

SYMPTOMATOLOGIE :

- . Douleur thoracique : violente, d'emblée maximale, durable, surtout évocatrice si elle est migrante (d'abord thoracique, puis dorsale et enfin abdominale), résistante à la trinitrine. Une douleur est présente dans 85 % des cas.
- . Syncope inaugurale fréquente
- . Signes associés :
 - Asymétrie des pouls et asymétrie tensionnelle
 - Insuffisance aortique aiguë avec souffle d'IA récent
 - Accident ischémique cérébral transitoire de topographie carotidienne (amaurose, déficit moteur transitoire)
 - Plus rarement : OAP, bradycardie par BAV, frottement péricardique si extension au péricarde, paraparésie
- . Signes de gravités : état de choc (rupture aortique), HTA
- . Complications immédiates : hémopéricarde, ischémie aiguë de membre et /ou viscérale, hémothorax gauche, compression d'organes proches (Claude Bernard Horner, Syndrome cave sup, dysphonie, dysphagie, dyspnée)

*Biologie systématique :

- NFP, CRP
- Iono, créat
- Coag, dosage des AOD
- Bilan hépatique, lipase
- troponine
- groupes RAI
- GDS + Lactates artériel

TOUTE SUSPICION DE SYNDROME AORTIQUE DOIT BENEFICIER D'UN TDM THORACIQUE INJECTE SANS DELAIS à compléter par un angioTDM TSA + willis si confirmé

AUTRES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- ECG: peut être normal ou montrer une tachycardie, un HVG, ou des signes d'insuffisance coronarienne aiguë
- RT: élargissement du médiastin supérieur, image de double contour du bouton aortique.
- Echocardiographie: visualisation des 2 chenaux, recherche d'un hémopéricarde, d'une IA

MESURES GENERALES DE TRAITEMENT :

Normalisation de la coagulation selon les recommandations de réversion des anticoagulants

Avis Chirurgie Cardio-Vasculaire du CHU de Saint-Etienne : 04 77 82 86 20

Lit strict, inclinaison dossier 30 ° possible (recommandé si hémopéricarde), patient à jeun
Surveillance clinique: pupilles, GCS, focalisation neurologique

Monitoring HTA, FC, SpO2, glycémie capillaire,
Pose de 2 VVP (bon calibre), NaCl 0,9 %

Traitement de la douleur par morphinique

Prévention de l'ulcère de stress (IPP), pose de SAD

Oxygénothérapie aux lunettes pour SpO2 habituelle

Traitement des malperfusions d'organes à adapter au cas par cas (ischémie membre, AVC, ischémie mésentérique, ...)

Traitement du choc si nécessaire avec contrôle de TAS entre 80 et 100 mmHg

L'intubation orotrachéale et ventilation ne doivent se faire que **la main forcée +++**

Objectif : PAS idéale entre 100 et 120 mmHg et pouls entre 60 et 80 bpm

- **En 1ere intention** en l'absence de contre indication (crise d'asthme en cours, Insuffisance cardiaque non contrôlée, choc cardiogénique, BAV 2 et 3, état de choc, allergie) :

Esmolol (BREVIBLOC®) : flacon de 100mg/10ml

- Bolus 0.5 mg/kg en 1 minute

bolus/poids (kg)	50	60	70	80	90
0.5mg/kg	2.5 ml	3 ml	3.5 ml	4 ml	4.5 ml

- puis PSE en entretien (5 flacons dans 50 ml soit 10 mg/ml) de 50 à 300 µg/kg/min
 - augmentation par palier de 50 microgramme toutes le 4 minutes si nécessaire
 - bolus de 0.5mg/kg/1min avant chaque augmentation de posologie

Entretien/poids (kg)	50	60	70	80	90
50 µg/kg/min	15 ml/h	18 ml/h	21 ml/h	24 ml/h	27 ml/h
100 µg/kg/min	30 ml/h	36 ml/h	42 ml/h	48 ml/h	54 ml/h
150 µg/kg/min	45 ml/h	54 ml/h	63 ml/h	72 ml/h	81 ml/h
200 µg/kg/min	60 ml/h	72 ml/h	84 ml/h	96 ml/h	108 ml/h
250 µg/kg/min	75 ml/h	90 ml/h	105 ml/h	120 ml/h	135 ml/h
300 µg/kg/min	90 ml/h	108 ml/h	126 ml/h	144 ml/h	162 ml/h

- **Si contre indication respiratoire à Esmolol (BREVIBLOC®):**

Diltiazem (TILDIEM®) : Ampoule de 25 ou 100 mg

- bolus 0.25 mg/kg
- puis au PSE : de 5 à 15 mg/h

- **Dans les autres cas ou si pouls < 60 bpm :**

Nicardipine (LOXEN®) : Ampoule de 10mg/ 10ml

- bolus 2 mg
- puis au PSE (5 ampoules /50cc) : débiter à 1 ou 2 mg/h et à adapter en fonction de la TAS, par palier de 0,5mg/h toutes les 5min. Maximum 8mg/h.