

TD 2 : Situation clinique « Soins d'urgence »

Bloc de données 1

Vous êtes en stage de nuit en service de médecine cardiologique et vous prenez en charge avec l'IDE Monsieur Cifali, 68 ans. Nous sommes le 27/02/26, il est 14h.

Vous disposez des informations suivantes :

- Poids/taille : 112kg pour 1m82
- Mode de vie : Il vit dans un village, il est seul dans un appartement au 3^{ème} étage sans ascenseur. Ancien chauffeur de bus, il est aujourd'hui retraité. Son frère jumeau est sa personne de confiance. Il est affilié à la sécurité sociale et a souscrit une mutuelle.
- Antécédents :

Médicaux :

- OH sevré en 2022
- BPCO stade II post tabagique (40 paquets/année)
- HTA traitée

Chirurgicaux :

- Cholécystectomie en 2018
- Fracture ouverte tibia/péroné post AVP moto en 1987

Allergie :

- Pénicilline

Le 20/01/26, alors qu'il montait les escaliers pour rejoindre son domicile, il a été atteint d'une violente douleur latérothoracique gauche constrictive. Son voisin a appelé le SAMU. Il a été conduit directement en salle de cardiologie interventionnelle. Il a été hospitalisé enUSIC du 20/01/26 au 23/01/26 pour la prise en charge d'un IDM. La coronarographie a révélé une sténose de l'interventriculaire antérieure (IVA) qui a nécessité la mise en place d'un stent. Les suites de cette prise en charge se sont faites sans complication. Après 3 jours d'hospitalisation, Monsieur Cifali est rentré à son domicile avec pour consigne de voir le cardiologue en consultation dans 1 mois.

Il est sorti de l'hôpital avec la prescription suivante :

- Bisoprolol® 2.5mg, 1 comprimé par jour (bêtabloquant)
- Amlodipine® 5mg, 1 comprimé par jour (antihypertenseur)
- Enalapril® 10 mg, 1 comprimé par jour (IEC)
- Plavix® 75mg, 1 comprimé par jour (antiagrégant plaquettaire)
- Atorvastatine® 20 mg, 1 comprimé par jour (hypolipémiant)
- Régime pauvre en sel

Face à une rupture d'Amlodipine dans la pharmacie de son village, et n'étant pas véhiculé, il n'a pas pu aller chercher son traitement antihypertenseur qu'il n'a donc pas pris depuis sa sortie d'USIC.

Promotion 2024-2027

Année 2025-2026

Il consulte le cardiologue dans son cabinet libéral le 27/02/26 à 9h. Les bilans clinique et paraclinique sont les suivant :

- Sur le plan hémodynamique, l'examen montre une fréquence cardiaque : 110 bpm, une pression artérielle à 160/100 mmHg
- Sur le plan respiratoire : la fréquence respiratoire est à 28/min et la saturation en oxygène : 90% en air ambiant
- Sa température : 37,5°C
- Son EVA est à 0
- Au niveau clinique :

À l'examen, M. Cifali présente une détresse respiratoire. Il est anxieux, utilise les muscles accessoires pour respirer et présente des crépitations bilatéraux à l'auscultation pulmonaire. Un œdème périphérique est observé au niveau des membres inférieurs. La toux est productive, avec des expectorations roses et mousseuses

- A l'ECG : signes de surcharge ventriculaire gauche
- A l'échographie cardiaque : FEVG 55%

Le cardiologue décide d'hospitaliser immédiatement M. Cifali pour la prise en charge d'un Œdème Aigu Pulmonaire.

M. Cifali est d'abord pris en charge dans le service des urgences à 10h le 27/02/26. Voici les prescriptions réalisées aux urgences :

- Radiographie pulmonaire : opacités diffuses bilatérales des poumons et constat d'un cœur dilaté
- Bilan biologique : GDS, iono urée, créat, NFP, NTproBNP, troponine
- Oxygénothérapie pour saturation inférieure à 93%
- Surveillance des paramètres vitaux (FC, PA, SpO2, FR, T°, EVA, glycémie, clinique)
- VVP 18g X 2
- Lasilix® (Diurétique – Furosémide) voie intra veineuse, au PSE, 50 mg/24 heures au pousse seringue électrique avec injection de 80mg IVD
- Risordan® (Dérivé nitré, Isosorbine dinitrate) par voie intraveineuse, au PSE, 5mg/h
- Restriction hydrique à 500 ml par 24 heures
- Régime pauvre en sel
- Pose d'une SAD
- Bilan des entrées et des sorties/2h
- Surveillance de la diurèse des 24h
- Surveillance du poids

QUESTION 1 :

Expliquez l'intérêt de chacune de ces prescriptions médicales :

RP	
Bilan biologique	
O2 aux lunettes 1 à 2l/min	
<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring : - Fréquence cardiaque - Fréquence respiratoire - Pression artérielle - SpO2 - EVA - T° - Clinique 	-
Pose de 2 voies veineuses périphériques gros calibre	
Lasilix	
Risordan	
Restriction hydrique à 500 ml par 24 heures	
SAD	
Bilan des entrées et des sorties	
Surveillance de la diurèse	
Surveillance du poids	
Régime pauvre en sel	

QUESTION 2 :

Quels sont les éléments aggravants que vous pouvez recueillir dans la situation clinique de M. Cifali et qui pourraient être corrélés à sa décompensation cardiaque ?

QUESTION 3 :

Quels sont les signes cliniques de l'OAP présents chez M. Cifali ?

Bloc de données 2

Nous sommes le 28/02/26, il est 3h du matin et M. Cifali vous appelle. Lorsque vous entrez dans la chambre vous trouvez M. Cifali en décubitus dorsal (allongé sur le dos) :

- Avec des difficultés à parler, il ne parvient pas à terminer ses phrases sans s'interrompre pour respirer,
- Il est agité,
- Ses lèvres sont cyanosées, il présente des marbrures aux genoux,
- Il est en sueurs.

Vous relevez les paramètres vitaux suivants :

- Pression artérielle à 78/52mmHg, FC à 135bpm,
- FR 38/min,
- SpO2 à 82% sous 2 litres,
- Sa température est à 37,3°C

Vous appelez l'interne de garde qui vient voir M. Cifali.

QUESTION 4 :

4. Au regard du bloc de données 2, du bilan clinique et paraclinique que vous venez d'effectuer, quelle hypothèse diagnostique faites-vous concernant l'évolution de l'état de santé de ce patient ?

Pour répondre correctement à la question, vous devez identifier les données significatives et les argumenter. Un vocabulaire professionnel est attendu.

QUESTION 5 :

En attendant l'interne de garde, comment installez-vous M. Cifali et pourquoi ?

Bloc de données 3

L'interne appelle le réanimateur de garde qui vient voir M. Cifali. Il pose le diagnostic de choc cardiogénique.

QUESTION 6 :

6.1 Définissez l'état de choc.

6.2 Quels sont les éléments cliniques et paracliniques ayant permis au réanimateur de poser ce diagnostic ?

Bloc de données 3

Le réanimateur décide donc de transférer M. Cifali dans le service de réanimation médicale où sera mis en place de la VNI (ventilation non invasive).

Cependant, l'état de santé de M. Cifali se dégrade avant son transfert. M. Cifali fait un ACR à 3h48.

L'interne démarre immédiatement les compressions thoraciques.

Il vous demande :

- De faire apporter le DSA, le BAVU et la planche à masser
- D'administrer 1mg d'Adrénaline en IVD (rinçage avec une seringue de 10cc de sérum physiologique 0.9%).

Lors de la première analyse, le DSA récupère un rythme choquable

QUESTION 7 :

Expliquez l'intérêt des prescriptions médicales suivantes : DSA, BAVU, planche à masser, Adrénaline.