

## Réanimateurs et cardiologues : une coopération vitale

A. Vieillard-Baron<sup>1\*</sup>, O. Dubourg<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Service de réanimation médicale, 92104 Boulogne, France; <sup>2</sup> service de cardiologie, hôpital Ambroise Paré, 92104 Boulogne, France

(Reçu le 7 décembre 2001 ; accepté le 8 décembre 2001)

Le développement des différentes techniques d'imagerie non invasive dans le domaine cardiovasculaire, comme l'échocardiographie-Doppler, l'angioscanner spiralé ou l'imagerie par résonance magnétique, doit amener le réanimateur médical à une collaboration multidisciplinaire, pour discuter les indications, réaliser et interpréter les examens. Ce numéro dédié à la pathologie cardiovasculaire en réanimation en est la preuve puisqu'il expose des situations très variées qui font appel à une collaboration entre réanimateurs, cardiologues, pneumologues et radiologues. Ces situations sont le quotidien d'un service de réanimation et concernent le cœur droit, le cœur gauche et la circulation périphérique : l'hypertension artérielle pulmonaire a des conséquences sur le ventricule droit [1] et certaines de ses étiologies ont maintenant des indications chirurgicales ; l'insuffisance circulatoire du choc septique associe une atteinte du ventricule gauche [2], mais aussi des anomalies de la vasomotricité « corticodépendantes » [3] ; l'insuffisance cardiaque chronique justifie dans certaines situations la prescription de bêtabloquants qui diminuent la mortalité [4] ; la dissection de l'aorte est maintenant envisagée au travers de l'angioscanner spiralé ou de l'imagerie par résonance magnétique [5] ; enfin, les situations critiques périopératoires peuvent être managées par une technique de monitoring non invasif comme le Doppler œsophagien [6].

Malheureusement, cette collaboration entre spécialistes se heurte parfois à la pratique quotidienne. L'exemple de l'utilisation de l'échocardiographie Doppler en réanimation médicale est à ce propos édifiant. Ainsi, le cardiologue venant faire une échocardiographie à un malade de réanimation comprend mal les questions qui lui sont posées, parfois par méconnaissance des situa-

tions spécifiques rencontrées en réanimation. Chacun sait ou comprend pourtant qu'une échocardiographie réalisée au calme dans un laboratoire d'échocardiographie ou en urgence chez un malade ventilé ne suppose pas les mêmes contraintes techniques ni les mêmes attentes. A contrario, le réanimateur qui prescrit l'échocardiographie n'est pas assez clair dans sa demande et ne sait pas toujours ce qu'il doit attendre de cet examen. Est-ce une échocardiographie à visée diagnostique et quel est le diagnostic envisagé ? Le cardiologue est alors très compétent. Ou alors est-ce une échocardiographie dont l'objectif est l'évaluation hémodynamique du malade ? Le cardiologue y est mal préparé car on n'attend alors pas de lui une analyse fine des valves ou la recherche d'un thrombus intracardiaque, mais plutôt l'évaluation du volume sanguin central ou des conséquences de la ventilation assistée sur la circulation. La solution à ces problèmes existe, elle passe par trois impératifs :

- l'acquisition par les services de réanimation médicale d'un appareil d'échocardiographie Doppler équipé d'une sonde œsophagienne ;
- la formation d'un médecin référent échocardiographe dans ces services. Il est temps que cette formation puisse associer un apprentissage « cardiologique », suivi d'un apprentissage plus spécifiquement « hémodynamique » ;
- la possibilité d'une collaboration rapide et efficace avec un échocardiographe cardiologue pour l'interprétation des examens difficiles.

Cette organisation idéale n'est pas utopique puisqu'elle s'applique depuis de nombreuses années à l'hôpital Ambroise Paré, et qu'elle a fait ses preuves durant toutes ces années dans notre travail quotidien

\*Correspondance et tirés à part.

comme au travers de publications communes aux services de cardiologie et de réanimation médicale [7, 8]. Il existe un appareil d'échocardiographie haut de gamme dédié à la réanimation médicale et dont la gestion, l'achat et le renouvellement se fait en concertation étroite avec le laboratoire d'échocardiographie du service de cardiologie ; il existe des réanimateurs cardiologiques ou non, formés à l'échocardiographie grâce à un encadrement pratique en réanimation médicale et en cardiologie, débutant parfois dès leur stage d'internat et souvent suivi de la validation d'un diplôme interuniversitaire ; enfin, il existe une sauvegarde systématique de tous les examens sur une bande vidéo, permettant si besoin leur validation par un médecin référent en réanimation ou en cardiologie.

Pour conclure, cette organisation est vitale pour la prise en charge des malades. Le réanimateur y découvrira des richesses insoupçonnées, le cardiologue y trouvera largement son compte, se posant en recours dans les situations les plus difficiles.

## RÉFÉRENCES

- 1 Humbert M, Sitbon O, Simonneau G. Hypertension artérielle pulmonaire primitive. *Réanimation* 2002 ; 11 : 95-104.
- 2 Vieillard-Baron A. Réserve de précharge ventriculaire gauche dans le choc septique : Mythe ou réalité ? *Réanimation* 2002 ; 11 : 105-10.
- 3 Annane D, Bellissant E. Impact des corticoïdes sur la réponse vasomotrice aux catécholamines dans le choc septique. *Réanimation* 2002 ; 11 : 111-6.
- 4 Cohen-Solal A, Bouvier E, Bourgoin P. Béta-bloquants et insuffisance cardiaque. *Réanimation* 2002 ; 11 : 117-24.
- 5 El Hajjam M, Sablayrolles JL, Qanadli SD, Lacombe P. Tomodensitométrie hélicoïdale et dissections aortiques. *Réanimation* 2002 ; 11 : 125-31.
- 6 Cholley B. Monitoring du débit cardiaque par le Doppler œsophagien : Principes, intérêt et limites. *Réanimation* 2002 ; 11 : 132-7.
- 7 Jardin F, Farcot JC, Boisante L, Curien N, Margairaz A, Bourdarias JP. Influence of positive end-expiratory pressure on left ventricular performance. *N Engl J Med* 1981 ; 304 : 387-92.
- 8 Vieillard-Baron A, Page B, Augarde R, Prin S, Qanadli S, Beauchet A, et al. Acute cor pulmonale in massive pulmonary embolism: Incidence, echocardiographic pattern, clinical implications and recovery rate. *Intensive Care Med* 2001 ; 27 : 1481-6.