

## MISE EN CONDITION

**MONITORAGE** continu : ECG, TA, SpO<sub>2</sub> +/- EtCO<sub>2</sub> etc.

**OXYGENOTHERAPIE** : SpO<sub>2</sub> 90-95%, Ventilation assistée si besoin

**Cf. Ventilation non invasive / Cf. Ventilation mécanique de l'adulte**

**2 VVP** de bon calibre

**ECG 18 dérivations**, à renouveler régulièrement

**ETT +++** et Bio dès que possible (lactates, BH, creat, NFS...)

**KT PA** si opérateur entraîné sans retarder l'introduction des amines

## ETIOLOGIE

**80% sur SCA (défaillance de la pompe ou complications)**

Penser aux dg différentiels : dissection aortique, EP grave, etc.

## FACTEURS PREDICTIFS ORIGINE ISCHEMIQUE

Age, ATCD d'IDM ou

pontages

FC >75/min

Diabète

Signes d'IC

Localisation antérieure  
de la nécrose

## PRISE EN CHARGE

**TRAITEMENT DE LA CAUSE (SCA etc.)**

**STABILISATION HEMODYNAMIQUE : PAM > 65 mmHg**

**Remplissage prudent** si absence de signes d'OAP ou de surcharge du VD

**1<sup>er</sup> Amine : NORADRENALINE**

Débuter à **0,1-0,2 µg/kg/min**

**Cf. NORADRENALINE**

**En complément : DOBUTAMINE**

IVSE **5 µg/kg/min**, ↑ par pallier de 2,5 à 5 µg/kg/min, max 15

**Cf. fiche DOBUTAMINE**

**Si association insuffisante Ajout d'ADRENALINE**

IVSE **0,025 à 0,25 µg/kg/min**

**Cf. fiche ADRENALINE**

## TROUBLES DU RYTHME

**Cf. Algorithme d'aide  
décisionnelle devant  
une tachycardie**

OU

**Cf. Bradycardie**

## CHOC CARDIOGENIQUE SUR INTOXICATION

**Cf. Intoxication  
médicamenteuse**

**BBG**

Proposer une  
resynchronisation  
ventriculaire

## TRANSPORT MEDICALISE coordonné par le 15 ☎

**Si choc cardiogénique STABILISE** secondaire à un IDM

Transfert pour **coronarographie quel que soit le délai** par rapport au  
début de la douleur

**Indication au transport vers un centre expert maîtrisant l'ECMO :**

CC réfractaire au traitement médical,

Et/ou rapidement évolutif,

Et/ou secondaire à une intoxication (-Ca<sup>2+</sup> et BB<sup>-</sup>+++)

Et/ou ACR avec indication ECLS

**Cf. ACR de l'adulte**

## PRECAUTIONS

- **Hb** > 10 g/dl si CC  
d'origine ischémique,  
sinon objectif >8 g/dl

- **CI dérivés nitrés** et BB<sup>-</sup>

- CI aux **CLOPIDOGREL**  
ou **TICAGRELOR** tant  
qu'une complication  
chirurgicale n'est pas  
éliminée

## PARTICULARITES PEDIATRIQUES

**AMINES : DOBUTAMINE** jusqu'à 15 µg/kg/min (NORADRENALINE si choc septique associé)  
**Hb** > 10 g/dl

**TDR causal: Cf. Algorithme d'aide décisionnelle devant une TC** ou **Cf. Bradycardie**

Si TSV (1<sup>er</sup> TDR chez l'enfant) : **STRIADYNE®** si VVP facile sinon CEE d'emblée