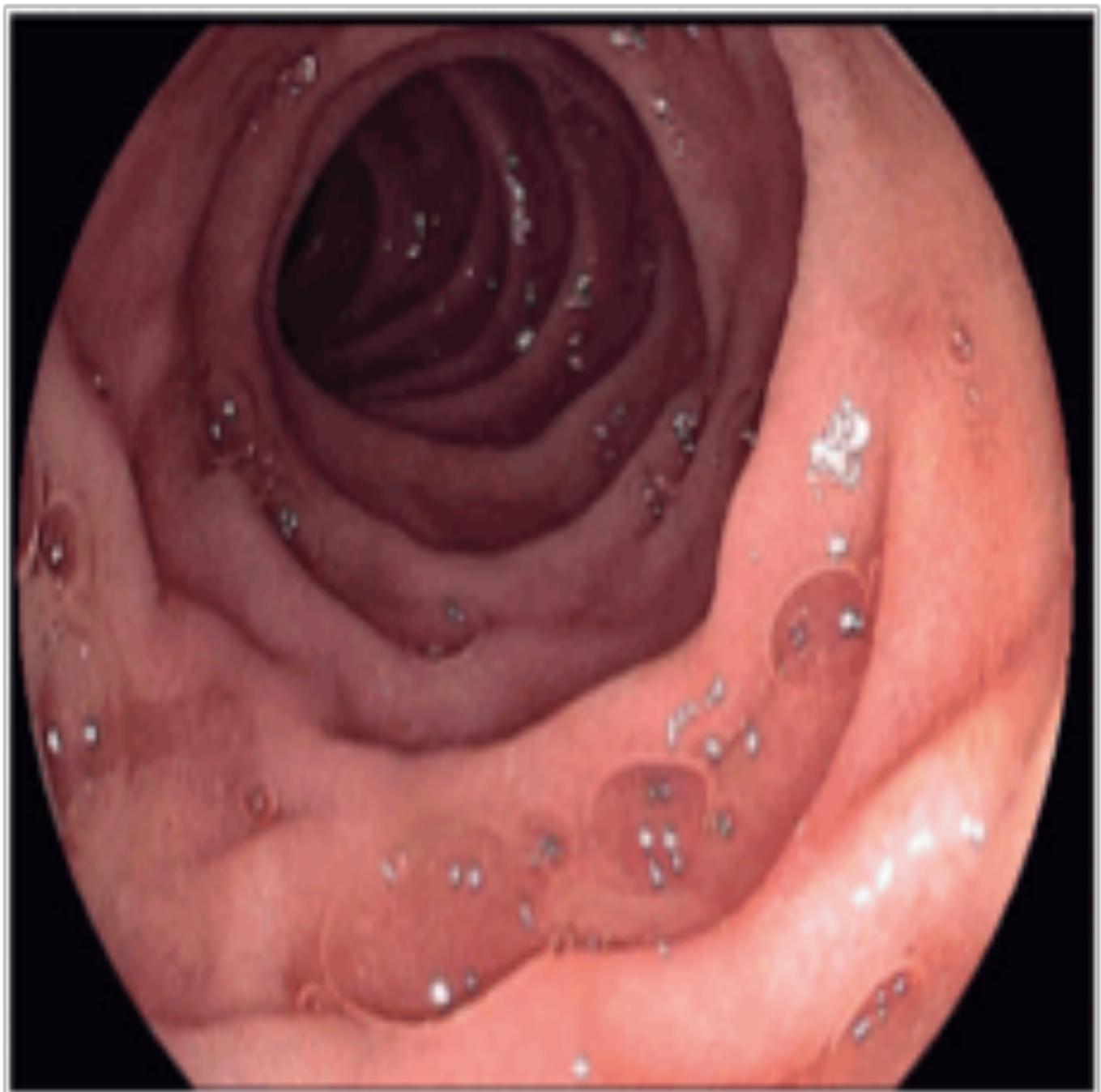
Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
Troponine	0,05 ng/mL	(< 0.01)

Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	7.20	(7.35-7.45)
CO ²	30 mmHg	(35-45)
HCO ₃ ⁻	15 mmol/L	(22-26)
PaO ²	95 mmHg	(> 85)
SaO ²	97 %	(95-100)
Lactates	3 mmol/L	(< 2)

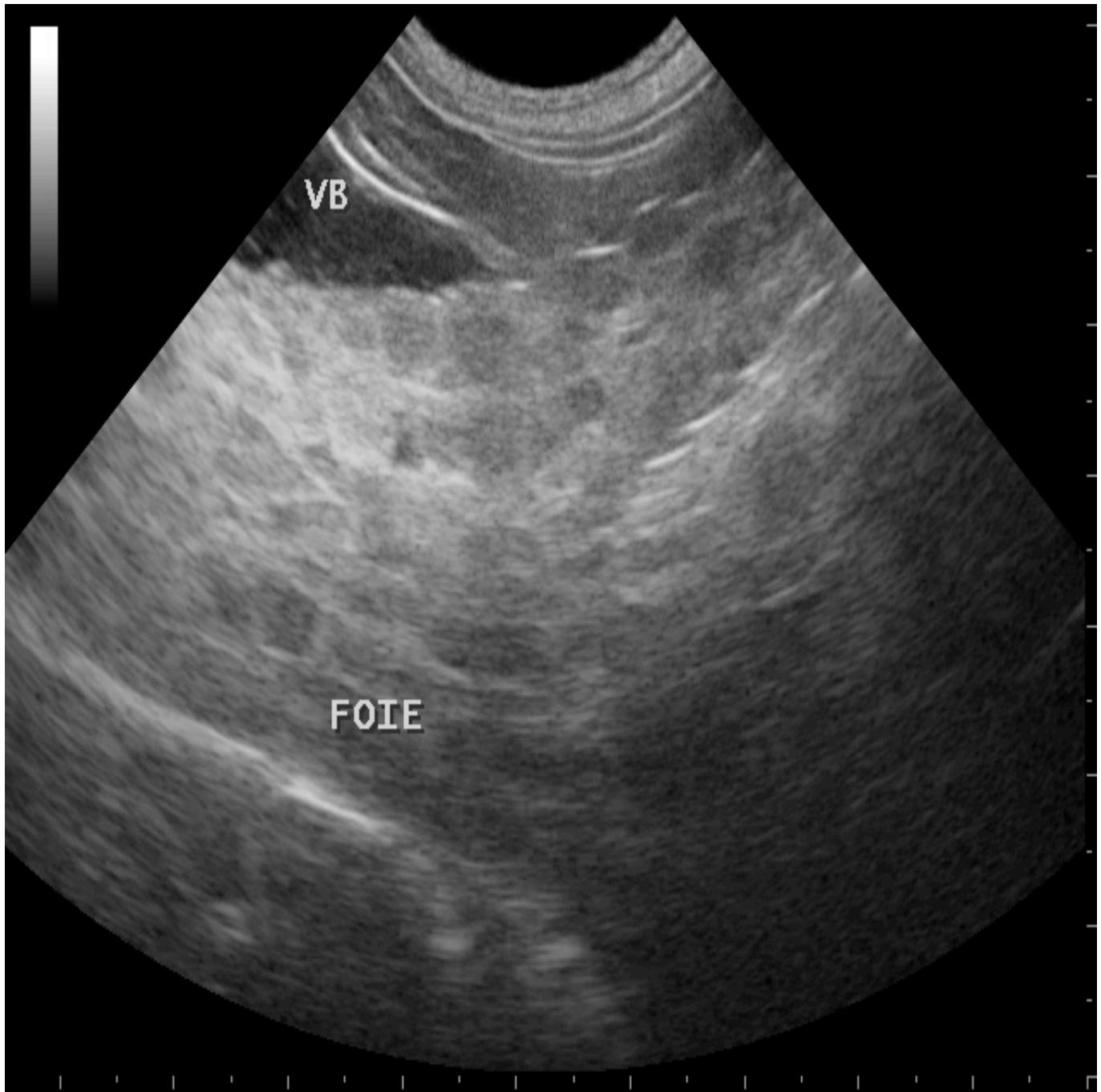
Fibroscopie digestive haute



Interprétation :

**Pas de varices œsophagiennes ni d'ulcère,
Saignement digestif diffus.**

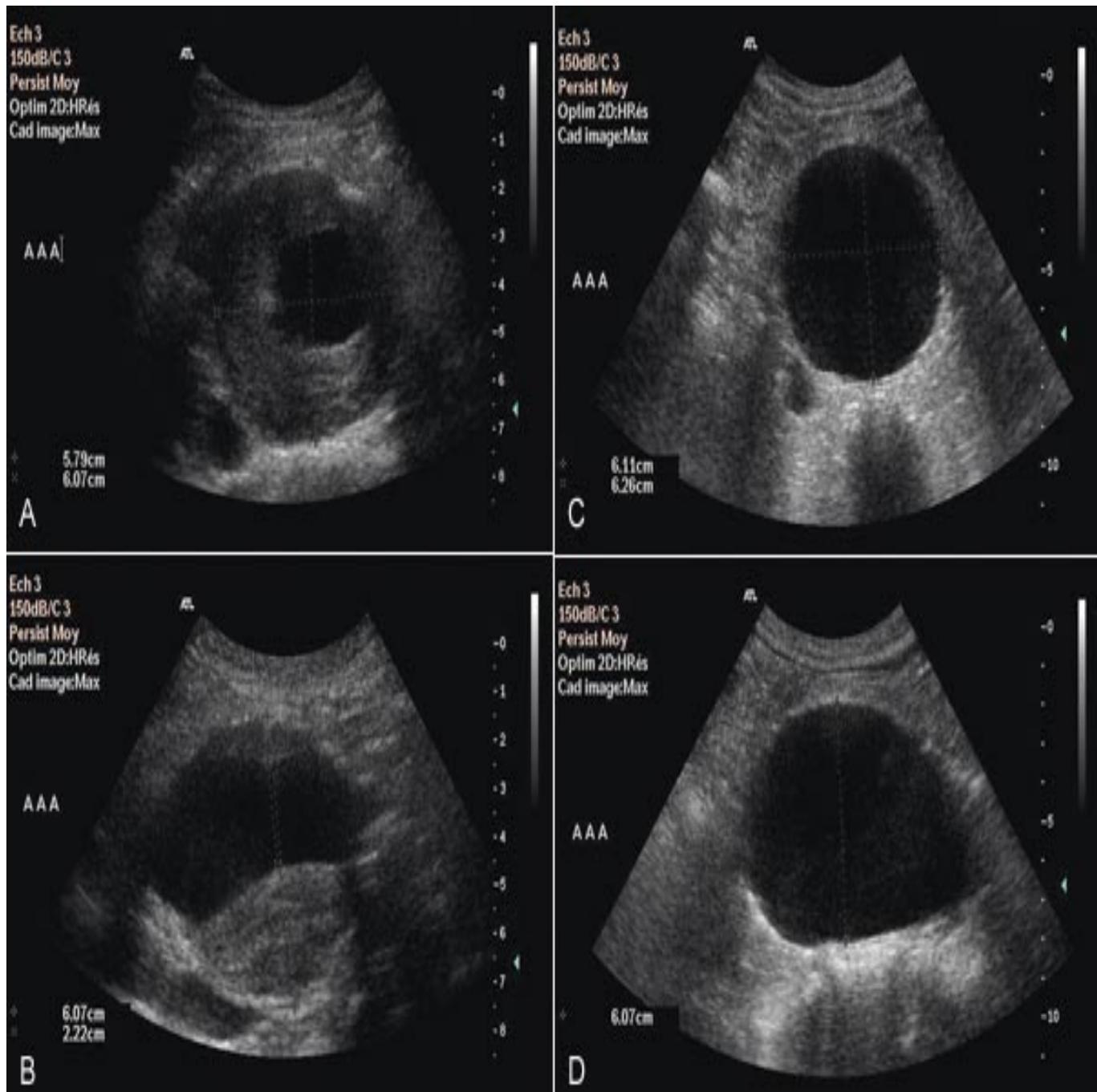
Échographie abdominale



Interprétation :

Signes d'hépatopathie chronique.

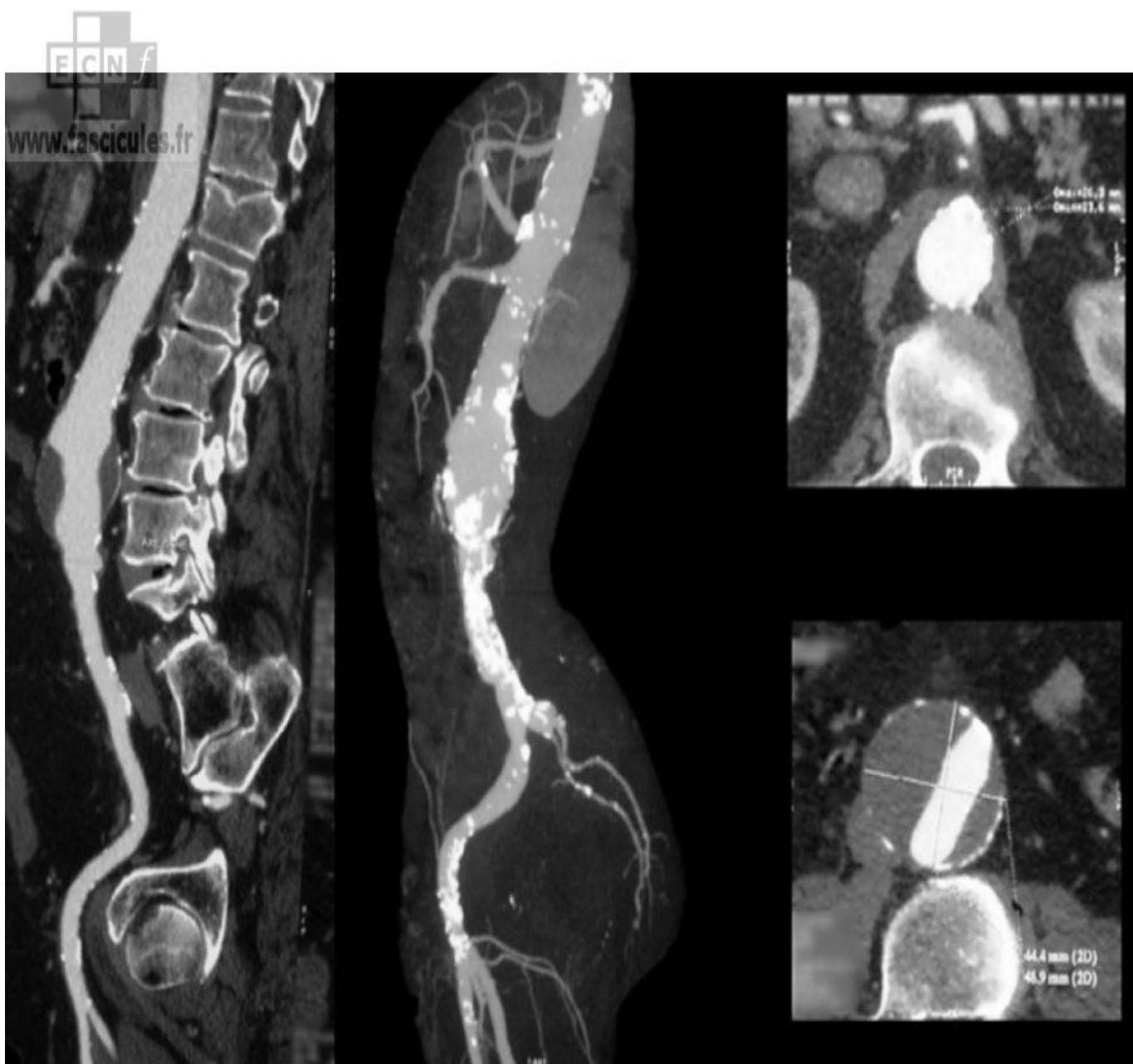
Echodoppler abdominal



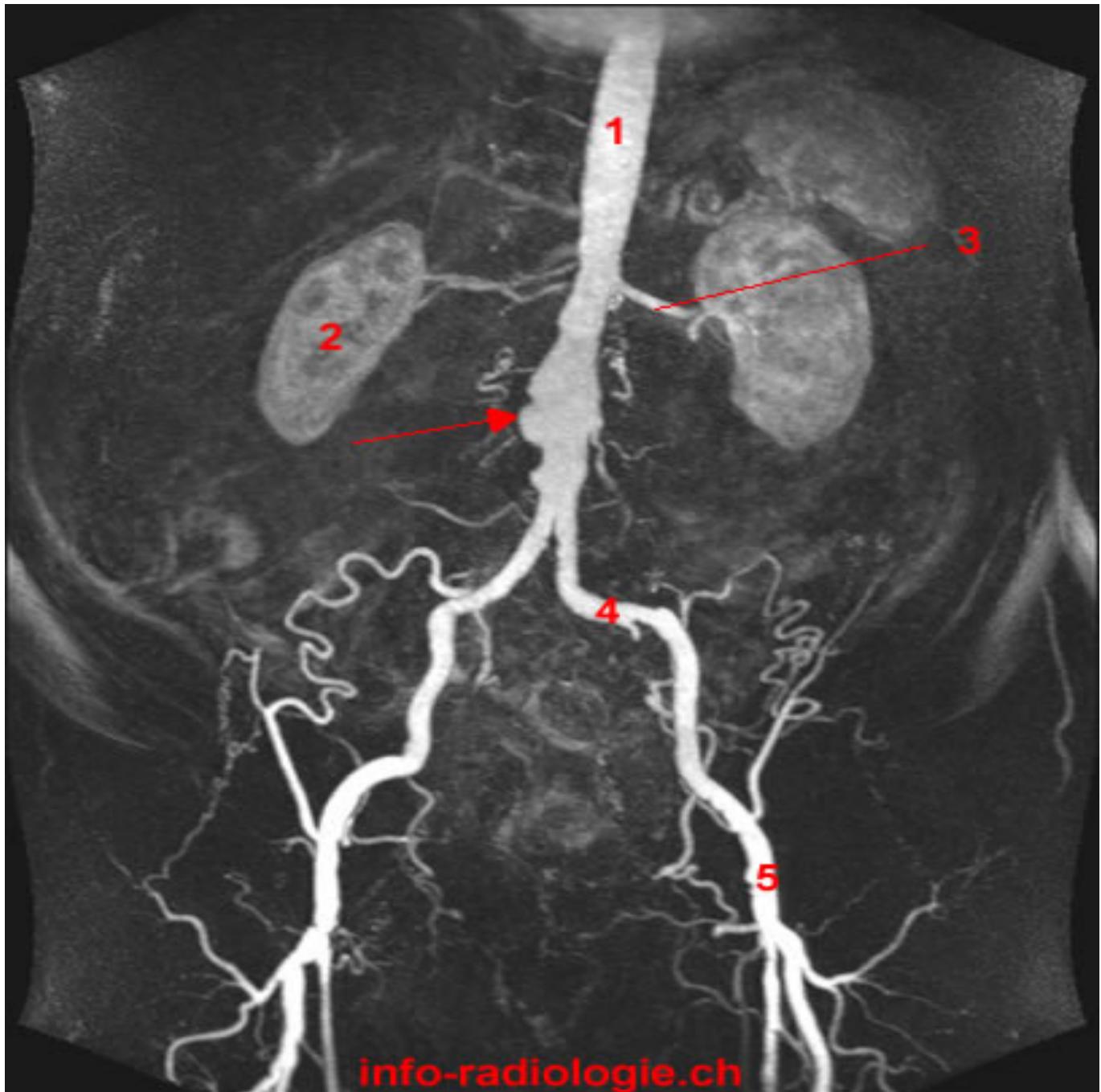
Interprétation :

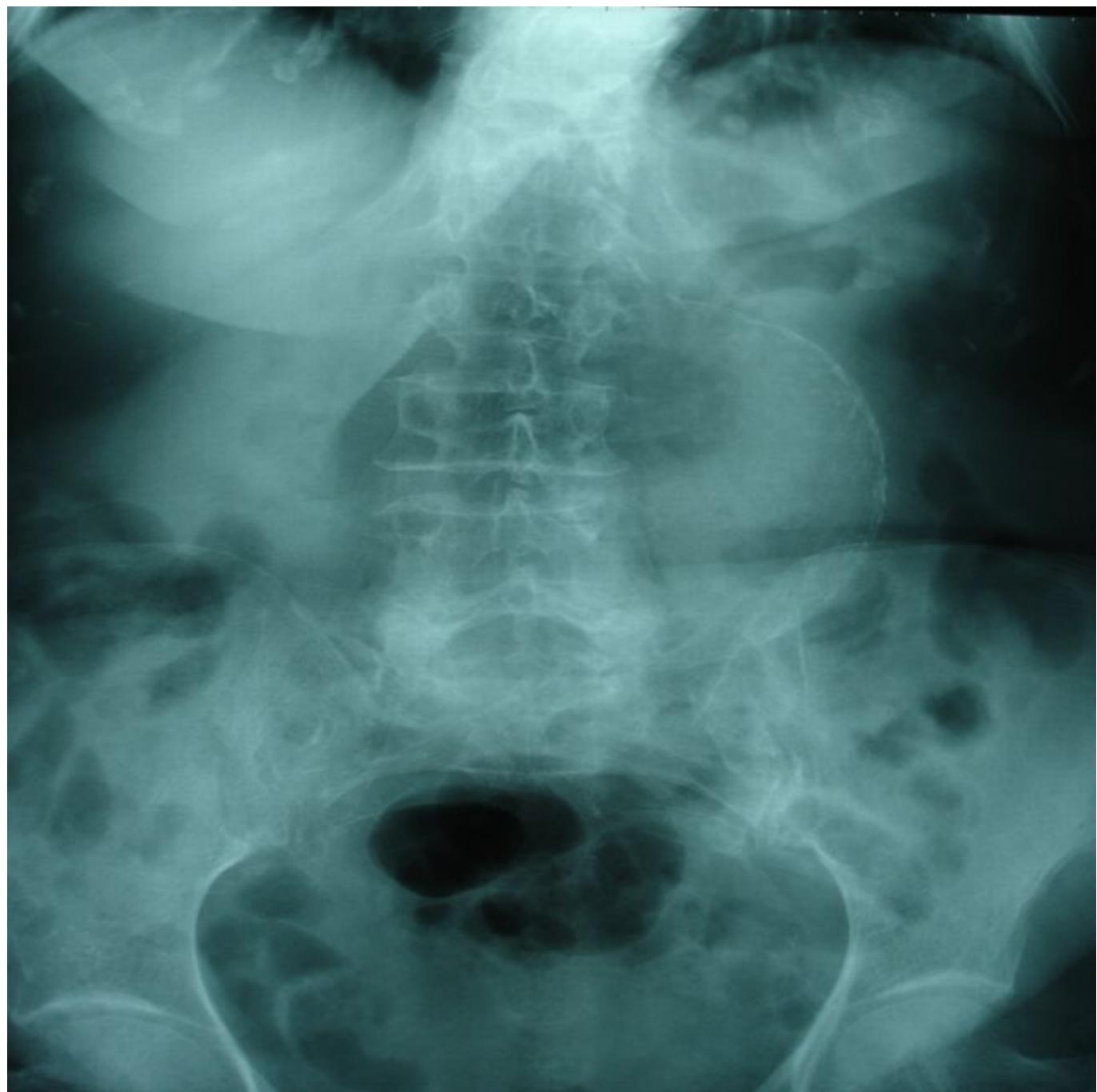
Masse intra-abdominale pulsatile.

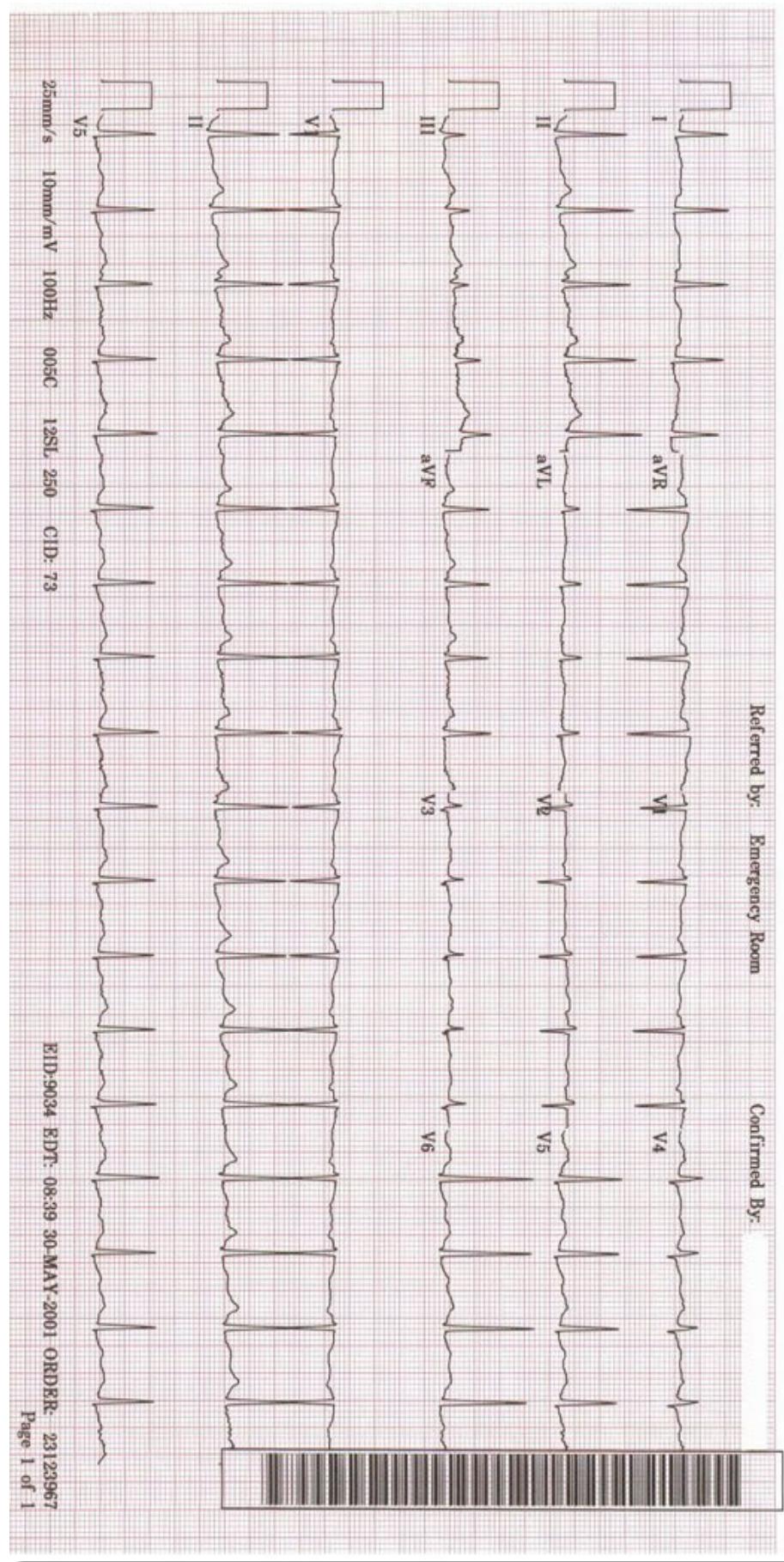
Angio-TDM abdominale



Artériographie



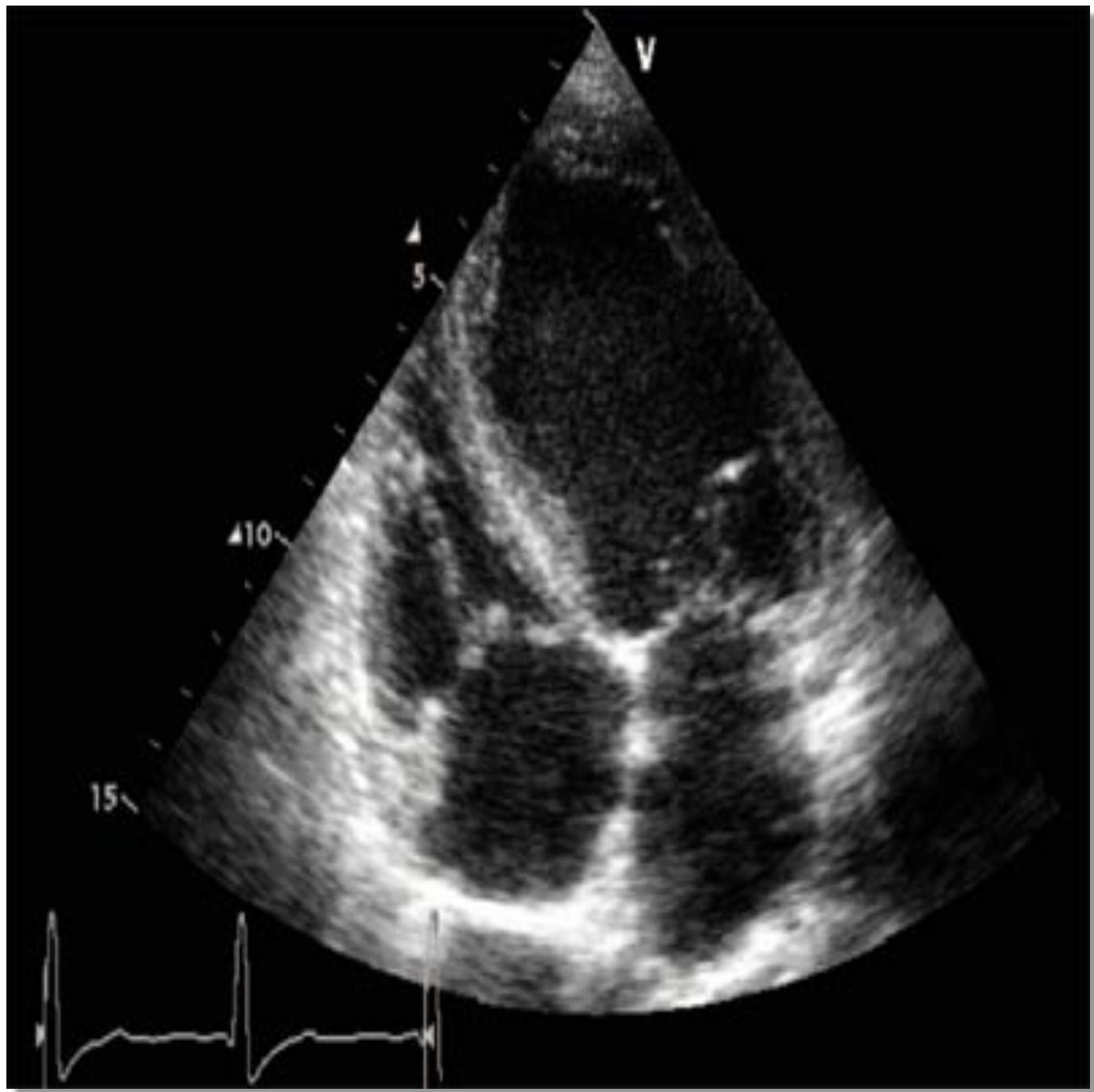




Radiographie du thorax



Échocardiographie



Interprétation :

Cardiomyopathie ischémique dilatée.