

CARDIOLOGIE – Dossier N°1

Un homme de 55 ans vient vous consulter parce qu'il est de plus en plus essoufflé.

C'est un chauffeur-livreur, qui fume depuis trente ans environ un paquet de cigarettes par jour, et dit boire chaque jour deux apéritifs avant chaque repas, et un litre ½ de vin.

Il n'est pas hypertendu, a une cholestérolémie à 2,5 g/l (6,4 mmol/l).

Sa glycémie est normale. Il n'y a pas d'histoire cardiaque connue dans sa famille. Il n'a pas d'antécédent personnel notable.

Aucune intervention chirurgicale hormis une appendicectomie dans l'enfance. Pas de maladie connue, en particulier il n'y a pas de passé cardiaque, de douleur angineuse, d'infarctus du myocarde.

Il a constaté depuis environ 6 mois qu'il était essoufflé. Il a d'abord eu plus de mal à faire les grandes distances à vélo (100 kms et plus) qu'il affectionne, et il a progressivement réduit la longueur de ses randonnées.

Le déchargement de son camion s'est avéré plus difficile, et il lui fallait reprendre son souffle en cours de travail. Il n'a songé à voir un médecin que lorsque la montée des 3 étages pour rentrer chez lui a nécessité qu'il s'arrête, une fois, puis deux.

Actuellement il lui arrive de se réveiller la nuit, angoissé, à la recherche de son souffle. Il doit se lever, aller à la fenêtre, puis il se rendort, assis, dans son fauteuil. Il n'a jamais constaté d'œdèmes des membres inférieurs.

A l'examen, vous notez :

- un poids de 90 kg pour une taille de 1,78 m ;
- une tension artérielle à 115/90 ;
- un pouls rapide (110/min) et irrégulier ;
- un choc de pointe perçu dans le sixième espace intercostal gauche, sur la ligne axillaire antérieure ;
- un souffle systolique de régurgitation, coté 2/6è, dans la région apexo-axillaire ;
- un galop protodiastolique ;
- des crépitants des bases pulmonaires ;
- une hépatomégalie, d'un travers de doigt, sensible à la pression avec un reflux hépato-jugulaire ;
- de discrets œdèmes des membres inférieurs.

1 – Donnez les éléments de cet ensemble symptomatique et votre diagnostic .

Dyspnée d 'effort
Orthopnée
Tension artérielle pincée
Tachycardie, irrégulière (fibrillation auriculaire ?)
Choc de pointe dévié en bas et à gauche
Souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle
Galop protodiastolique
Crépitants des bases pulmonaires
Diagnostic : Insuffisance cardiaque globale ou à prédominance gauche

2 – Quelle est l'affection la plus probable à l'origine de ce syndrome ?

Myocardiopathie primitive à forme dilatée

3 – Y-a-t-il dans l'anamnèse de ce malade un ou plusieurs élément(s) à retenir comme favorisant la survenue de cette affection ?

Alcoolisme

4 – En dehors de l'affection ici, quelles sont les principales autres causes qui peuvent conduire au même tableau clinique ?

Valvulopathie aortique (RA, IA) ou mitrale (IM)
Hypertension artérielle
Atteinte myocardique due à l'athérosclérose coronarienne
Myocardiopathie primitive à forme hypertrophique
Myocardiopathies secondaires (amylose, hémochromatose, adriamycine,...)

5 – Trois examens complémentaires cardiaques simples et non invasifs s'imposent sans attendre. Lesquels ?

Radiographie thoracique
Electrocardiogramme
Echocardiographie

6 – Quelles sont les principales modalités évolutives et complications qui peuvent survenir dans les mois qui viennent en l'absence de traitement ?

Aggravation fonctionnelle (OAP, orthopnée,...)
Globalisation de l'insuffisance cardiaque
Complications thrombo-emboliques
Complications rythmiques
Mort subite

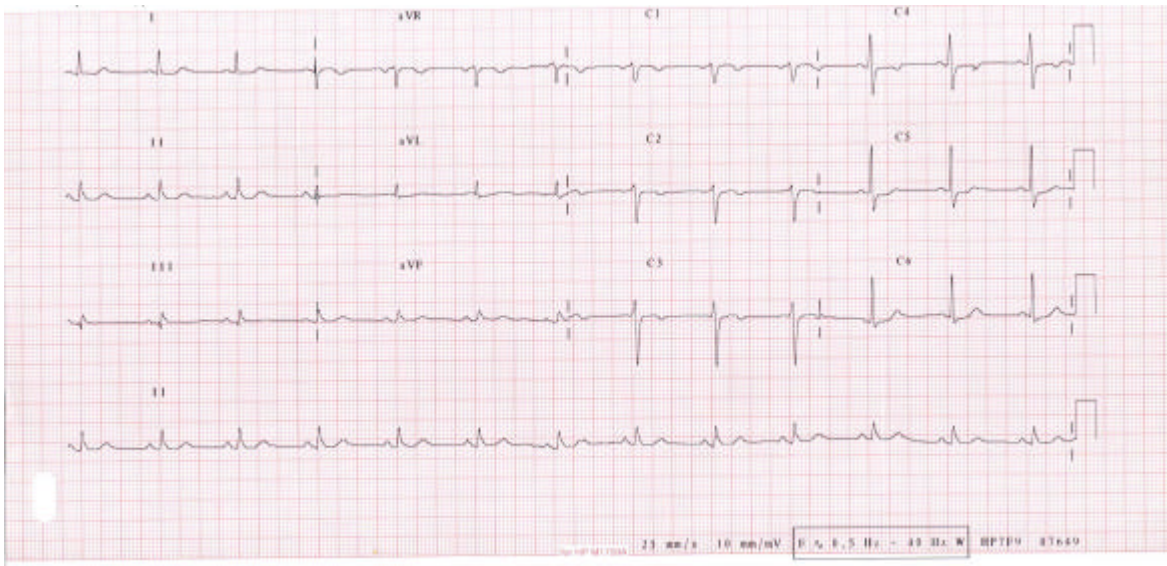
CARDIOLOGIE – Dossier N°2

Voici une liste d'items numérotés de 1 à 10. Ils correspondent à 2 histoires cliniques différentes (M. X et M. Y). Chacune comporte 5 items.

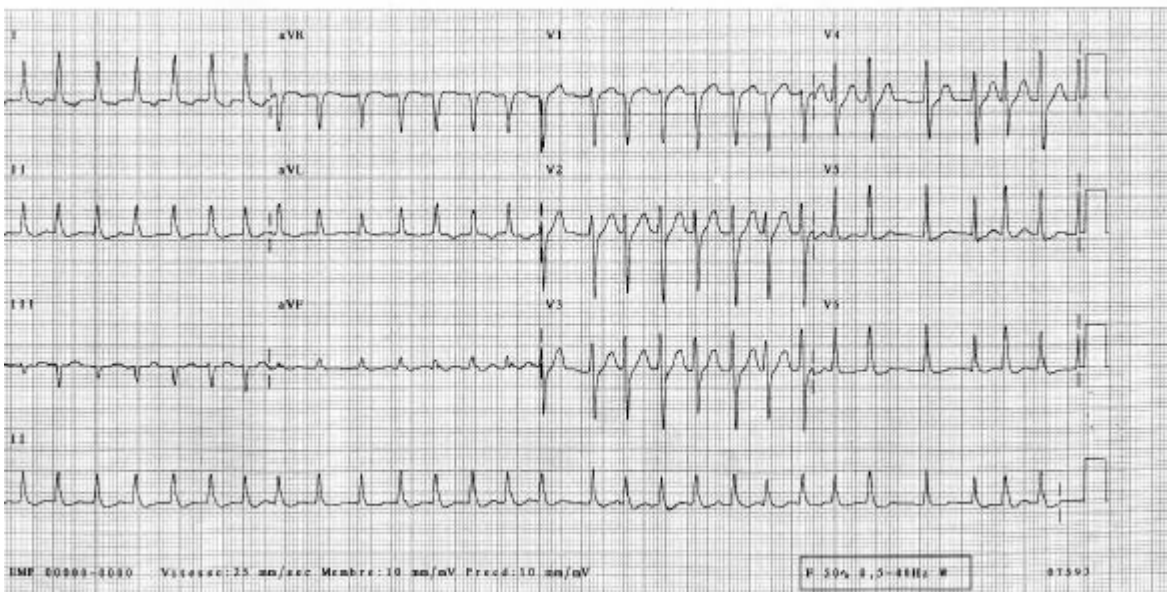
Objectifs : reconstituer chaque histoire dans l'ordre. Pour chacune d'elle, il vous faut définir le diagnostic exact, associer le bon ECG et la bonne ordonnance et répondre aux questions subsidiaires.

1. On note comme antécédent la notion d'une prise excessive d'alcool à priori sans complication.
2. La coronarographie retrouve une sténose sub-occlusive de l'artère interventriculaire antérieure traitée dans la foulée par une angioplastie avec endoprothèse.
3. Il est fumeur invétéré. Il ne prend pas de traitement. On retrouve la notion d'une hérédité coronaire.
4. M. X., âgé de 52 ans. Il vous consulte car depuis 10 jours, il présente une blockpnée d'effort de plus en plus invalidante.
5. L'échographie cardiaque retrouve un cœur volume télédiastolique à 72 mm avec une fraction d'éjection à 20% et une insuffisance mitrale modérée à importante.
6. La coronarographie retrouve des artères saines.
7. M. Y. a 62 ans. Il vous consulte car il est de plus en plus essoufflé à l'effort. Cet essoufflement existe depuis plusieurs année mais semble s'être aggravé récemment (stade II fort de la NYHA). A l'interrogatoire vous retrouvé la notion d'orthopnée.
8. Sa tension artérielle est à 155/85 et l'examen clinique est normal en dehors d'un souffle bi fémoral.
9. Il existe des crépitants aux bases. La tension est mesurée à 90/60. Il existe un galop à l'auscultation avec un souffle systolique au niveau de l'apex qui irradie vers l'aisselle. Le pouls est irrégulier.
10. L'échographie cardiaque est dans les limites de la normale.

ECG 1 :



ECG 2 :



Ordonnance 1 : Previscan (fluindione) 1 cp/j ; Cordarone (amiodarone) : 1cp/j ; Lasilix (furosémide) 40 mg : 1cp/j ; Coversyl (perindopril) 4 mg/j.

Ordonnance 2 : Aspirine 75 mg/j ; Plavix (clopidogrel) 75 mg/j ; Sactal (acebutolol) 200 mg /j.

1 - M. X et les numéros d'items correspondant, n° ECG et ordonnance correspondant, et votre diagnostic.

Histoire X= 4 ; 3 ; 8 ; 10 ; 2.
Diagnostic de l'histoire de M. X : **Cardiomyopathie dilatée oenolique décompensée à l'occasion d'un passage en fibrillation auriculaire**
ECG de M. X= **numéro 2**
Interprétation de l'ECG : **fibrillation auriculaire rapide**
Ordonnance de M. X : numéro 1

2 – M. Y et les numéros d'items correspondant, n° ECG et ordonnance correspondant et votre diagnostic.

Histoire Y= 7 ; 1 ; 9 ; 5 ; 6.
Diagnostic de l'histoire de M. Y : **Angor instable ou angor de novo.**
ECG de Mr Y= **numéro 1**
Interprétation de l'ECG de M. Y: **syndrome de l'IVA avec ischémie sous-épicardique dans le territoire de l'IVA.**
Ordonnance de M. X : numéro 2

3 – **Question subsidiaire** : Il manque deux classes thérapeutiques essentielles sur l'ordonnance de M. X, et une mesure importante de prévention. Compléter cette ordonnance.

Statines ; IEC et arrêt du tabac

4 – **Question subsidiaire** : Compléter l'ordonnance de sortie de M. Y.

surveillance des AVK et éventuellement aldactone, bêta-bloquants

CARDIOLOGIE – Dossier N°3

M. M, 50 ans est mécanicien automobile, sportif, il court 10 km jour avant d'aller travailler. Alors qu'il consulte un médecin généraliste pour un certificat d'aptitude avant de disputer un marathon (40 km), celui ci entend un souffle diastolique au deuxième espace intercostal droit 4/6 sans irradiation. Ce souffle n'était pas connu antérieurement.

A l'interrogatoire, le patient décrit une asthénie évoluant depuis plusieurs mois (il a plus de mal à terminer son footing). Il dort mal, même avec deux coussins.

On retrouve également la notion d'un syndrome fébrile il y a plusieurs semaines et une douleur thoracique atypique sans argument pour une allure angineuse.

L'examen clinique une PA à 100/50 mmHg, une fréquence respiratoire à 15/min au repos, t° 37,8°.

A l'auscultation on retrouve ce souffle diastolique avec un galop présystolique, au niveau des poumons l'auscultation est normale.

Il n'y a pas de signe droit, pas de cyanose ni sueurs.

L'examen cutané retrouve des escarrifications multiples et son état dentaire est préoccupant.

L'ECG : Tachycardie sinusale régulière à 100 /'.

La Radio de thorax : Cardiomégalie V3, surcharge alvéolo -interstitielle prédominant aux hiles.

1 – Quelle est la cause de cette dyspnée chez ce patient ?

Insuffisance ventriculaire gauche : orthopnée, asthénie, dyspnée d'effort, galop présystolique, tachycardie sinusale, cardiomégalie, surcharge péri-hilaire.

2 – Quelle est la valve responsable du souffle ?

Valve aortique car : souffle diastolique maximum au foyer aortique, PA diastolique basse.

3 – Quelle est la principale hypothèse diagnostique à évoquer chez ce patient ?

Endocardite aortique évoluant probablement depuis plusieurs semaines car : souffle d'IA non connu, syndrome fébrile récurrent avec asthénie, signes de défaillance cardiaque récente contemporains du syndrome valvulaire et fébrile. Porte d'entrée possible cutanée et dentaire.

4 – Quel est le premier examen à réaliser rapidement pour étayer le diagnostic ?

Echographie cardiaque trans thoracique bidimensionnelle et TM avec étude au Doppler couleur, pulsé et continu.

5 – Que recherchez-vous avec cet examen ?

- Evaluation du degré de dysfonction VG.
Mesure de la FR par le rapport des diamètres diastolique et systolique du VG.
Calcul du débit cardiaque grâce au flux trans aortique.
Evaluation de la PAPs par IT.
Recherche d'une cardiopathie segmentaire ischémique.
- Evaluation de la sévérité de la fuite aortique.
Flux couleur dans le VG.
Diamètre TM du flux d'insuffisance aortique couleur en parasternal grand axe.
PHT (temps de demi - décroissance).
- Recherche des critères diagnostiques d'endocardite
Recherche de lésions valvulaires délabrantes
Recherche et évaluation de la taille des végétations (végétations = masses mobiles, friables, chevelues, finement vibratiles)
Préciser leur siège, leur caractère pédiculé au sessile, leur taille (si > 10 mm → risque embolique)
Recherche d'abcès (anneau aortique, trigone aorto-mitral), de fistule aorte ventricule droit.
- Atteinte des autres valves.

6 – Quel(s) autre(s) examen(s) complémentaire(s) vous semble(nt) utile(s) pour confirmer le diagnostic ?

Bilan biologique standard : NFS, Plaquettes, iono sg, créatininémie, VS, CRP, Fibrinogène, EPS, Bilan immunologique, BHC, BEC, ECBU, protéinurie des 24 heures, ASLO

ECG

Radio de thorax face et profil

Hémocultures : 6 hémocultures avant la mise en route du traitement antibiotique

PANOREX / ORL à la recherche de foyers infectieux.

ETO

CARDIOLOGIE – Dossier N°4

M. P, 56 ans, se présente aux urgences pour une douleur thoracique constrictive irradiant dans le bras gauche, de survenue spontanée, évoluant depuis 4 heures.

Ses ATCD sont marqués par une insuffisance veineuse chronique et une HTA traitée depuis plusieurs années et par une insuffisance coronarienne paternelle.

Vous lui faites l'ECG suivant :



1 – Quel est votre diagnostic précis ?

IDM antérieur étendu aigu.

2 – Quelle est la prise en charge en urgence ?

Hospitalisation en cardiologie soins intensifs
Oxygénothérapie
Antiagrégants plaquettaire (aspirine, clopidogrel)
Anticoagulants par héparine.
Coronarographie en urgence avec dilatation coronaire.
Thrombolyse.

Après votre prise en charge le patient va mieux, il ne souffre plus, mais il reste polypnéique, sa saturation en oxygène est à 90 % malgré l'oxygénothérapie nasale (6L/min).

A l'auscultation il existe un galop proto diastolique (B3), et des crépitants dans les 2 champs pulmonaires.

L'échocardiographie vous indique (entre autre) que son débit cardiaque est à 5 L/min soit un Index cardiaque à 2.8 L/min/m², et que la pression systolique dans l'artère pulmonaire est à 55 mmhg.

3 – Quels sont les valeurs normales du débit cardiaque, de l'index cardiaque et de la pression artérielle pulmonaire systolique ?

Quel est votre diagnostic pour expliquer l'essoufflement ?

Paps 22 à 25 mmHg (accepté +/- 5) Qc 4 à 7 L/min L'index cardiaque est de 2,6 à 3,8 l/mn/m2. IVG ou OAP

Au 4eme jour apparaît brusquement un état de choc, avec chute de la tension artérielle à 70/50, pouls à 110', hypoperfusion périphérique (marbrures et froideur des membres inférieurs), souffle holo-systolique en rayon de roue, crépitants diffus dans les 2 champs pulmonaires.

4 – Que suspectez-vous sur ces arguments ? Quel est l'examen à faire tout de suite ?

Rupture du septum –CIV Dans 1ère semaine en général avec IDM antérieur ou inférieur Apparition d'une CIV avec shunt G - - >D volumineux et baisse du DC++ Echocardiographie Trans thoracique

5 – Après les manœuvres de réanimation, quelle doit être la prise en charge ?

Fermeture chirurgicale.
