

Félicitations ! Vous venez d'être nommé interne et vous commencez ce jour même votre premier stage dans le service des urgences de l'hôpital de Saint Affrique, charmante bourgade de l'Aveyron à plusieurs dizaines de kilomètres et autant de virages de toute civilisation. Pas le temps de vous reposer sur les lauriers de votre récent succès au concours de l'internat, votre premier patient arrive. C'est un solide paysan du coin, 55 ans, 100 kg pour 1m75 qui vous arrive pour une douleur thoracique. Il a pris lui-même le volant de son tracteur pour venir vous voir, n'ayant pas jugé utile d'appeler les pompiers ou un médecin. Il n'a d'ailleurs pas vu le moindre médecin depuis une bonne vingtaine d'années car il n'est jamais malade. S'il vient vous voir, c'est que ça ne va pas : il a mal dans la poitrine depuis 4 heures et rien n'y fait, ça ne passe pas. La douleur est au milieu de la poitrine mais aussi dans les épaules et le patient la décrit comme s'il était écrasé par un poids. Il avait déjà ressenti une première fois une telle douleur en travaillant dans sa ferme hier mais celle-ci était passée après 5 minutes. Cette fois ci, la douleur l'a pris en se levant à 6 heures et persiste à 10 heures lorsqu'il vous voit.

La TA est à 170/100 mmHG, la fréquence cardiaque à 55 bpm, il n'y a pas d'anomalie à l'auscultation cardio pulmonaire.

Vous enregistrez l'ECG joint.

QUESTION 1

Quel est le diagnostic ?

QUESTION 2

Quel traitement mettez vous en place en urgence ?

QUESTION 3

Que pensez vous de la prescription d'un médicament antalgique ?

QUESTION 4

Le traitement initié à la question 2 n'a pas l'efficacité escomptée. Que faites vous ?

QUESTION 5

Finalement un traitement efficace est trouvé. Voici une partie du bilan biologique effectué 3 jours plus tard :

Glycémie à jeun 1,87 g/l

Cholestérol total 2,80 g/l

HDL cholestérol 0,40 g/l

Triglycérides 2 g/l.

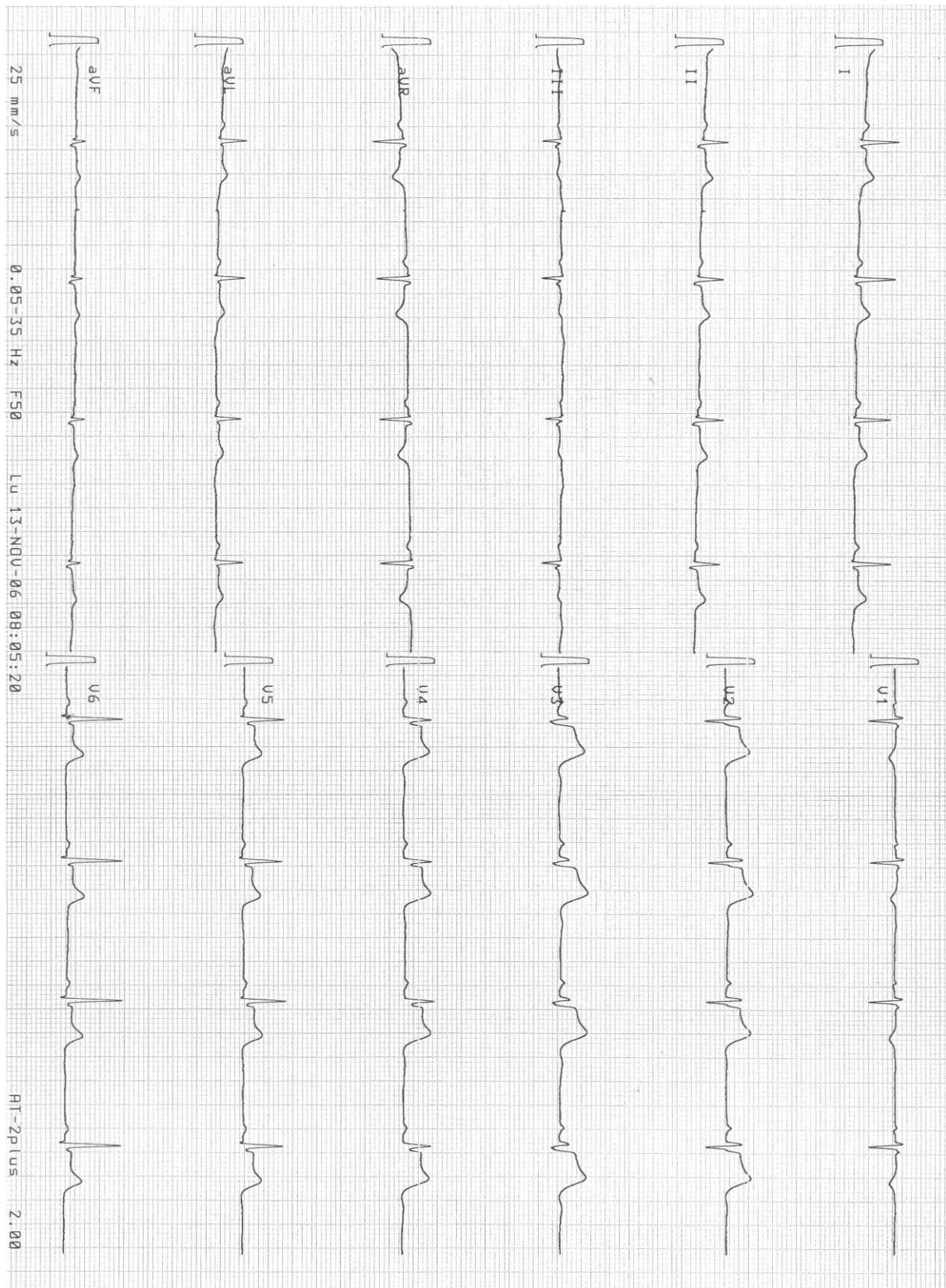
Commentez ces résultats.

QUESTION 6

8 jours après le début des symptômes, le patient est prêt à regagner son domicile. Quelles classes médicamenteuses figureront sur l'ordonnance de sortie ? Quelles mesures non médicamenteuses préconisez vous ?

QUESTION 7

Quelques mois plus tard, il vient en consultation pour se plaindre d'un « dysfonctionnement ». Dans l'intimité avec son épouse, il ne se passe plus grand-chose, la faute à une impuissance apparue depuis peu. Quelles causes pouvez vous évoquer ?



Question 1**Infarctus du myocarde (0 au dossier si autre diagnostic)**

en territoire antérieur

en phase aiguë

non compliqué

Arguments

Terrain : homme d'âge mur, FDR (obésité, probable HTA ancienne)

Caractéristiques de la douleur : rétrosternale, constrictive irradiant aux épaules, prolongée

Episode d'angor probable la veille

ECG : sus décalage segment ST en territoire antérieur

Question 2**Urgence vitale**

Scoper le patient

1° geste à faire = antiagrégants et anticoagulants. Injection IVD d'un bolus d'aspirine (250 ou 500 mg) et d'un bolus d'Héparine (5000 UI) et donner une dose de charge de Clopidogrel PLAVIX° per os.

Prévenir le cardiologue.

Désobstruer l'artère coronaire : Dans un hôpital éloigné de tout centre de coronarographie, la solution la plus rapide est la thrombolyse intra veineuse type METALYSE°, en l'absence de contre indication, ce qui semble être le cas ici.

Mettre en place une perfusion à la seringue électrique d'héparine non fractionnée pour obtenir une anticoagulation efficace.

Un traitement par trinitrine n'est pas indispensable.

Surveillance :

- clinique (douleur, signe de complication de l'IDM, complication hémorragique de la lyse)
- ECG (sus décalage ST)

Question 3

Traiter la douleur selon l'intensité de celle-ci et selon la demande du patient. Ne pas hésiter à recourir à la morphine si besoin.

Mais attention, l'évolution de la douleur est un des critères d'efficacité de la thrombolyse, donc ne pas se priver inutilement d'un paramètre de surveillance.

En résumé, antalgiques si douleur importante le nécessitant, mais pas de prescription systématique sans réfléchir.

Question 4

Echec de thrombolyse

Appeler le SAMU pour rapatriement le plus rapide possible vers le centre de coronarographie le plus proche

Coronarographie en urgence pour angioplastie de sauvetage

Question 5

Hyperglycémie à jeun traduisant un probable **diabète de type 2**

Dyslipidémie mixte

Hypercholestérolémie avec surtout élévation du **LDL cholestérol (2g/l** par calcul par la formule de Friedewald)

Hypertriglycéridémie

Attention, ces bilans peuvent être perturbés en phase aiguë d'infarctus, il est nécessaire de les reconstruire à distance. Ceci dit, vu le morphotype du patient et vu les anomalies biologiques, le diabète et la dyslipidémie sont certainement bien réels.

Question 6

- **Antiagrégants plaquettaires** : double antiagrégation par aspirine et clopidogrel pendant plusieurs mois en cas de pose de stent, et même si pas de stent dans les suites de tout SCA

- **Statines** : systématiques même en cas de cholestérolémie normale, pour leurs actions athérostabilisatrice directe sur la paroi artérielle

- **Béta bloquants** : action anti-ischémique par diminution de la consommation en O₂ du myocarde et action anti-arythmique par blocage de l'action des catécholamines au niveau myocardique

- IEC : de plus en plus systématique mais réfléchir un peu avant de prescrire. Intérêt si altération de la fonction systolique VG, HTA ou diabète. Dans le cas de ce patient, sera très certainement prescrit.

- Trinitrine : pas de prescription systématique quotidienne. Prescrire simplement un flacon de NATISPRAY sublingual à prendre en cas de récurrence angineuse.

- Insuline pour traiter le diabète : après un IDM, insuline quasi systématique si déséquilibre glycémique. On voit après 2-3 mois si on peut se contenter d'un traitement antidiabétique oral seul.

- si HTA non maîtrisée par ce traitement, on peut recourir à un inhibiteur calcique non bradycardisant (dihydropyridines type AMLOR^o) et/ou un diurétique thiazidique en plus.

Mesures non médicamenteuses :

Maîtrise des FDR : arrêt tabagisme éventuel

Régime amaigrissant pauvre en cholestérol et en glucide

Régime désodé seulement si insuffisance cardiaque séquellaire

Activité physique d'endurance régulière (marche)

Réadaptation cardiaque à l'effort dans un centre spécialisé

Suivi cardiologique régulier avec épreuve d'effort

Dépistage d'une atteinte athéromateuse des autres territoires artériels

Question 7

- **Effet indésirable des béta bloquants**. Si pas possible de faire autrement, arrêter ces médicaments et remplacer par inhibiteur calcique bradycardisant type ISOPTINE ou TILDIEM

- **Syndrome de LERICHE** : atteinte athéromateuse du carrefour aorto iliaque entraînant impuissance et claudication bilatérale au niveau des fessiers. Rechercher par l'interrogatoire - une telle claudication pouvant orienter vers ce syndrome. Terrain : gros tabagique.

- Autre cause possible, **dysfonction endothéliale** au niveau des artères péniennes dans le cadre d'un athérome diffus.