

Cas clinique 1

Cas clinique 1.

Mme VD, âgée de 62 ans

Antécédents :

Tabagisme : 8 cigarettes/j depuis 10 ans.

Hypercholestérolémie familiale sous Atorvastatine 10 mg.

Pas de suivi du bilan lipidique.

Consultation : douleur au niveau de l'omoplate gauche et de l'épaule gauche depuis la veille au soir.

Elle aurait porté des sacs lourds la veille.

Cas clinique 1.

Mme VD, âgée de 62 ans

Antécédents :

Tabagisme : 8 cigarettes/j depuis 10 ans.

Hypercholestérolémie familiale sous Atorvastatine 10 mg.

Pas de suivi du bilan lipidique.

Consultation : douleur au niveau de l'omoplate gauche et de l'épaule gauche depuis la veille au soir.

Elle aurait porté des sacs lourds la veille.

Cas clinique 1.

Mme VD, âgée de 62 ans

Antécédents :

Tabagisme : 8 cigarettes/j depuis 10 ans.

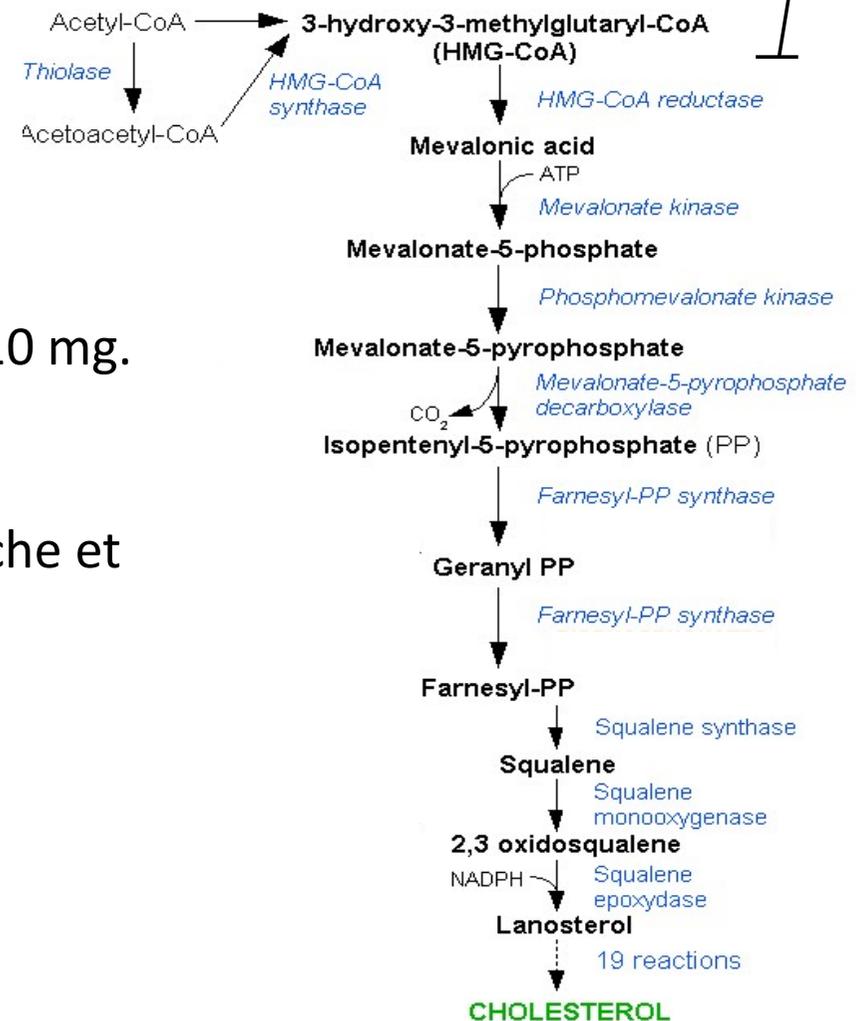
Hypercholestérolémie familiale sous Atorvastatine 10 mg.

Pas de suivi du bilan lipidique.

Consultation : douleur au niveau de l'omoplate gauche et de l'épaule gauche depuis la veille au soir.

Elle aurait porté des sacs lourds la veille.

Statines



Cas clinique 1.

Mme VD, âgée de 62 ans

Antécédents :

Tabagisme : 8 cigarettes/j depuis 10 ans.

Hypercholestérolémie familiale sous Atorvastatine 10 mg.

Pas de suivi du bilan lipidique.

Consultation : douleur au niveau de l'omoplate gauche et de l'épaule gauche depuis la veille au soir.

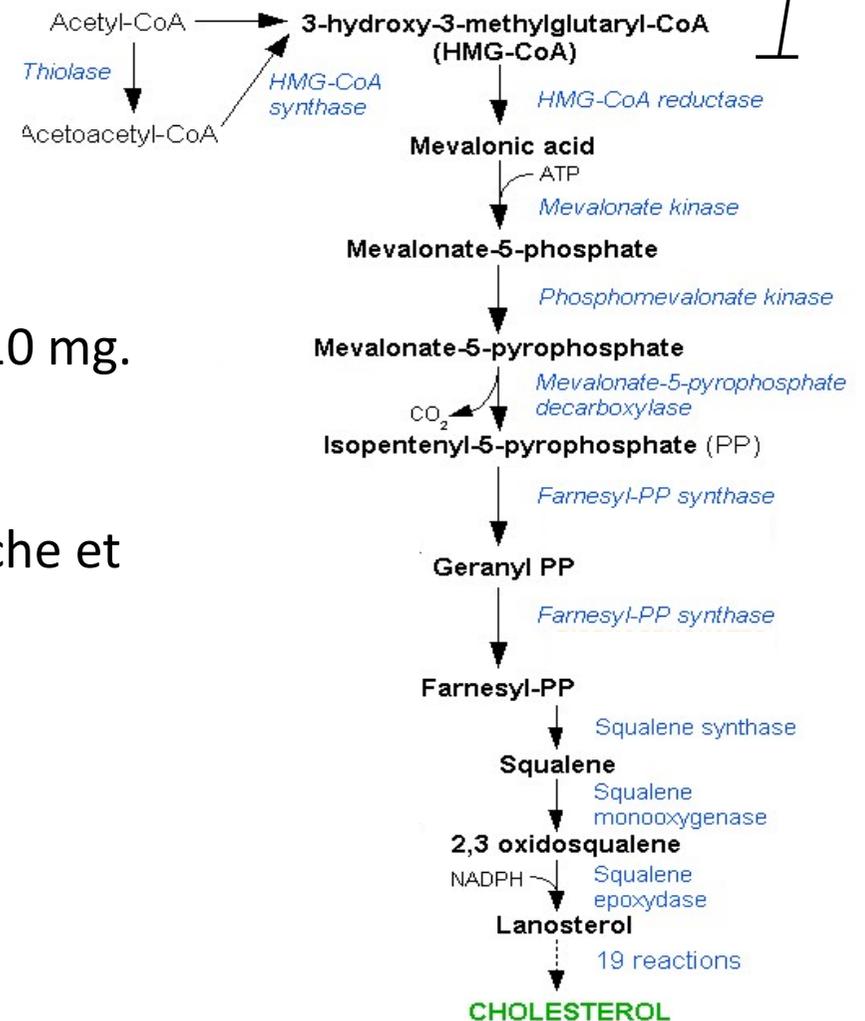
Elle aurait porté des sacs lourds la veille.

Permet l'augmentation des récepteurs aux LDL

⇒ moins de LDL et VLDL circulant

⇒ Molécule hypolipémiante.

Statines



Cas clinique 1.

Mme VD, âgée de 62 ans

Antécédents :

Tabagisme : 8 cigarettes/j depuis 10 ans.

Hypercholestérolémie familiale sous Atorvastatine 10 mg.

Pas de suivi du bilan lipidique.

Consultation : douleur au niveau de l'omoplate gauche et de l'épaule gauche depuis la veille au soir.

Elle aurait porté des sacs lourds la veille.

Que va faire son praticien?

Cas clinique 1.

Mme VD, âgée de 62 ans

Antécédents :

Tabagisme : 8 cigarettes/j depuis 10 ans.

Hypercholestérolémie familiale sous Atorvastatine 10 mg.

Pas de suivi du bilan lipidique.

Consultation : douleur au niveau de l'omoplate gauche et de l'épaule gauche depuis la veille au soir.

Elle aurait porté des sacs lourds la veille.

- l'envoyer voir un ostéopathe
- lui demander une prise de sang
- l'envoyer aux urgences
- lui prescrire un antalgique

Cas clinique 1.

Mme VD, âgée de 62 ans

Antécédents :

Tabagisme : 8 cigarettes/j depuis 10 ans.

Hypercholestérolémie familiale sous Atorvastatine 10 mg.

Pas de suivi du bilan lipidique.

Consultation : douleur au niveau de l'omoplate gauche et de l'épaule gauche depuis la veille au soir.

Elle aurait porté des sacs lourds la veille.

- l'envoyer voir un ostéopathe
- lui demander une prise de sang
- l'envoyer aux urgences
- lui prescrire un antalgique

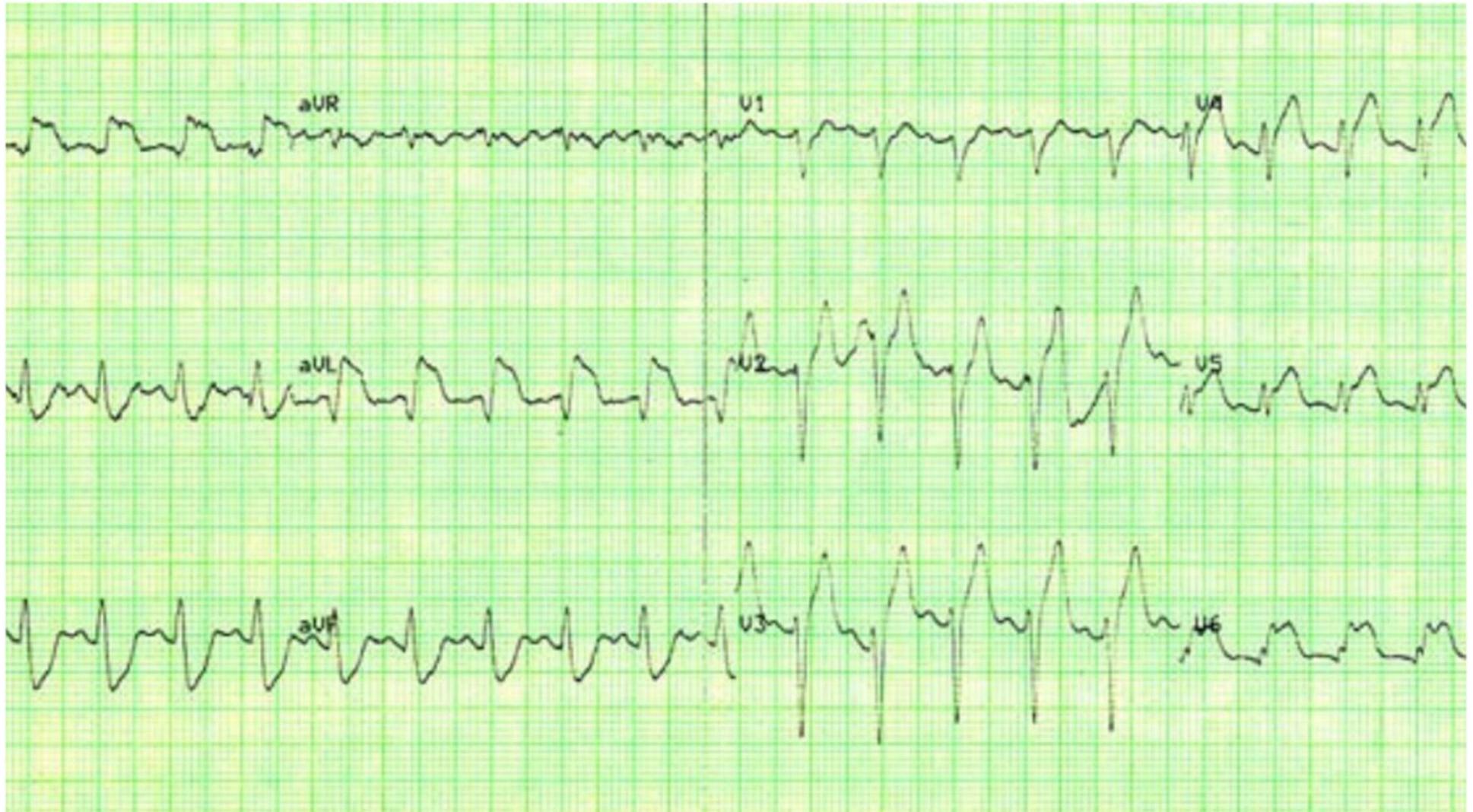
Cas clinique 1.

Mme VD, âgée de 62 ans

=> L'osthéo-pathe l'adresse en consultation de cardiologie en urgence

Cas clinique 1.

ECG à l'arrivée



Cas clinique 1.

Hospitalisation en Unité Soins Intensifs Cardiologie (USIC)

- TA : 95/75 mm Hg, aux deux bras. Fc = 105 bpm. SAO₂ = 92%.

Cas clinique 1.

Hospitalisation en Unité Soins Intensifs Cardiologie (USIC)

- TA : 95/75 mm Hg, aux deux bras. Fc = 105 bpm. SAO2 = 92%.

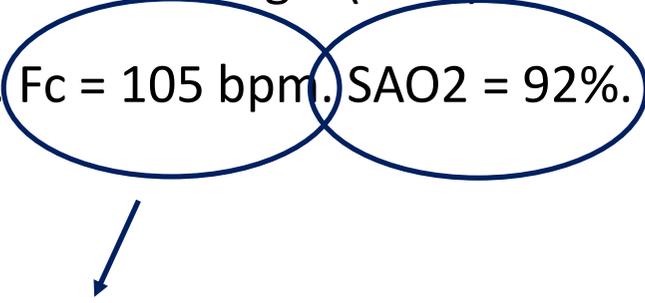
?

?

Cas clinique 1.

Hospitalisation en Unité Soins Intensifs Cardiologie (USIC)

- TA : 95/75 mm Hg, aux deux bras. Fc = 105 bpm. SAO2 = 92%.



Tachycardie

Cas clinique 1.

Hospitalisation en Unité Soins Intensifs Cardiologie (USIC)

- TA : 95/75 mm Hg, aux deux bras. Fc = 105 bpm. SAO2 = 92%.

Tachycardie

Saturation en O2 un peu basse
mais dans la norme, pas d'hypoxie.

Cas clinique 1.

Hospitalisation en Unité Soins Intensifs Cardiologie (USIC)

- TA : 95/75 mm Hg, aux deux bras. Fc = 105 bpm. SAO2 = 92%.

Tachycardie

Saturation en O2 un peu basse
mais dans la norme, pas d'hypoxie.

- Auscultation : bruit crépitant aux bases pulmonaires => liquide.
- Tachycardie sans bruit de galop => si bruit de galop signe d'insuffisance cardiaque.

Cas clinique 1.

Hospitalisation en Unité Soins Intensifs Cardiologie (USIC)

- TA : 95/75 mm Hg, aux deux bras. Fc = 105 bpm. SAO2 = 92%.

Tachycardie

Saturation en O2 un peu basse
mais dans la norme, pas d'hypoxie.

- Auscultation : bruit crépitant aux bases pulmonaires => liquide.
- Tachycardie sans bruit de galop => si bruit de galop signe d'insuffisance cardiaque.
- Pouls périphériques présents et symétriques.
- Garde un fond douloureux dans le dos.

Cas clinique 1.

Syndrôme coronarien aigu (SCA) avec décalage du segment ST,
après 12h IVG Killip 2.

IVG : Insuffisance Ventriculaire Gauche

Classification de Killip : chez les patients présentant un infarctus du myocarde (ou crise cardiaque). Examen physique, insuffisance cardiaque => prédiction du risque de mortalité. Killip faible => moins susceptibles de mourir dans les trente jours suivant leur infarctus que les individus ayant une classe de Killip élevée.

Cas clinique 1.

- Kilip I : individu ne présentant aucun signe clinique d'insuffisance cardiaque.
- Kilip II : râles ou crépitants dans les poumons, 3^{ème} bruit à l'auscultation cardiaque, pression veineuse jugulaire élevée.
- Kilip III : individu avec œdème aigu du poumon.
- Kilip IV : individu avec choc cardiogénique, hypotension artérielle (PAS < 90 mm Hg), vasoconstriction périphérique (cyanose, transpiration).

Cas clinique 1.

- Kilip I : individu ne présentant aucun signe clinique d'insuffisance cardiaque.
- Kilip II : râles ou crépitants dans les poumons, 3^{ème} bruit à l'auscultation cardiaque, pression veineuse jugulaire élevée.
- Kilip III : individu avec œdème aigu du poumon franc.
- Kilip IV : individu avec choc cardiogénique, hypotension artérielle (PAS < 90 mm Hg), vasoconstriction périphérique (cyanose, transpiration).

Ne prend pas en compte les individus avec arrêt cardiorespiratoire

Cas clinique 1.

- Kilip I : individu ne présentant aucun signe clinique d'insuffisance cardiaque.
- Kilip II : râles ou crépitants dans les poumons, 3^{ème} bruit à l'auscultation cardiaque, pression veineuse jugulaire élevée.
- Kilip III : individu avec œdème aigu du poumon franc.
- Kilip IV : individu avec choc cardiogénique, hypotension artérielle (PAS < 90 mm Hg), vasoconstriction périphérique (cyanose, transpiration).

Ne prend pas en compte les individus avec arrêt cardiorespiratoire

- Kilip I : mortalité à 30 j => 2,8%.
- Kilip II : mortalité à 30j => 8,8%.
- Kilip III : mortalité à 30j => 14,4%
- Kilip IV : mortalité à 30j => <80%

Cas clinique 1.

Voie veineuse périphérique

Bilan sanguin :

- Coagulation.
- Troponine T.
- CPK (Créatinine Phosphokinase).
- Transaminases
- NFS : numération formule sanguine
- Fonction rénale
- CRP
- FG : fibrinogène
- NT-proBNP.

Cas clinique 1.

Voie veineuse périphérique

Bilan sanguin :

- Coagulation => risque de saignement ou caillots.
- Troponine T => relarguée dans le sang en cas d'infarctus du myocarde.
- CPK (Créatinine Phosphokinase) => taux élevé si souffrance cardiaque.
- Transaminases
- NFS : numération formule sanguine
- Fonction rénale
- CRP => marque une infection
- FG : fibrinogène => taux élevé = inflammation
- NT-proBNP => marqueur sérique cardiaque, qui guide le diagnostic d'insuffisance cardiaque.

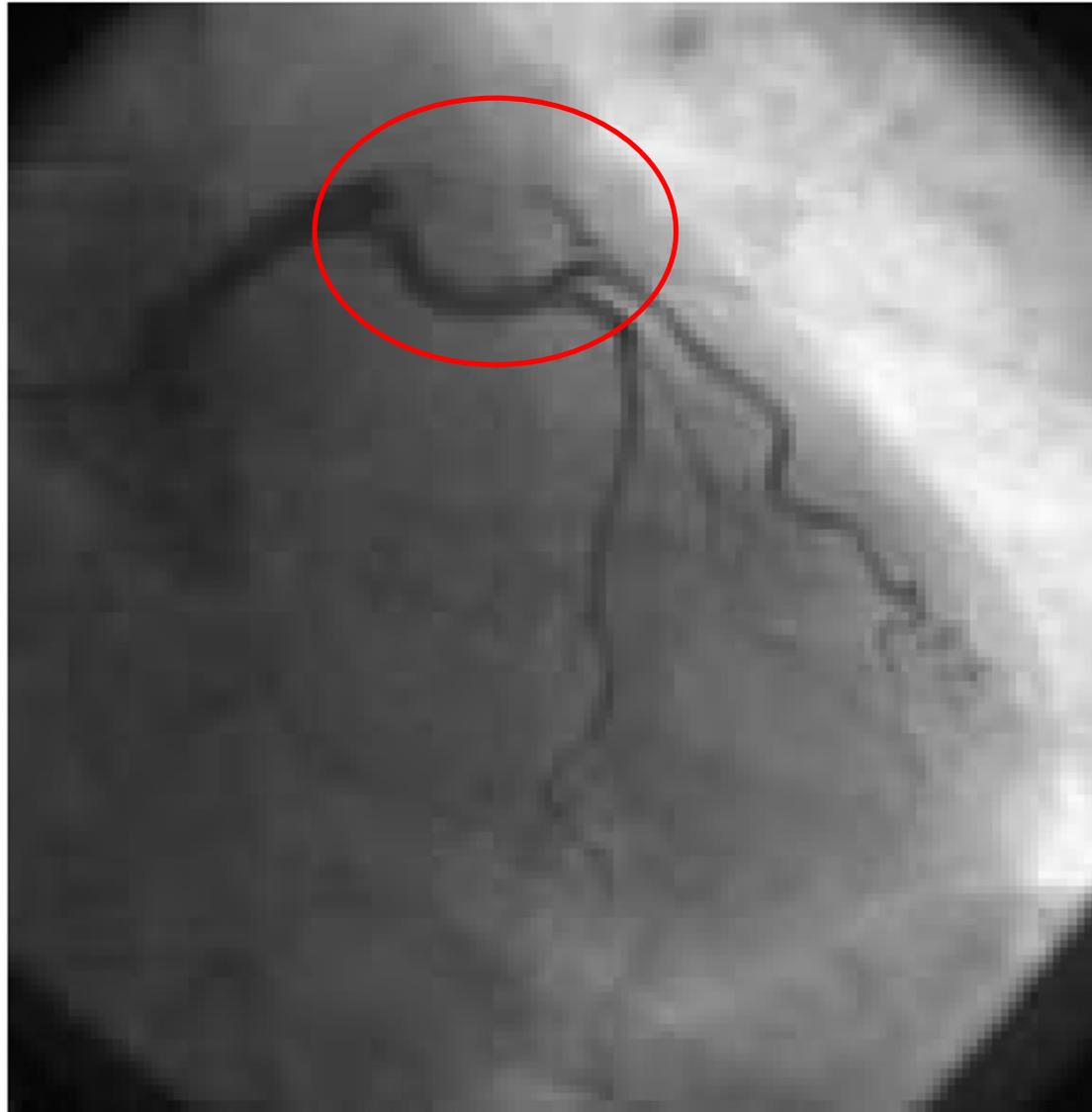
Cas clinique 1.

Morphine (antalgique), O₂ (saturation O₂ basse), diurétique (diminution du volume de liquide dans les vaisseaux => diminuer le travail du cœur.

Aspirine (antalgique et antiagrégant plaquettaire), Brilique (fluidifiant du sang, antiagrégant plaquettaire), héparine bolus (empêche l'extension du trombus).

coronarographie

Cas clinique 1.



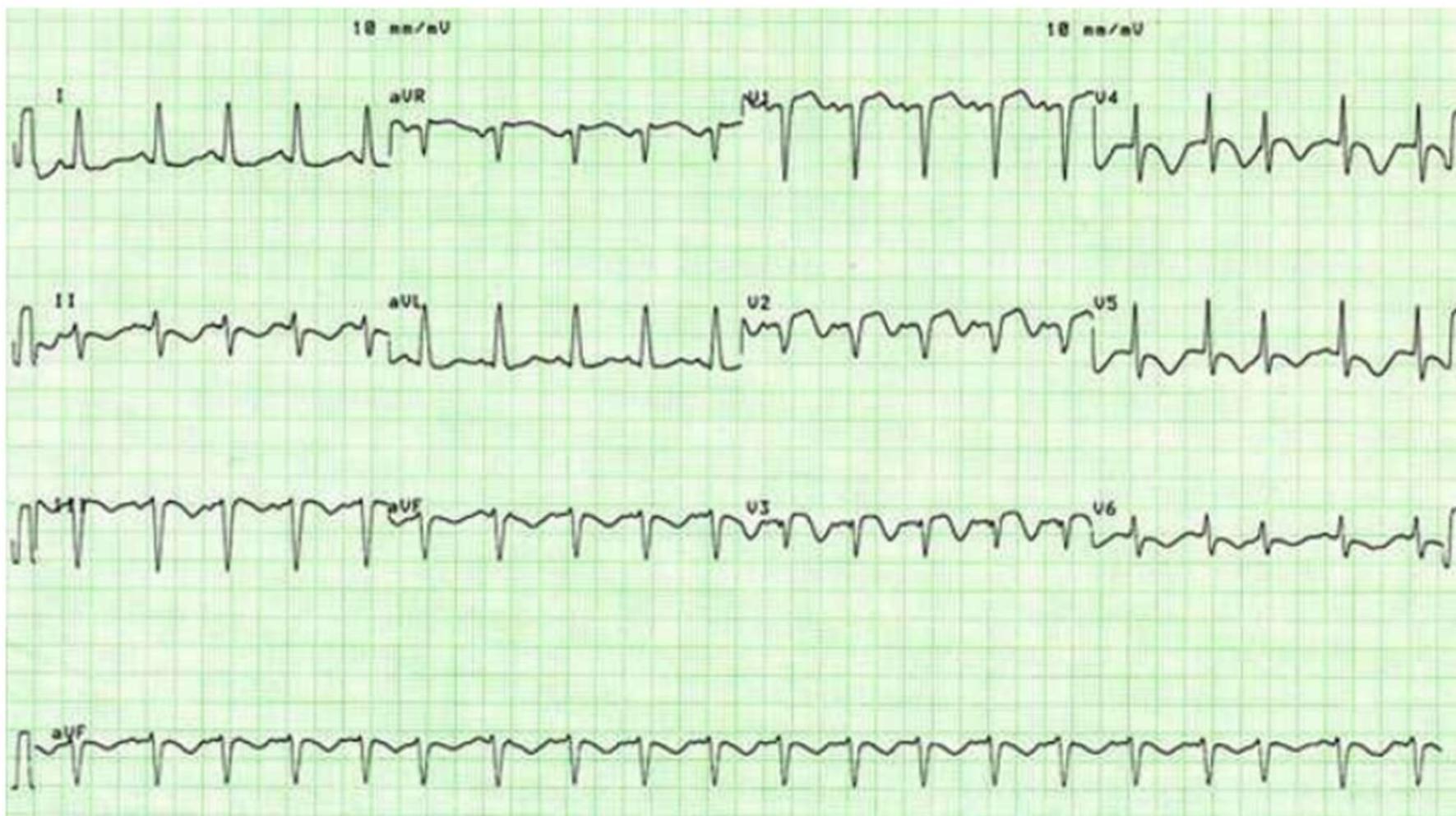
Cas clinique 1.

Pose d'un stent



Cas clinique 1.

ECG

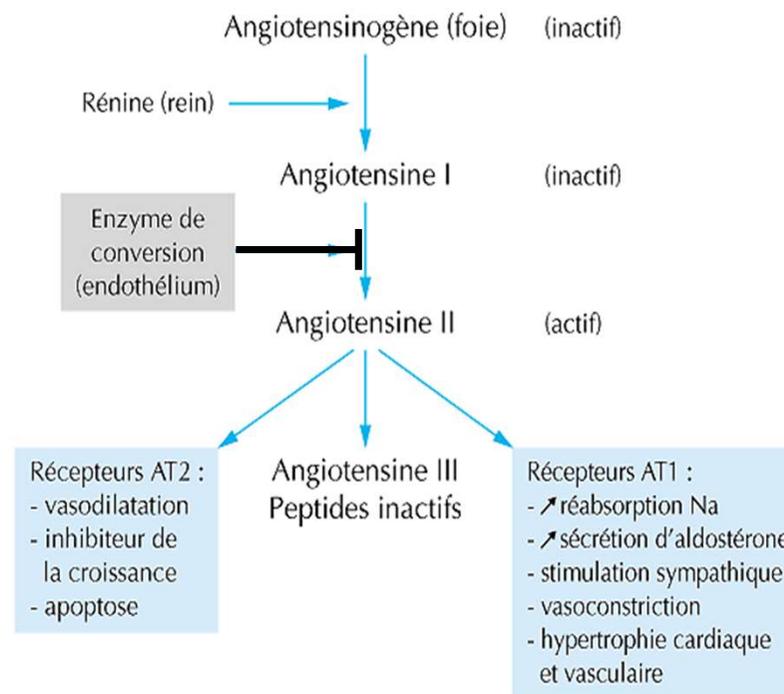


Cas clinique 1.

Introduction du bisoprolol
Ramipril.

Cas clinique 1.

Introduction du bisoprolol => β -bloquant (augmente la survie des patients en IC)
Ramipril => inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) :



Cas clinique 1.

Introduction du bisoprolol => β -bloquant (augmente la survie des patients en IC)

Ramipril => inhibiteur de l'enzyme de conversion (ICE) :

Diminution du furosémide (faible dose) : de la famille des sulfamides, c'est un diurétique de l'anse. Administré en urgence (pour éviter les oedèmes). Action très rapide.

Cas clinique 1.

Introduction du bisoprolol => β -bloquant (augmente la survie des patients en IC)

Ramipril => inhibiteur de l'enzyme de conversion (ICE) :

Diminution du furosémide (faible dose) : de la famille des sulfamides, c'est un diurétique de l'anse. Administré en urgence (pour éviter les oedèmes). Action très rapide.

Echocardiographie :

FEVG : Fraction d'éjection du ventricule gauche. $FEVG = (\text{Vol.télédiast.} - \text{Vol.télést.}) / \text{Vol.télédiast.}$

Normal > 50%

Si IC avec FEVG > 50% : fonction préservée

Si IC avec FEVG < 40% : dysfonction systolique.

Notre patiente => FEVG = 35%, avec élévation des pressions de remplissage des ventricules => problème de rétention de liquide possible => maintien du Furosémide.

Cas clinique 1.

Amélioration clinique => sortie à J5.

Arrêt du tabac.

Contrôle du cholestérol avec suivi, LDLc < 1g/L.

(taux de LDLc est considéré comme normal si < 1,6g/L).

Cas clinique 1.

Amélioration clinique => sortie à J5.

Arrêt du tabac.

Contrôle du cholestérol avec suivi, LDLc < 1g/L.

(taux de LDLc est considéré comme normal si < 1,6g/L).

4 mois plus tard :

Consultation pour malaise et dyspnée de repos.

Cas clinique 1.

Amélioration clinique => sortie à J5.

Arrêt du tabac.

Contrôle du cholestérol avec suivi, LDLc < 1g/L.

(taux de LDLc est considéré comme normal si < 1,6g/L).

4 mois plus tard :

Consultation pour malaise et dyspnée de repos.

Examen :

Patiente orthopnéique

Cas clinique 1.

Amélioration clinique => sortie à J5.

Arrêt du tabac.

Contrôle du cholestérol avec suivi, LDLc < 1g/L.

(taux de LDLc est considéré comme normal si < 1,6g/L).

4 mois plus tard :

Consultation pour malaise et dyspnée de repos.

Examen :

Patiente orthopnéique => dyspnée de décubitus : difficulté respiratoire en position couchée.

Cas clinique 1.

Amélioration clinique => sortie à J5.

Arrêt du tabac.

Contrôle du cholestérol avec suivi, LDLc < 1g/L.

(taux de LDLc est considéré comme normal si < 1,6g/L).

4 mois plus tard :

Consultation pour malaise et dyspnée de repos.

Examen :

Patiente orthopnéique => dyspnée de décubitus : difficulté respiratoire en position couchée.

TA 75/55 mm Hg, pouls filant, SaO₂ = 87 %.

Cas clinique 1.

Amélioration clinique => sortie à J5.

Arrêt du tabac.

Contrôle du cholestérol avec suivi, LDLc < 1g/L.

(taux de LDLc est considéré comme normal si < 1,6g/L).

4 mois plus tard :

Consultation pour malaise et dyspnée de repos.

Examen :

Patiente orthopnéique => dyspnée de décubitus : difficulté respiratoire en position couchée.

TA 75/55 mm Hg, pouls filant, SaO₂ = 87 %.

Patiente polypnéique

Cas clinique 1.

Amélioration clinique => sortie à J5.

Arrêt du tabac.

Contrôle du cholestérol avec suivi, LDLc < 1g/L.

(taux de LDLc est considéré comme normal si < 1,6g/L).

4 mois plus tard :

Consultation pour malaise et dyspnée de repos.

Examen :

Patiente orthopnéique => dyspnée de décubitus : difficulté respiratoire en position couchée.

TA 75/55 mm Hg, pouls filant, SaO₂ = 87 %.

Patiente polypnéique => augmentation FR et diminution Vt, respiration superficielle.

Cas clinique 1.

Amélioration clinique => sortie à J5.

Arrêt du tabac.

Contrôle du cholestérol avec suivi, LDLc < 1g/L.

(taux de LDLc est considéré comme normal si < 1,6g/L).

4 mois plus tard :

Consultation pour malaise et dyspnée de repos.

Examen :

Patiente orthopnéique => dyspnée de décubitus : difficulté respiratoire en position couchée.

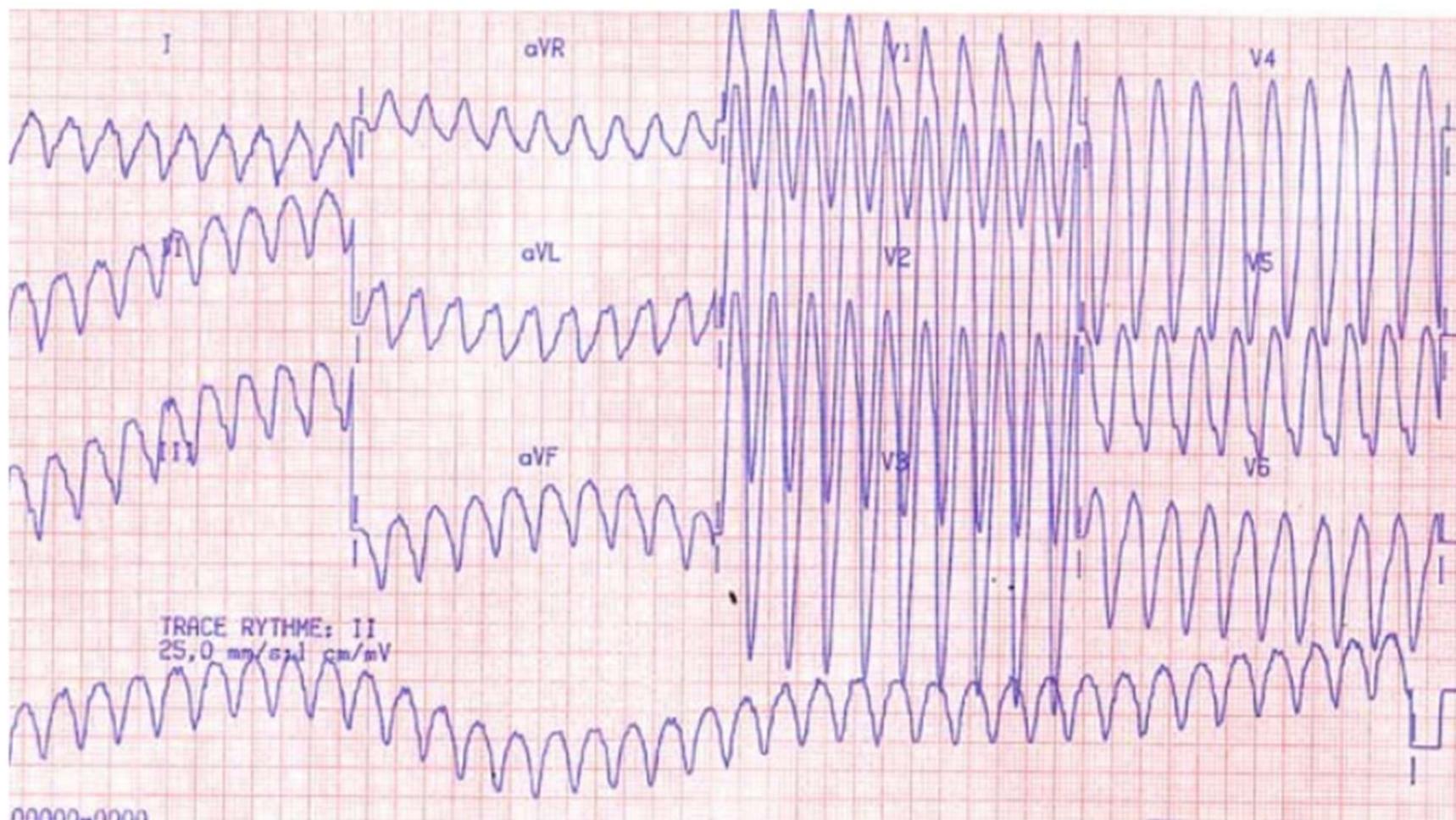
TA 75/55 mm Hg, pouls filant, SaO₂ = 87 %.

Patiente polypnéique => augmentation Fc et diminution Vt, respiration superficielle.

Râles crépitants diffus aux deux champs pulmonaires, marbrures des genoux.

Cas clinique 1.

ECG



Cas clinique 1.

Tachycardie Ventricule (TV).

EDC (état de choc cardiogénique) : défaillance de la pompe cardiaque avec une diminution importante du débit cardiaque.

Signes : hypoxie (SaO₂ = 87%) => marbrures, hypotension artérielle.

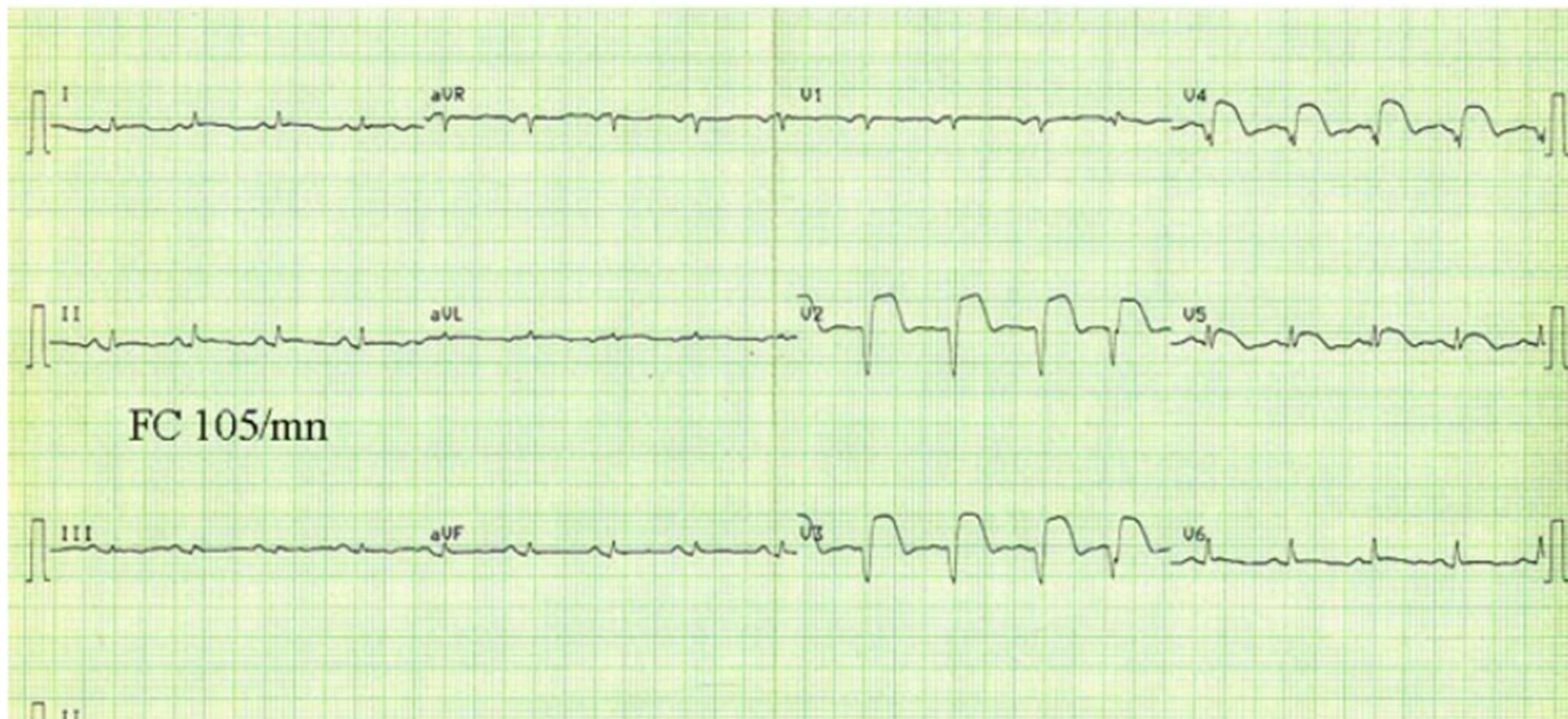
Patiente consciente => sous anesthésie, choc électrique externe (défibrillateur)
=> rétablir la commande électrique du cœur => cardioversion.

Echocardiographie transthoracique (ETT) : FEVG = 35%, séquelle de nécrose antérieure, anévrisme sinus aortique.

Coronarographie : pas de resténose intra stent

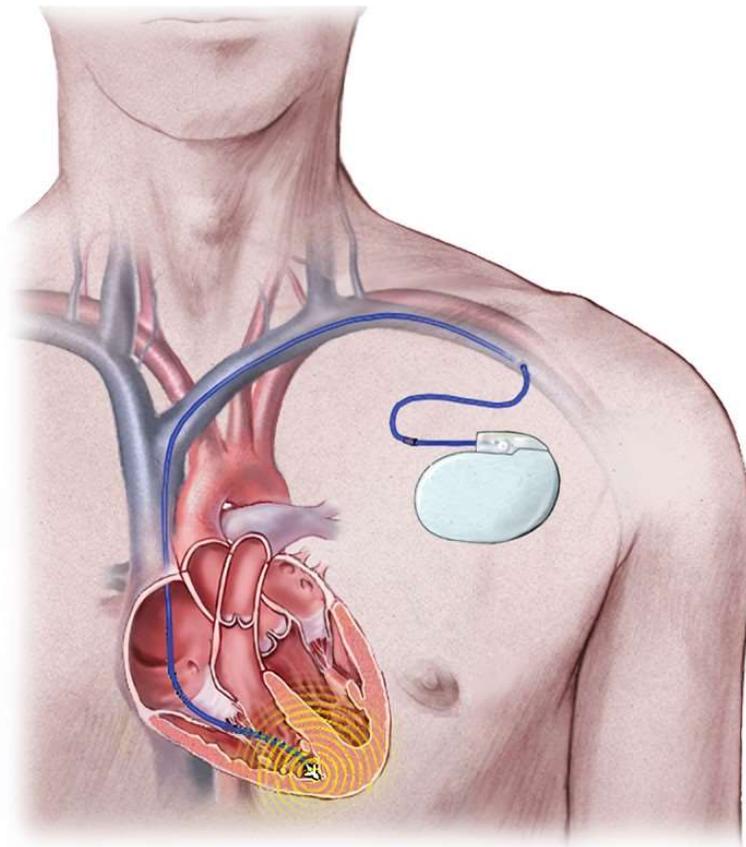
Cas clinique 1.

ECG post cardioversion

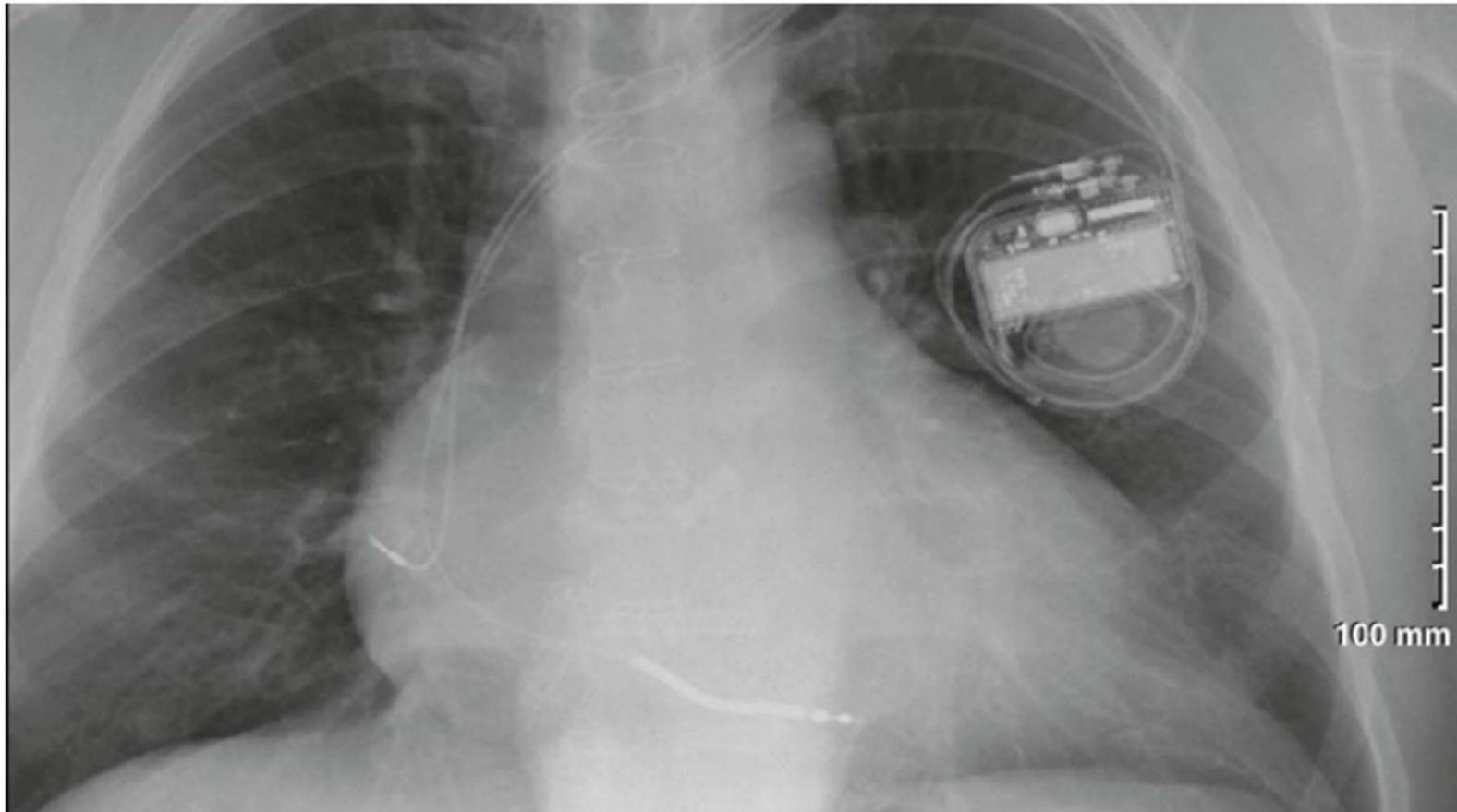


Cas clinique 1.

Dispositifs Médicaux Implantables Actifs



Cas clinique 1.



Cas clinique 2

Cas clinique 2.

Monsieur X, 63 ans.

Visite chez le médecin traitant : suivi de son diabète.

=> TA 165/100 mm Hg

Cas clinique 2.

Monsieur X, 63 ans.

Visite chez le médecin traitant : suivi de son diabète.

=> TA 165/100 mm Hg

Antécédents personnels :

- Asthme équilibré sous traitement de fond
- Diabète de type II
- Hyperuricémie
- Hypertrophie bénigne de la prostate
- Fumeur occasionnel, 20 paquets par an

Pas d'antécédent familial

Cas clinique 2.

Monsieur X, 63 ans.

Visite chez le médecin traitant : suivi de son diabète.

=> TA 165/100 mm Hg

Antécédents personnels :

- Asthme équilibré sous tra
- Diabète de type II
- Hyperuricémie
- Hypertrophie bénigne de
- Fumeur occasionnel, 20 p

Pas d'antécédent familial

Catégorie	Systolique mmHg		Diastolique mmHg
Optimale	<120	et	<80
Normale	120-129	et / ou	80-84
Normal Haute	130-139	et / ou	85-89
Hypertension grade 1	140-159	et / ou	90-99
Hypertension grade 2	160-179	et / ou	100-109
Hypertension grade 3	≥180	et / ou	≥110
Hypertension systolique isolée	≥140	et / ou	<90

Cas clinique 2.

Monsieur X, 63 ans.

Visite chez le médecin traitant : suivi de son diabète.

=> TA 165/100 mm Hg

Antécédents personnels :

- Asthme équilibré sous tra
- Diabète de type II
- Hyperuricémie
- Hypertrophie bénigne de
- Fumeur occasionnel, 20 p

Pas d'antécédent familial

Catégorie	Systolique mmHg		Diastolique mmHg
Optimale	<120	et	<80
Normale	120-129	et / ou	80-84
Normal Haute	130-139	et / ou	85-89
Hypertension grade 1	140-159	et / ou	90-99
Hypertension grade 2	160-179	et / ou	100-109
Hypertension grade 3	≥180	et / ou	≥110
Hypertension systolique isolée	≥140	et / ou	<90

Que faire ensuite?

Cas clinique 2.

Valider les mesures prises au cabinet

Sujet au repos depuis 5 minutes, assis ou couché.

Mesurer la PA aux deux bras dans un premier temps. Puis réaliser deux autres mesures sur le bras avec la PA la plus élevée. => il faut trois mesures à 1-2 minutes d'intervalles.

Mesurer FC.

Rechercher une hypotension orthostatique.

Facteurs de risque cardiovasculaire de M. X?

Cas clinique 2.

Monsieur X, 63 ans.

Visite chez le médecin traitant : suivi de son diabète.

=> TA 165/100 mm Hg

Antécédents personnels :

- Asthme équilibré sous traitement de fond
- Diabète de type II
- Hyperuricémie
- Hypertrophie bénigne de la prostate
- Fumeur occasionnel, 20 paquets par an

Cas clinique 2.

Monsieur X, **63 ans**.

Visite chez le médecin traitant : suivi de son diabète.

=> **TA 165/100 mm Hg**

Antécédents personnels :

- Asthme équilibré sous traitement de fond
- **Diabète de type II**
- **Hyperuricémie**
- Hypertrophie bénigne de la prostate
- **Fumeur occasionnel**, 20 paquets par an

Les facteurs de risque cardiovasculaires se potentialisent => risque très important de complications cardiovasculaires

Ensuite ?

Cas clinique 2.

Confirmation du diagnostic par une méthode ambulatoire.

Cas clinique 2.

Confirmation du diagnostic par une méthode ambulatoire.

- Automesure tensionnelle (AMT) : automesure, 3 jours de suite, 3 mesures matin et soir, après 5 minutes de repos.

Cas clinique 2.

Confirmation du diagnostic par une méthode ambulatoire.

- Automesure tensionnelle (AMT) : automesure, 3 jours de suite, 3 mesures matin et soir, après 5 minutes de repos.
- Mesure ambulatoire de la PA (MAPA) : mesure pendant 24-48h, prise automatique de PA toutes les 15-20 minutes.

Cas clinique 2.

Confirmation du diagnostic par une méthode ambulatoire.

- Automesure tensionnelle (AMT) : automesure, 3 jours de suite, 3 mesures matin et soir, après 5 minutes de repos.
- Mesure ambulatoire de la PA (MAPA) : mesure pendant 24-48h, prise automatique de PA toutes les 15-20 minutes.

Mesures hygiéno-diététiques avant la confirmation

Cas clinique 2.

Confirmation du diagnostic par une méthode ambulatoire.

- Automesure tensionnelle (AMT) : automesure, 3 jours de suite, 3 mesures matin et soir, après 5 minutes de repos.
- Mesure ambulatoire de la PA (MAPA) : mesure pendant 24-48h, prise automatique de PA toutes les 15-20 minutes.

Mesures hygiéno-diététiques avant la confirmation

Rendez-vous 1 mois plus tard pour validation du diagnostic.

Cas clinique 2.

Le rendez-vous confirme le diagnostic d'HTA.

Quel traitement médicamenteux?

Cas clinique 2.

Le rendez-vous confirme le diagnostic d'HTA.

5 classes

- Diurétiques
- β -bloquants
- Inhibiteurs calciques
- Inhibiteur de l'enzyme de conversion
- Antagonistes de l'angiotensine

Cas clinique 2.

Le rendez-vous confirme le diagnostic d'HTA.

5 classes

- Diurétiques
- β -bloquants
- Inhibiteurs calciques
- Inhibiteur de l'enzyme de conversion
- Antagonistes de l'angiotensine

Comorbidités	Choix préférentiel
Patient diabétique à partir du stade microalbuminurie ou insuffisance rénale	IEC ou ARA2
Patient avec une insuffisance rénale ou une protéinurie	IEC ou ARA2
Patient insuffisant cardiaque	IEC (sinon ARA2), bêtabloquants ayant l'AMM dans cette indication, diurétiques
Patient coronarien	IEC, bêtabloquants
Patient post-AVC	Diurétiques thiazidiques, IEC (sinon ARA2), et inhibiteurs calciques

Cas clinique 2.

Le rendez-vous confirme le diagnostic d'HTA.

5 classes

- Diurétiques
- β -bloquants
- Inhibiteurs calciques
- Inhibiteur de l'enzyme de conversion
- Antagonistes de l'angiotensine

Comorbidités	Choix préférentiel
Patient diabétique à partir du stade microalbuminurie ou insuffisance rénale	IEC ou ARA2
Patient avec une insuffisance rénale ou une protéinurie	IEC ou ARA2
Patient insuffisant cardiaque	IEC (sinon ARA2), bêtabloquants ayant l'AMM dans cette indication, diurétiques
Patient coronarien	IEC, bêtabloquants
Patient post-AVC	Diurétiques thiazidiques, IEC (sinon ARA2), et inhibiteurs calciques

Cas clinique 2.

Objectif du praticien :

- TA contrôlée à 6 mois.
- Monothérapie pour commencer.
- Contrôle tensionnel tous les mois durant les 6 premiers mois.
- Si objectif pas atteint à 1 mois => modification du traitement.

Cas clinique 2.

Objectif du praticien :

- TA contrôlée à 6 mois.
- Monothérapie pour commencer.
- Contrôle tensionnel tous les mois durant les 6 premiers mois.
- Si objectif pas atteint à 1 mois => modification du traitement.

Objectif tensionnel : PAS < 139 mm Hg (médecin) ou < 135 mm Hg à domicile
PAD < 90 mm Hg (médecin) ou < 85 mm Hg à domicile

Cas clinique 2.

Objectif du praticien :

- TA contrôlée à 6 mois.
- Monothérapie pour commencer.
- Contrôle tensionnel tous les mois durant les 6 premiers mois.
- Si objectif pas atteint à 1 mois => modification du traitement.

Objectif tensionnel : PAS < 139 mm Hg (médecin) ou < 135 mm Hg à domicile
PAD < 90 mm Hg (médecin) ou < 85 mm Hg à domicile

=> IEC : périndopril 4 mg 1 comprimé le matin

Cas clinique 2.

Objectif du praticien :

- TA contrôlée à 6 mois.
- Monothérapie pour commencer.
- Contrôle tensionnel tous les mois durant les 6 premiers mois.
- Si objectif pas atteint à 1 mois => modification du traitement.

Objectif tensionnel : PAS < 139 mm Hg (médecin) ou < 135 mm Hg à domicile
PAD < 90 mm Hg (médecin) ou < 85 mm Hg à domicile

=> IEC : périndopril 4 mg 1 comprimé le matin

RDV 1 mois après le début du traitement :

TA 155/95 mm Hg.

Cas clinique 2.

Objectif du praticien :

- TA contrôlée à 6 mois.
- Monothérapie pour commencer.
- Contrôle tensionnel tous les mois durant les 6 premiers mois.
- Si objectif pas atteint à 1 mois => modification du traitement.

Objectif tensionnel : PAS < 139 mm Hg (médecin) ou < 135 mm Hg à domicile
PAD < 90 mm Hg (médecin) ou < 85 mm Hg à domicile

=> IEC : périndopril 4 mg 1 c

RDV 1 mois après le début du traitement :
TA 155/95 mm Hg.

Catégorie	Systolique mmHg		Diastolique mmHg
Optimale	<120	et	<80
Normale	120-129	et / ou	80-84
Normal Haute	130-139	et / ou	85-89
Hypertension grade 1	140-159	et / ou	90-99
Hypertension grade 2	160-179	et / ou	100-109
Hypertension grade 3	≥180	et / ou	≥110
Hypertension systolique isolée	≥140	et / ou	<90

Cas clinique 2.

⇒ Changement de molécule : amlodipine (inhibiteur calcique) 10 mg le matin au lieu de Périndopril (IEC) 4 mg.

Cas clinique 2.

⇒ Changement de molécule : amlodipine (inhibiteur calcique) 10 mg le matin au lieu de Périndopril (IEC) 4 mg.

RDV 1 mois après : pas de changement.

Cas clinique 2.

⇒ Changement de molécule : amlodipine (inhibiteur calcique) 10 mg le matin au lieu de Périndopril (IEC) 4 mg.

RDV 1 mois après : pas de changement.

=> bithérapie : amlodipine/périndopril, 10/4 mg, le matin

Cas clinique 2.

⇒ Changement de molécule : amlodipine (inhibiteur calcique) 10 mg le matin au lieu de Périndopril (IEC) 4 mg.

RDV 1 mois après : pas de changement.

=> bithérapie : amlodipine/périndopril, 10/4 mg, le matin

RDV 1 mois après : TA mieux contrôlée mais œdème au niveau des jambes.

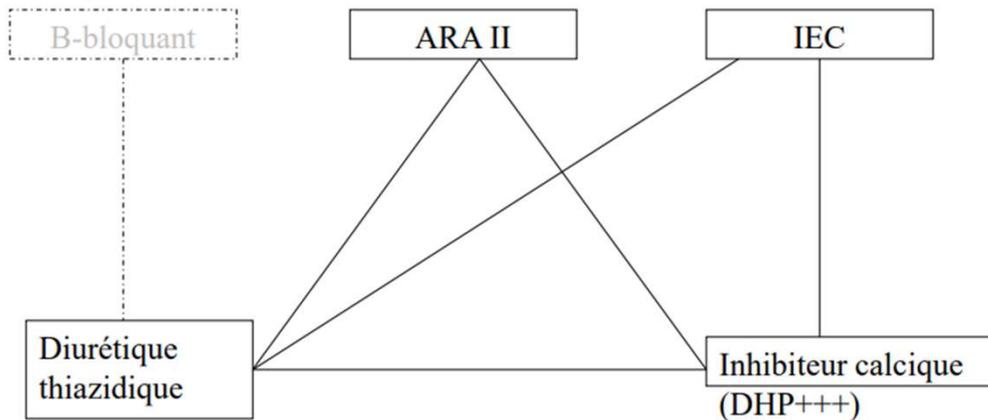
Cas clinique 2.

⇒ Changement de molécule : amlodipine (inhibiteur calcique) 10 mg le matin au lieu de périndopril (IEC) 4 mg.

RDV 1 mois après : pas de changement.

=> bithérapie : amlodipine/périndopril, 10/4 mg, le matin

RDV 1 mois après : TA mieux contrôlée mais œdème au niveau des jambes.



Diurétique en plus des deux molécules.

Cas clinique 3

Cas clinique 3.

Mme E, 59 ans.

Tabagisme ancien (20 cigarettes/jour), surcharge pondérale (BMI 30), AOMI bilatérale peu gênante, identifiée depuis 2 ans.

Aspegic 100 mg/j (comme l'aspirine) : antalgique, antipyrétique, anti-inflammatoire à dose élevée et **fluidifiant du sang**.

Consultation : douleurs insupportables à la marche à droite depuis 48h (ne peut plus marcher).

Cas clinique 3.

Mme E, 59 ans.

Tabagisme ancien (20 cigarettes/jour), surcharge pondérale (BMI 30), AOMI bilatérale peu gênante, identifiée depuis 2 ans.

Aspegic 100 mg/j (comme l'aspirine) : antalgique, antipyrétique, anti-inflammatoire à dose élevée et **fluidifiant du sang**.

Consultation : douleurs insupportables à la marche à droite depuis 48h (ne peut plus marcher).

=> Pas de signe d'ischémie aigue, artériographie

Cas clinique 3.

dte

gche



Cas clinique 3.

Sténose très serrée de
l'artère fémorale supérieure
(AFS)



Cas clinique 3.

Sténose très serrée de
l'artère fémorale supérieure
(AFS)



Oblitération fémoro-poplitée
haute, asymptomatique

Cas clinique 3.

Angioplastie de l'AFS droite.

=> Suite opératoires simples, pouls OK, IPS : 0,95.

Cas clinique 3.

Angioplastie de l'AFS droite.

=> Suite opératoires simples, pouls OK, IPS : 0,95.

J10 : douleurs invalidantes .

⇒ Échodoppler : oblitération AFS droite, IPS : 0,70.

Reprise de l'angioplastie-stent => bon résultat immédiat.

Cas clinique 3.

Angioplastie de l'AFS droite.

=> Suite opératoires simples, pouls OK, IPS : 0,95.

J10 : douleurs invalidantes .

⇒ Échodoppler : oblitération AFS droite, IPS : 0,70.

Reprise de l'angioplastie-stent => bon résultat immédiat.

Quelques jours plus tard, nouvelle consultation => situation toujours invalidante.

Nouvel avis médical.

⇒ Douleur dès que le pied est par terre.

Cas clinique 3.

Epine calcanéenne (épine de Lenoir)

=> Infiltration et conseil orthopédique



Claudication intermittente douloureuse d'effort avec douleur sous forme de crampe affectant un groupe musculaire donné.

Cas clinique 4

Cas clinique 4.

Madame E., 64 ans, hospitalisée en Unité de Soin Intensif en cardiologie : syndrome douloureux thoracique.

Antécédents :

Tabac, 40 paquets/an (<1 paquet/semaine).

Hypercholestérolémie, traitée par régime.

1m57 pour 68 kilogrammes => surpoids (IMC à 27,58).

Symptômes :

Au repos, depuis 3h douleurs médiosthoracique rétrosternale, vomissements et bâillements incessants. Douleurs irradiante, épaules et mâchoire inférieure.

Cas clinique 4.

Examen clinique :

PA : 110/60 mm Hg

FC : 75 BPM

Température : 37,4°C

Auscultation :

Crépitements à la base des deux poumons.

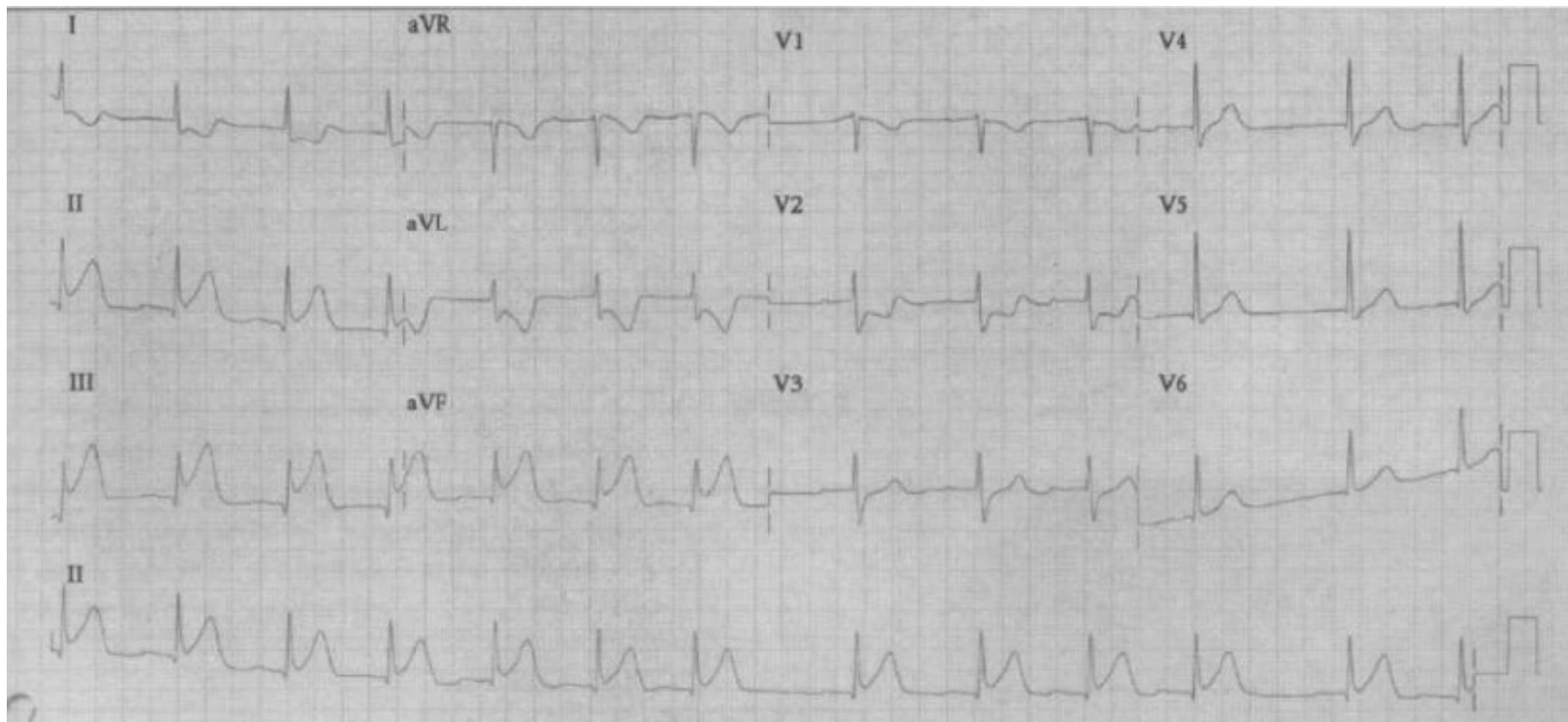
Bruit de galop présystolique.

Souffle carotidien droit, fémoral gauche.

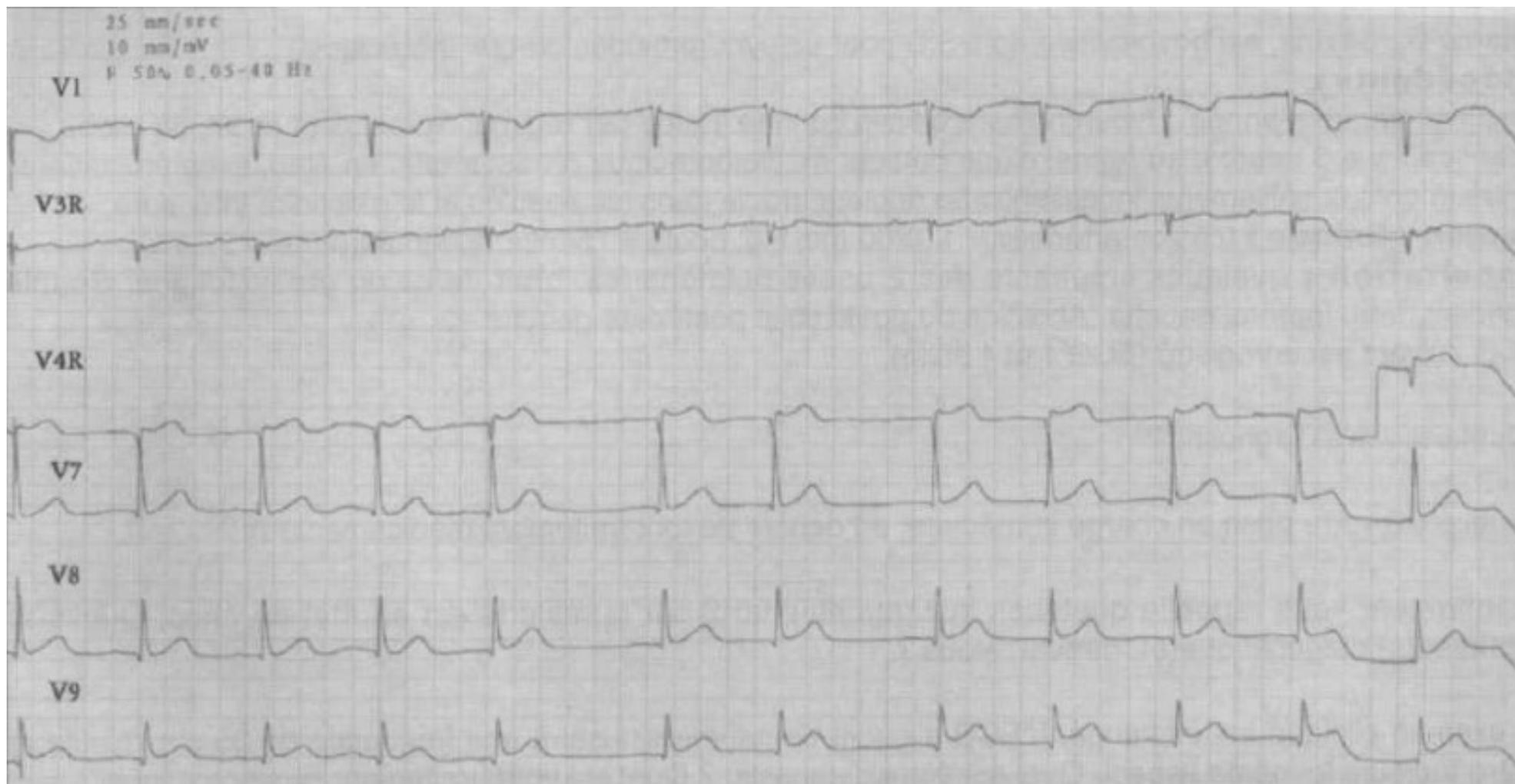
Abolition du pouls tibial postérieur gauche.

=> ECG

Cas clinique 4.



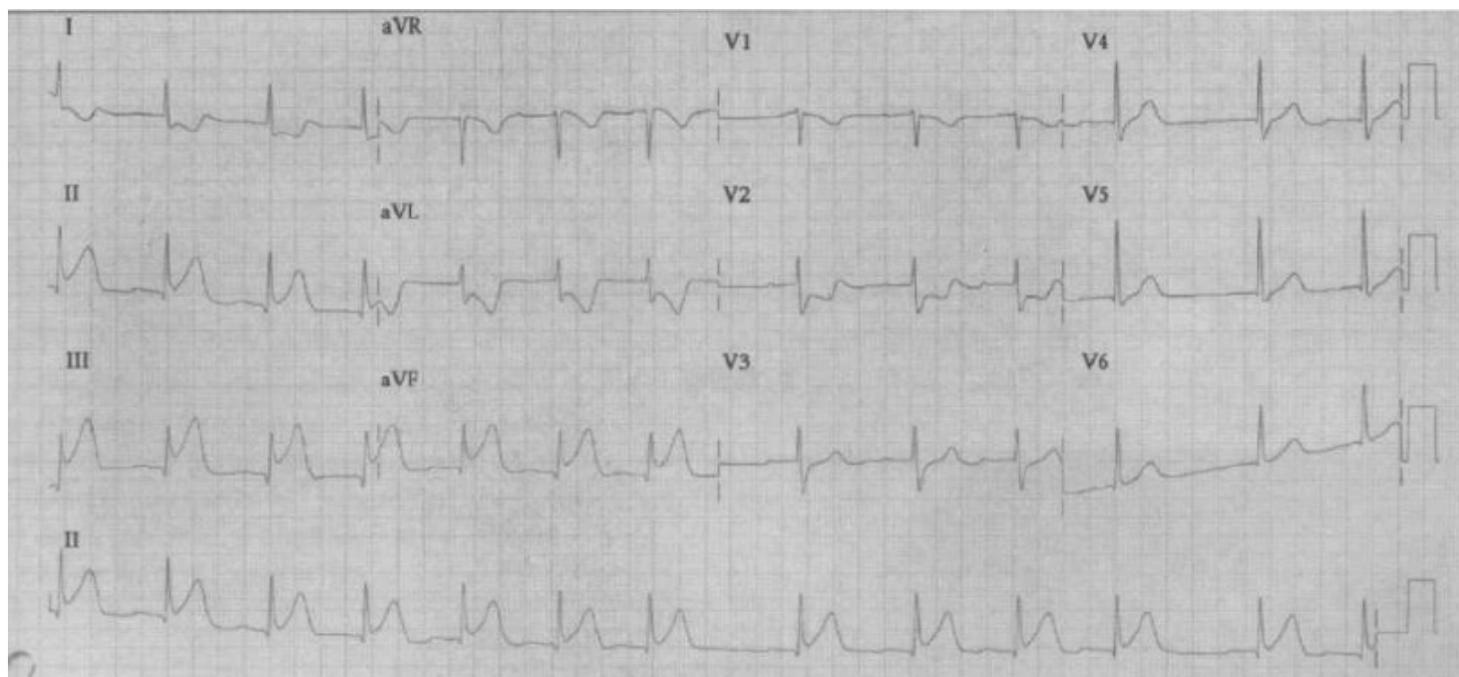
Cas clinique 4.



Cas clinique 4.

Diagnostic initial ?

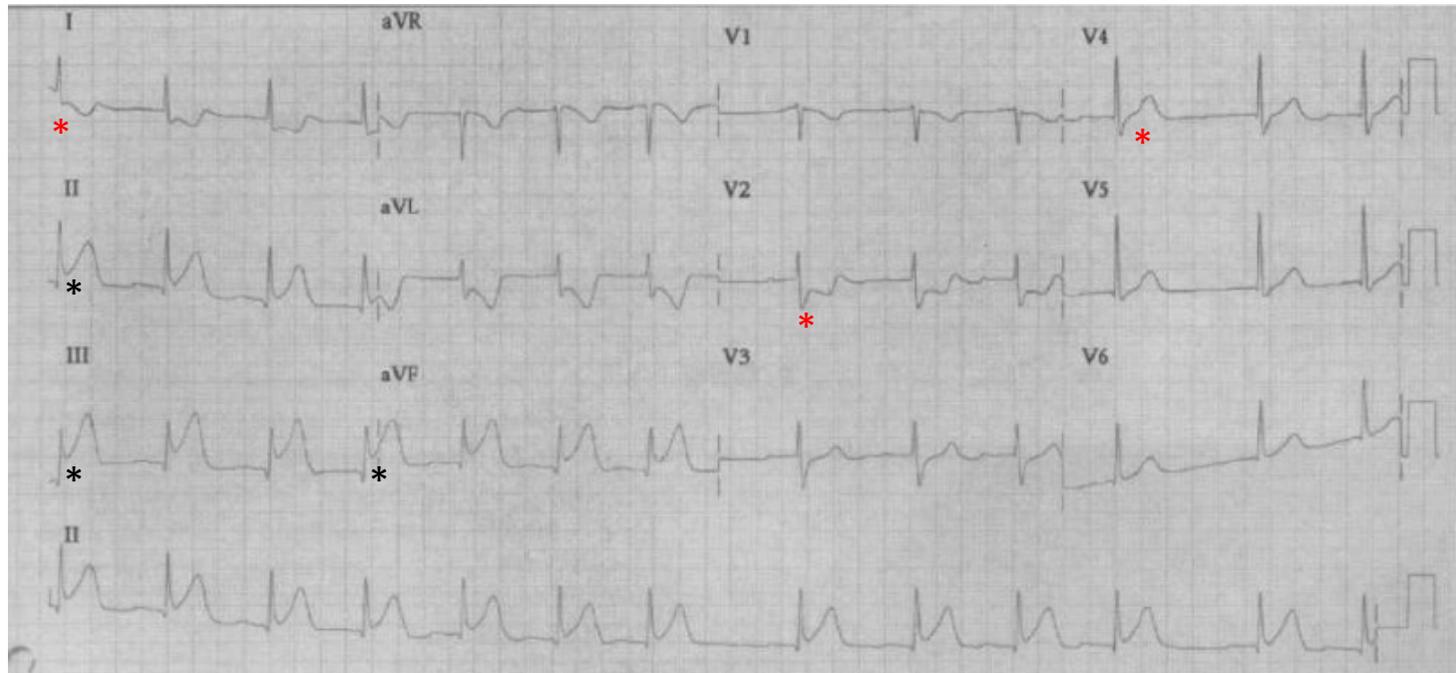
Observations de l'ECG :



Cas clinique 4.

Diagnostic initial?

Observations de l'ECG :

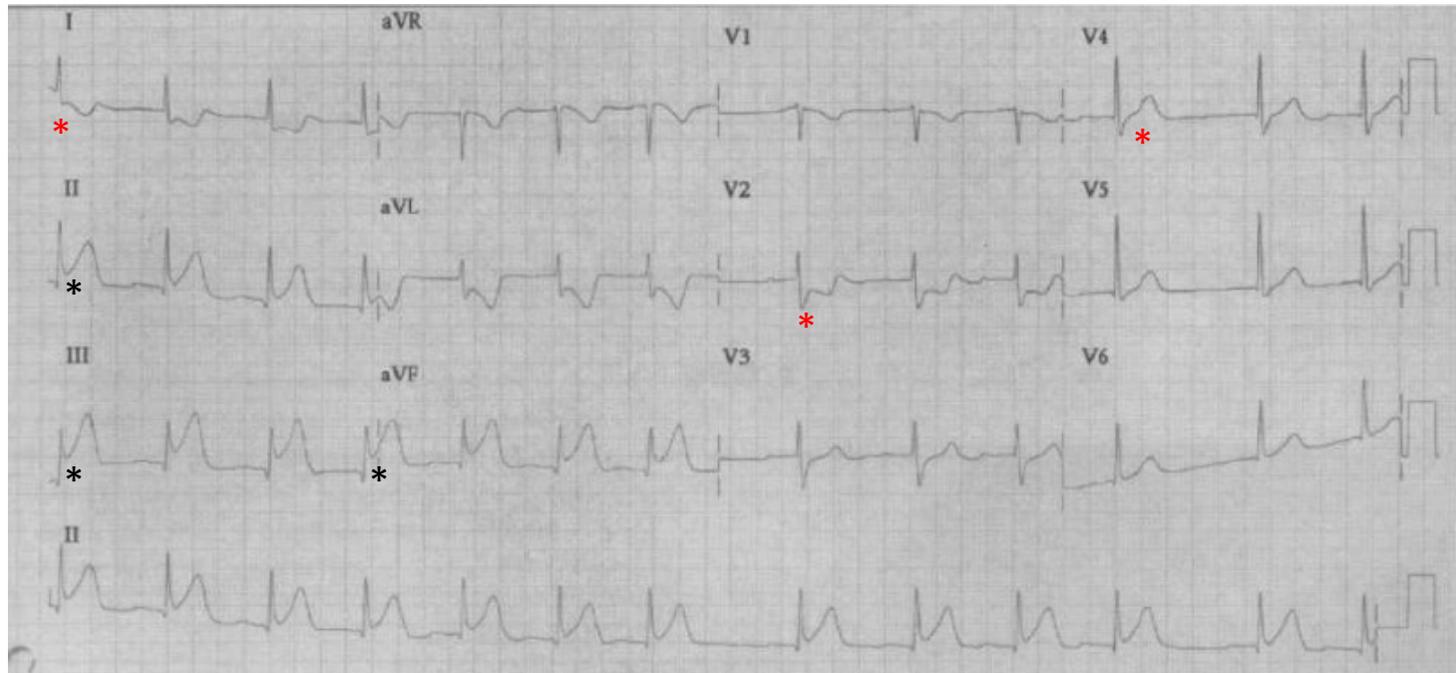


Intervalle PR 0,2s
Courant de lésion
sous épigardique (*)
(sus décalage du segment ST)
en DII, DIII, aVF
et images en miroir (*)
(sous décalage de ST)
en DI, V2 et V4.

Cas clinique 4.

Diagnostic initial => Infarctus du myocarde, inférieur en cours de constitution.

Observations de l'ECG :



Intervalle PR 0,2s
Courant de lésion
sous épigardique (*)
(sus décalage du segment ST)
en DII, DIII, aVF
et images en miroir (*)
(sous décalage de ST)
en DI, V2 et V4.

Cas clinique 4.

Prise en charge immédiate, avant traitement :

Repos au lit strict

A jeun

Demi assise

Oxygénothérapie (car insuffisance cardiaque gauche)

Défibrillateur dans la chambre

Pose d'une voie veineuse

Monitoring cardiotensionnel

Surveillance

Cas clinique 4.

Quelques instants plus tard la patiente est en état de choc => hypothèses?

Cas clinique 4.

Quelques instants plus tard la patiente est en état de choc => hypothèses :

Bradychardie sinusale (choc vagal)

Bloc atrio-ventriculaire grade III

Tachycardie ventriculaire

Fibrillation ventriculaire

Rupture septal

Insuffisance mitrale aigue

Infarctus étendu au ventricule droit

Cas clinique 4.

L'examen clinique est inchangé. ECG => rythme sinusal, FC : 35 BPM, et toujours le même aspect. => Diagnostic?

Cas clinique 4.

L'examen clinique est inchangé. ECG => rythme sinusal, FC : 35 BPM, et toujours le même aspect. => Diagnostic : choc vagal.

Traitement :

Atropine 1mg en injection.

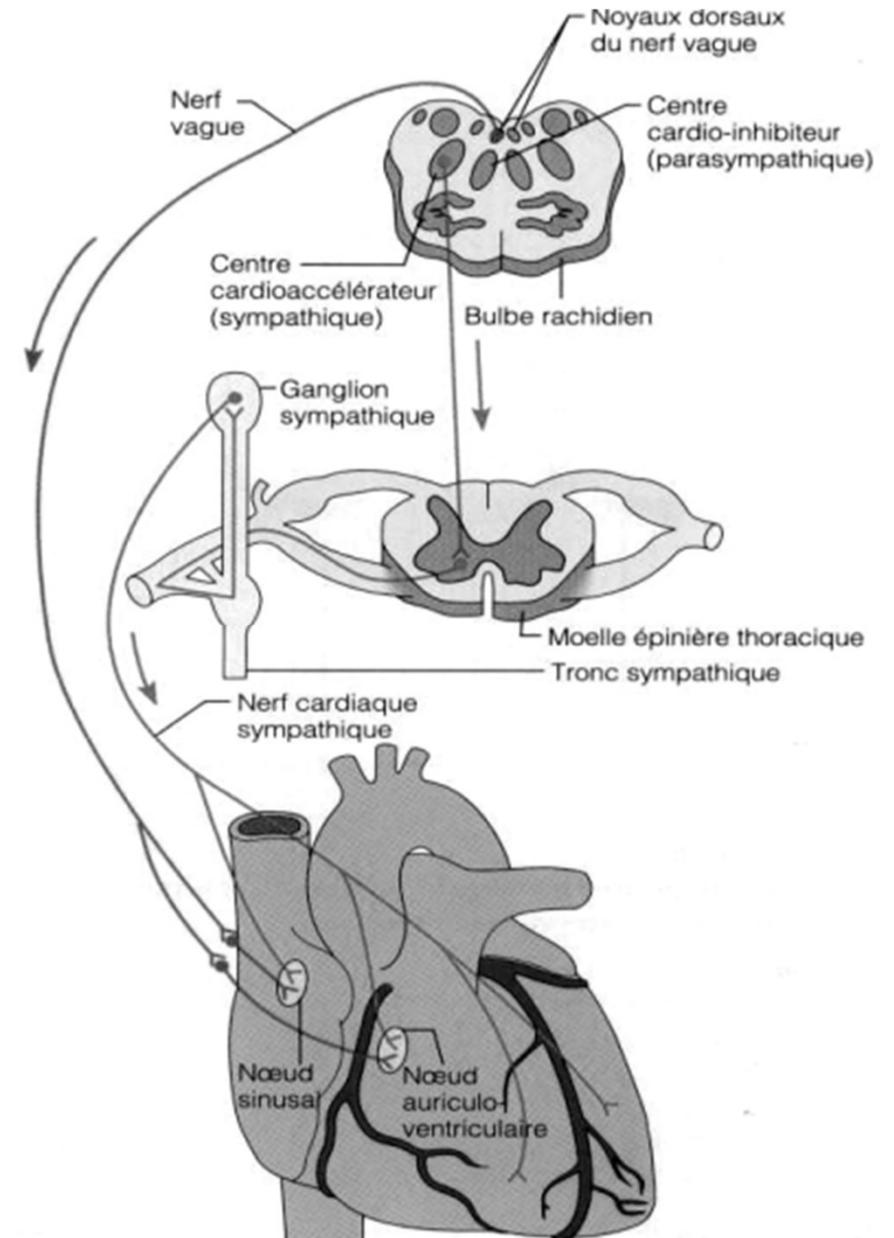
Atropine : antispasmodique, en inhibant les effets sur les récepteurs muscariniques de l'acétylcholine.

Modulation parasympathique.

Stimulation parasympathique => libération d'acétylcholine aux extrémités.

Une injection d'acétylcholine ou une stimulation Parasympathique :

- Bradycardie (jusqu'à l'arrêt).
- Diminution de la conduction atrio-ventriculaire.
- Diminution de la force de contraction des atriums.

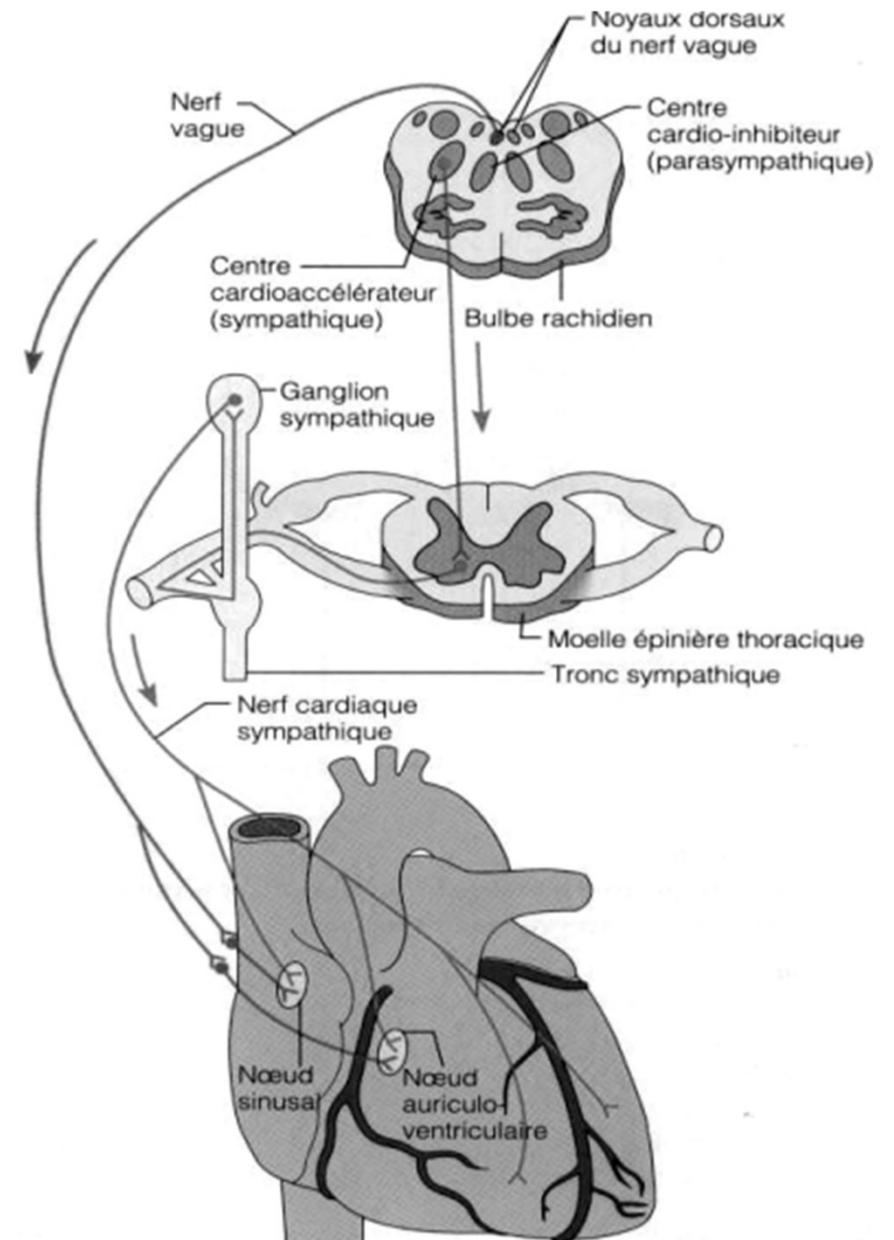


Modulation parasympathique.

La fixation de l'acétylcholine sur les récepteurs muscariniques M2 permet la stimulation de protéines G qui sont également couplées à des canaux potassiques, qui vont alors s'ouvrir et laisser passer les ions potassium en dehors de la cellule (dans le sens du gradient).

=> hyperpolarisation de la membrane.

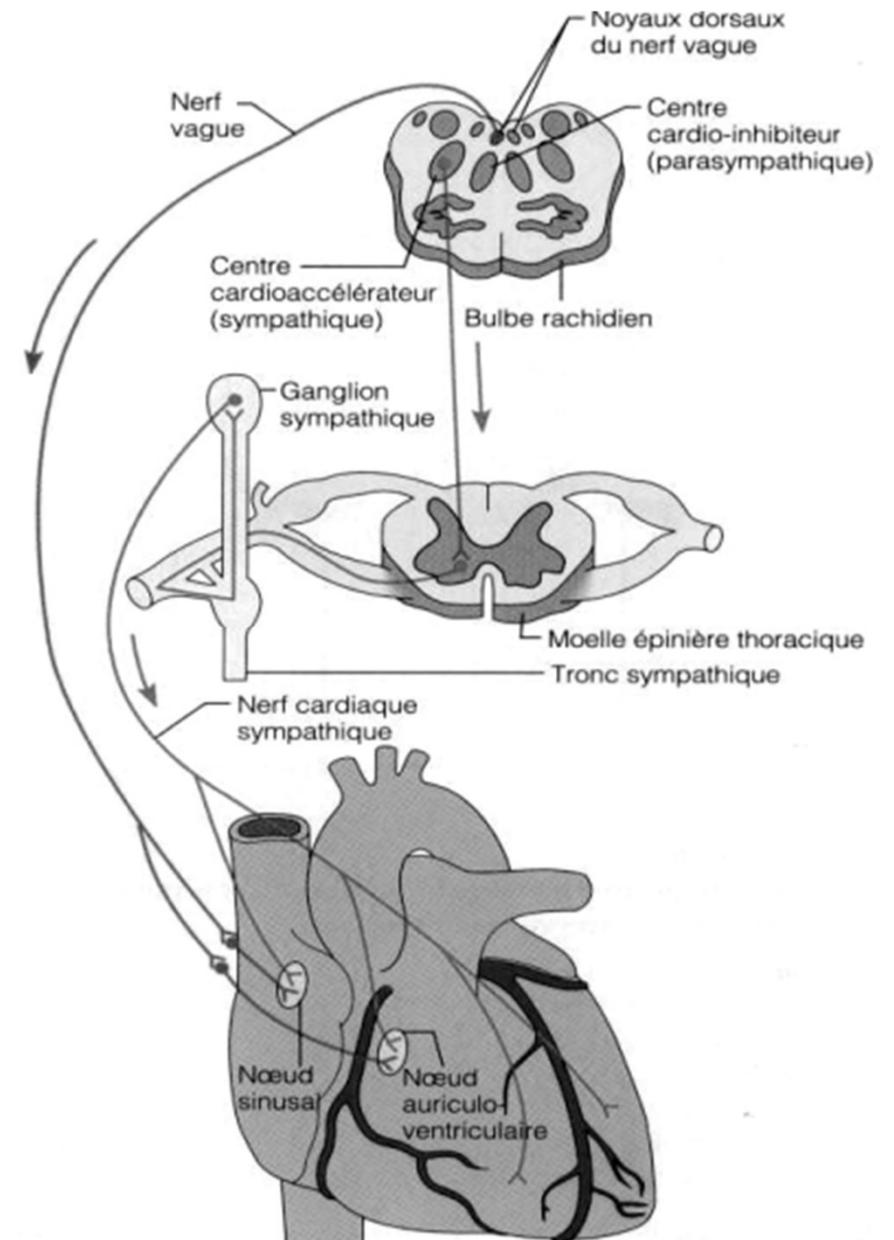
=> action sur la bradycardie et la diminution de la vitesse de conduction au niveau du nœud atrio-ventriculaire.



Modulation parasymphathique : mécanisme.

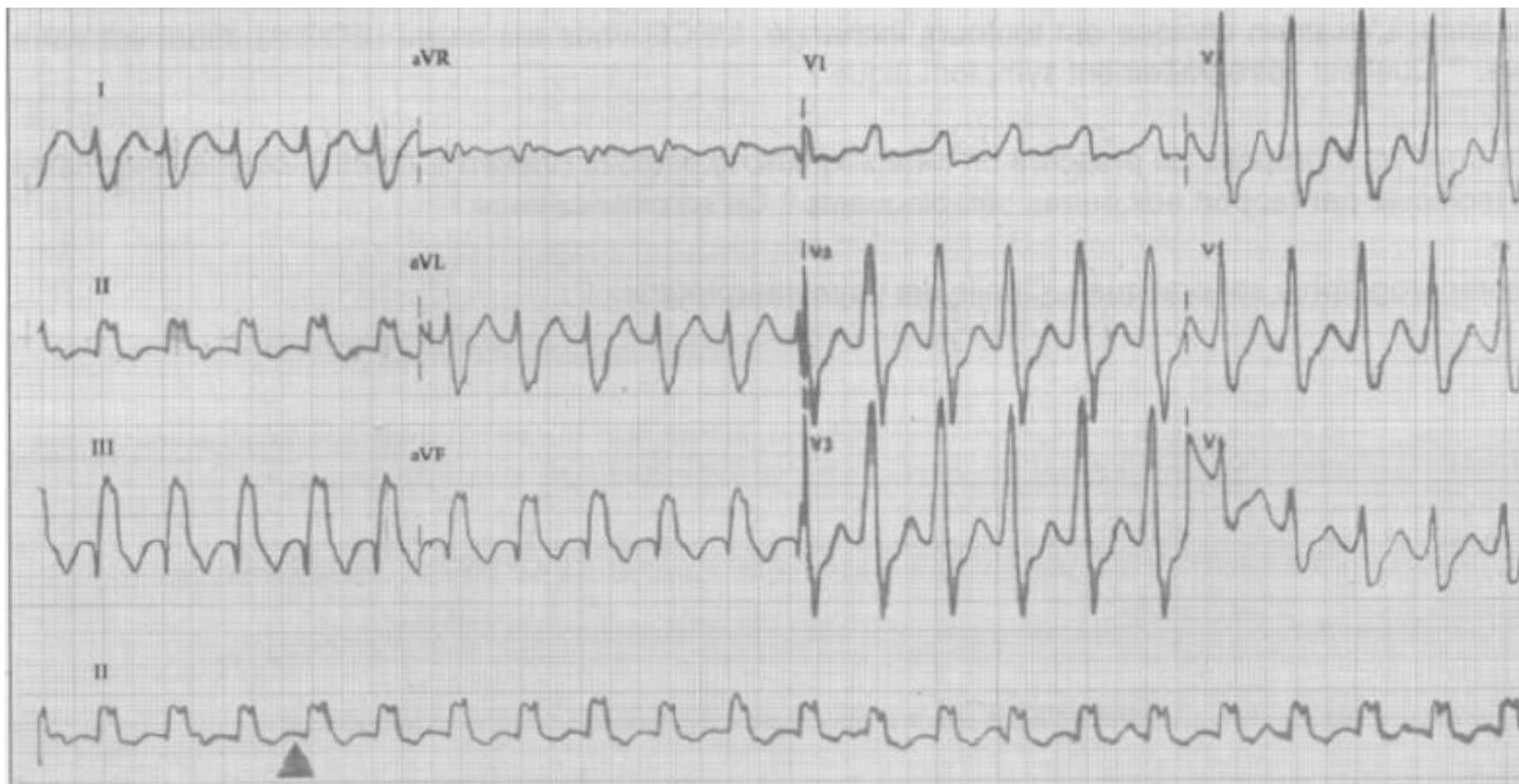
La diminution de la force de contraction des atriums :
diminution de l'entrée de Calcium dans la cellule qui serait liée   l'inhibition de l'adénylcyclase.

Action parasymphathique niveau atrial.



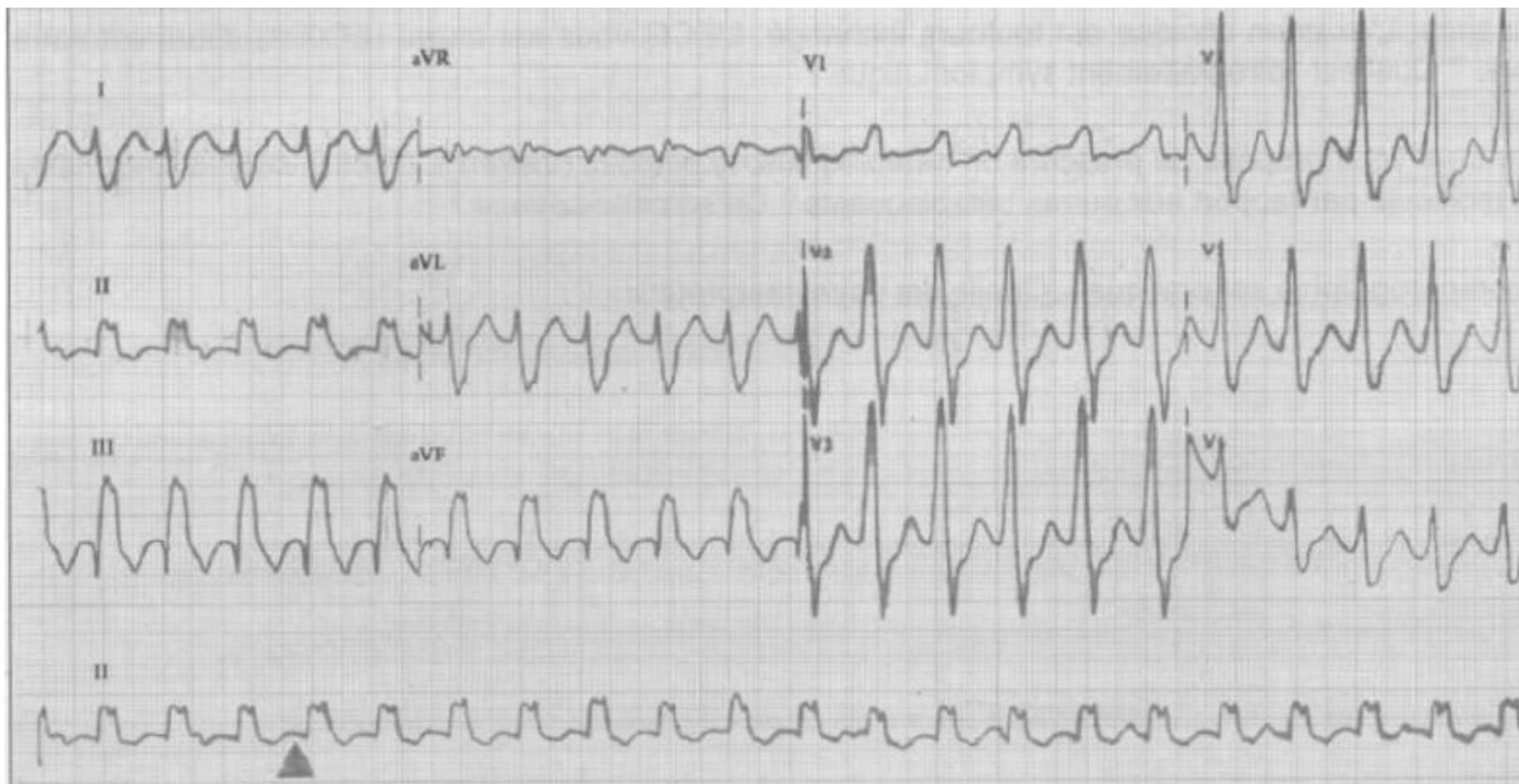
Cas clinique 4.

Le traitement est efficace mais après 45 minutes l'infirmière rappelle car la patiente a perdu connaissance. Examen inchangé, nouvel ECG =>?



Cas clinique 4.

Le traitement est efficace mais après 45 minutes l'infirmière rappelle car la patiente a perdu connaissance. Examen inchangé, nouvel ECG => tachycardie ventriculaire



Cas clinique 4.

Choc électrique => traiter l'arythmie.

Xylocaïne en intra-veineuse => stabilisation des membranes, diminuant l'excitabilité.

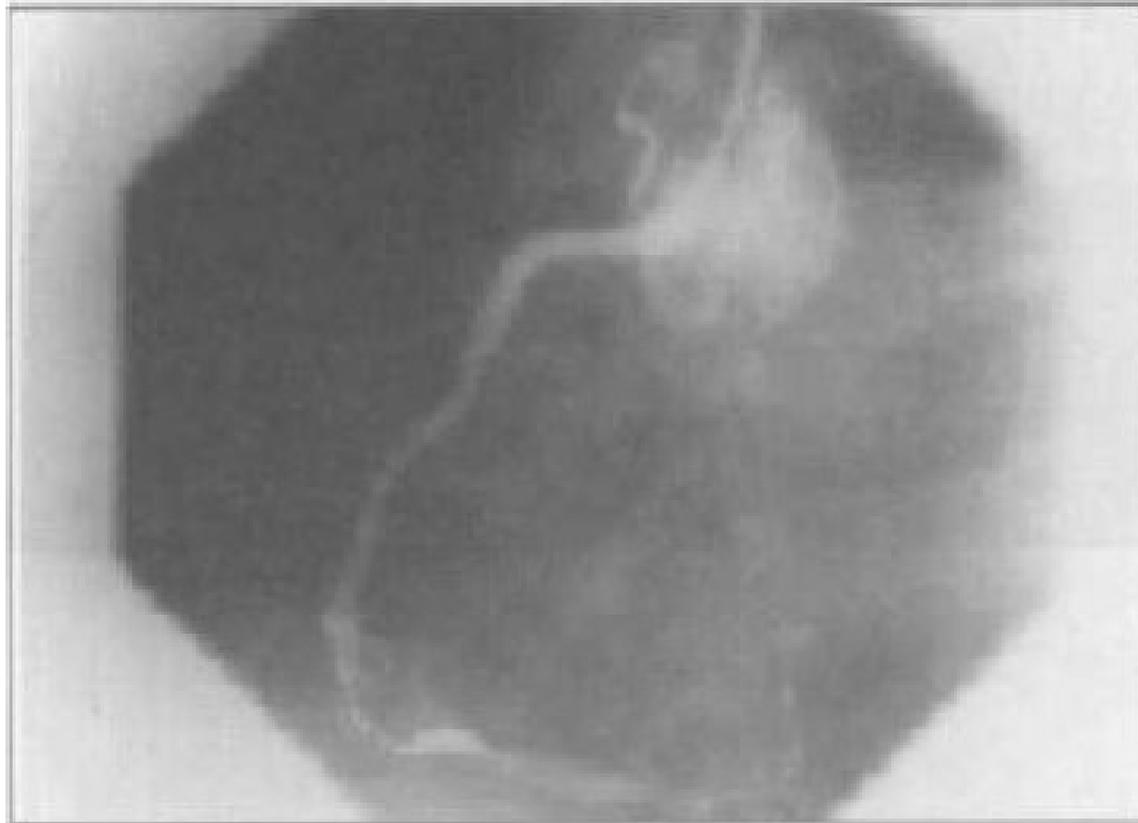
Utilisée en prévention des arythmies ventriculaires.

Attention aux associations avec d'autres molécules comme les Béta-bloquants.

Surveillance maintenue.

Cas clinique 4.

Coronarographie



Cas clinique 4.

=> Sténose de la coronaire droite.

Maladies coronariennes, traitements.

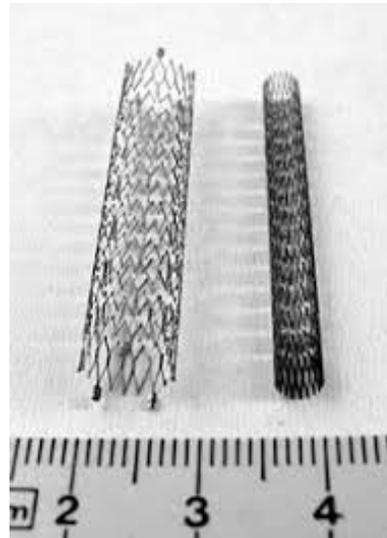
Réduction des facteurs de risques cardiovasculaires.

Traitement anti-ischémique médicamenteux :

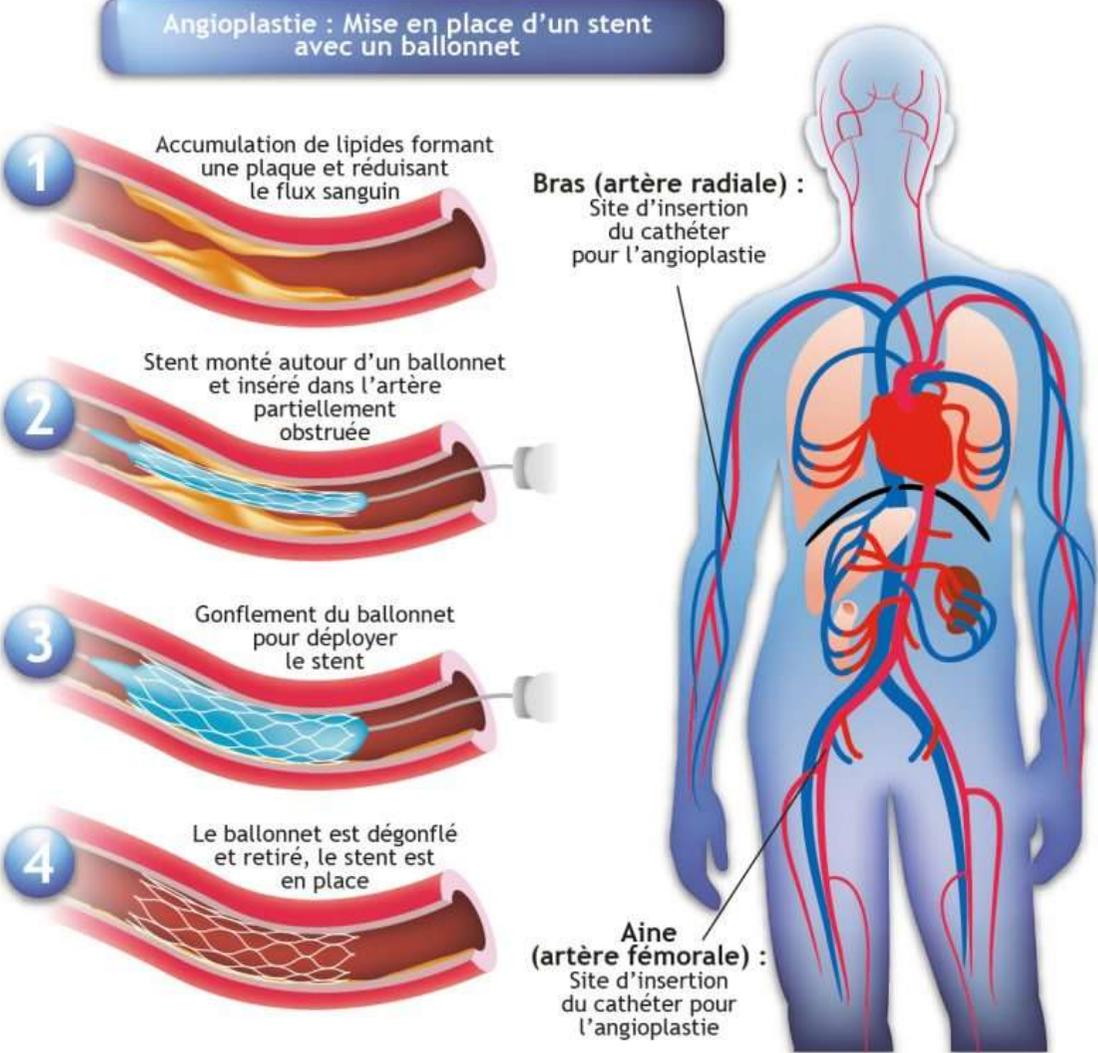
- Aspirine (75 à 160 mg/jour) (grade A), sinon clopidogrel (grade B)
- Statines (action sur le LDL-cholestérol)
- β -bloquants (diminution travail du cœur, FC et PA)(grade A)
- +/- inhibiteurs calciques, diltiazem ou vérapamil (diminution mouvements membranaires des ions Ca)
- Dérivés nitrés d'action prolongée (vasodilatation veineuse => diminution retour veineux, vasodilatation des artères coronaires et diminution de la précharge du ventricule gauche)

Maladies coronariennes : angioplastie.

Angioplastie (cardiologie interventionnelle), avec pose d'une prothèse endocavitaire (stent ou endoprothèse), => dilatation de la zone rétrécie.

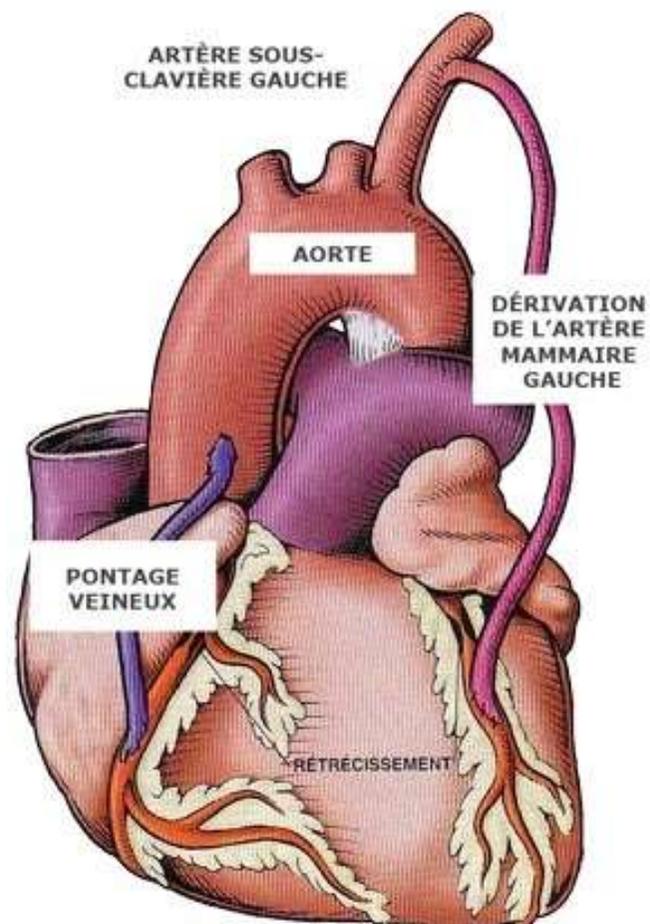


Maladies coronariennes : angioplastie.



Maladies coronariennes : pontage coronaire.

Lorsque l'athérosclérose est responsable d'une maladie coronarienne avec atteinte sévère d'une ou plusieurs artères coronaires un pontage coronaire ou aorto-coronarien est nécessaire.

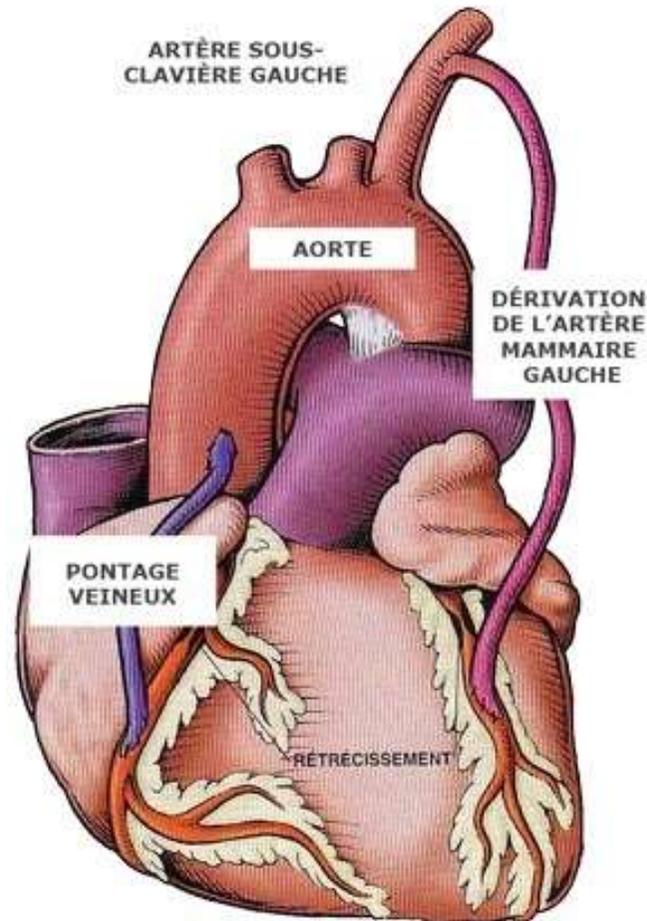


Maladies coronariennes : pontage coronaire.

Lorsque l'athérosclérose est responsable d'une maladie coronarienne avec atteinte sévère d'une ou plusieurs artères coronaires un pontage coronaire ou aorto-coronarien est nécessaire.

Pontage veineux : on utilise une veine prélevée au niveau de la jambe du sujet pour contourner la zone sténosée ou bouchée.

Opération soit avec une circulation extracorporelle pendant l'intervention soit à cœur battant.

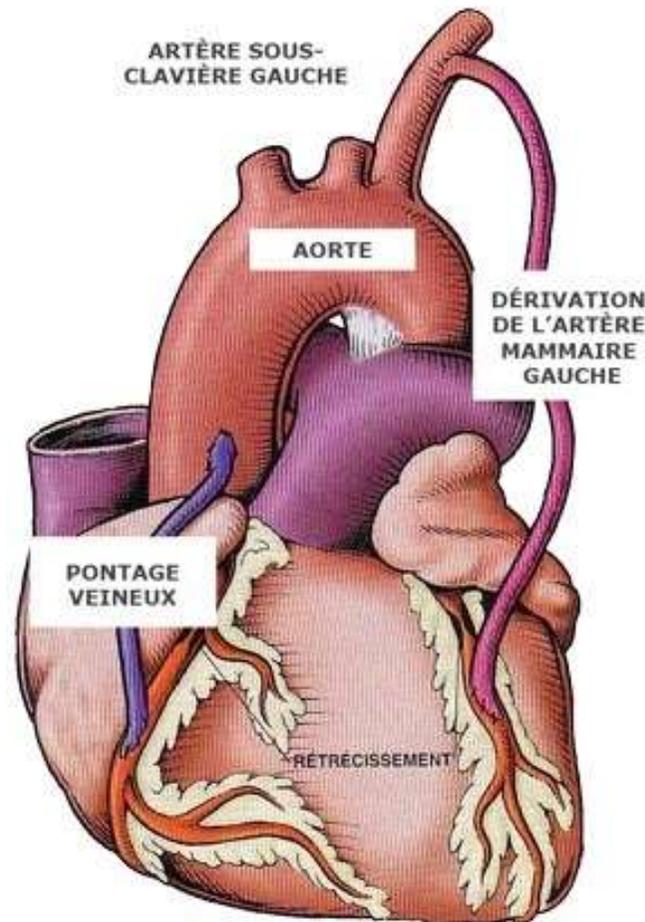


Maladies coronariennes : pontage coronaire.

Lorsque l'athérosclérose est responsable d'une maladie coronarienne avec atteinte sévère d'une ou plusieurs artères coronaires un pontage coronaire ou aorto-coronarien est nécessaire.

Pontage veineux : on utilise une veine prélevée au niveau de la jambe du sujet pour contourner la zone sténosée ou bouchée.

Opération soit avec une circulation extracorporelle pendant l'intervention soit à cœur battant.



Dérivation des artères mammaires droite ou gauche. L'irrigation du thorax sera alors réalisée par d'autres artères.

Durée de 2h à 4h.

Réanimation 1-3 jours puis 1 semaine de surveillance.

Activité normale après 2-3 mois.