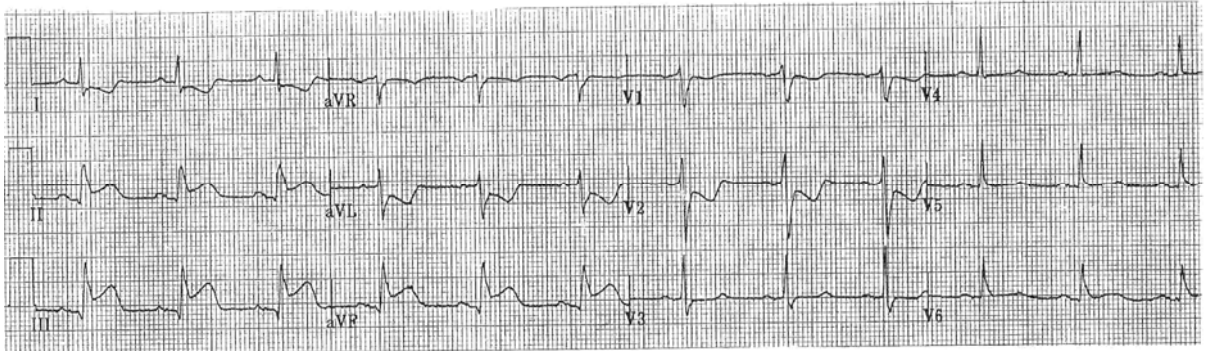


Monsieur L. âgé de 75 ans (90 kg ; 1,70m), appelle le SAMU car il a vu apparaître depuis 48 heures des douleurs thoraciques précordiales constrictives pour des efforts cédant rapidement au repos, mais depuis environ 1 h 30 il ressent une douleur thoracique rétrosternale irradiante dans les mâchoires, survenue au repos et persistante ce qui l'inquiète.

Il présente comme facteur de risque CV un tabagisme à 45 PA, un diabète non insulino-dépendant évoluant depuis une dizaine d'années et une HTA ancienne.

A l'examen clinique : souffle systolique 2/6 au foyer aortique avec B2 conservé et PA 190/100.

Son traitement comporte : GLUCOPHAGE (metformine) 1000 2 cp/j, AMLOR° (amlodipine) 5 mg , 1 gel/j, MEDIATENSYL (urapidil) 60mg, 2 cp/j. ECG n°1.

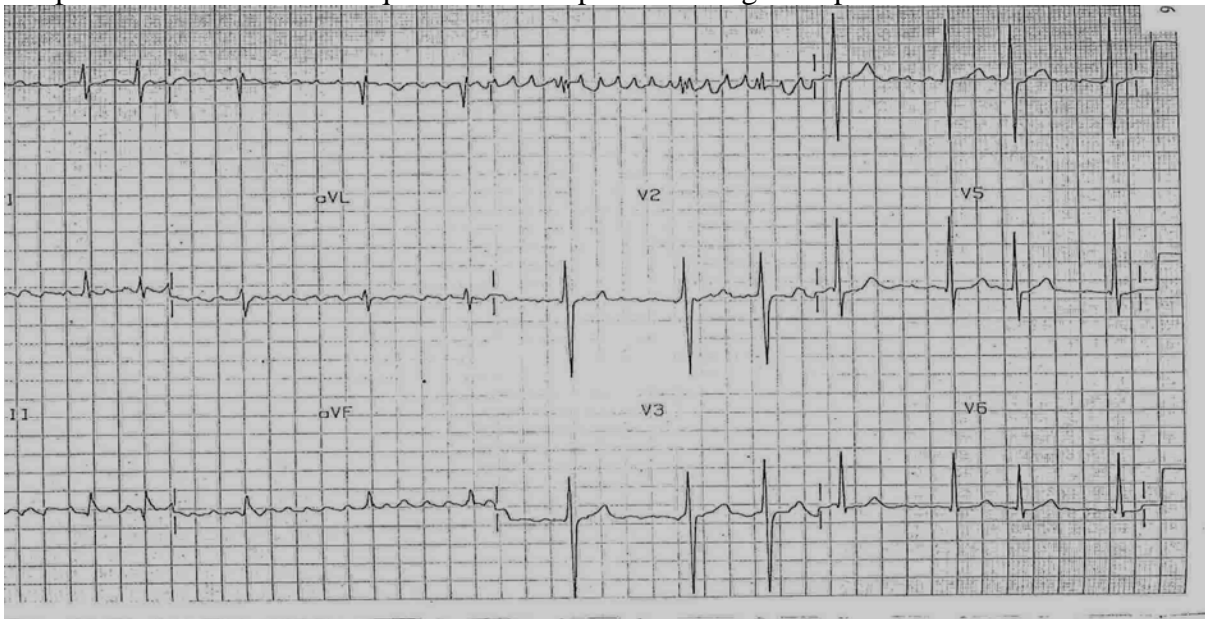


Question 1 : Quel diagnostic évoquer et pourquoi ? 15 points

Question 2 : Quelle attitude thérapeutique proposer immédiatement? (décrivez la prise en charge non thérapeutique et thérapeutique de manière précise) 20 points

Question 3 : Le lendemain après un traitement efficace et la mise en place d'un stent sur le segment proximal de la coronaire droite, vous recevez le bilan biologique suivant : Na : 138 mmol/l, K⁺ : 4mmol/l, Créatinine : 180 μmol/l, LDL Cholestérol: 2,3g/l, HDL Cholestérol: 0,30g/l, Triglycérides: 1,8g/l, Hémoglobine A1C : 8,5%, CPK-MB : 250 UI, Troponine I : 54
Quelles attitudes thérapeutiques proposez vous de rajouter ? 15 points

Question 4 : Le patient passe en arythmie avec l'électrocardiogramme n°2 avant sa sortie de l'hôpital. Décrivez l'ECG et quelle est votre prise en charge ? 15points

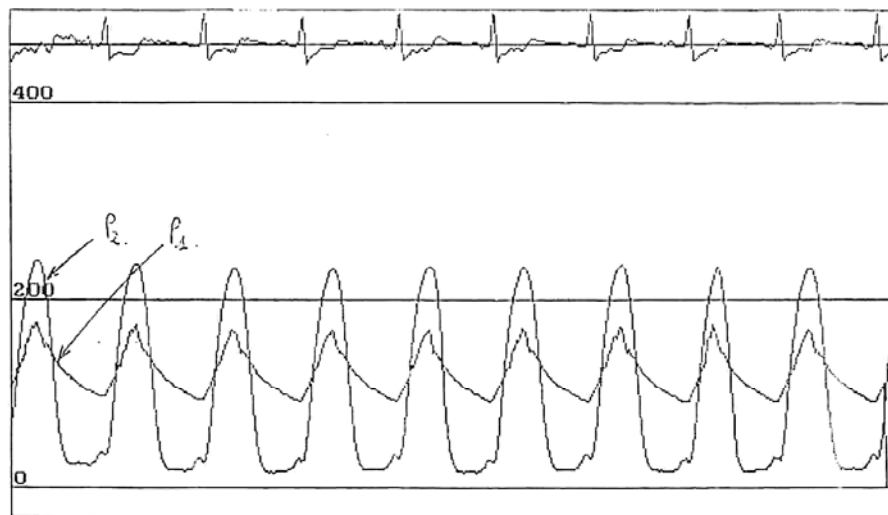


Question 5 : 48 heures après le rythme est de nouveau sinusal et vous décidez de le laisser sortir. Quelle sera votre ordonnance de sortie? 9 points

Question 6 : Comment organisez vous la prise en charge extrahospitalière et le suivi de ce patient ? 11 points

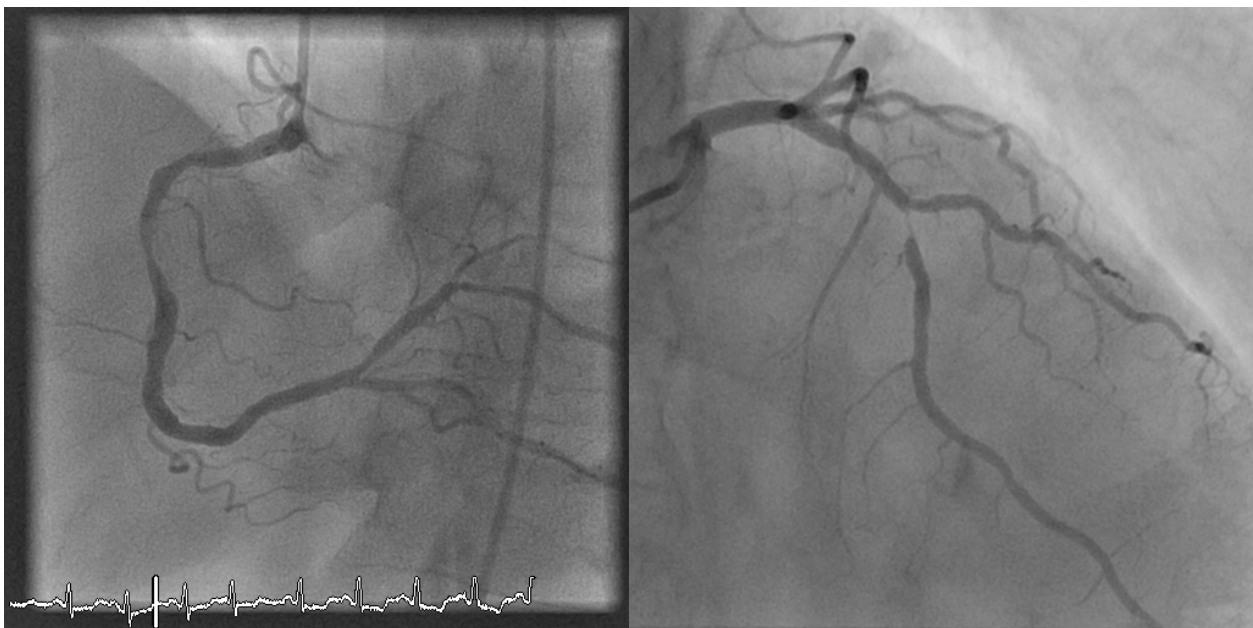
Question 7 : 3 ans plus tard après un suivi régulier il développe de l'angor d'effort à nouveau. Quel bilan cardiologique non invasif proposez vous ? Que peut-on craindre ? 10 points

Question 8 : les examens non invasifs que vous avez proposé ont conduit à la réalisation d'un bilan hémodynamique et coronarographique dont voici les résultats suivants. 5 points



SEQUENCE: 8 . TEMPS: 00:52:29 FC: 121

P1: A.O.A.	SYST: 171	DIAS: 92	MOYE: 121	
P2: U.G.R.	SYST: 233	DIAS: 18	MOYE: 94	P.TDU: 5
	GPPM: 62	GM : 50		30 15



Quelle attitude thérapeutique proposez vous ?

REPONSE CAS CLINIQUE

Question 1 : Quel diagnostic évoquer et pourquoi ? 15 points

Infarctus du myocarde à la phase aiguë	1
Inférieur	1
Non compliqué	0,5
Patient à risque cardiaque :	
- age, homme	0,5
- Tabagisme 45 PA	0,5
- HTA mal équilibré	0,5
- DNID	0,5
- Obésité BMI=31,1	0,5
Signes fonctionnels :	
-Angor instable dans les dernières 48 h	0,5
- Angor d'effort de novo	0,5
- Douleur typique infarctus >30 min, siège rétrosternal, irradiation mandibulaire	3
ECG retrouve :	
- rythme régulier, 65 b/min	0,5
- sinusal	0,5
- sus-décalage ST en D2 D3 VF	3
- miroir antérieur, lésion sous endocardique antérieure	2

Question 2 : Quelle attitude thérapeutique proposer immédiatement? (décrivez la prise en charge non thérapeutique et thérapeutique de manière précise) 20 points

1- Revascularisation en urgence	5
l'artère responsable de l'IDM par	0,5
<u>angioplastie primaire</u> (coronarographie et angioplastie avec ou sans <u>endoprothèse</u> coronaire)	
ou <u>thrombolyse</u> (ex : <u>ténectéplase (METALYSE*)</u> → un bolus IV de 30 à 50 mg en fonction du poids) au mieux	
<u>pré-hospitalière</u>	6
2- mise en condition par le SAMU:	0,5
- scope	0,5
- voie veineuse périphérique	0,5
- rassurer le patient	0,5
- calmer la douleur (Perfagen 2g IV, Nubain ½ à 1 ampoule SC ou IV)	0,5
- O ² lunette	0,5
- transfert vers USIC ou laboratoire d'hémodynamique, prévenir l'équipe d'astreinte si ATC primaire	0,5
3- Traitement associés	5
- <u>ASPEGIC</u> 500mg IV	
- <u>Héparinothérapie</u> : Bolus IV 50 mg puis SE (HBPM ?)	
- <u>Bétabloquant</u> : IV ou per os (ex : TENORMINE IV 1 ampoule 5 mg ou 1cp 50mg en l'absence de contre-indication) BUT : Limiter taille de l'infarctus en diminuant consommation en O ₂ du myocarde et prévenir arythmies ventriculaires catécholaminergiques	
- Dérivés nitrés : à discuter, moins fréquemment utilisé en cas IDM inférieur	
- <u>PLAVIX Clopidogrel</u> : dose de charge 4cp puis 1cp/j (1 mois) si endoprothèse ou +	
- <u>Anti GpIIbIIIa</u> si angioplastie primaire	
• Abciximab (REOPRO*) : 0,25 mg/kg IV puis 0,125 µg/kg/mn 12 h	
• Tirofiban (AGRASTAT*) : 0,4 µg/kg/mn puis 0,1µg/kg/mn 48 h ou +	
• Eptifibatide (INTEGRILIN*) : 180 µg/kg IV puis 2 µg/kg/mn 72 h ou -	

Question 3 : Quelles attitudes thérapeutiques proposez vous de rajouter ? 15 points

Consultation diététique : hypocalorique, hypocholestérolémiant, diabétique et désodé.	5
Prise en charge de l'hypercholestérolémie :	2
Médicamenteuse 1 ^{ère} intention STATINE (au choix)	5
Insulinothérapie, stop ADO	2
Réhydratation car insuffisance rénale	1

Question 4 : Le patient passe en arythmie avec l'électrocardiogramme n°2 avant sa sortie de l'hôpital. Décrivez l'ECG et quelle est votre prise en charge ? 15 points

Fibrillation auriculaire	5
Anticoagulation efficace par héparinothérapie :	1
- HNF ou CALCIPARINE 0,30x3 à dose curative	1
- Surveillance TCA 2 à 3 X le témoin	1

- Surveillance Plaquettes 2 fois par semaine du 5^{ème} au 21^{ème} jours 1
- Tentative de réduction FA : Dose de charge de CORDARONE (30 mg/kg en 2 prises distantes de 30 minutes) 3
- après bilan thyroïdien 1
- Pas d'AVK pendant la double anti-agrégation plaquettaire à cause du stent 2

Question 5 : 48 heures après le rythme est de nouveau sinusal et vous décidez de le laisser sortir. Quelle sera votre ordonnance de sortie? 9 points

- Bétabloquant : TENORMINE 100mg 1 cp le matin
- Antiagrégant plaquettaire : KARDEGIC 75 mg 1 sachet par jour le midi
PLAVIX 1 cp par jour pendant au mois 1 mois (9 mois)
- Anticoagulant : CALCIPARINE 0,30x3 à adapter au TCA pendant 1 mois puis relais AVK après arrêt de la double antiagrégation
- Statine : ex : ZOCOR 20 mg 1 cp le soir
- IEC : ex : COVERSYL 4 mg en surveillant la fonction rénale (car IR)
- Dérivés nitrés rapide NATISPRAY 1 bouffée en cas de douleur
- Protection gastrique : ex MOPRAL 20 mg le soir
- Antiarythmique : CORDARONE 1 cp par jour prévention récidive

Question 6 : Comment organisez vous la prise en charge extrahospitalière et le suivi de ce patient ? 11 points

- Rééducation cardiaque 1 mois 1
- Arrêt du tabac : soutien psychologique, anxiolytique, patch ? 1
- Suivi par consultation et épreuve d'effort tous les 2 mois pendant les 6 premiers mois afin de rechercher une resténose ou aggravation, puis surveillance tous les 6 mois et test d'effort tous les ans 2
- Contrôle échographique annuel du RAO 2
- Contrôle bilan lipidique tous les 6 mois 1
- Surveillance PA : MAPA si nécessaire 1
- Surveillance diabète : avis spécialisé, hémoglucoest 3/jours, HA1c 1
- Diététique : surveillance poids, hypocalorique, hypocholestérolémique, hypoglycémique, désodé 1
- Activité physique : poursuite rééducation, endurance 1

Question 7 : 3 ans plus tard après un suivi régulier il développe de l'angor d'effort à nouveau. Quel bilan cardiologique non invasif proposez vous ? Que recherche t-on ? Que doit-on craindre ? 10 points

- Interrogatoire : signes fonctionnels à effort (dyspnée, angor, syncope) 1
- Examen clinique : souffle systolique RAO rapeux, rude, avec disparition B2, irradiation vers carotide 0,5x4
- ECG : signe de souffrance coronarienne, HVG avec surcharge ventriculaire systolique 1
- Echographie cardiaque transthoracique : recherche d'un rétrécissement aortique serré (Gradient moyen > 50mmHg, Surface < 0,75cm²) 2
- Epreuve d'effort si pas de RAO serré à la recherche de signe d'ischémie d'effort (sous décalage de ST) 1
- On peut craindre :
 - soit une aggravation du RAO 2
 - soit une aggravation réseau coronaire ± resténose 1

Question 8 : les examens non invasifs que vous avez proposé ont conduit à la réalisation d'un bilan hémodynamique et coronarographique dont voici les résultats (annexe3). Analysez les et quelle attitude thérapeutique proposez vous ? 5 points

- Rétrécissement aortique serré : Gradient pic à pic de 60mmHg 1
- Resténose segment proximal de CD1 1
- Sténose de IVA1 1
- Attitude thérapeutique : Après discussion médicochirurgicale, on retient l'indication d'un remplacement valvulaire aortique par bioprothèse et 2 pontages aorto-coronariens sur IVA et CD, en l'absence de contre-indication lié à l'anesthésie. 2