

ECN INTERREGIONAL 2009

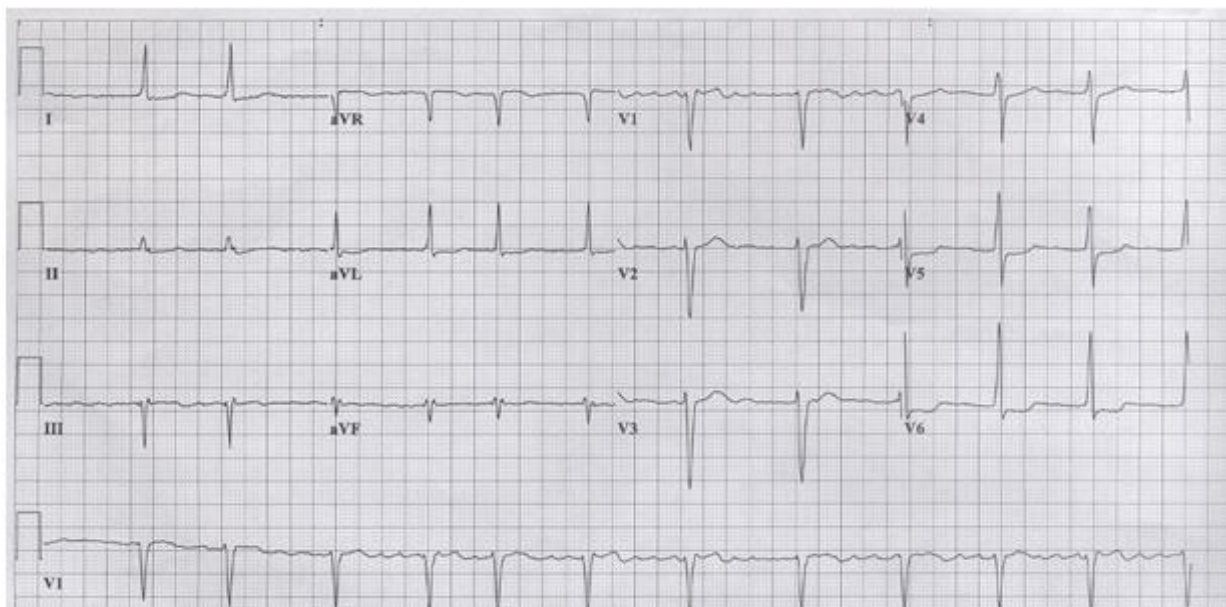
DOSSIER N°2

Un homme de 66 ans présente en montant un escalier une douleur thoracique retrosternale constrictive irradiant dans l'épaule gauche. Elle cède spontanément, après avoir duré environ 10 minutes. Il est vu par un médecin généraliste à qui il explique avoir présenté plusieurs épisodes moins intenses à l'effort durant la semaine précédente. Il signale aussi un essoufflement croissant. Il a comme antécédents : une prothèse aorto-bifémorale en 1987 pour cure d'un anévrisme de l'aorte sous-rénale, une endartériectomie carotidienne droite en 2006.

Son traitement habituel est aspirine (160 mg), clopogrel (75mg), une statine pour une hypercholestérolémie ainsi que de l'afusozine(XATRAL^R) pour un prostatisme. Par ailleurs, il a un diabète non insulino-dépendant depuis 5 ans sous biguanide et sulfamide. Il dit fumer encore 10 cigarettes par jour. Son tabagisme est évalué à 80 PA.

Le patient est réticent à se faire hospitaliser. Des examens biologiques sont prescrits le jour même. Ils donnent les résultats suivants : Troponine I 1,1 µg/L (normale <0.1 µg/l), CRP 47,4 mg/L (normale <2 g/l), fibrinogène 6,8 g/l (N=2-4 g/l), créatinine 152 µmole/l (N = 50-110 µmole/l), urée 21 mmole/l (N=3-6;6 mmole/l), Ddimer : 1500 µg/l (N<500 µg/l), Glycémie 11 mmole/l (N=3.9-6.1 mmole/l).

Il est adressé par le médecin dans un service d'accueil des urgences. La douleur thoracique a complètement disparu. La pression artérielle est à 170/80 mmHg. La T° est à 38.5. On note une toux très productive. Elle est d'après le patient habituelle le matin. L'auscultation retrouve des ronchis dans les deux champs pulmonaires mais surtout à gauche ainsi qu'un foyer de crépitations en base gauche. Les bruits du cœur sont irréguliers assez rapides à 80-100/min avec un souffle systolique. Un ECG est réalisé (figure).



Questions

- 1- Quelle est l'interprétation de l'électrocardiogramme ci-joint?**
- 2- D'après les données cliniques, biologiques et ECG, quelles pathologies aiguës peuvent expliquer les symptômes ? Pour chacune, indiquez les arguments en sa faveur.**
- 3- Quels examens biologiques avant tout traitement devez-vous réaliser ?**
- 4- Quels examens d'imagerie demandez-vous rapidement ? Qu'en attendez-vous ?**
- 5- Vous concluez que ces douleurs thoraciques sont en rapport avec une maladie coronarienne, quel est le cadre diagnostique précis dans lequel s'inscrit ce patient ?**
- 6- Dans cette hypothèse, citez les éléments qui vous permettent ici de stratifier le risque de ce patient.**
- 7- Quelle surveillance et traitement mettez-vous en place ?**

Après 48 heures de ce traitement, le patient est totalement asymptomatique. Les examens biologiques sont pratiquement normaux. L'HbA1C est à 7%. Il n'a pas de fièvre. L'arythmie persiste avec une fréquence cardiaque à 70-90/min et est bien tolérée. La fraction d'éjection est à 35%. Une coronarographie est réalisée. Elle retrouve une sténose de la coronaire droite qui bénéficie de la mise en place d'un stent pharmaco-actif car le patient est diabétique.

- 8- Quels problèmes la mise en place de ce type de stent coronaire va poser pour la prise en charge ultérieure de ce patient ?**
- 9- Quels traitements doit comporter votre ordonnance de sortie ? Justifiez brièvement chaque médicament.**
- 10- Quelles stratégies proposez-vous pour l'arythmie ? Expliquez vos choix en précisant les avantages et les inconvénients de chaque stratégie. Finalement, laquelle choisissez-vous ?**

QUESTION 1		5
L'électrocardiogramme ne montre <u>pas d'onde P</u> mais une irrégularité de la ligne de base qui correspond à des <u>ondes f</u>	1	
Le rythme ventriculaire est <u>irrégulier</u> avec une <u>fréquence cardiaque</u> à 75-100/min	1	
Les complexes QRS sont fins	-	
L'axe de QRS est orienté à gauche. Aspect qR en DI et avL et rS en DII et DIII correspondant à un <u>hemibloc antérieur gauche</u> .	1	
<u>Fibrillation auriculaire</u>	2	
QUESTION 2 P= nombre de point pour le diagnostic (= 0.5 pour chaque argument entre parenthèse jusque 1 ou 2 points) Max = nombre de points max pour la réponse		18
Infarctus sans sus-décalage du segment ST (douleur thoracique, troponine augmentée, facteurs de risque)	2 = pour le diagnostic (= 0.5 pour chaque argument jusque 2 points) MAX = 4	
Pneumopathie (dyspnée, fièvre, auscultation pulmonaire, CRP augmentée)	2 = pour le diagnostic (= 0.5 pour chaque argument jusque 2 points) MAX = 4	
<u>embolie pulmonaire</u> (dyspnée, fièvre, Ddimers augmentés, auscultation pulmonaire, fibrillation auriculaire)	1= pour le diagnostic (= 0.5 pour chaque argument jusque 1 point) MAX =2	
<u>fibrillation auriculaire</u> (dyspnée, ECG)	1= pour le diagnostic (= 0.5 pour chaque argument jusque 1 point) MAX =2	
<u>insuffisance cardiaque</u> (FA, dyspnée, crépitants pulmonaires)	1= pour le diagnostic (= 0.5 pour chaque argument jusque 1 point) MAX =2	
<u>endocardite infectieuse</u> (fièvre, dyspnée, souffle systolique)	1= pour le diagnostic (= 0.5 pour chaque argument jusque 1 point) MAX =2	
<u>décompensation d'un diabète</u> (glycémie, dyspnée, antécédents de diabète)	1= pour le diagnostic (= 0.5 pour chaque argument jusque 1 point) MAX =2	
QUESTION 3		8

hémocultures	3	
bandelettes urinaires - corps cétoniques	2	
numération formule sanguine	1	
bilan d'hémostase	1	
un dosage du BNP	1	
QUESTION 4		
Une radiographie pulmonaire	2	9
– signes d'une pneumopathie infectieuse	1	
Une échocardiographie transthoracique	3	
– fonction ventriculaire gauche (HTA, dyspnée, souffle systolique)	1	
– dimension et épaisseur du ventricule gauche	1	
– anomalie valvulaire et/OU endocardite infectieuse	1	
QUESTION 5		
Infarctus sans sus-décalage du segment ST.	2	2
QUESTION 6		10
Age	1	
douleur de repos	1	
durée prolongée	1	
traitement en cours par aspirine	1	
diabète	1	
CRP élevée	1	
troponine élevée	2	
insuffisance rénale	1	
Glycémie élevée	1	
QUESTION 7		
SURVEILLANCE		17
• Hospitalisation en <u>USIC</u> .	1	
• <u>Monitoring</u> continu de la fréquence cardiaque, pression artérielle, SaO2. ECG quotidien.	1	
• <u>Information du patient</u> sur les raisons de son hospitalisation en soins intensifs et de la nécessité d'appeler quelqu'un de l'équipe dès qu'une douleur survient.	1	
TRAITEMENT		
<u>Héparine</u> ou <u>HBPM</u>	2	
Anti-agrégation plaquettaire par un <u>anti-gp2b3a</u>	1	
<u>aspirine</u>	2	

<u>clopidogrel</u>	1	
<u>Beta-bloquant</u> OU <u>calcium bloquant bradycardisant</u>	1	
- Accepté : pas de beta-bloquant car artériopathie mais alors il doit être indiqué calcium bloquant bradycardisant	Association betabloquant ET calcium bloquant bradycardisant : -1	
<u>Dérivés nitrés</u> car hypertension artérielle	1	
<u>Antibiotiques</u> pour le traitement d'une pneumopathie communautaire	2	
<u>Insuline au pousse-seringue</u> pour corriger la glycémie et arrêt des antidiabétiques oraux	1	
Poursuite d'une <u>statine</u>	1	
<u>Réhydratation</u> : ringer, sérum glucosé ou salé iso	2	
<i>inhibiteurs de l'enzyme de conversion</i> (insuffisance rénale aiguë)	-	
<i>digoxine</i> (infarctus aigu du myocarde, contrôle de la FC par les betabloquants)	-	
<i>amiodarone</i> (pas d'indication de réduction de la FA à ce stade)	-	
QUESTION 8		4
Le stent pharmaco actif a plusieurs inconvénients ici :		
Contraint à prendre du clopidogrel pendant au moins 1 an	1	
En raison de la fibrillation auriculaire impose une association clopidogrel, aspirine et antivitamine K pendant au moins 3 mois le temps d'assurer la réduction de la FA	2	
Enfin, il existe une indication potentielle de résection de prostate (prostatisme) qui ne pourra pas être réalisée	1	
QUESTION 9		13
Clopidogrel (au moins 1 an - stent pharmaco-actif, pathologie vasculaire, maladie coronaire)	2	
Aspirine (à vie - stent pharmaco-actif, pathologie vasculaire, maladie coronaire)	2	
Antivitamine K pour un INR entre 2 et 3 (fibrillation auriculaire)	2	
Inhibiteur de l'enzyme de conversion à la dose maximale tolérée (à vie - maladie coronaire, diabète, hypertension)	2	
Statine (à vie - maladie coronaire, dyslipidémie, diabète)	2	
Beta-bloquant OU calcium bloquant bradycardisant (à vie - maladie coronaire, fibrillation auriculaire)	2	

Traitement antidiabétique oral (diabète peu déséquilibré)	1	
Omega3 ou Omacor ^R (pas d'AMM ici).	-1	
Pas de point pour la reprise du Xatral	-	
QUESTION 10		14
C'est une fibrillation auriculaire et deux stratégies sont possibles : le contrôle du rythme et le contrôle de la fréquence.	4	
<u>Pour le contrôle de la fréquence</u>	5 points MAX pour les arguments suivants :	
POUR : FE basse	1	
POUR : Risque de récurrence de la FA après réduction,	1	
POUR : Bonne tolérance de la FA	1	
POUR : Relativement âgé	1	
CONTRE : Ajout d'un anti-arythmique nécessaire	1	
CONTRE : Risque hémorragique plus important d'un traitement antivitaminé K et aspirine à vie en association pendant plus d'un an à du clopidogrel	2	
<u>Contrôle du rythme avec choc électrique externe dans 3 semaines</u>	5 points MAX pour les arguments suivants :	
POUR : découverte récente	1	
POUR : pas de tentative de réduction encore	1	
POUR : altération de la fonction ventriculaire gauche	1	
POUR : traitement actuel anticoagulant et antiagrégant expose à un risque hémorragique élevé	2	
POUR : relativement jeune		
CONTRE : antiarythmique à long terme est ici obligatoirement l'amiodarone en raison de la cardiopathie sous-jacente	1	
CONTRE : risque élevé de récurrence	1	
CONTRE : bonne tolérance de la FA	1	
Les éléments du bénéfice risque plaident en faveur d'une tentative de réduction (contrôle du rythme). Mais les deux attitudes correctement argumentées sont acceptées.	-	
NOTE : il est normal qu'un même argument puisse justifier plusieurs attitudes différentes en POUR et/ou CONTRE.	TOTAL	100