

FICHE CAS CLINIQUE CARDIOLOGIE

I- Définitions Syndrome Coronarien Aigu :

- **Angor stable** : douleur thoracique à l'effort pour des efforts similaires en termes (intensité, type)
- **Angor instable** : aggravation, récente des douleurs plus intenses, plus prolongées, pour des efforts moindres avec tropo normales
- **SCA ST+ = STEMI** = occlusion complète des coronaires provoquant une ischémie du territoire myocardique normalement vascularisé par cette coronaire
- **SCA ST- Tropo + = NSTEMI** = occlusion partielle d'une coronaire ou d'une de ses branches (ST- = trouble de la repolarisation autre qu'un ST+ avec miroir ou sans trouble de la repolarisation)
- **IDM** = SCA avec élévation de la troponine au-delà du 99e percentile (il peut être ST+ ou ST-)

II- Le SCA

Terrain : homme, 50 ans, avec FDRCV (HTA, diabète, tabac, hérédité, dyslipidémie, absence d'activité physique)

Douleur classique : douleur thoracique rétrosternale constrictive, en étau, irradiant au bras gauche et à la mâchoire d'apparition brutale, trinitro-résistante.

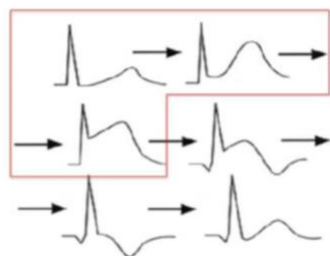
A l'examen clinique : rechercher des signes d'insuffisance cardiaque gauche (OAP, déviation du choc de pointe) et droite (TJ, RHJ, hépatomégalie, OMI)

Diagnostic différentiel : Péricardite, Embolie pulmonaire, Dissection aortique → **PIED**

III- Examens complémentaires

ECG :

- **SCA ST- tropo +** : onde T positives et pointues au stade précoce, sous décalage ST (sans être un miroir), ondes T négatives
- **SCA ST+** : onde T positives et pointues au stade précoce, sus-décalage du segment ST (=onde de Pardee) avec miroir, onde Q de nécrose, négativation des ondes T



Évolution de l'ECG dans l'infarctus du myocarde

(médecine france et francophonies, youtube)

Territoires ECG : DII-III-aVF = territoire inférieur ; V1-V2-V3 = territoire antéro-septal (IVA); V4 = territoire apical ; V5-V6 = territoire latéral bas ; D1-aVL = territoire latéral haut ; V7-V8-V9 = territoire postérieur (Cx) ; V3r-V4r = ventricule droit

Radio pulmonaire : élimination des diagnostics différentiels

Echographie trans-thoracique ETT : permet d'éliminer les diagnostics différentiels et d'observer les complications et retentissements du SCA (akinésie/hypokinésie territoriale), calcul FEVG

Biologie : NFS, hémostase, iono, urée, créat, bilan hépatique, lipase, CRP, tropo, CPK, D-Dimères (DD), NTpro-BNP

Calcul de score :

- SCA ST- tropo + : score de GRACE
- SCA ST+ : score précise DAPT

Complications : choc cardiogénique, ICG, ICD, mécanique (IM, CIV), frottement péricardique

IV – Prise en charge du SCA

1) Aspirine 250mg + Ticagrelor 180mg + Héparine 60UI/kg = dose de charge +/- morphine et dérivés nitrés

2) Coronarographie avec angioplastie des coronaires (pose de stent actif): syndrome de reperfusion avec sédation des douleurs, régression du ST+ à l'ECG, RIVA, pic de tropo puis diminution

3) PEC des FdRCV --> biologie : NFS (anémie?), bilan lipidique, glycémie à jeun + HbA1c, hémostase, bilan hépatique et ionogramme pour l'introduction de médicaments, troponine et CPK pour étudier l'évolution de l'atteinte myocardique

4) TTT à introduire :

- Bêtabloquant
- Aspirine 75mg à vie + Inhibiteur de P2Y12 (Ticagrelor ou Prasugrel ou Clopidogrel) durant 1 an
- Statine
- IEC = Ramipril
- Contrôle des FdRCV
- Eplérone si FEVG < 40% ; DAI en prévention primaire si FEVG < 35%
- Trinitrine sublinguale à la demande

ASTHME

Def: **Maladie inflammatoire chronique** des voies aériennes infection variable et réversible définie par la présence de **symptômes respiratoires** paroxystique (dyspnée, sifflements, oppression thoracique et/ou toux) et d'une **obstruction des voies aériennes** d'importance variable réversible

FDR:

- Génétique : **Maladie polygénique**
- Environnementaux : **infections virales, sensibilisation aux pneumallergènes, exposition au tabac**, pollution air intérieur, altération microbiote chez l'enfant, modification habitudes alimentaires

Clinique :

- **Gêne respiratoire, dyspnée, sifflements expiratoire, oppression thoracique et toux**, de brève durée (- de 20min), **variables et réversibles**
- Déclenchement symptômes par infections virale, exercice, expo allergènes et/ou irritants, rire, pleurs
- Aggravation la nuit ou au petit matin
- Mise en évidence **d'une obstruction des VA** variable : existence de **sibilants**, réversibilité aux broncho-dilatateurs, hyperréactivité bronchique + hyper-réactivité bronchique lors du test de provocation à la méthadone

Examens complémentaires :

- **EFR** :
 - **TVO** (Trouble ventilatoire obstructif) : **VEMS/CVF < 0,7**
 - **Réversibilité** : VEMS ↗ après inhalation **BDCA > 200mL et > 12% de VEMS** par rapport à la valeur initial
- **Rx** : normale

Traitement : avec évaluation traitement à 1-3 mois ☐ repose sur la corticothérapie inhalée **+ PEC des facteurs favorisants** : rhinite, allergie, sevrage tabagique, éviction des irritants respi, médoc (BB, aspirine, AINS), obésité, stress, anxiété, infections (vaccina° antigrippale, anti pneumococcique)

		<u>1^{ère} intention</u>	<u>TTT de secours</u>	<u>Autres options</u>
<u>Pallier thérapeutique</u>	<i>Pallier 1</i>		BDCA à la demande	CSI faible dose
	<i>Pallier 2</i>	CSI faible dose	BDCA	Anti-leucotriènes
	<i>Pallier 3</i>	CSI faible dose + BDLA	BDCA	CSI dose modérée ou CSI faible dose + ALT
	<i>Pallier 4</i>	CSI moyenne à forte + BDLA	BDCA	Tiotropium ou CSI forte + ALT
	<i>Pallier 5</i>	CSI dose forte + DLA Anti- IgE	BDCA	CSO faible

Exacerbations : ↗ progressive des symptômes durant ≥ 2 jours et nécessitant une modif du TTT, non calmée par les BDCA utilisés de façon fréquente, sans retour à l'état habituel

FDR :

- **ATCD exacerbation sévère** (intubation et ventilation)

- Hospi ou urgence pour asthme ≤ 1 an
- Prise ou arrêt récent d'une corticothérapie orale

Examens complémentaires : / \ne doivent pas retarder la prise en charge

- **Radiographie thoracique** : recherche DD et csq
- Gaz du sang : recherche hypercapnie □ acidose lactique en cas d'utilisa° de BDCA à forte dose

Traitement :

- **Exacerbation modérée** : **TTT bronchodilatateur BDCA** (Salbutamol ou terbutaline) : inhalé
- **En dehors hôpital** : 4 à 10 bouffées / 20min
- **Milieu médicalisé** : nébulisation, **5mg 10 à 15min** toutes les 20min pdt 1H
- **Exacerbation sévère** : **Transfert médicalisé en soins intensif (USI) + Oxygène, ttt BDCA inhalés (inhalé 5mg), corticoïdes systémiques, ttt FdR**

RECAP TTT ASTHME ADULTE			
D E F E N D	Corticoïdes inhalés <i>Béclométhasone, budésonide, fluticasone, cyclésonide</i>	Aérosol doseur Inhalateur poudre sèche	TTT anti-inflm le + efficace
	BDLA (Béta 2 mimétique) <i>Salmétérol, Formotérol Formotérol-budésonide, salmétérol-fluticasone, formotérol-béclométhasone</i>	Aérosol doseur Inhalateur de poudre sèche	TOUJOURS EN ASSOCIATION avec CSI En monothérapie CI chez asthmatique -> ↗ risque de décès par asthme
	Anti-leucotriène <i>Montelukast</i>	Voie orale	Alternative des BDLA en association avec CSI Moins efficace que les BDLA
D - U R G E N C E	Corticoïdes systémiques <i>Prednisone, prednisolone</i>	Voie orale toujours préférée à la voie IM et IV en absence de tb de la conscience	TTT précoce ds les exacerba° Efficace en 4-6h <i>Durée</i> : 5-7j Corticothérapie au long court dans certains cas d'asthme sévère si biothérapie n'est pas dispo
	BDCA (Béta 2 mimétique) <i>Salbutamol, terbutaline</i>	Aérosol doseur + chambre d'inhalation Inhalateur poudre sèche Nébulisa°	TTT de choix pour les symptômes et prévention de l'asthme d'effort
	Anticholinergique <i>Ipratropium</i>	Nébulisation	En associa° avec BDCA en cas d'AAG