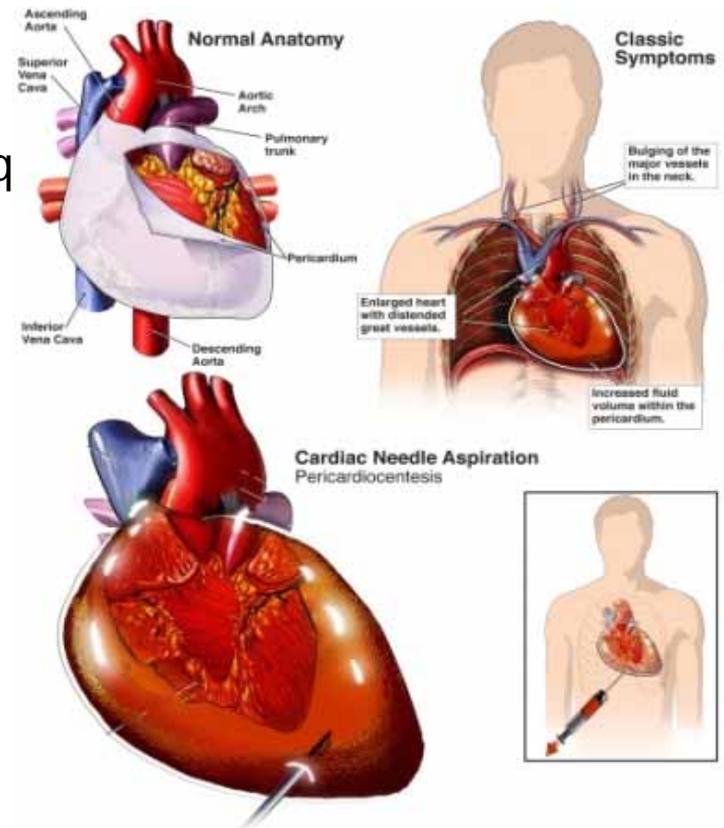


Épanchement péricardique

Cas: Patiente de 67 ans, avec un cancer du sein, q
nécessite un drainage péricardique.

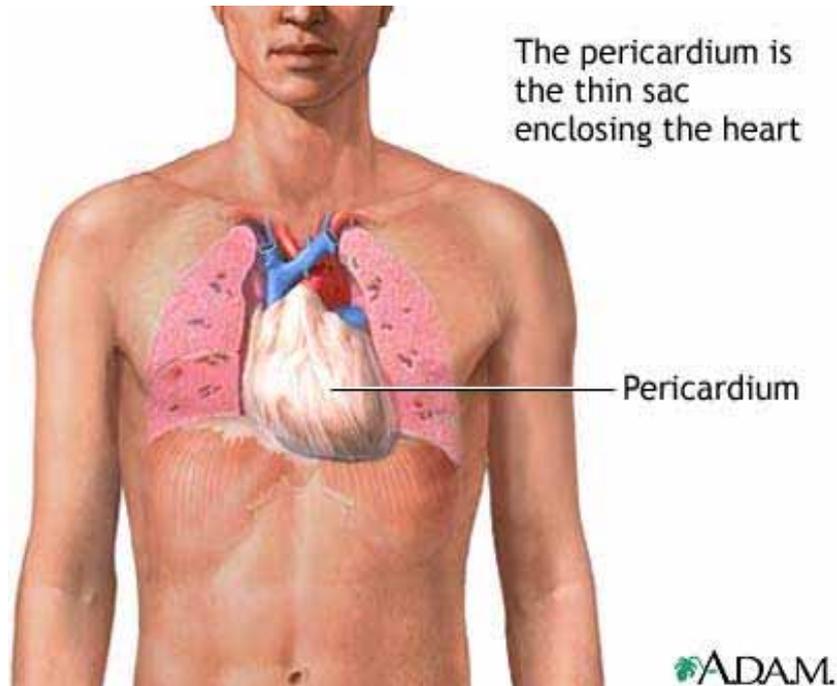
Équipe # 6:

- Marie-Eve Mondor
- Tassadit Ailane
- Rosa Pascual Blanco
- Marc Belliveau



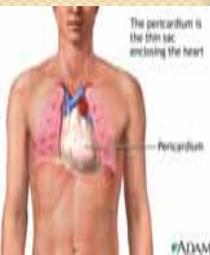
3 syndromes compressifs du péricarde:

- Tamponnade
- Péricardite constrictive
- Péricardite constrictive ± épanchement



Tamponnade:

- Accumulation sous pression de liquide péricardique
- Différentes formes
 - Aigue
 - Subaiguë
 - Régionale
 - Basse pression



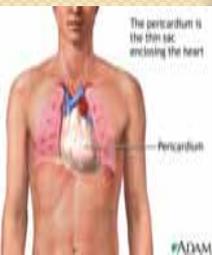
Péricardite constrictive:

- Cicatrisation et perte élasticité du sac péricardique.
- Forme surtout chronique



Péricardite ± Épanchement:

- Comme une tamponnade,
- mais les pressions de OD et PCP (wedge) demeurent élevés malgré le drainage du liquide péricardique.

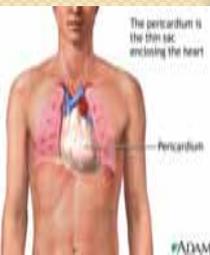
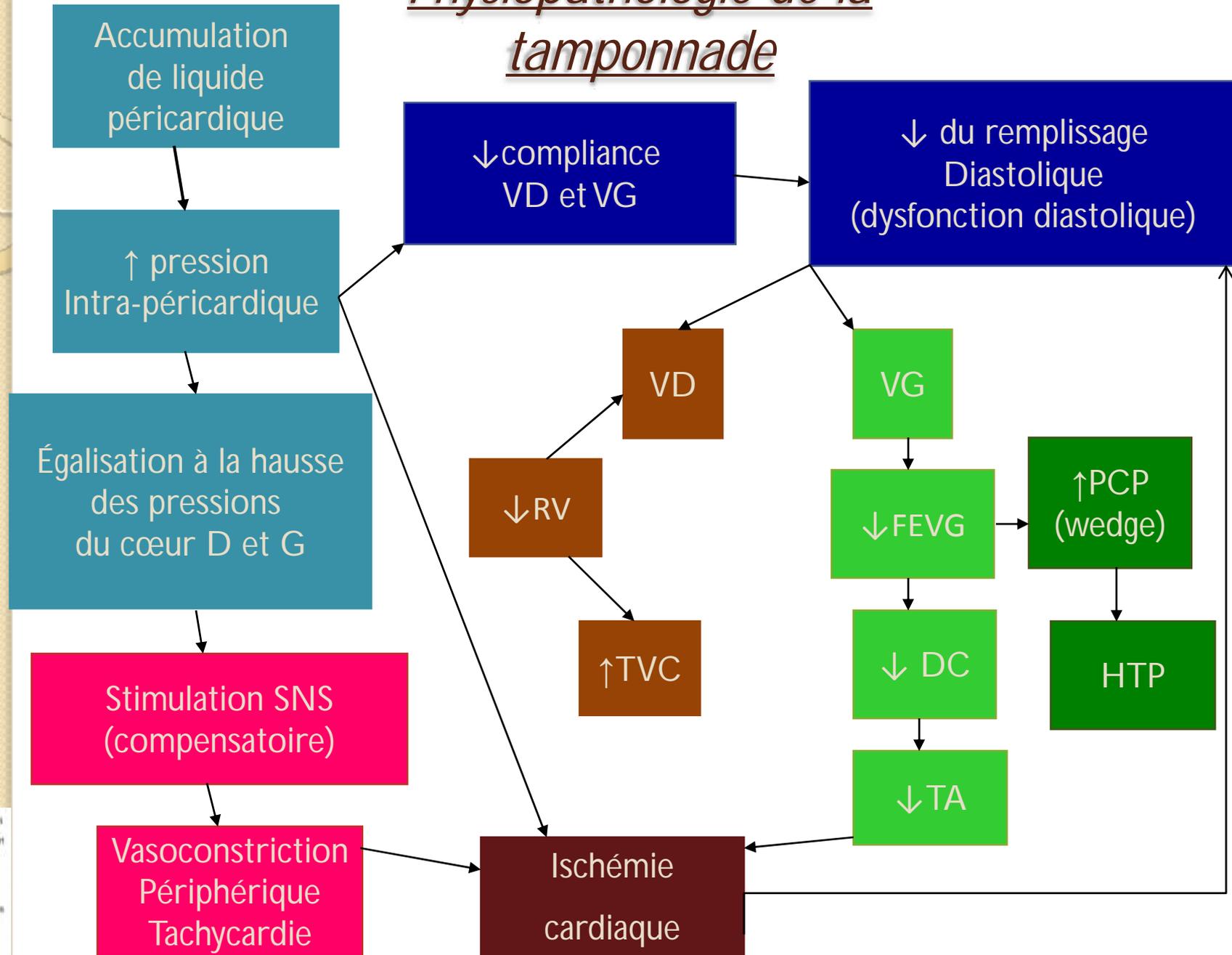


Épanchement péricardique:

- **Étiologies**
 - Idiopathique, auto-immune
 - Infection (virale, bactérienne, fongique, TB, VIH)
 - Post-trauma (chx, pacemaker, procédure dx)
 - Hémopéricarde (coagulopathie, rupture Ao ou myocarde, trauma)
 - Post-infarctus myocarde (synd de Dressler)
 - Maladie métastatique (sein, pulm, Hodgkin, mésothéliome)
 - Radiothérapie médiastinale
 - Chimiothérapie
 - Maladie systémique (AR, LED, sclérodermie)
 - IRC surtout avec dialyse (urémie)
 - Hypothyroïdie (myxœdème)
 - Rx (procainamide)

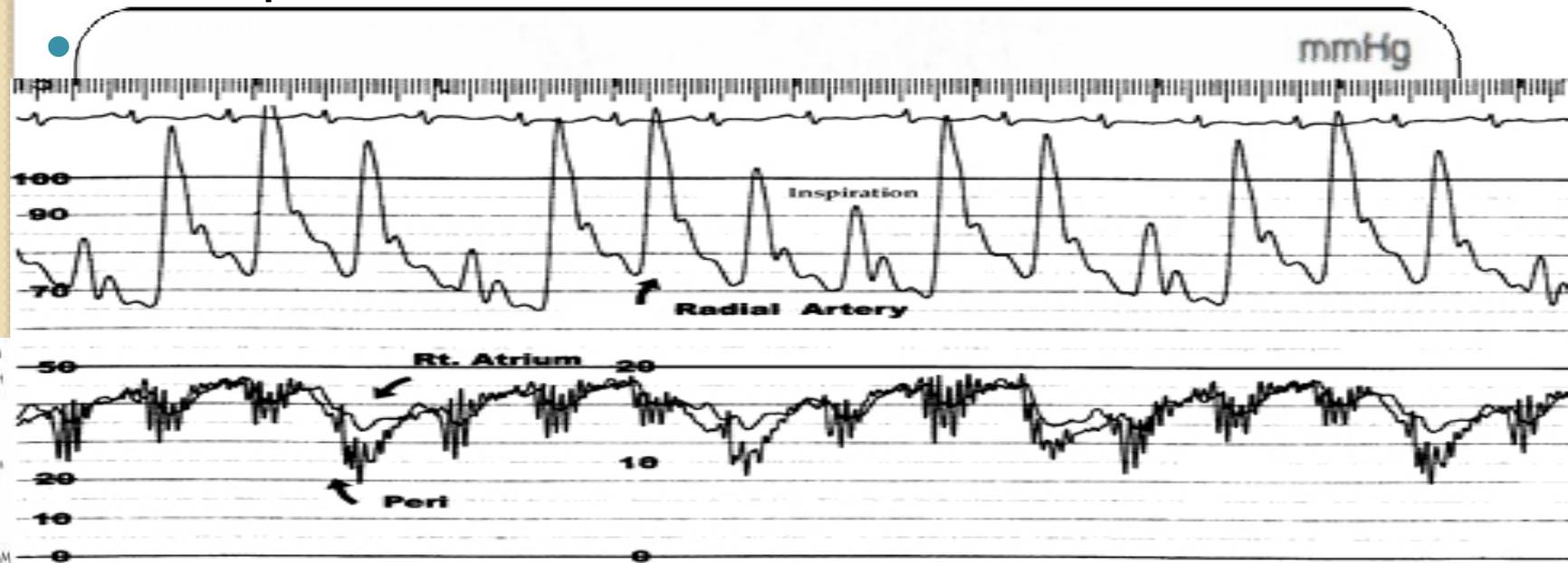


Physiopathologie de la tamponnade

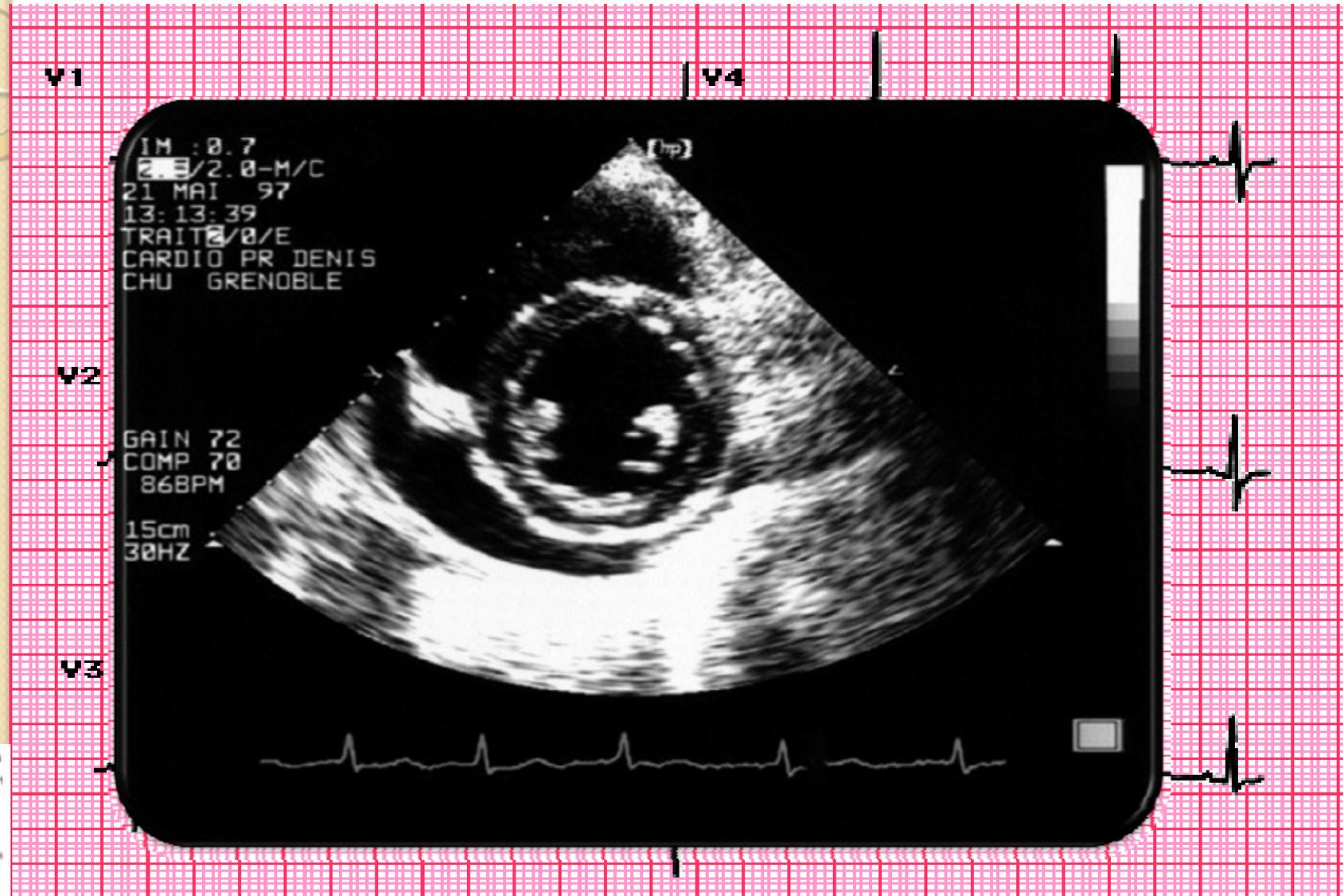


Diagnostic:

- DRS, type pleurétique, soulagée par position assise et penchée vers l'avant
- ↑FC
- ↓TA (choc cardiogénique)
- ↓BC (ausc.)
- Turgescence des jugulaires
- Pouls paradoxal



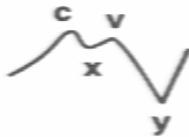
Diagnostique:



Diagnostique:

Caractéristiques	Tamponnade	Constrictive
TVC	$X > Y$	$Y > X$
Kussmaul	absent	présent
Pouls paradoxal	toujours	<1/3 de cas
Knock péricardique	absent	présent
Hypotension	sévère	+/-

Atrial Fibrillation



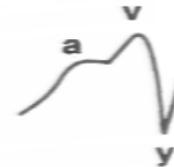
Atrial Flutter



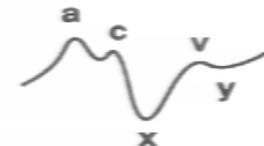
Complete AV Block



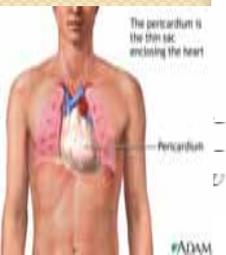
Tricuspid Regurgitation



Pericardial Tamponade



Constrictive Pericarditis



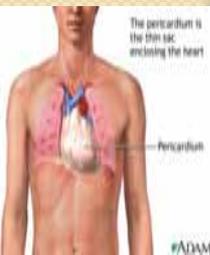
Diagnostic:

- Établir la présence de l'épanchement
- Trouver la cause
- Établir l'impact hémodynamique
 - Dépend:
 - Quantité et vitesse d'accumulation de liquide
 - Aigu: tamponnade avec 200 ml
 - Subaigu: accommodation du péricarde ad volume de 2L.



Considérations préopératoires:

- Les 4M:
 - Masse
 - Métastases
 - Métabolique
 - Médicaments
 - Radiothérapie/Chimiothérapie
 - Analgésiques
 - Anticoagulants
 - Diurétiques
- Comorbidités



Considérations per-opératoires:

- Techniques chirurgicales
 - Péricardiocentèse aveugle ou sous écho
 - Drainage péricardique par Kt ou scopie, écho
 - Drainage péricardique sous xiphoïdien
 - Drainage péricardique thoracoscopie / thomie
 - Fenêtre péricardiopleurale
 - Shunt péricardiopéritonéal



Considérations per-opératoires:

- Le principe est de maintenir
 - PAM adéquate
 - Le RV (pré-charge)
 - Les RVP (post-charge)
 - La contractilité cardiaque
 - Éviter la bradycardie et les arythmies
 - Éviter autant que possible la VPP



Considérations per-opératoires:

- Garder en VS si possible
- Sédation et AL préférée
- Si AG équipe chirurgical prête au moment de l'induction
- Une AG plus approfondie après le drainage
- Le drainage doit être séquentiel pour éviter une distension aigue du VD et la survenue d'un OAP
- Malgré le drainage, le cœur reste en légère dysfonction pour un certain temps
- Sevrage doux des amines
- Extubation éveillée en évitant les efforts de toux
- Éviter N/V



Considerations postopératoires:

- Possibles complications:
 - ponction ou lacération d'une cavité cardiaque (test de la compresse*)
 - lacération d'une artère coronaire
 - tachycardie ou fibrillation ventriculaire
 - pneumothorax
 - ponction péritonéale
 - lacération hépatique
 - œdème pulmonaire**
 - infection (cathéter)

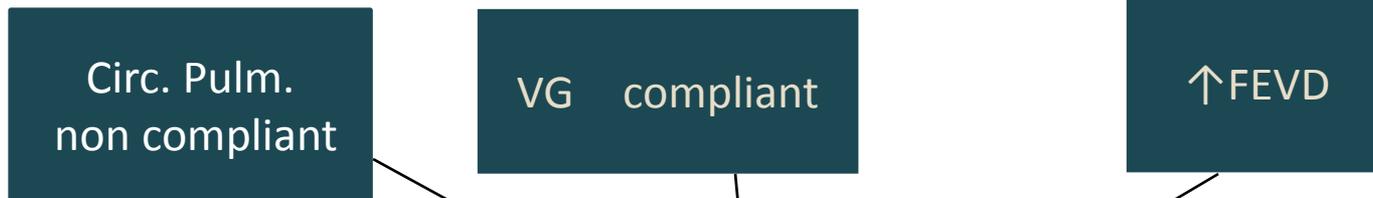
*faire couler du liquide prélevé sur une compresse

-si diffusion homogène → sang frais

-si centre rouge foncé avec halo rouge pale → sang mêlé de liquide séreux

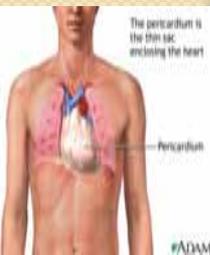


OAP Physiopathologie



Considérations postopératoires:

- OAP traitement:
 - O₂ 100%
 - Lever la tête de lit.
 - Support ventilatoire PRN
 - Solutés TVO.
 - Lasix.
 - ETT rapide. (idée directe HD)
 - NTG/NTP.
 - Dobutamine/Lévophed.
 - Milrinone.



Considérations postopératoires:

- Contrôle de la douleur:
 - Surtout la douleur chronique
 - Penser que les pts en oncologie ont développé résistance et tolérance aux narcotiques.
 - Importante pour éviter la réponse adrénargique à la douleur
 - Éviter effets secondaires comme N/V
 - Garder la même formule préop.
 - C-clinique de la douleur



