

## DOSSIER N° 1

Monsieur J... 78 ans se présente aux Urgences pour une dyspnée évoluant depuis 36 heures. Ce patient est hypertendu depuis de longue date. Il est par ailleurs tabagique et a un antécédent d'accident vasculaire cérébral sans séquelle fonctionnelle. Il ne prend aucun traitement.

A l'examen clinique vous retrouvez des bruits du cœur irréguliers rapides à 130 battements par minute. Le patient est tachypnéique, la saturation est à 93 %, la tension artérielle à 17/9. L'auscultation pulmonaire retrouve des râles crépitants remontant jusque mi-champs bilatéraux. Le reste de l'examen clinique est normal.

### Questions

- 1/ Quel est le diagnostic le plus probable ?
- 2/ Quel est le traitement en hospitalisation ?
- 3/ Quelle est votre prise en charge non thérapeutique en hospitalisation ?

Votre diagnostic est confirmé, le patient est rétabli et vous le laissez sortir.

4/ Traitement de sortie

Vous revoyez comme prévu Monsieur J... pour un contrôle, en consultation. A l'examen clinique il paraît en forme et a repris du poids. Le reste de l'examen est sans particularité. Pourtant, il vous signale une asthénie profonde et vous demande de diminuer les médicaments qui le constipent.

5/ A quoi pensez-vous ? Donnez votre démarche diagnostique et thérapeutique.

## REPONSES DOSSIER N°1

**Réponses N°1** / Œdème aigu du poumon décompensant une cardiopathie hypertensive à la faveur d'une fibrillation auriculaire persistante.

Œdème aigu du poumon car :

- signes d'insuffisance ventriculaire gauche : crépitants, tachypnée, orthopnée.

Fibrillation auriculaire car :

- bruits du cœur irréguliers, fréquence cardiaque, âge, hypertension artérielle.

Cardiomyopathie hypertensive car hypertension artérielle ancienne et non traitée.

### Réponse N°2/

Urgence traitement symptomatique de l'œdème aigu du poumon :

- position demi-assise
- oxygène nasal pour une saturation supérieure à 95 %, VNI si nécessaire
- diurétiques de l'anse : Furosémide, Lasilix 80 mg intraveineuse direct à renouveler en fonction de la clinique en surveillant de la kaliémie et de la diurèse
- dérivé nitré : Risordan 2 mg/heure à la seringue électrique en surveillant la tension artérielle ; arrêt si tension artérielle inférieure à 8/6.

Traitement étiologique de l'OAP = traitement de la fibrillation auriculaire :

- ralentir la fibrillation auriculaire par un digitalique intraveineux en l'absence d'insuffisance rénale et d'hypokaliémie.
- Débuter une imprégnation par Cordarone afin de préparer la cardioversion en contrôlant au préalable le bilan thyroïdien.
- Anticoagulation efficace par Héparine non fractionnée à la seringue électrique pour un TCA entre 2 et 3.
- Débuter un relais par antivitamines K dès le premier jour de type Préviscan avec un contrôle de l'INR à 72 heures pour un objectif d'INR entre 2 et 3.

Programmer une cardioversion électrique après résolution de l'œdème aigu du poumon c'est à dire environ 48 heures après ; celle ci sera précédée d'un examen échographique transoesophagien et d'un contrôle de la kaliémie.

Surveillance du traitement

- clinique, la tension artérielle, fréquence respiratoire, pouls, diurèse,
- biologique, kaliémie, créatinine.
- Electrocardiogramme
- Radio de thorax.

Débuter un traitement de fond de l'hypertension artérielle en choisissant d'abord une monothérapie avec un anti-hypertenseur ayant prouvé l'efficacité sur la réduction de la masse ventriculaire.

### Réponse N°3/

**Echographie cardiaque** : c'est l'examen clé chez ce patient, il va permettre :

- Un bilan préthérapeutique de la fibrillation auriculaire avec une échographie transoesophagienne, la recherche d'un thrombus intracavitaires ; on mesurera également la vitesse de vidange de l'auricule facteur prédictif de la réussite de la cardioversion.
- Un bilan de facteur de risque de récurrence de la fibrillation auriculaire par la mesure de l'oreillette gauche.
- L'échographie permet également un bilan étiologique de l'œdème aigu du poumon, elle communique la fraction d'éjection, l'existence ou non de trouble de cinétique segmentaire en faveur d'une séquelle ischémique myocardique, la masse ventriculaire, une valvulopathie associée, des signes cardiaques droits, une hypertension artérielle pulmonaire en faveur d'une embolie pulmonaire.

- L'échographie permet également le retentissement de l'hypertension artérielle en mesurant la masse ventriculaire et en étudiant la diastole.

Bilan étiologique de la fibrillation auriculaire avec comme principale étiologie :

- o Causes infectieuses : pour les causes infectieuses on effectuera une prise de température, la CRP, une NFS, Labstix, une radiographie de thorax et on poursuivra les prélèvements à visée infectieuse en cas de positivité du bilan initial.
- o Une maladie thrombo-embolique pour laquelle on effectuera un dosage des D dimères, une gazométrie artérielle, un E.C.G., une radiographie de thorax et une échographie doppler veineux des membres inférieurs au moindre doute clinique.
- o Une cause éthylique aiguë avec un dosage de l'alcoolémie
- o L'hyperthyroïdie pour laquelle on dosera la TSH ultra-sensible.

Bilan étiologique de l'œdème aigu du poumon : outre l'électrocardiogramme et l'échographie cardiaque,

- dosage des enzymes cardiaques et la troponine,
- recherche une ischémie myocardique par une échographie de stress et une scintigraphie myocardique au Dypiridamole
- si les enzymes cardiaques sont élevées coronarographie.

Bilan du retentissement du tabagisme chronique en étudiant la radiographie du thorax à la recherche d'une néoplasie et évaluation d'une éventuelle bronchopneumopathie chronique obstructive sous jacente ; au moindre doute on effectue une exploration fonctionnelle respiratoire.

Retentissement de l'hypertension artérielle avec fond d'œil et dosage de la créatinine.

Instauration de mesures diététiques avec consultation de diététique et régime peu salé.

Education du patient à son traitement antivitamines K.

Recherche des autres facteurs de risque cardio-vasculaire et traitement de ceux-ci.

***Il s'agit d'une question majeure à détailler et à classer.***

**Réponse N°4/**

- Antivitamines K Préviscan pour un INR entre 2 et 3, l'anticoagulation est à maintenir à vie compte-tenu d'un accident vasculaire ischémique antérieur non étiqueté.
- Prévention de la rechute de la fibrillation auriculaire par un anti-arythmique de type Cordarone à la dose de 1 comprimé par jour en surveillant le bilan thyroïdien.
- traitement de fond de l'hypertension artérielle
- surveillance simple avec une consultation à 3 mois pour examen clinique et électrocardiogramme et bilan thyroïdien.

**Réponse N° 5/**

Hypothyroïdie à la Cordarone, arguments à détailler.

- dosage de la TSH ultra-sensible
- traitement de cette hypothyroïdie symptomatique par de la L thyroxine de synthèse, Levothyrox en débutant une dose de 75 microgrammes/jour sous surveillance clinique.
- Ne pas stopper la Cordarone car celle-ci permet de prévenir la récurrence de fibrillation auriculaire ; s'il s'agissait d'une hyperthyroïdie, on aurait stoppé la Cordarone et remplacée par un anti-arythmique de classe III : le Sotalex.