

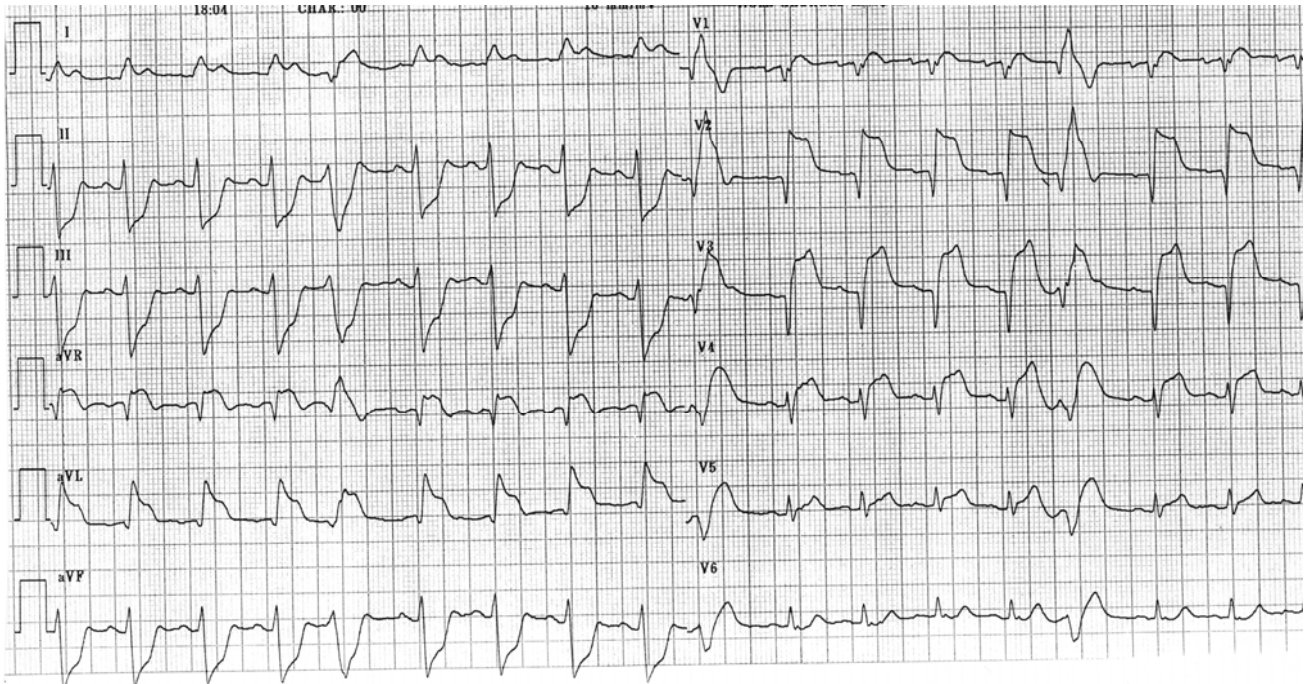
DOSSIER 2 : Enoncé

Un homme de 68 ans est hospitalisé en Unité de Soins Intensifs Cardiologiques pour douleur thoracique rétrosternale évoluant depuis 5 heures et résistant à la TRINITRINE.

Dans ses antécédents, on note :

- Un tabagisme actif à 35 PA
- Une BPCO post tabagique
- Une hypercholestérolémie traitée par statine
- Une HTA traitée par IEC

L'ECG du SAMU montre :



Alors que vous examinez le patient vous notez une dégradation de son état clinique :

- Un pouls à 120/min
- Une pression artérielle à 80/50 mmHg
- Des crépitations bilatéraux remontant à mi-champ lors de l'auscultation pulmonaire

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Quelles sont les étiologies d'un état de choc lors d'un infarctus du myocarde ?
3. Quelles sont les étiologies d'une insuffisance cardiaque droite lors d'un infarctus du myocarde ?
4. Quelle est la principale cause de décès lors d'un infarctus du myocarde en extra-hospitalier d'une part, en intra-hospitalier d'autre part ?

L'altération clinique du patient malgré une revascularisation en urgence par angioplastie primaire de l'IVA associée à un traitement symptomatique du choc va nécessiter une ventilation mécanique après intubation trachéale. Soixante douze heures après son admission, le patient va présenter un syndrome fébrile ($T = 38.8^{\circ}\text{C}$), et les aspirations trachéales sont sales.

5. Quel est votre diagnostic, justifier.
- 6- Quel traitement spécifique proposez-vous ?

DOSSIER 2 : Réponses :

1. Choc cardiogénique secondaire à un infarctus du myocarde antérieur étendu.
2. Infarctus myocardique étendu avec masse nécrosée supérieure à 40%
Complications mécaniques :
 - insuffisance mitrale
 - rupture de la paroi libre
 - rupture septum interventriculaireTroubles du rythme ventriculaires
Troubles de la conduction
Extension de l'infarctus au ventricule droit.
3. Tamponnade secondaire à une rupture de la paroi libre myocardique
Extension de l'infarctus au ventricule droit
Communication interventriculaire secondaire à une rupture septale.
4. Extra-hospitalier : troubles du rythme ventriculaire (TV, FV)
Intra-hospitalier : choc cardiogénique
5. Pneumopathie nosocomiale à germe extra-hospitalier :
 - pneumopathie : fièvre, aspirations trachéales sales, ventilation mécanique
 - nosocomiale : survenue plus de quarante huit heures après l'hospitalisation
 - germe extra-hospitalier : survenue de la pneumopathie moins de 5 jours après l'hospitalisation
6. Mise sous double antibiothérapie probabiliste après prélèvements (hémocultures, examen bactériologique des aspirations trachéales) :
 - céphalosporine de 3^e génération : ROCEPHINE à la posologie de 2g/j IV
 - aminosides : GENTAMYCINE à la posologie de 3 mg/kg/j IVpendant 10 jours.

Surveillance :
 - clinique : II, TA, T°, aspirations trachéales
 - paraclinique : NFS, CRP, examen bactériologique des aspirations trachéales, gentamycinémie/ 48h, RP/48h