

DOSSIER

Monsieur L est âgé de 65 ans (90 kg pour 170 cm), il présente les facteurs de risque cardio-vasculaire suivants : un tabagisme actif estimé à 45 paquets/année, un diabète de type 2 évoluant de puis une dizaine d'années, une HTA ancienne.

Il consulte car il a vu apparaître depuis 1 mois des douleurs thoraciques rétro-sternales survenant pour des efforts importants, durant environ 5 minutes et cédant au repos.

Son traitement habituel est le suivant :
GLUCOPHAGE (metformine) Retard 2 cp/jour
AMLOR (amlodipine) 5 mg 1 gel/jour
EUPRESSYL (urapidil) 60 mg 2 cp/jour

A l'interrogatoire, il décrit également la survenue d'une crampe au mollet gauche lors des efforts de marche les plus importants (environ 1 Km)

Votre examen clinique retrouve :

- un souffle systolique 2/6 au foyer aortique avec B2 conservé
- un souffle systolique carotidien droit
- un souffle systolique fémoral gauche
- une nette diminution des pouls périphériques au membre inférieur gauche
- une pression artérielle à 170/90

L'électrocardiogramme inscrit un rythme sinusal avec une hypertrophie auriculaire et ventriculaire gauche sans anomalies de la repolarisation

Sur le plan biologique, on retrouve les valeurs suivantes :

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| - Na : 138 mmol/l | - Cholesterol total : 3 g/l |
| - K : 4 mmol/l | - Triglycerides : 3 g/l |
| - Urée : 10 mmol/l | - Glycémie : 2,5 g/l |
| - Créatininémie : 150 micromol/l | - HbA1c : 8,5 % |

1°) Synthétisez le tableau global présenté par ce patient

2°) Complétez l'interrogatoire et l'examen clinique sur le plan cardio-vasculaire

3°) Quels examens complémentaires à visée cardiaque pensez-vous qu'il faille réaliser ? Et qu'en attendez-vous ?

4°) Quels autres examens complémentaires programmez vous ? Et qu'en attendez-vous ?

5°) Quelle est votre prise en charge détaillée de ce patient ?

1°) Synthétisez le tableau global présenté par ce patient

- homme de 65 ans présentant de nombreux facteurs de risque cardio-vasculaire :
 - tabagisme important et actif
 - diabète de type 2 non équilibré (*HbA1c à 8,5%*) sous Biguanides
 - HTA ancienne non contrôlée (*TA à 170/90*) et avec retentissement cardiaque (*HAG et HVG sur ECG*)
 - Dyslipidémie mixte non connue et non traitée
 - Surcharge pondérale androïde

- Décrivant une symptomatologie :
 - d'angor d'effort (*douleurs thoraciques rétro sternales survenant pour des efforts importants, durant environ 5 minutes et cédant au repos.*)

 - de claudication artérielle intermittente du membre inférieur gauche (*crampe au mollet gauche lors des efforts de marche les plus importants*) probablement en rapport avec une sténose iliaque ou fémorale gauche (*un souffle systolique fémoral gauche et une nette diminution des pouls périphériques au membre inférieur gauche*)

- Dont l'examen clinique fait suspecter
 - une sténose carotidienne droite (*souffle systolique carotidien droit*)
 - une sténose aortique non serrée (*souffle systolique 2/6 au foyer aortique avec B2 conservé*)

- Et dont les examens biologiques permettent de découvrir :
 - une dyslipidémie mixte (*Cholestérol total : 3 g/l Triglycérides : 3 g/l*)
 - une insuffisance rénale modérée (*Urée : 10 mmol/l Créatininémie : 150 micromol/l*)
 - un mauvais équilibre de son diabète (*HbA1c à 8,5%*)

2°) Complétez l'interrogatoire et l'examen clinique sur le plan cardio-vasculaire

- recherche d'autres signes fonctionnels :
 - dyspnée (classe NYHA)
 - douleurs thoraciques de repos (*signant le caractère instable de l'angor*)
 - palpitations
 - lipothymies ou syncope

- examen clinique :
 - recherche de signes d'insuffisance cardiaque
 - mesure de l'index de pression de cheville
 - palpation abdomen et auscultation (*recherche de masse battante et soufflante*)

3°) Quels examens complémentaires à visée cardiaque pensez-vous qu'il faille réaliser ? Et qu'en attendez vous ?

- **recherche d'ischémie myocardique**
 - **épreuve d'effort :**
 - cycloergometrique ou tapis roulant
 - recherche une positivité électrique (sous décalage ST) traduisant une ischémie myocardique secondaire à une sténose coronaire
 - risque de limitation car AOMI
 - **scintigraphie myocardique :**
 - traceur MIBI ou Thallium / stress par EE ou Dipiridamole
 - recherche de troubles de la perfusion réversibles (ischémie) ou non réversibles (nécrose)
 - **échocardiographie de stress sous Dobutamine**
 - recherche de troubles de la cinétique segmentaire (permanents signant une sequelle de necrose ou reversibles signant une ischémie)
 - **en cas de positivité de ces examens : coronarographie permettant :**
 - un diagnostic positif / topographique / extension d'insuffisance coronarienne
 - décision thérapeutique : angioplastie ou pontages
- **échocardiographie transthoracique**
 - retentissement de l'HTA :
 - fonction systolique et diastolique VG
 - épaisseurs pariétales / dimensions cavitaires
 - recherche de valvulopathie associée (*souffle systolique 2/6 au foyer aortique avec B2 conservé*)
 - diagnostic positif et quantification de la valvulopathie
- **radio du thorax**
 - rapport cardiothoracique
 - état pleuro parenchymateux
- **mesure ambulatoire de la pression artérielle**
 - vérifier contrôle tensionnel
- **holter ECG**
 - recherche de troubles du rythme supra ventriculaire ou ventriculaire
 - recherche de troubles conductifs

4°) Quels autres examens complémentaires programmez vous ? Et qu'en attendez vous ?

- **à visée vasculaire périphérique :**
 - echo-doppler des carotides / aorte et membres inférieurs / artères rénales
 - diagnostic positif / topographique et extension de lésions sténosantes
 - épreuve de marche sur tapis roulant
 - seuil d'apparition des SF
 - diminution de la pression distale à l'effort : *sévérité de l'atteinte*

- **à visée rénale :**
 - morphologiques :
 - échographie rénale
 - tailles des reins / différenciation cortico-médullaire
 - tailles des voies urinaires
 - biologiques :
 - LABSTIX –ECBU
 - Protéinurie des 24h
 - Numération formule sanguine (*recherche anémie*)
 - Calcémie-phosphorémie
 - Mesure de la clearance de la créatinine

- **à visée cérébrale :**
 - TDM cérébral SPC (*recherche de signes d'AVC*)
 - Doppler trans-crânien (*retentissement des sténoses carotidiennes*)
 - angioIRM des vaisseaux du cou (*préciser état sténose carotidienne*)

- **à visée ophtalmologique :** *diagnostic positif et sévérité de la rétinopathie diabétique et hypertensive*
 - fond d'œil
 - angiographie rétinienne

- **sur le plan métabolique :**
 - fractions du bilan lipidique : HDL / LDL
 - uricémie

5°) Quelle est votre prise en charge détaillée de ce patient ?

- **mesures hygiéno-diététiques :**
 - régime hypocalorique (perte de poids)
 - régime de type diabétique
 - régime modérément désodé (pour HTA)
 - régime hypocholestérolémiant

- sevrage complet et définitif de l'intoxication tabagique
- activité physique de type endurance 1h 3 fois par semaine
- **éducation :**
 - diabète :
 - auto surveillance glycémique
 - préventions troubles trophiques
- **traitement spécifique :**
 - **CARDIOVASCULAIRE :**
 - **Insuffisance coronarienne :**
 - Revascularisation coronaire : angioplastie + stent (actif ou passif) ou chirurgie de pontages aorto-coronariens
 - Traitement médical :
 - Antiagrégants : aspirine + clopidogrel si stent
 - Beta-bloquants (ICa bradycardisants si CI)
 - Statine
 - IEC
 - Dérivés nitrés ou apparentés si revasc incomplète
 - **HTA :**
 - IEC et Beta-bloquants en 1ère intention
 - Si insuffisants ou CI : Ica / sartans / diurétiques
 - Objectif tensionnel < 130/80
 - **AOMI :**
 - Sevrage tabagique
 - Activité de marche régulière
 - Vasodilatateurs : traitement symptomatique
 - Revascularisation :angioplastie ou pontage
 - **Sténoses carotidiennes :**
 - Antiagrégants
 - Discuter endarteriectomie chirurgicale ou angioplastie
 - **Prévention de la greffe Oslerienne :**
 - Prise d'antibiotiques en cas de gestes invasifs ou des soins dentaires
 - **DYLIPIDEMIE :**
 - Statines en première intention
 - Si CI : fibrates ou Ezetimibe
 - Si insuffisant : Ezetimibe
 - Objectifs :LDL Cholestérol < 1,30 g/l ou <1 g/l si atteinte coronaire confirmée

- **DIABETE**

- Stop biguanides et ADO car insuffisance rénale
- Mise en place insulinothérapie
- Objectifs HbA1c < 6,5 %

- **Surveillance :**

- Clinique :

- SF : angor / dyspnée / palpitations / lipothymies ou syncopes
- SP : pouls périphériques / signes d'insuffisance cardiaque / pression artérielle / auscultation cardiaque

- Paraclinique :

- ECG annuel
- Iono-urée-créatininémie-bilan lipidique complet-HbA1c
- EE ou Scintigraphie
- Echodoppler carotides-aorte et mb inf
- MAPA
- ETT