

# CAS CLINIQUES

*DR Mounia MALOU*

*Cardiologue*

*malou@icpc.fr*

*Institut Cœur Paris Centre*



# CAS 1

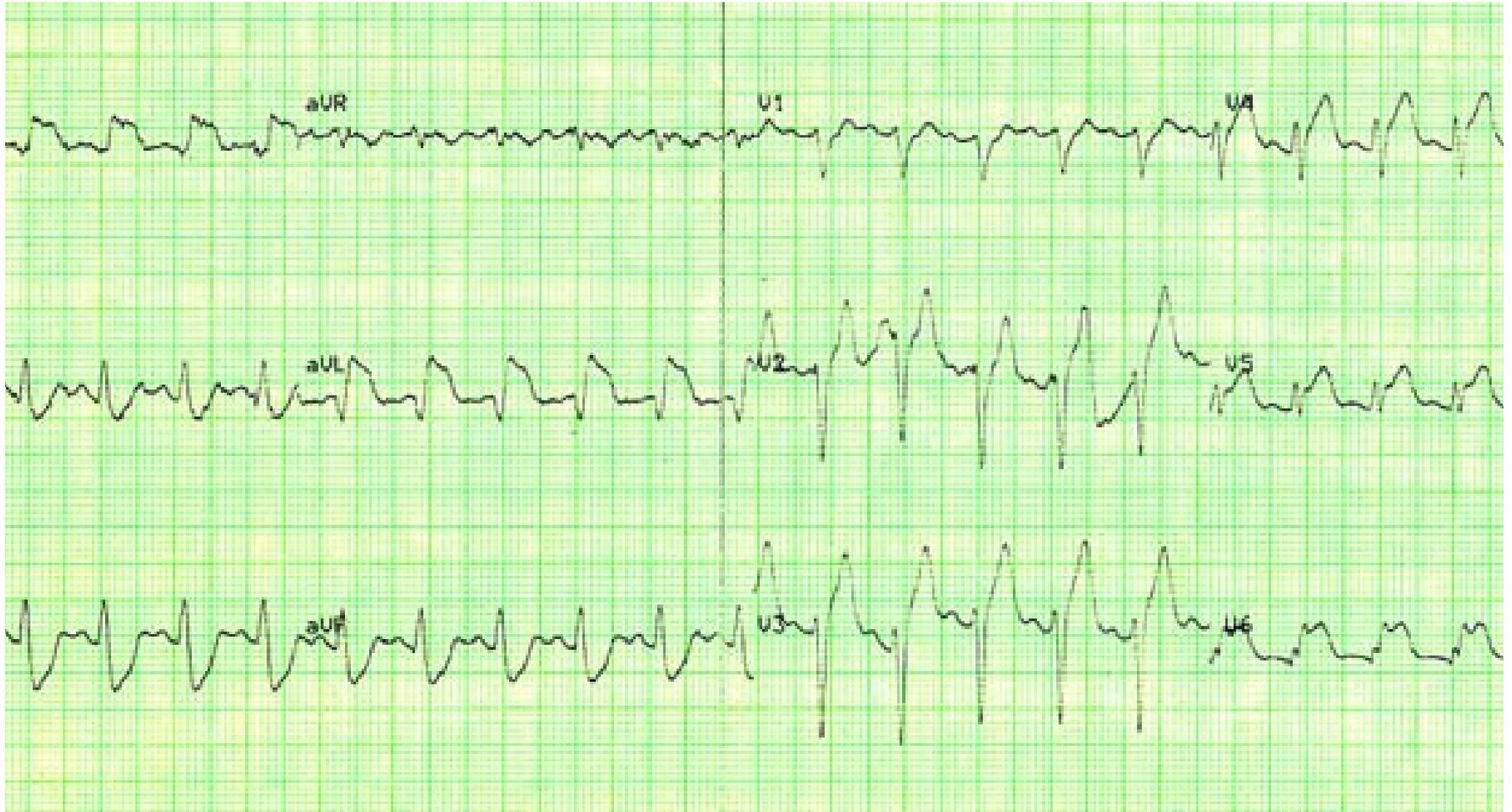
- Mme HS, âgée de 62 ans
- Fume 8 cigarettes/J depuis dix ans.
- Hypercholéstérolémie familiale sous Atorvastatine 10 mg. Rare suivi du Bilan lipidique
- Consulte pour une douleur au niveau de l'omoplate gauche et de l'épaule gauche depuis la veille au soir . Elle aurait porté des sacs lourds

Que faites vous ?

- Vous l'envoyez voir un ostéopathe
- Vous lui demandez une prise de sang
- Vous l'envoyez aux urgences
- Vous lui prescrivez un antalgique

- Son médecin traitant lui prescrit une séance chez l'ostéopathe
- L'ostéopathe nous l'adresse en consultation de cardiologie en urgence

# ECG à l'arrivée



# Hospitalisation en USIC

- TA: 95/75mmHg aux deux bras, Fc=105bpm, SAO2=92%
- Crépitant aux bases pulmonaires, tachycardie sans bruit de galop.
- Légère TSJ
- Pouls périphériques présents et **symétriques**
- Grade un fond douloureux dans le dos

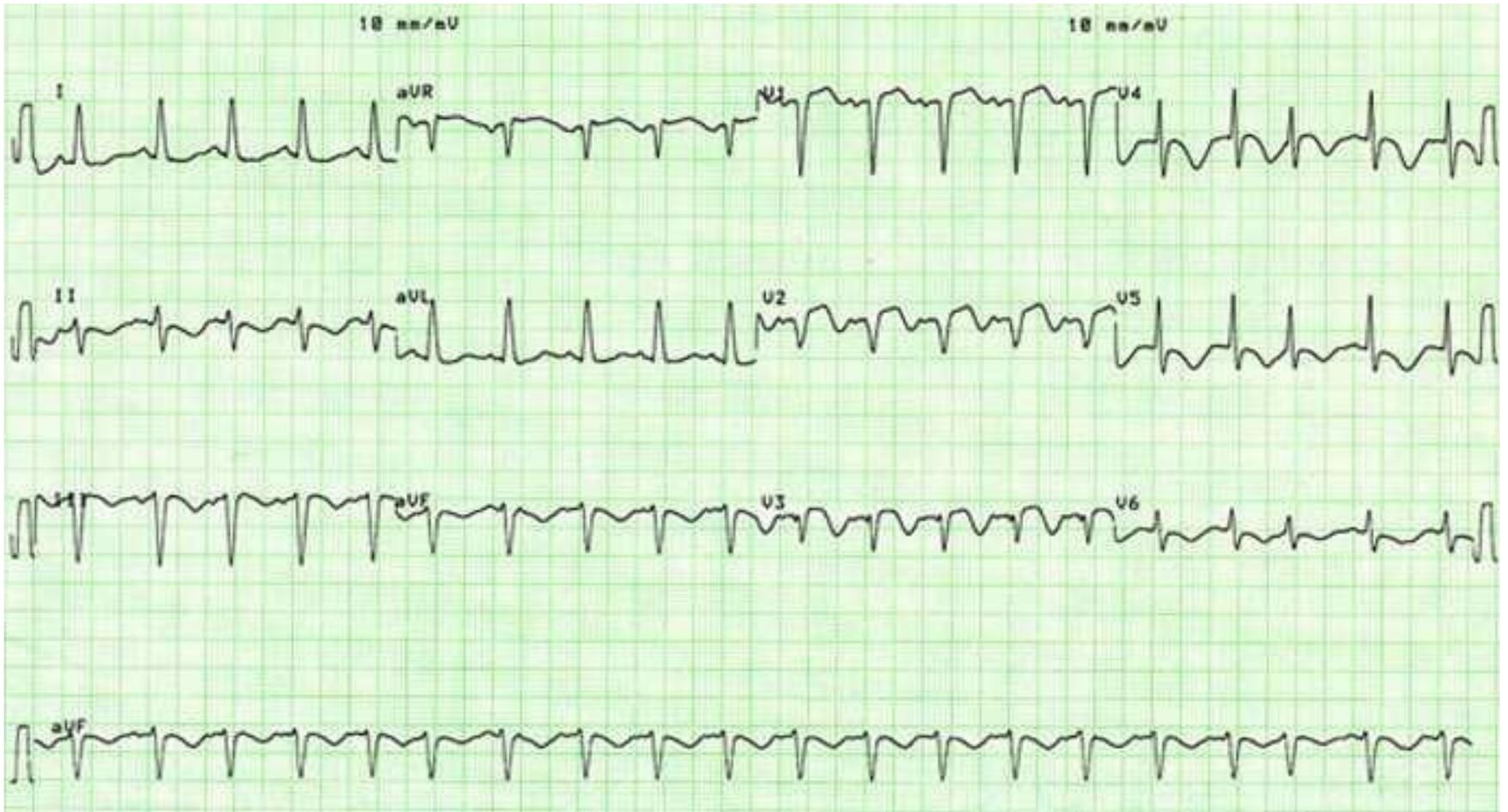
# SCA ST + antérieur étendu vu à > H12 complicqué d'IVG Kilip 2

- USIC, scope
- Voie veineuse périphérique
- Bilan sanguin: coagulation, troponine, CPK, transaminases, NFS, fct rénale, CRP, FG, GS, Nt proBNP
- Morphine, O2, Diuritique
- Aspirine, brilique , héparine bolus, oesomeprazol
- Coronarographie





# Evolution



# Evolution

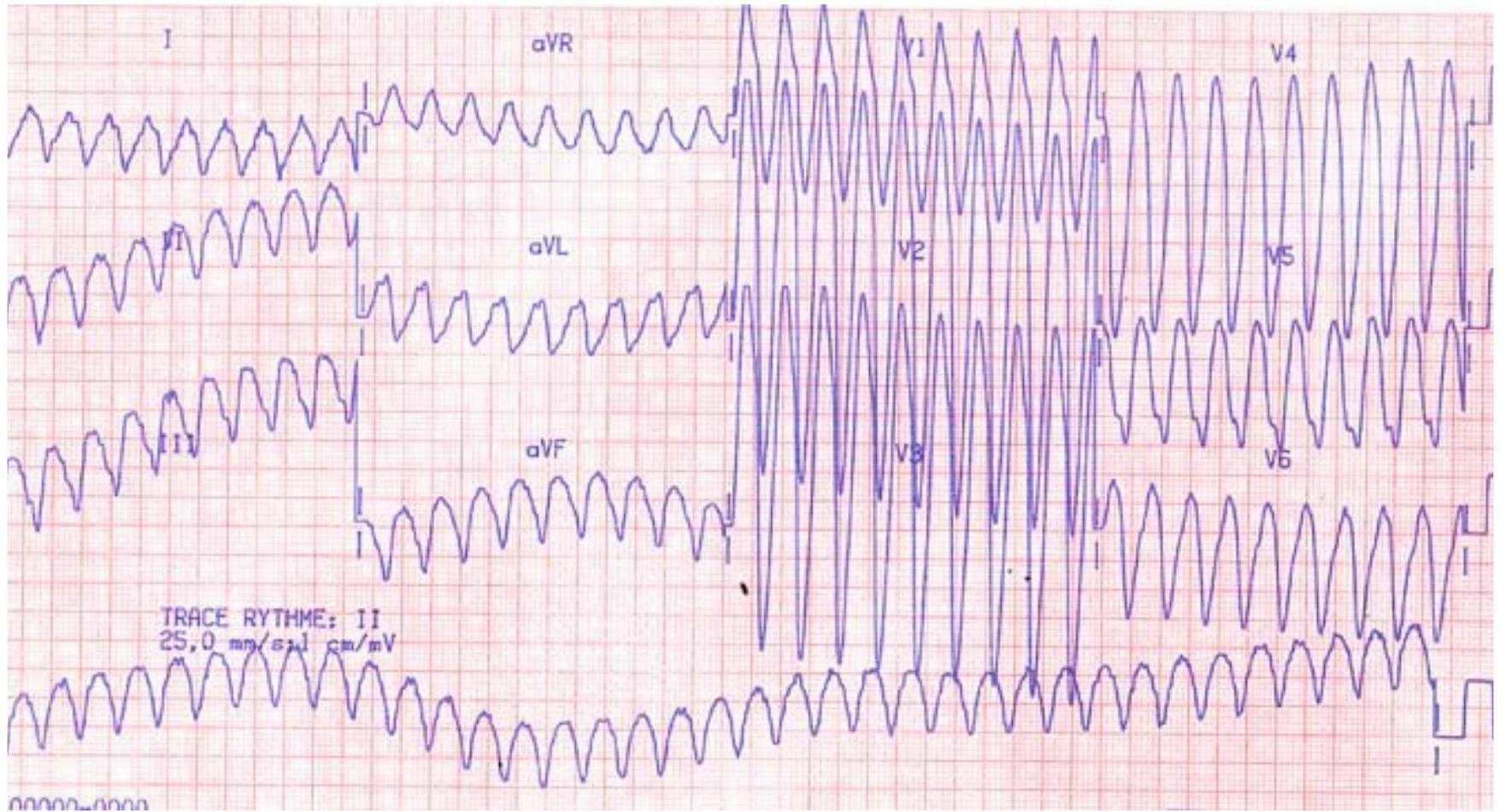
- Introduction du bisoprolol, ramipril
- Faible dose de furosémide
- Echographie cardiaque: FEVG=35%, hypokinésie antéro -septo-apicale, légère élévation des pressions de remplissage du VG
- Amélioration clinique
- Sortie à J5
- Arrêt du tabac, réadaptation CV, LDLc<1g/L

**Check list**  
**à la sortie**

Kardegic 75 mg	A vie
Inhibiteur Récepteur P2Y12	12 mois (sauf haut risque hémorragique)
$\beta$ -bloquant	Systématique sauf contre indication
IEC / ARA 2	Systématique si altération fonction VG A discuter chez autres patients
Eplerenone / Aldostérone	Si insuffisance cardiaque et FEVG $\leq$ 40%
Statine	Objectif LDL chol < 0,7 gr/l (1,8 mmoles/l) ou une baisse de 50% du LDC
Trinitrine	Flacon Natispray® ou Natispray faible®
IPP (éviter Omeprazole)	Si ATCD hémorragie digestive, ulcère, plusieurs FdR: Age 65 ans, infection H.pylori, AVK, AINS
Prévention	Discuter programme de réadaptation CV

# 4 mois plus tard

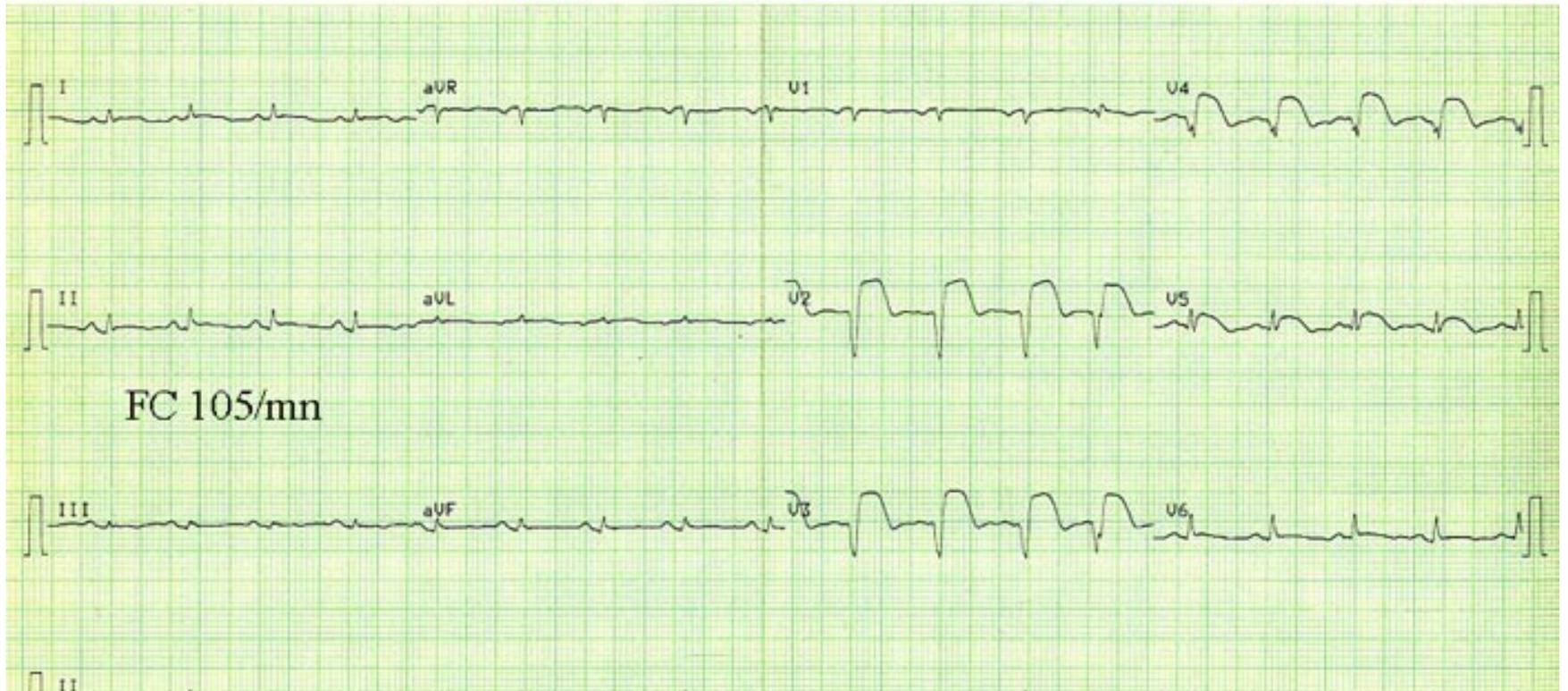
- Consulte pour malaise et dyspnée de repos
- Examen: Patiente orthopnéique, TA 75/55mmHg Pouls filant SaO<sub>2</sub>=87%
- Polypnéique, Râles crépitants diffus aux deux champs pulmonaire, marbrures des genoux



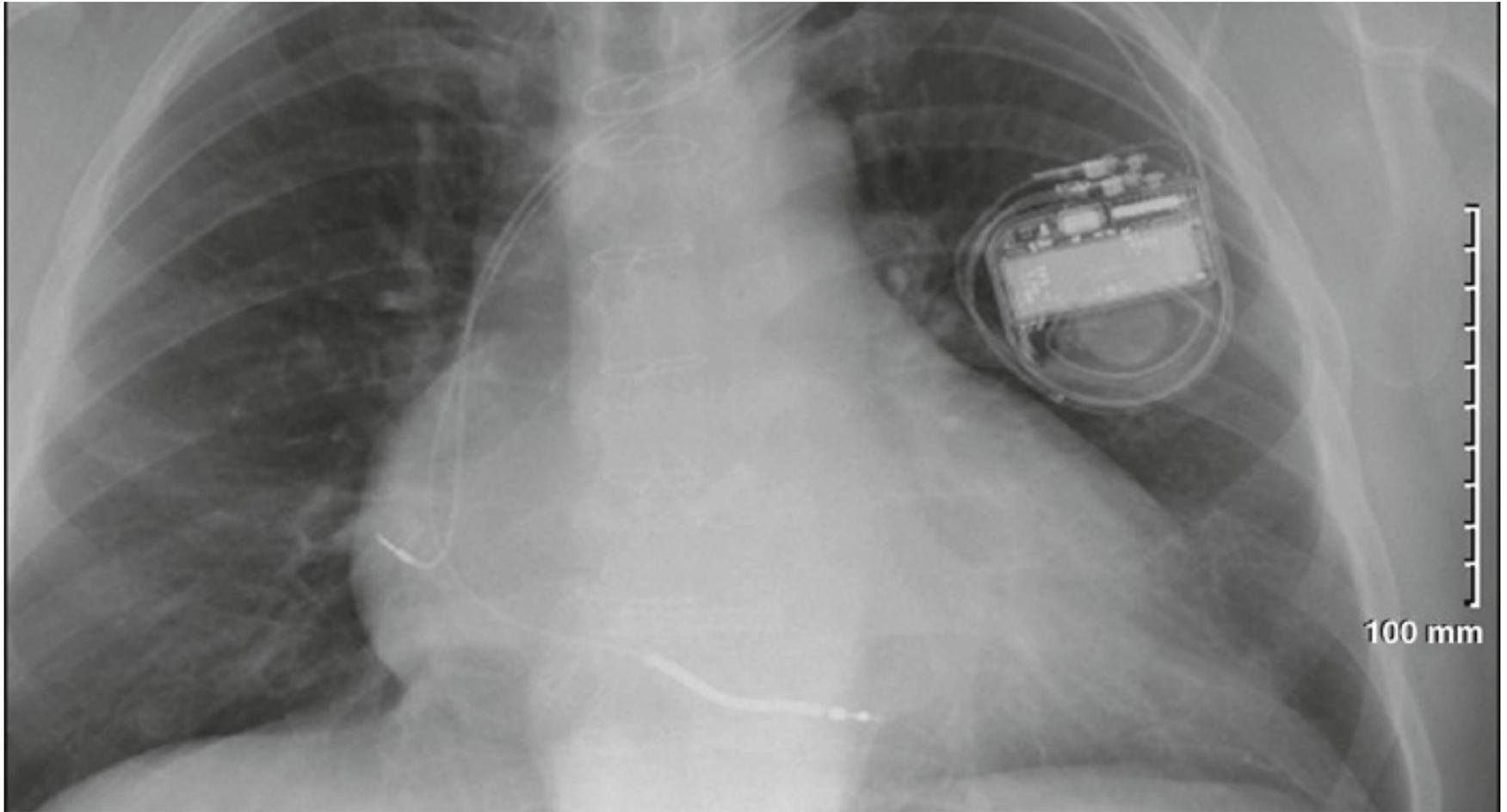
# CAT

- TV compliquée d'un EDC cardiogénique
- SCOPE
- Voie veineuse périphérique
- CEE sous anesthésie ( patiente consciente)
- ETT: FEVG=35%, séquelle de nécrose Ant anévrysme ASA.
- Coronarographie: pas de resténose intra stent de l'IVAI

# ECG après cardioversion

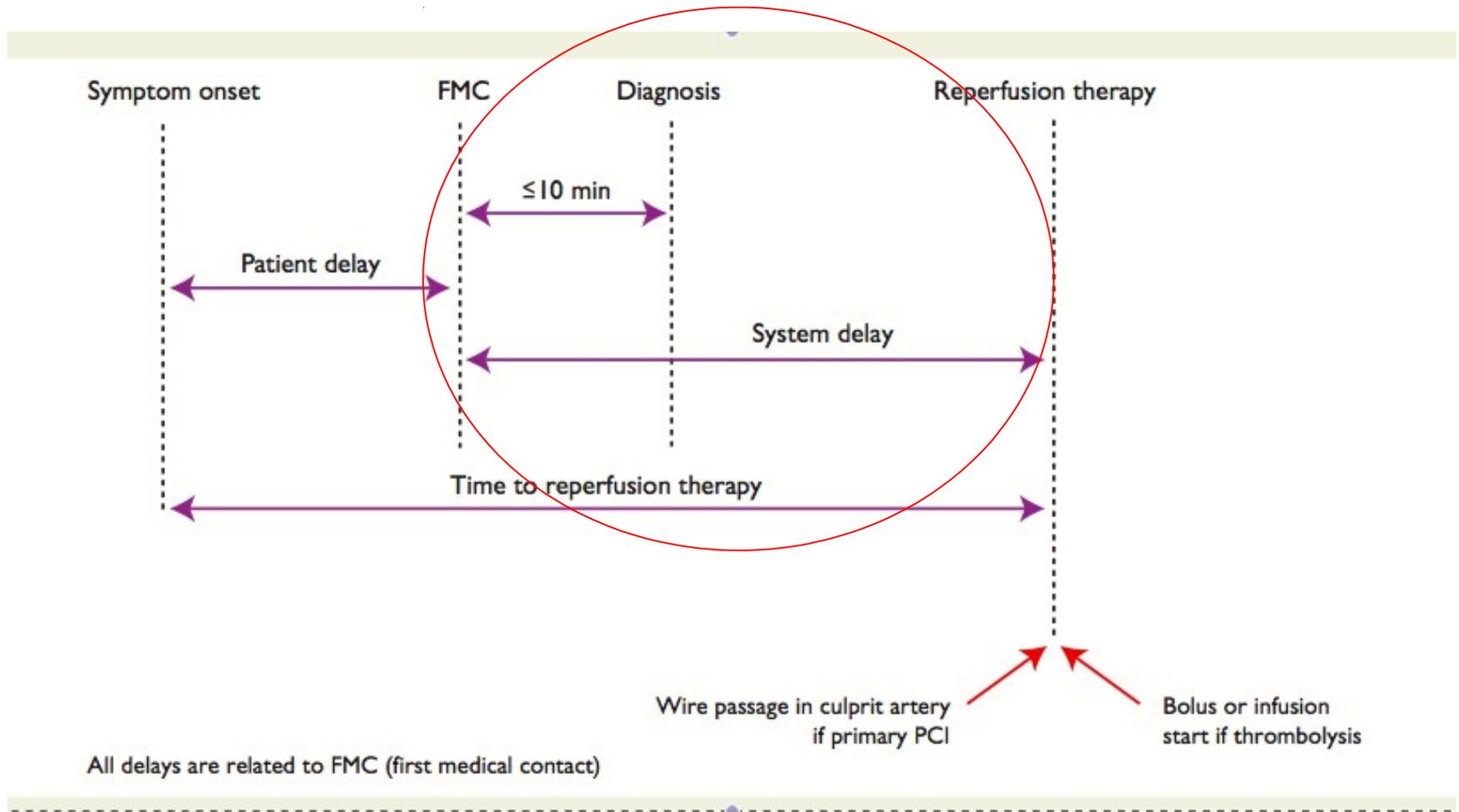


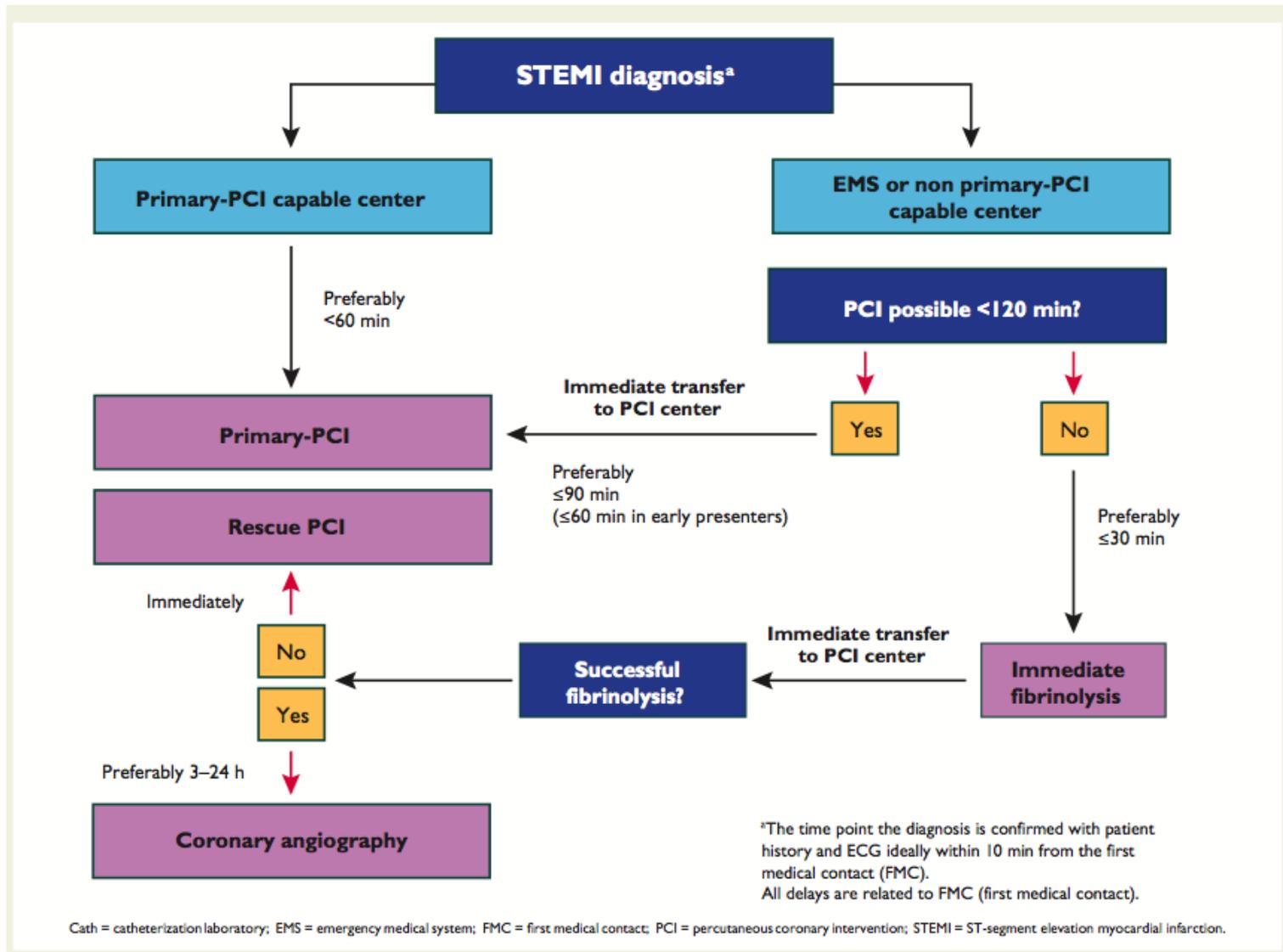
➔ DAI Prévention primo-secondaire: CMI  
dysfonction VG sévère TV mal tolérée



**Intérêt d'une revascularisation coronaire précoce => Délai**

# Différents délais dans l'IDM et les délais d'intervention





Si délai < H12

# Intérêt de la revascularisation précoce

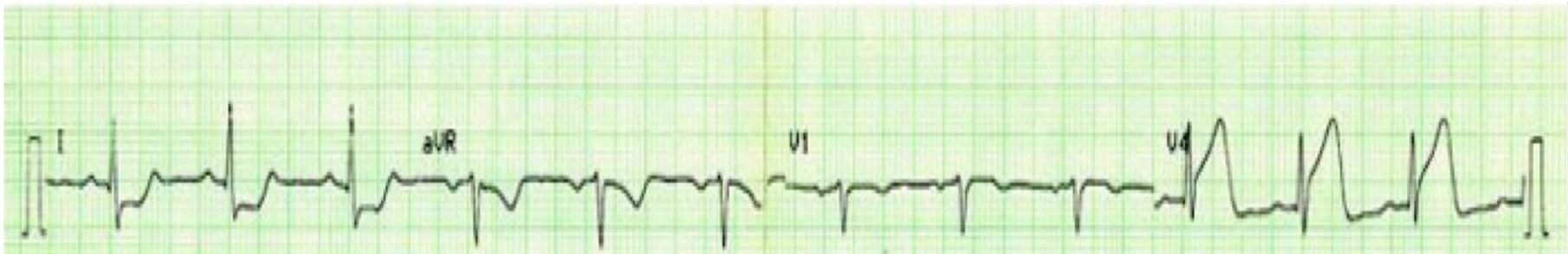
## *TIME IS MUSCLE*

- Sensibilisation du grand public sur les symptômes en rapport avec un IDM ( rôle des autorités, éducation nationale, campagnes de sensibilisation sur les FRCV, prise PA et dépistage de la HTA ...)
- Rôle du médecin généraliste (cabinet, dispensaire, aux urgences)

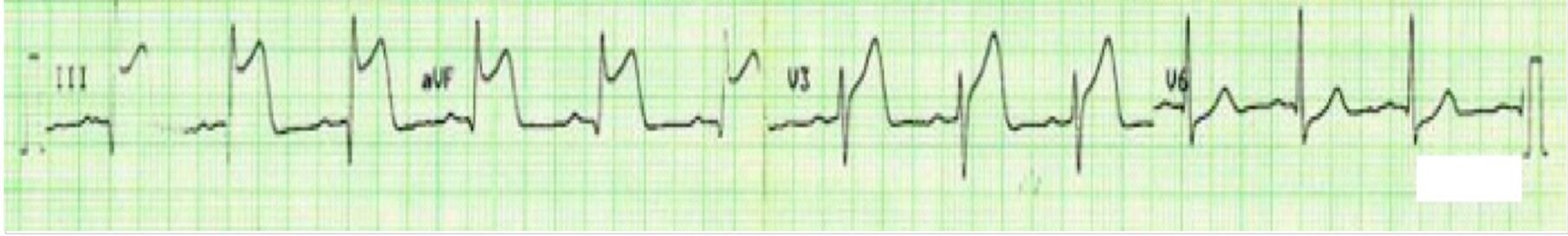
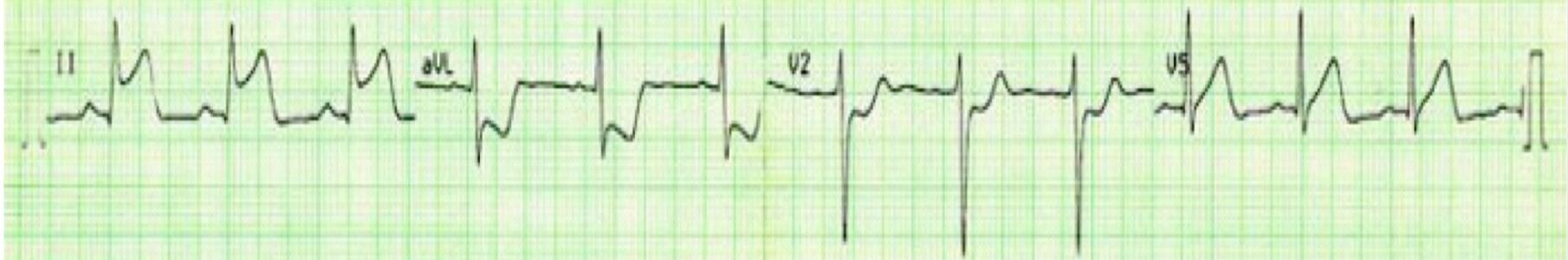
# CAS CLINIQUE 2

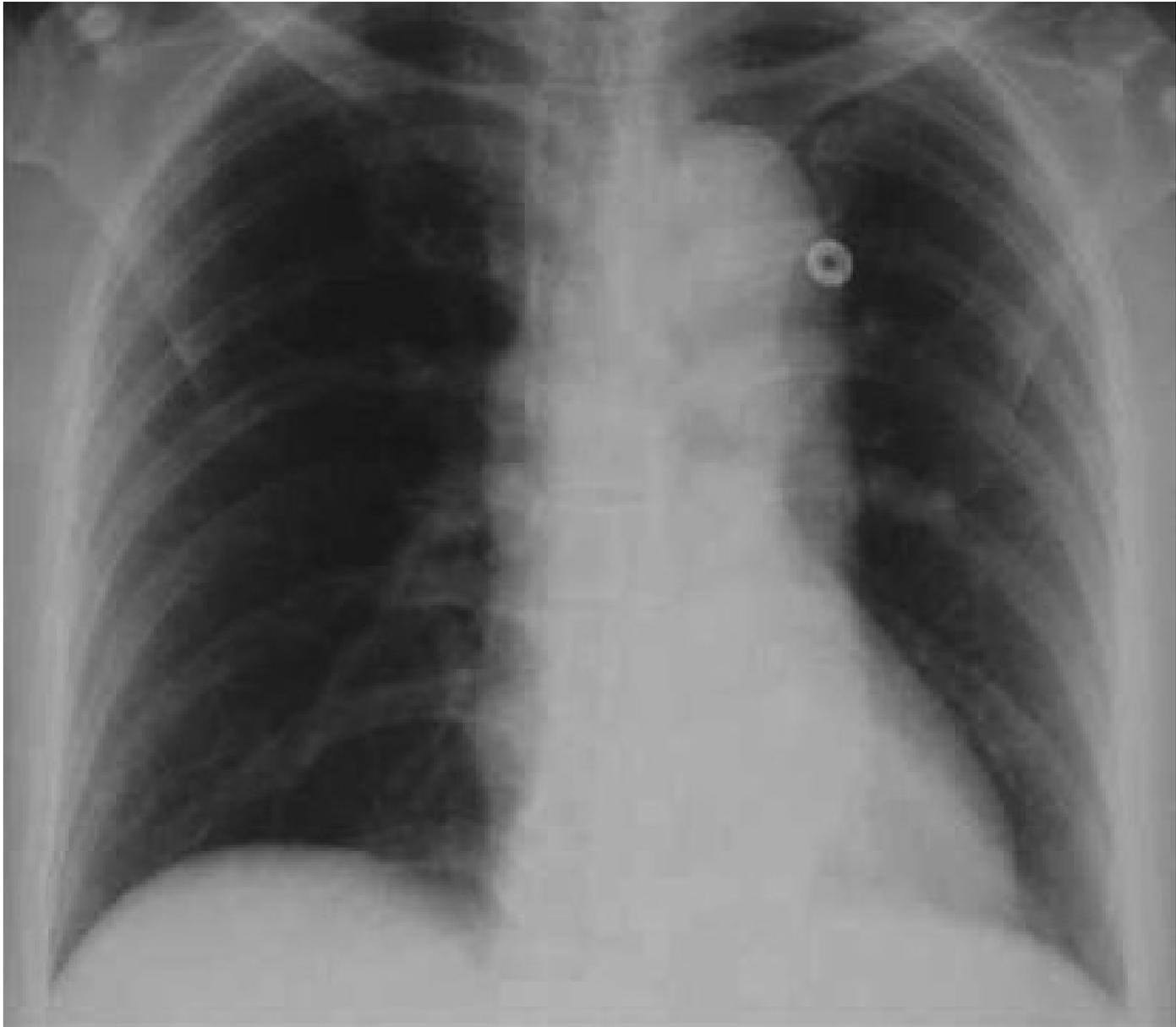
- Mr FR ,62 ans est hospitalisé pour douleur thoracique à 23h30.
- ATCD :
  - cataracte bilatérale en 1997
  - insuffisance rénale modérée sur néphroangiosclérose
- FRCV :
  - HTA depuis 35 ans, mal équilibrée sous trithérapie anti hypertensive, il a arrêté tout traitement depuis 3 ans
  - Tabagisme à 40 PA
  - Dyslipidémie non traitée

- Ce jour vers 22 heures, survenue d'une violente douleur thoracique retrosternale irradiant entre les omoplates et vers le bras gauche. Pas de dyspnée associée.
- Clinique :
- TA 187/110 mmHg bras gauche .pouls 114bpm. Glasgow=15.
- Bruits du cœur réguliers, souffle 2/6 au foyer aortique, auscultation pulmonaire normale.
- Examen neuro normal.



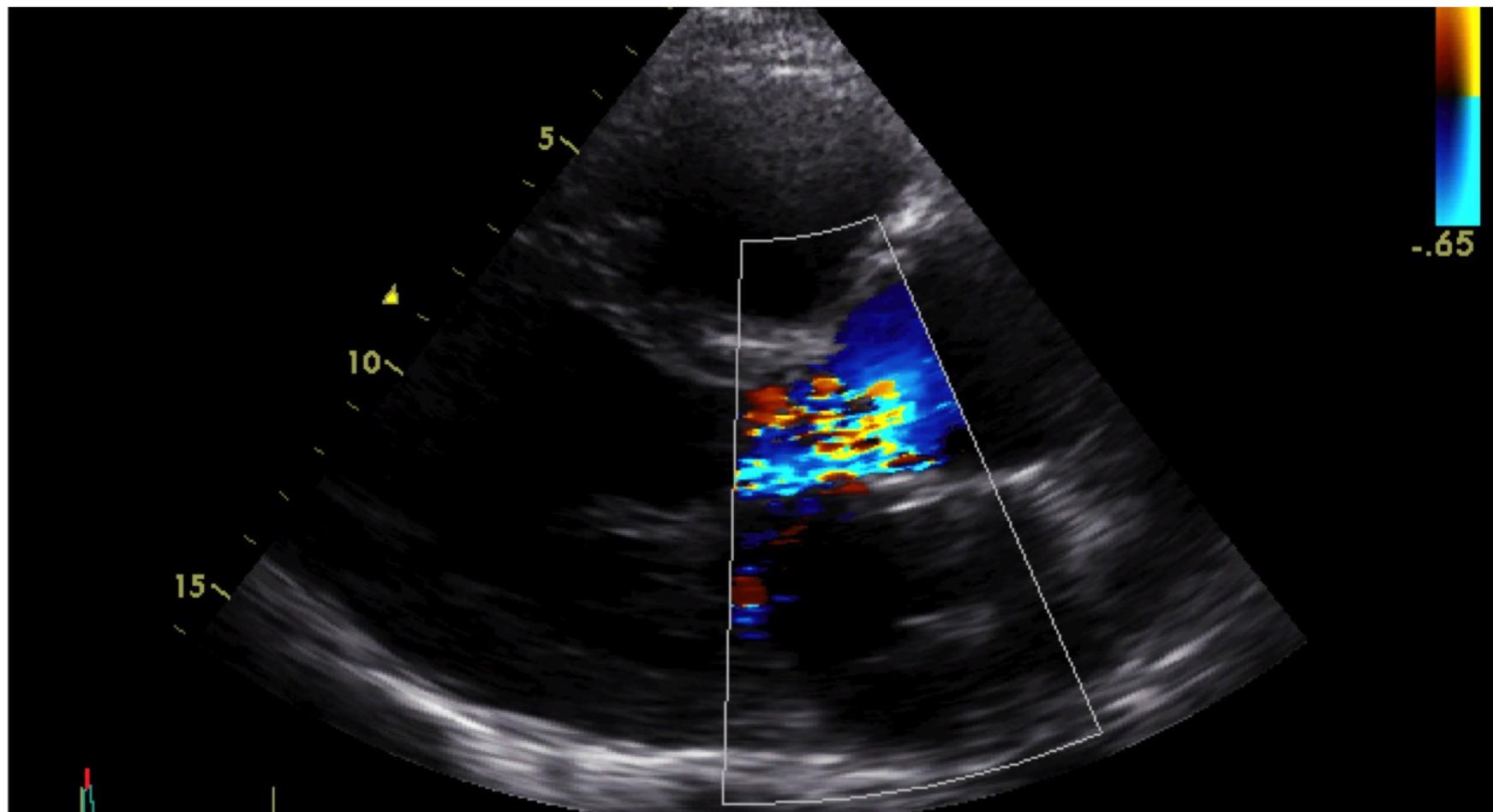
FC 75/mn

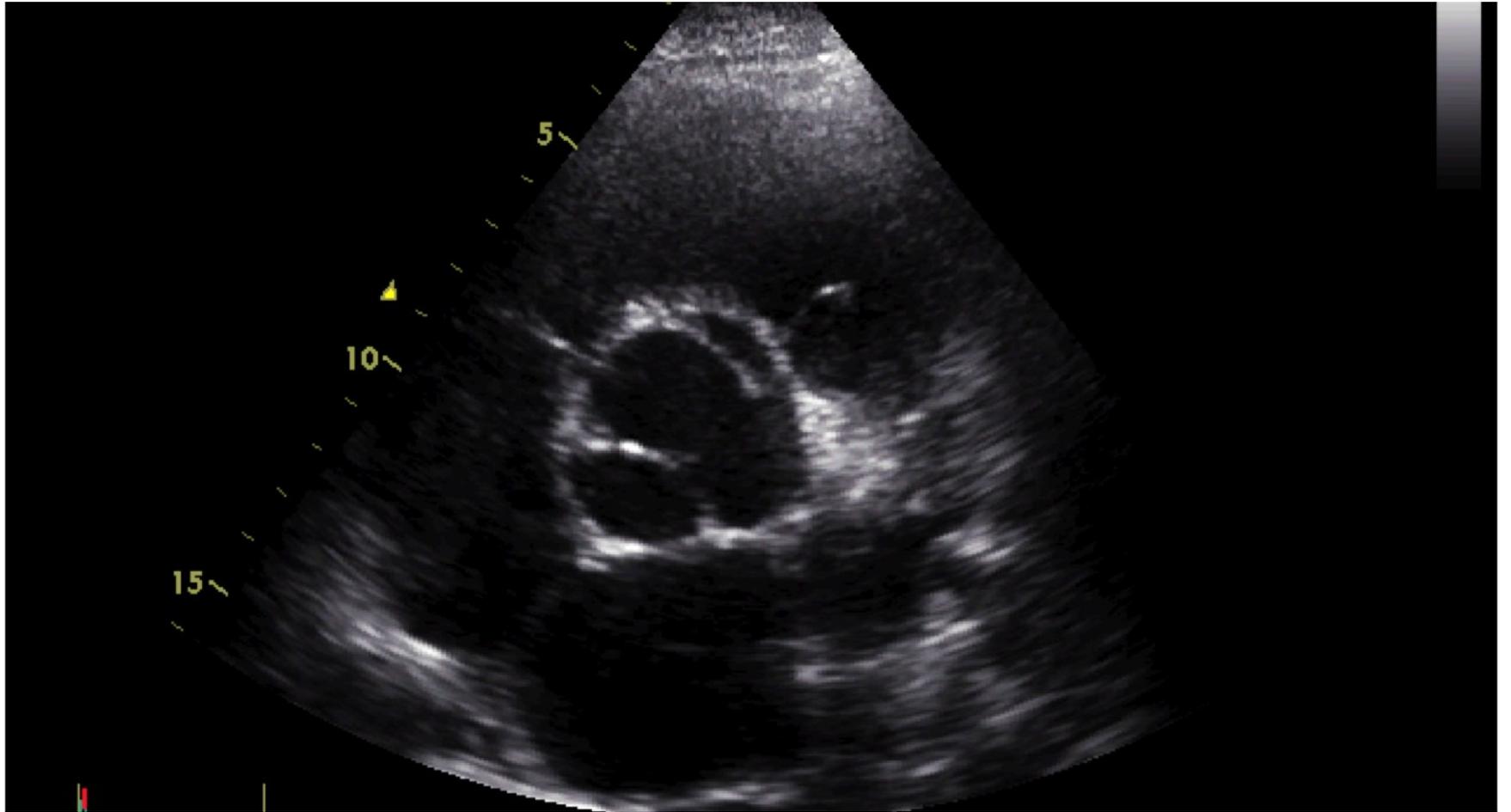


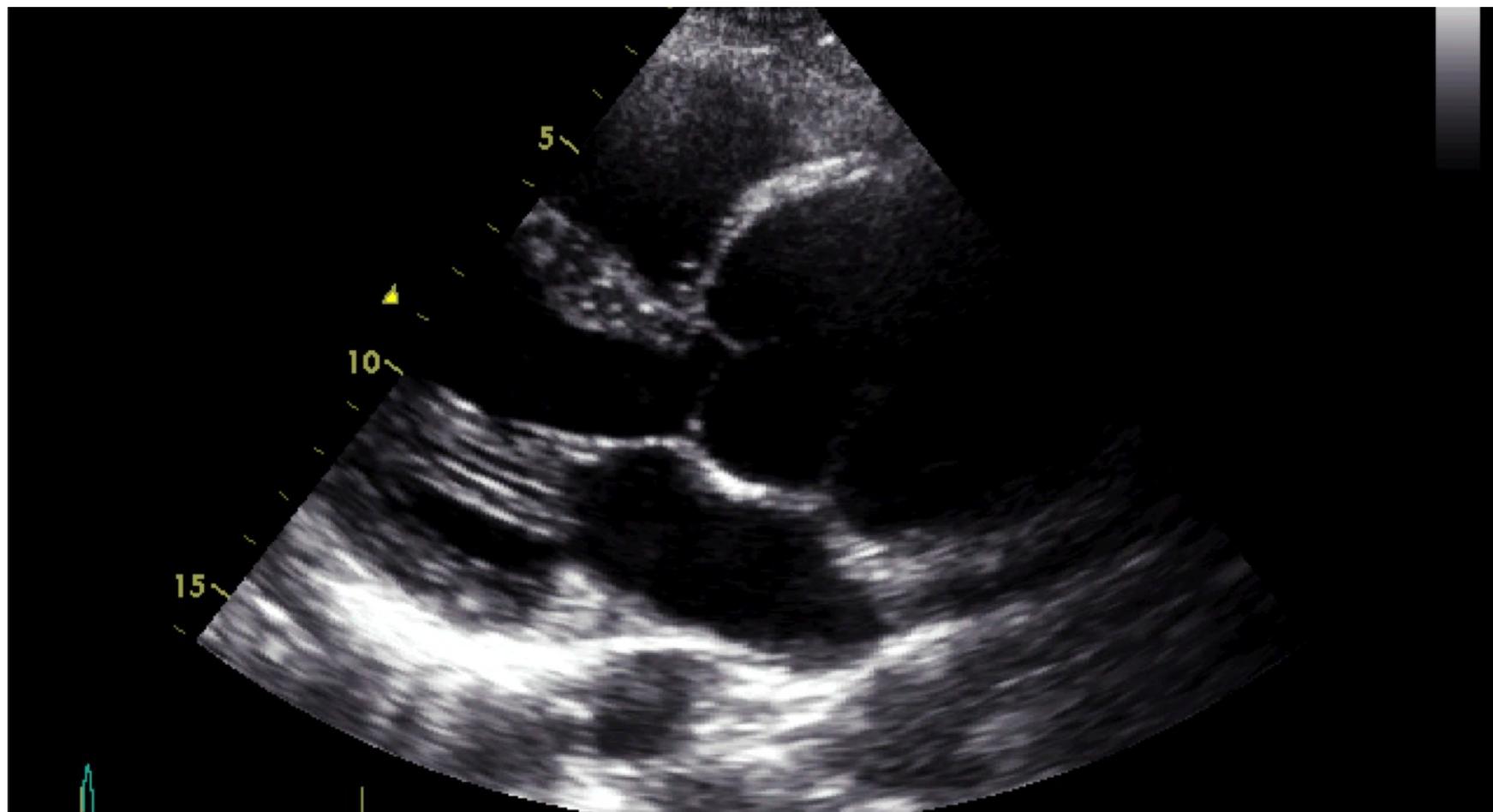


Votre diagnostic et votre CAT :

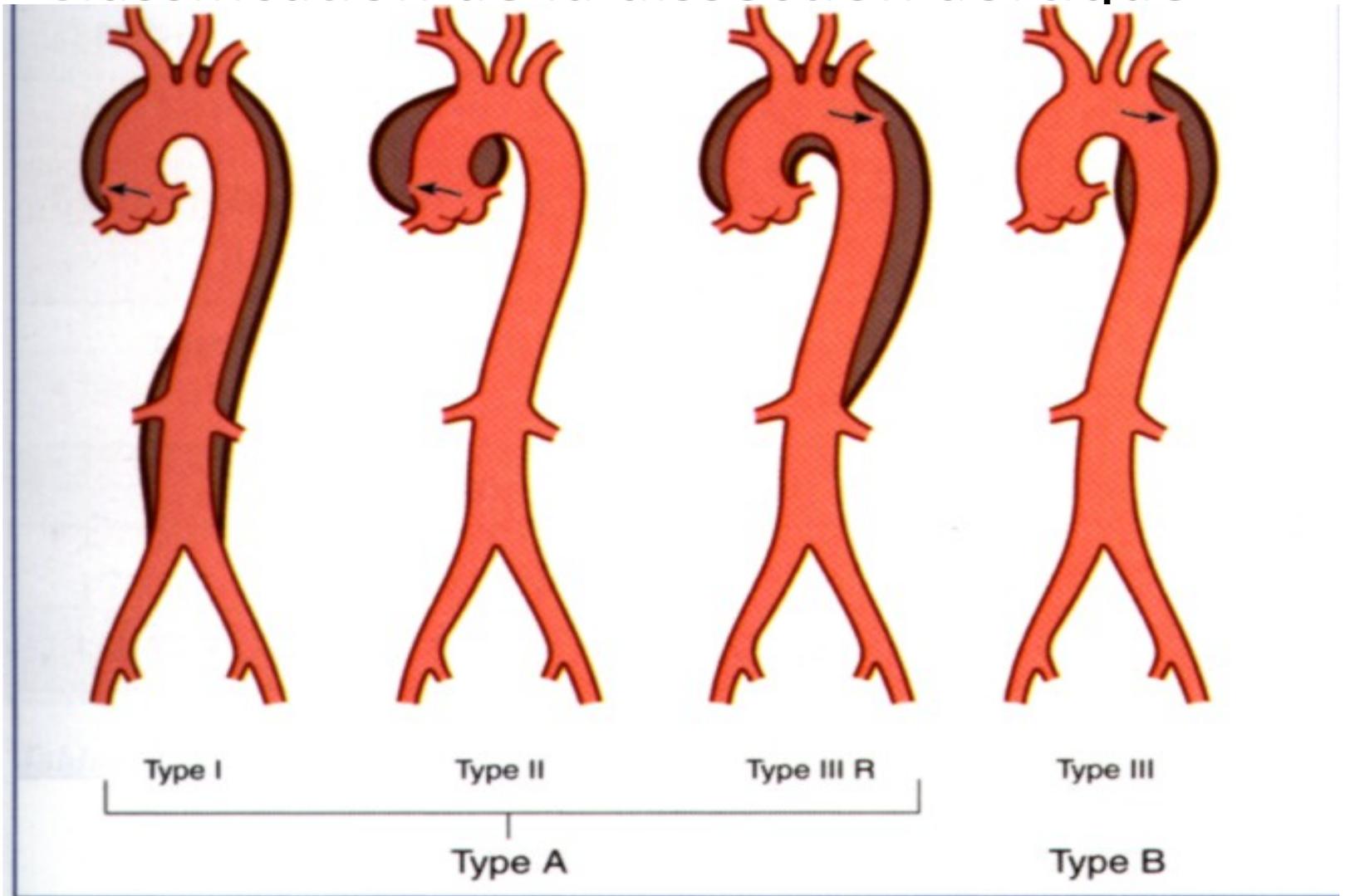
- examens complémentaires?
- traitement?



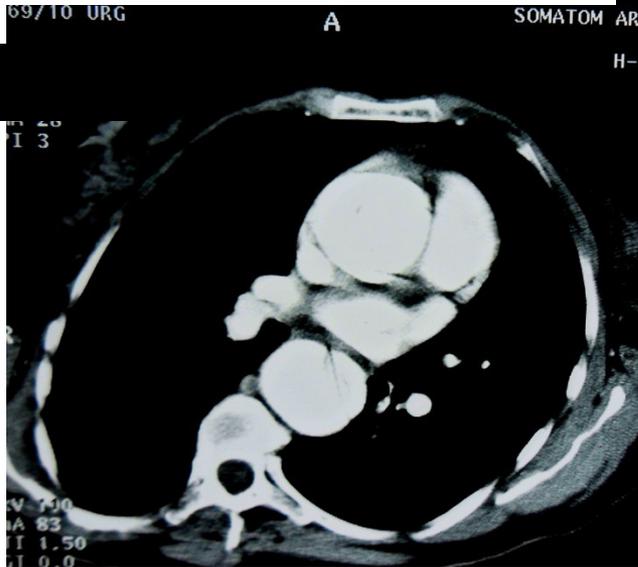
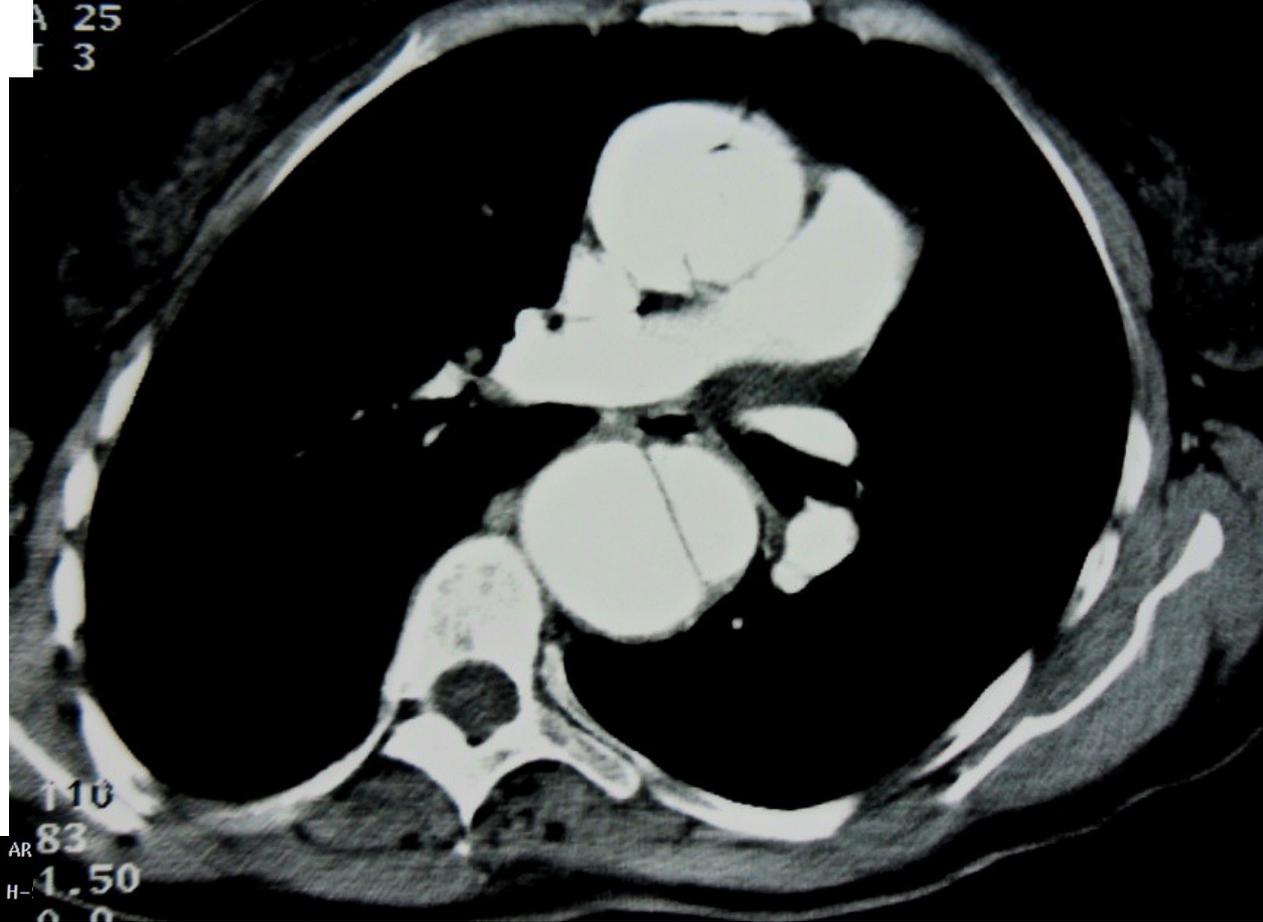




# Classification de la dissection aortique



Contrôle  
tensionnel parfait,  
CI des AC et de la  
fibrinolyse



Dgc: Dissection Aortique type A1 avec extension à l'ostium de la coronaire droite et IA par prolapsus  
Patient opéré en urgence: remplacement de l'aorte ascendante Et de la valve aortique par prothèse mécanique sous CEC

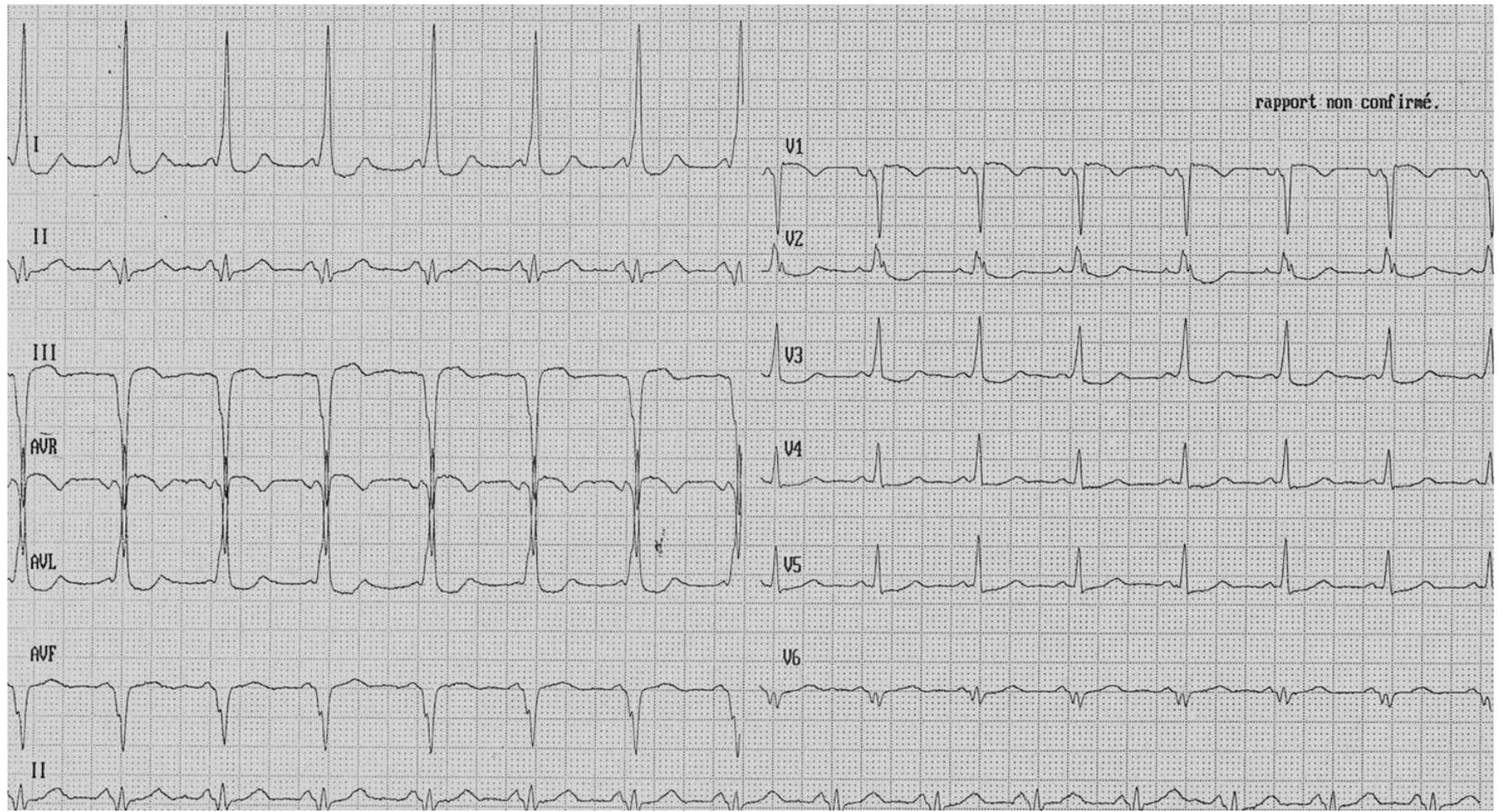
# Devant toute douleur thoracique

- Interrogatoire précis, description sémiologique de la douleur: mode d'installation, intensité, irradiation, début, contexte ( grippe..).
- Examen précis et répété: TA aux deux bras, recherche et auscultation de tous les pouls périphériques +++ ACP
- Contre-indication de la fibrinolyse ou des anticoagulants.

- Ne pas perdre du temps,
- Alerter le cardiologue de garde dès réception du patient douloureux
- Ne pas multiplier les examens complémentaires si l'examen est normal, avec un ECG évocateur de SCA.
- Ne pas attendre les marqueurs enzymatiques sauf dans certaines situations: ECG électro entraîné, douleur typique de SCA

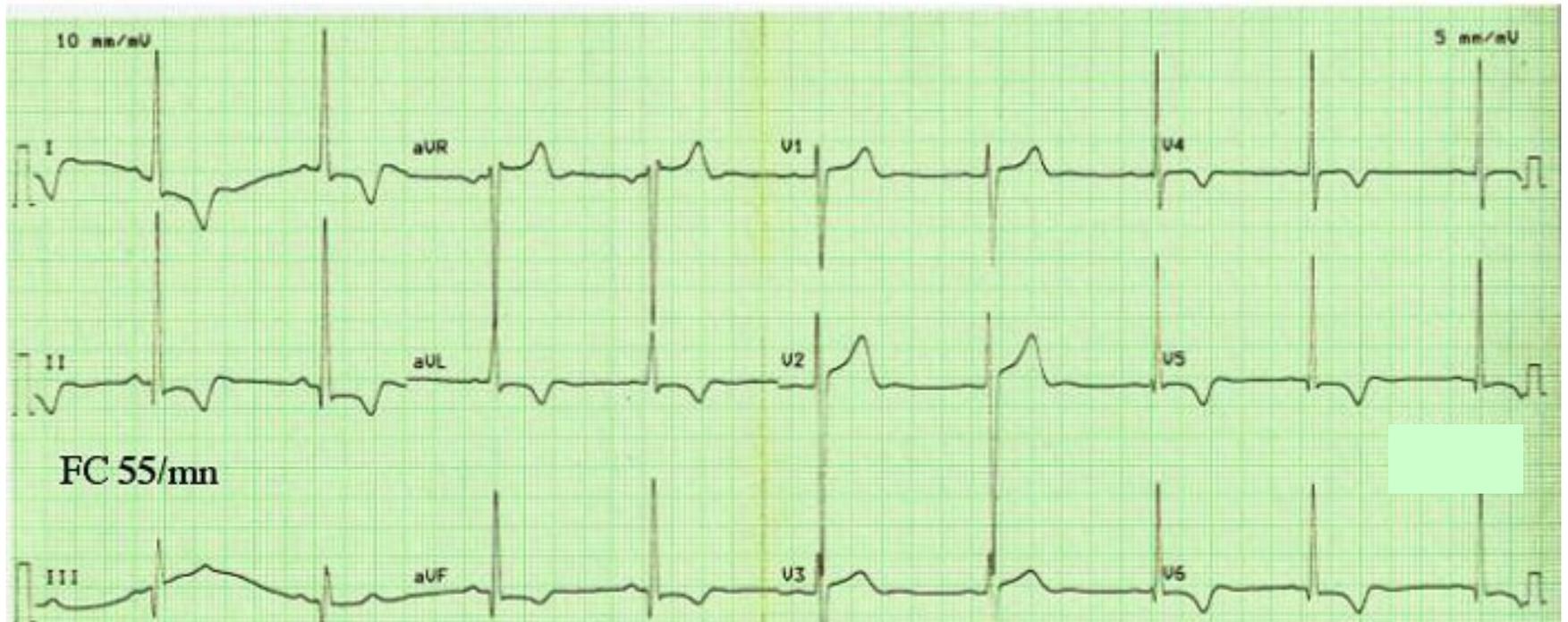
## PIÈGES À ÉVITER

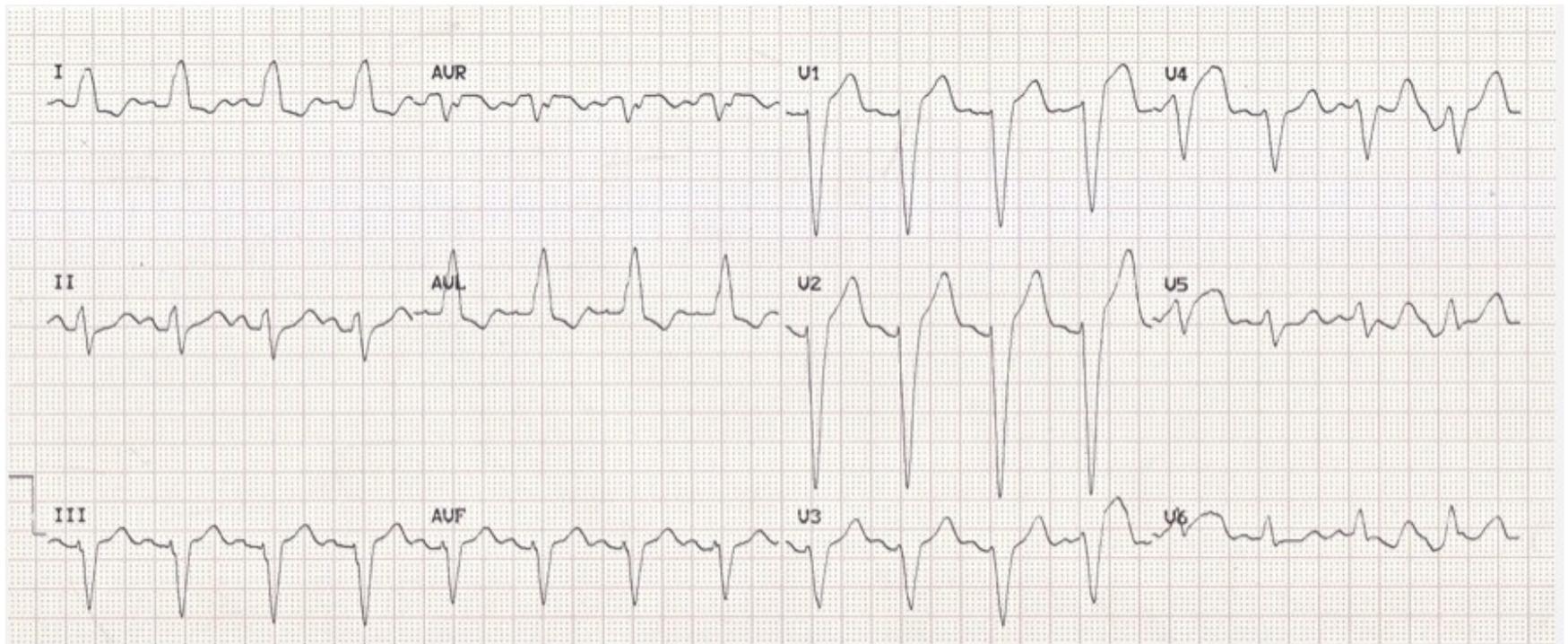
ONDE Q

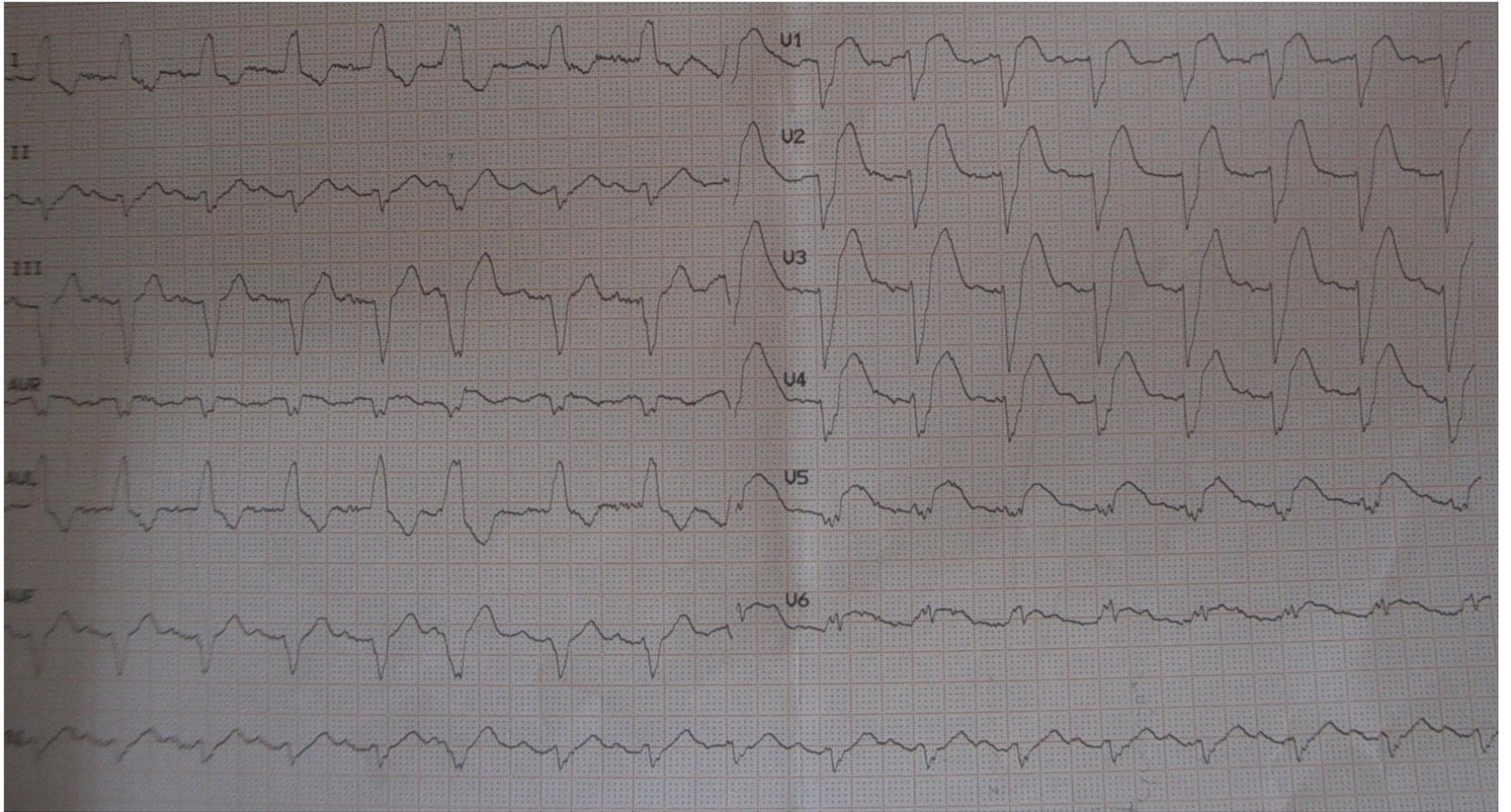


rapport non confirmé.

# Cardiomyopathie hypertrophique

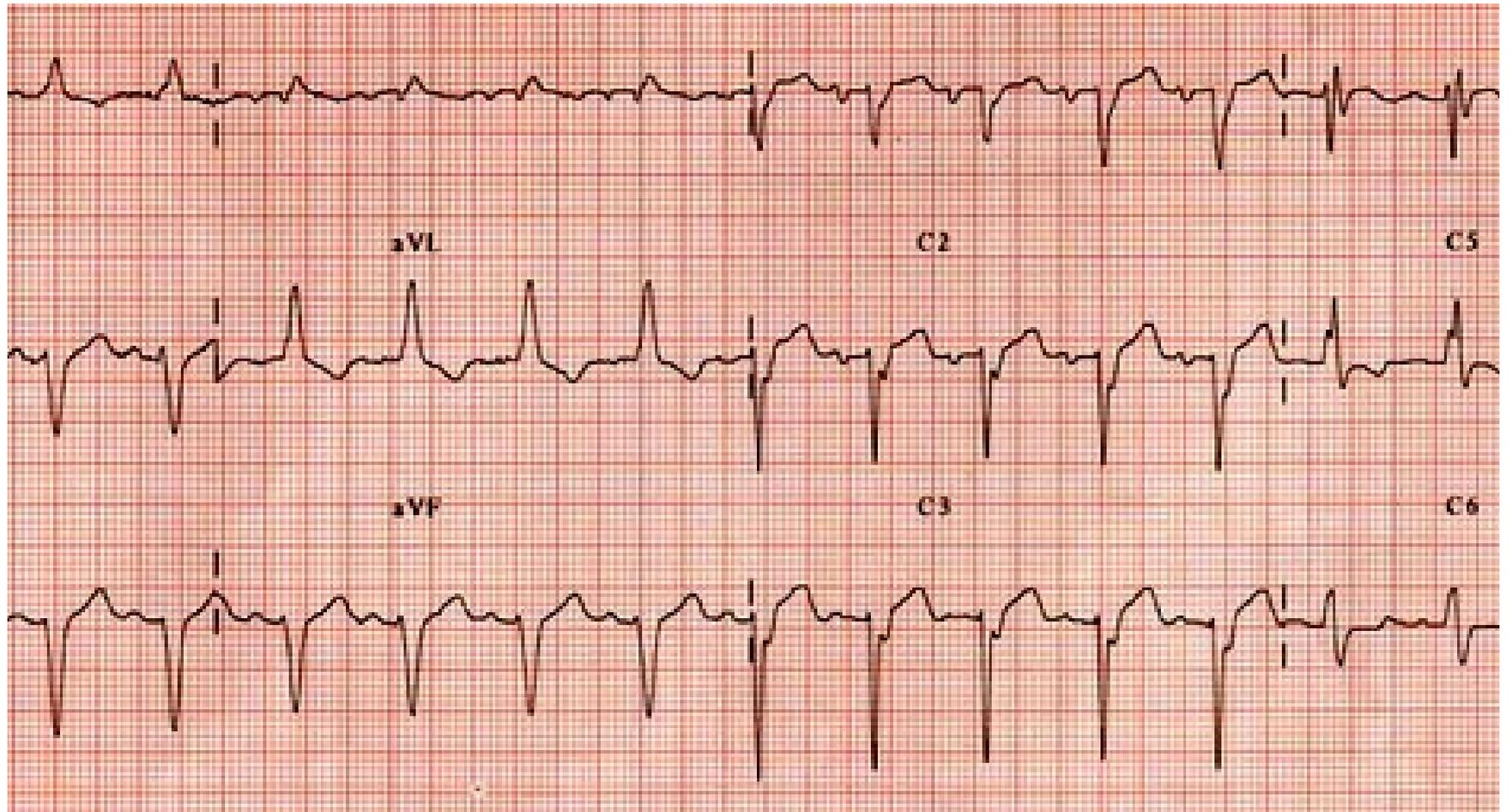




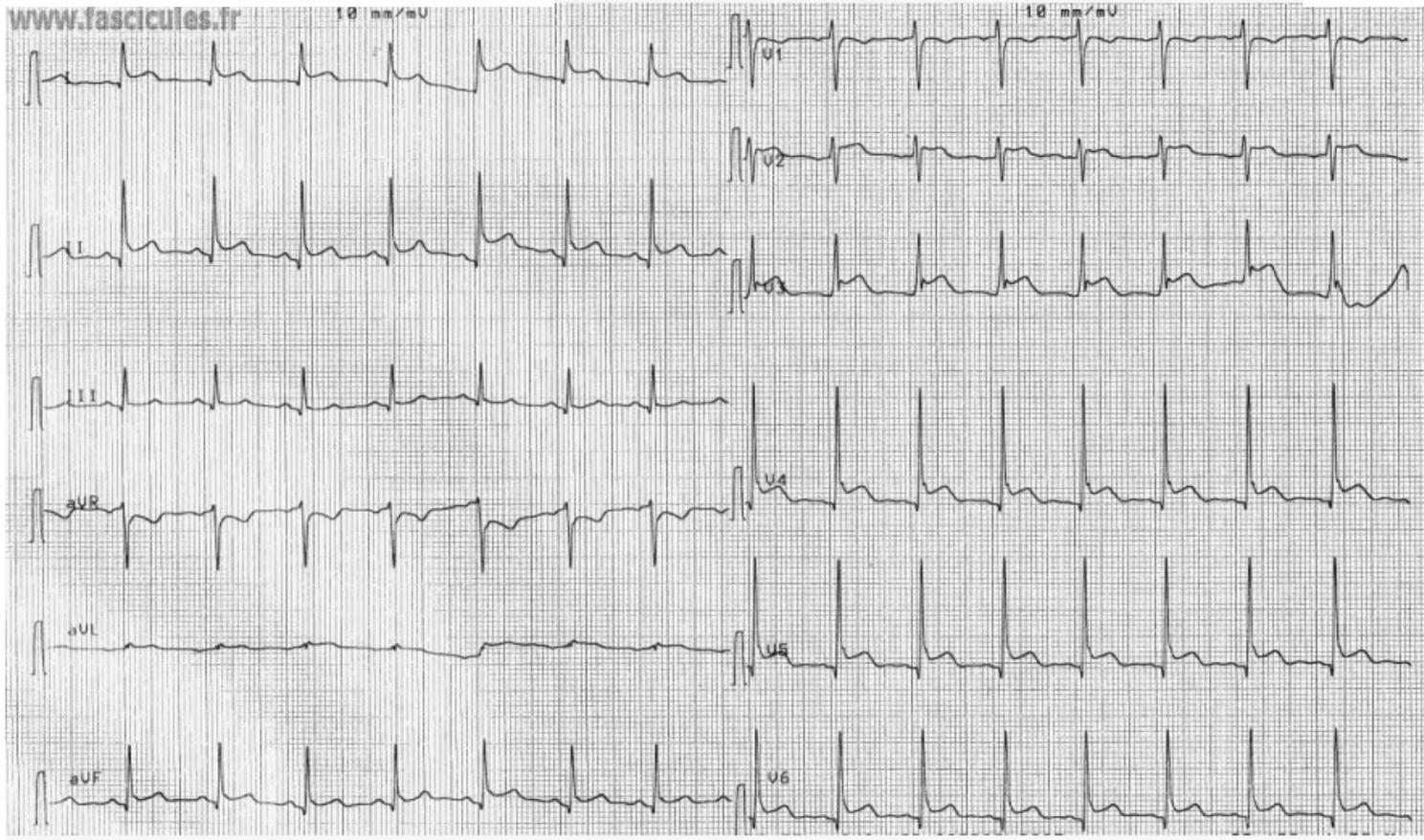


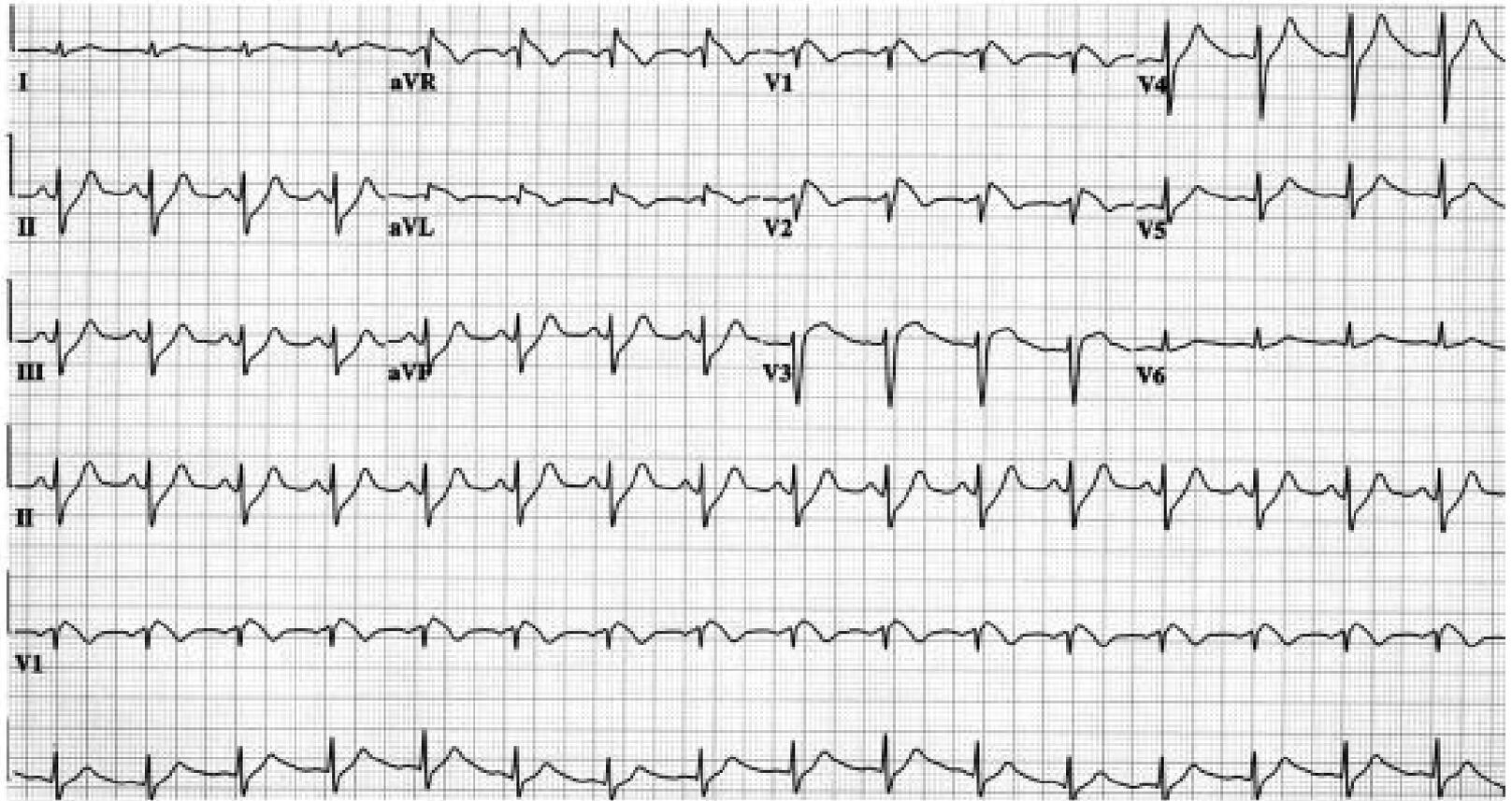
# BBGC pré existant

- Critères de Sgarbossa
  - Elevation ST  $\geq 1$ mm dans n'importe quel dérivation avec concordance du QRS
  - Depression de segment ST  $\geq 1$ mm dans V1, V2 ou V3 avec concordance du QRS
  - Elevation ST  $\geq 5$ mm dans n'importe quel dérivation avec un QRS discordant
  - Elevation ST aVR  $\rightarrow$  occlusion tronc commun artère coronaire gauche



SEGMENT ST



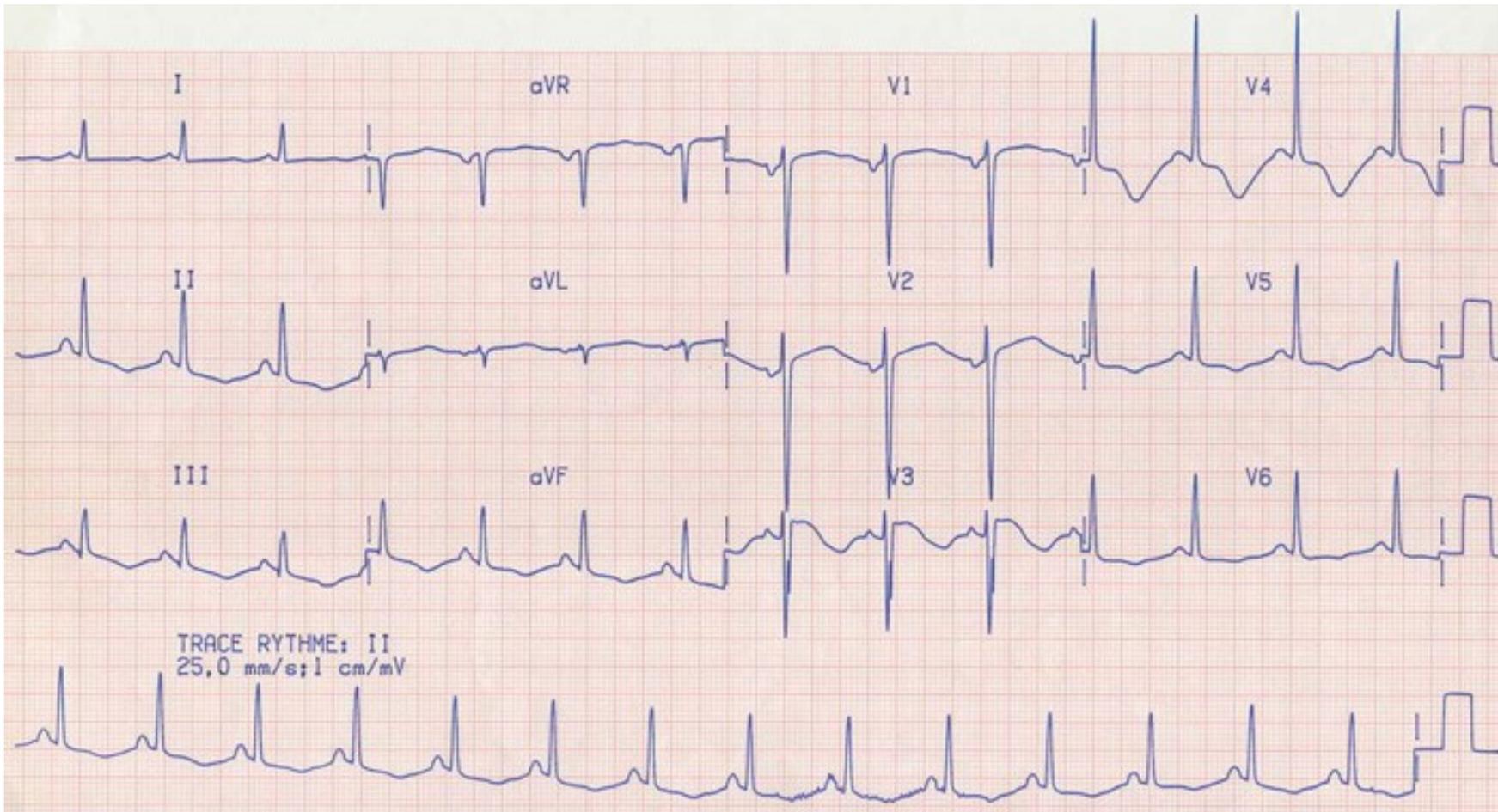


# Syndrome de BRUGADA

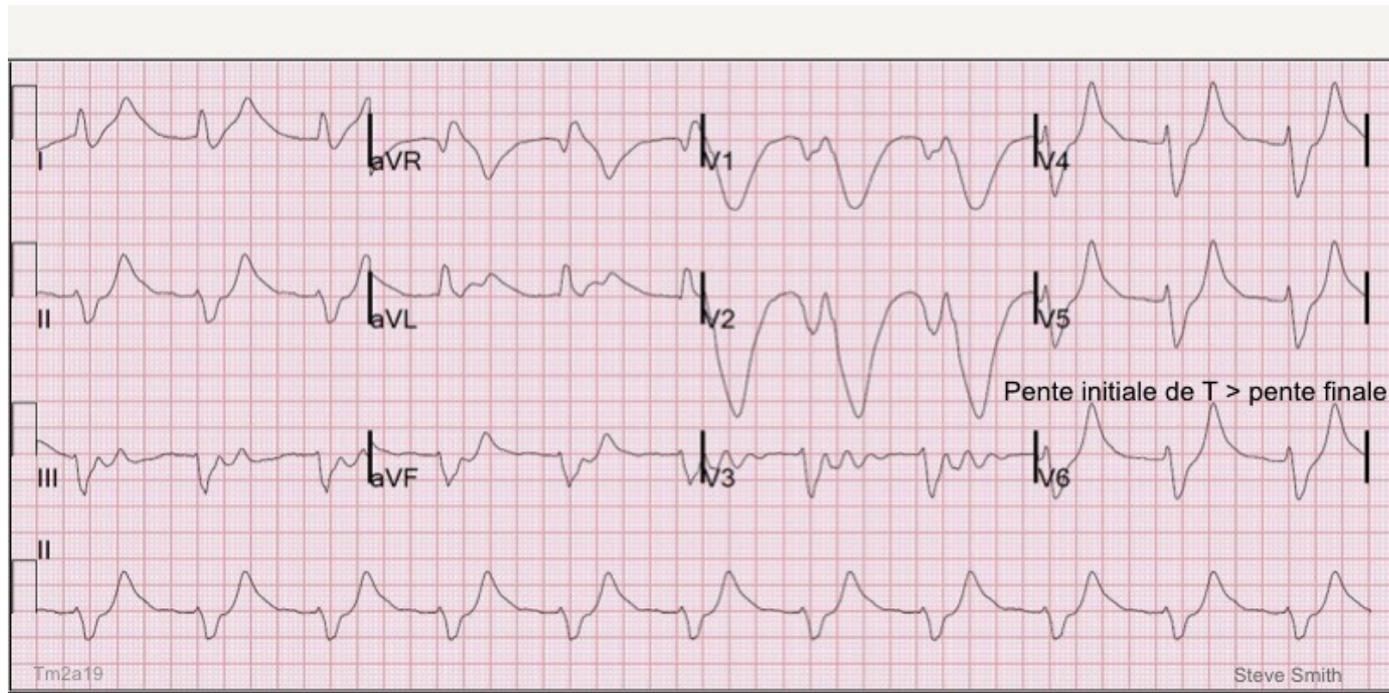
- Maladie autosomique dominante caractérisée par une mutation du canal sodique cardiaque (gène SCN5A)
- perte de fonction du canal sodique cardiaque
  - 60 mutations connues

# Syndrome de BRUGADA

- Un sus décalage de ST de 2mm dans les dérivations précordiales droites (V1-V2)
- Associé à une augmentation du risque de mort subite cardiaque
- Par TV polymorphes ou FV
- Sans myocardiopathie sous-jacente

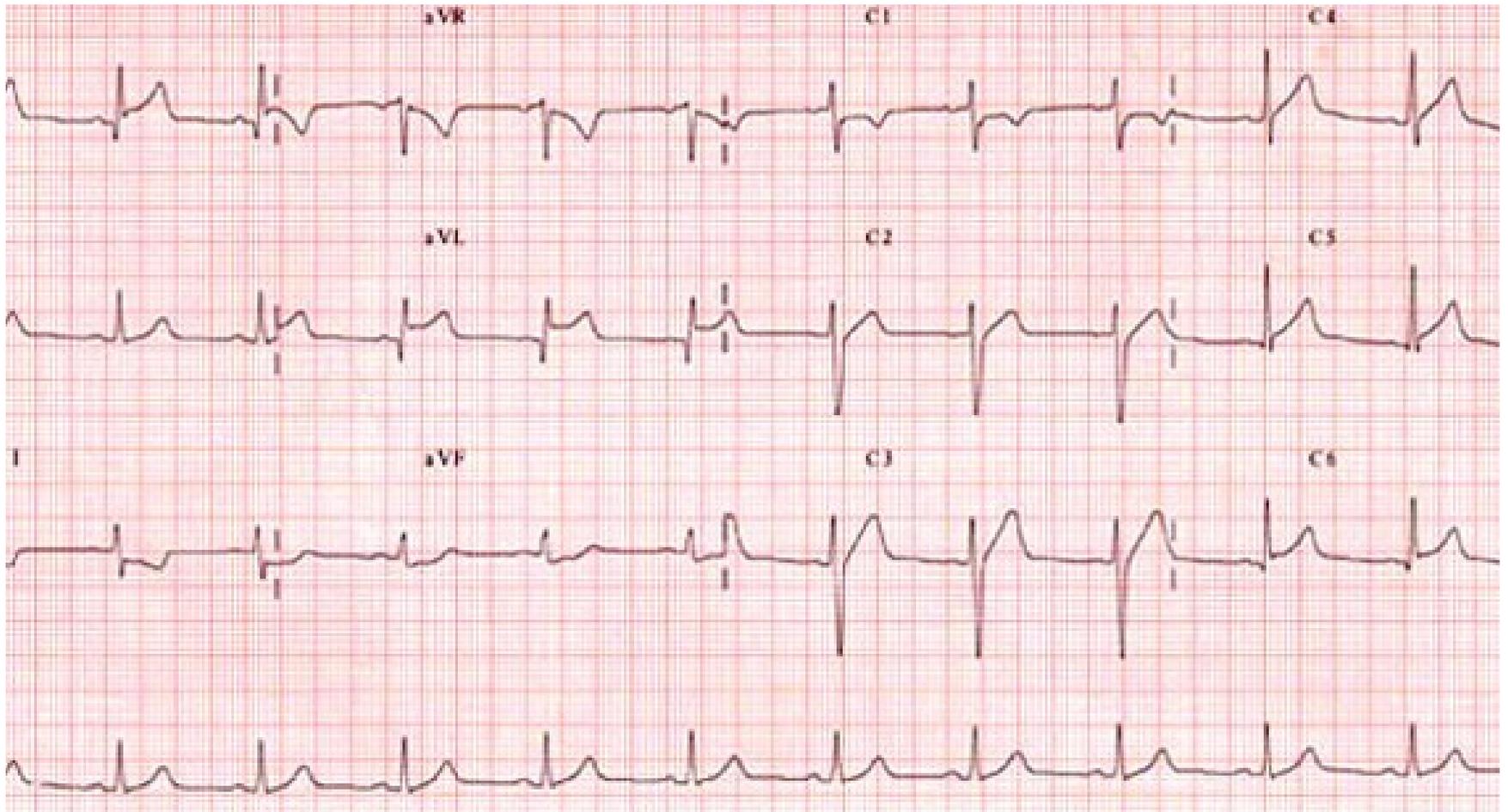


# HYPERKALIEMIE

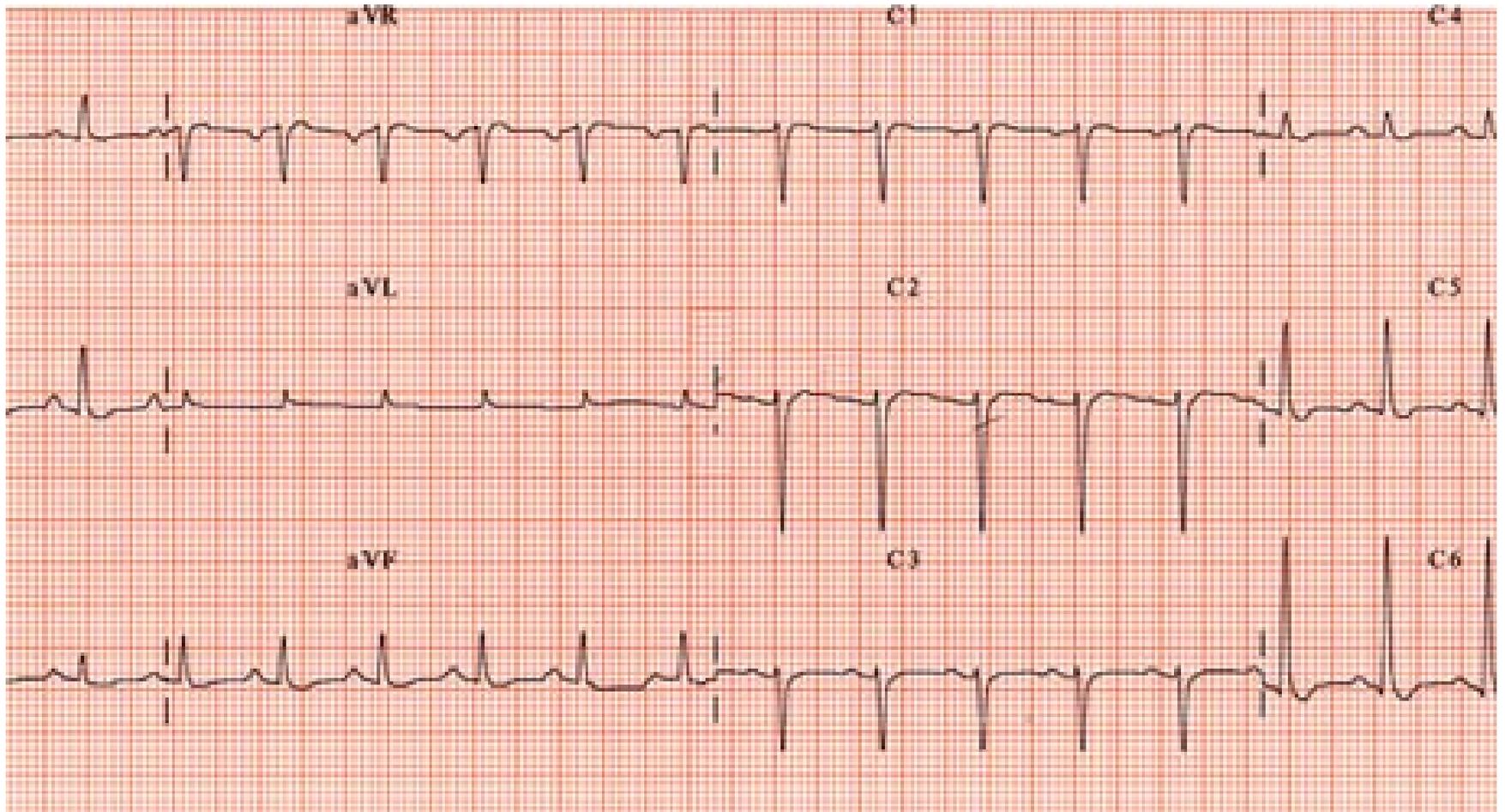


Aspect pathognomonique « *near sinusoidal pattern* »  
P aplatie, PR long, QRS larges dysmorphiques (0,20 s) et T pointue

# MYOCARDITE



# IMPREGNATION DIGITALIQUE



# ECG et PM



- Toujours:
  - contexte clinique ( symptomatologie douloureuse à décrire précisément, ATCD, les FRCV, évolution...)
  - marqueurs de nécrose myocardique: Troponine I, T, HS, CPK, SGOT, SGPT, Myoglobine ne devant jamais retarder le dgc d IDM
  - le reste de la biologie: CRP, Kmie...
  - Echographie cardiaque
  - => Coronarographie peut être indiquée d'emblée

merci