

Dossier n° 2

Vous suivez en consultation Madame Im..., 45 ans pour une insuffisance mitrale. Elle n'a pas d'antécédent personnel ou familial notable, et pour seul facteur de risque cardiovasculaire un tabagisme estimé à 20 PA. Cette insuffisance mitrale est connue depuis quelques années et régulièrement suivie par échocardiographie transthoracique.

L'examen clinique ne retrouve pas de plaintes fonctionnelles en dehors d'épisode de palpitations que la patiente décrit depuis longtemps et pour lesquels divers holter ECG n'ont rien révélé. L'auscultation cardiaque retrouve un click mésosystolique suivi d'un souffle se terminant avec le B2, d'intensité 2/6. Le reste de l'examen est sans particularité.

QUESTION 1

Quelles sont dans le cas général les caractéristiques auscultatoires d'un souffle d'insuffisance mitrale ?

Les données de l'auscultation chez cette patiente font suspecter une cause particulière d'insuffisance mitrale. Laquelle ?

QUESTION 2

Quels sont les renseignements apportés par l'échocardiographie dans le cadre d'une insuffisance mitrale ?

QUESTION 3

L'échocardiographie pratiquée chez cette patiente confirme le mécanisme d'insuffisance mitrale suspecté à l'auscultation. La fuite mitrale est cotée de grade 2 sur 4. Le ventricule gauche et l'oreillette gauche sont normaux. Prescrivez vous un traitement à cette patiente ?

QUESTION 4

Vous revoyez la patiente quelques mois plus tard en raison d'une fièvre évoluant depuis une semaine associée à une asthénie et des douleurs articulaires. La température est à 38°C, la TA à 12/7, la fréquence cardiaque à 100 bpm. L'auscultation cardiaque retrouve cette fois un souffle holosystolique mitral d'intensité 4/6. Il existe une tuméfaction rouge et chaude sur la pulpe de l'index droit.

Quel est votre diagnostic ?

QUESTION 5

Quelles sont les 2 hypothèses à évoquer concernant la tuméfaction de l'index droit ?

QUESTION 6

Quelle est votre attitude pour les prochains jours ?

QUESTION 7

Malgré votre prise en charge, la situation ne s'améliore pas et la patiente présente des décompensations cardiaques à répétition malgré l'instauration d'un traitement diurétique. Cela change-t-il la conduite à tenir ?

QUESTION 8

Si le bilan bactériologique retrouve un *Streptococcus bovis*, quel examen sera à réaliser à distance ?

Correction Dossier n° 2

QUESTION 1

Caractéristiques du souffle d'IM dans le cas général :

- Temps : souffle holosystolique
- Foyer : maximum au foyer mitral (apex)
- Irradiation : dans l'aisselle gauche
- Timbre : doux, en jet de vapeur

Dans le cas de cette patiente, il faut suspecter un prolapsus valvulaire mitral (ou maladie de Barlow) lié à une dégénérescence myxoïde de la valve en raison du click mésosystolique (traduisant la mise en tension de la valve prolabée) et le souffle méso et télésystolique faisant suite à ce click.

QUESTION 2

1/ Mise en évidence et quantification de la fuite mitrale : extension de la fuite au doppler couleur, amplitude de l'onde E, rapport des ITV mitrale et aortique, critères PISA

2/ Etat de la valve mitrale, mécanisme de la fuite

3/ Retentissement sur les cavités cardiaques :

- Fonction systolique : FE
 - Dimensions du ventricule gauche, de l'oreillette gauche
 - Mesure des pressions artérielles pulmonaires sur le flux d'IT
- 4/ Autre : examen des autres valves cardiaques, état du péricarde

QUESTION 3

Devant un IM asymptomatique, de bas grade à l'échocardiographie et sans retentissement cardiaque, il n'y a pas lieu de prescrire un traitement médicamenteux au long cours par IEC et/ou diurétiques. Une simple surveillance clinique et échocardiographique est nécessaire, avec une fréquence d'un examen tous les 1 à 2 ans.

Il est par contre indispensable de prescrire une antibioprophylaxie en prévention de l'endocardite en cas de soins dentaires ou de geste endoscopique. **(0 si oublié)**

Soins dentaires sous AL : Amoxicilline 3g PO 1 heure avant le geste (si allergie à la pénicilline : Clindamycine 600 mg PO ou Pristinamycine 1g PO).

Soins dentaires sous AG : Amoxicilline 2g IV 1 heure avant le geste puis 1g PO 6 heures après (si allergie à la pénicilline : Vancomycine 1g IV ou Teicoplanine 400 mg IV 1 heure avant le geste et pas de 2° dose).

Endoscopie digestive ou urogénitale : Amoxicilline 2g IV + gentamycine 1,5 mg/kg IV 1 heure avant le geste puis Amoxicilline 1g PO 6 heures après (si allergie à la pénicilline : Vancomycine 1g IV + gentamycine 1,5 mg/kg IV 1 heure avant le geste et pas de 2° dose).

Conférences d'Internat 07-08 (DCEM 3)

Révision Module 9 (Cardiologie)

Mardi 06 nov. 07 - Dr A. FONTAN

QUESTION 4

Endocardite infectieuse mitrale compliquant une IM préexistante

Arguments :

- Terrain : Prolapsus mitral avec fuite déjà connu
- Fièvre depuis 1 semaine
- Asthénie
- Signes articulaires
- Aggravation d'un souffle mitral déjà connu
- Tuméfaction de l'index droit : voir question 5

QUESTION 5

Panaris représentant la porte d'entrée

Faux panaris d'Osler

QUESTION 6

Hospitalisation en urgence en cardiologie ou maladies infectieuses

Mise en condition de la patiente : voie veineuse périphérique, scope cardio tensionnel

Réalisation d'un bilan paraclinique :

Biologie sanguine : ionogramme, urée, créatinine, paramètres inflammatoires : CRP, VS, NFS
RT, ECG

Bilan bactériologique :

- Hémocultures (**0 si oubli**)
 - répétées (au moins 3 à 6 séries),
 - si possible au moment des pics fébriles et des frissons,
 - avant toute antibiothérapie,
 - sur milieux aérobie et anaérobie
- Prélèvement bactériologique de la porte d'entrée (index droit dans ce cas)
- Bandelette urinaire +/- ECBU

Bilan morphologique : ETT complétée par ETO (**0 si oubli**) : l'ETT est urgente, pas l'ETO.

Quantification de la fuite et recherche de végétations.

Démarrer le traitement

Antibiothérapie (**0 si oubli**)

- double, bactéricide et synergique
- parentérale au début
- après réalisation des prélèvements bactériologiques
- probabiliste au début, active sur les germes suspectés
- secondairement adaptée à l'antibiogramme
- prolongée (au moins 6 semaines)

Traitement de la porte d'entrée (**0 si oubli**)

Prévention de la maladie thromboembolique par bas de contention, de l'ulcère de stress par MOPRAL.

Conférences d'Internat 07-08 (DCEM 3)

Révision Module 9 (Cardiologie)

Mardi 06 nov. 07 - Dr A. FONTAN

Surveillance :

Processus infectieux : Température, CRP

Lésions valvulaires : clinique : signes d'IVG, échocardiographie transthoracique

Tolérance du traitement

Une chirurgie de remplacement valvulaire sera à discuter par la suite en fonction des dégâts valvulaires et de l'importance de la fuite et des végétations. L'idéal est d'attendre au moins 3 à 4 semaines d'apyrexie et de négativation de la CRP.

QUESTION 7

OUI. Il existe une indication chirurgicale urgente d'ordre hémodynamique lié à l'importance de la fuite mitrale. Planifier une chirurgie de remplacement valvulaire dans les 2-3 jours.

Il existe 3 indications chirurgicales urgentes dans un contexte d'endocardite :

- d'ordre infectieux : Processus infectieux non maîtrisé par une antibiothérapie adaptée

- d'ordre hémodynamique : Mauvaise tolérance de la fuite valvulaire

- d'ordre « embolique » : végétation volumineuse et mobile représentant un risque embolique systémique important

QUESTION 8

L'origine de ce germe est digestive. Il faudra pratiquer à distance une coloscopie totale à la recherche notamment d'un cancer colorectal.

Dossier n° 3

Monsieur D. T... est amené aux urgences par les pompiers en raison d'une douleur thoracique. C'est un homme jeune de 40 ans, 1 m 85, 70 kg, présentant comme facteur de risque un tabagisme actif chiffré à 20 PA, et une hérédité cardio vasculaire (IDM chez le père à l'âge de 50 ans).

Parmi ces principaux antécédents, vous relevez :

- Un traumatisme thoracique suite à un AVP il y a 10 ans. Un hémothorax avait été drainé et il avait dû être hospitalisé une semaine en réanimation.
- Un ulcère duodénal il y a 6 ans.
- Une phlébite sous plâtre il y a 5 ans traitée par 3 mois d'AVK. (plâtre mis en place en raison d'entorses de la cheville à répétition).
- Une rhinopharyngite il y a 10 jours.

La douleur qui l'amène a débuté il y a 6 heures, rapidement progressive et ne cédant pas depuis. Elle est de siège rétrosternal en barre, n'a pas d'irradiation et gêne la respiration profonde. Elle est à type de serrement et de brûlure. Le patient n'a pris aucun médicament pour tenter de la calmer.

En entrant dans la chambre, vous trouvez le patient assis dans le lit. Votre examen retrouve une hémodynamique correcte (TA 13/6 au bras droit, 12/5,5 au bras gauche, fréquence cardiaque 100 bpm), une respiration normale (fréquence respiratoire 15/min, saturation en air ambiant 98 %), la température est à 38°C. L'auscultation cardiaque montre des bruits du cœur rapides mais réguliers, sans bruit surajouté. L'examen pulmonaire est normal : pas de crépitation, pas de ronchi, pas d'abolition du murmure vésiculaire, pas de matité, pas de tympanisme. Tous les pouls périphériques sont perçus. Les mollets sont souples. Il n'y a pas de signe d'insuffisance ventriculaire droite.

Vous enregistrez l'ECG suivant (voir feuille jointe)

L'administration de NATISPRAY sublingual ne modifie ni la douleur, ni l'ECG.

La biologie à l'entrée met en évidence :

- Na 140 mmol/l ; K 3,9 mmol/l ; Cl 100 mmol/l ; Bica 24 mmol/l ; créatinine 80 μ mol/l ; CRP 75 ; CK totales 40 (normal) ; Tropono 0.
- Gazométrie air ambiant : PO₂ 98 mmHg ; PCO₂ 36 mmHg ; PH 7,43.
- GR 4 800 000/mm³ ; hémoglobine 13,2 g/dl ; hémocrite 40 % ; plaquettes 550 000/mm³ ; GB 15000/mm³.
- TP 95%, TCA 33 sec (témoin 32 sec), fibrinogène 5,26 g/l, D-dimères 630 (normale < 450).

La radiographie thoracique réalisée couché au lit et de mauvaise qualité ne montre qu'un médiastin possiblement élargi sans anomalie pulmonaire.

QUESTION 1

Quelles sont les 4 urgences cardiovasculaires à évoquer en priorité ? Quels sont les arguments en faveur et en défaveur de chacun de ces 4 diagnostics ? Quel est le diagnostic le plus probable ?

QUESTION 2

Quel signe d'examen absent de cette observation signerait le diagnostic avec quasi certitude ?

Conférences d'Internat 07-08 (DCEM 3)

Révision Module 9 (Cardiologie)

Mardi 06 nov. 07 - Dr A. FONTAN

QUESTION 3

Quel examen peut apporter des arguments forts en faveur de ce diagnostic ? Quel signe serait en faveur de ce diagnostic ?

QUESTION 4

Quelles sont les étiologies possibles de cette pathologie ? Quelle est la plus probable chez ce patient ?

QUESTION 5

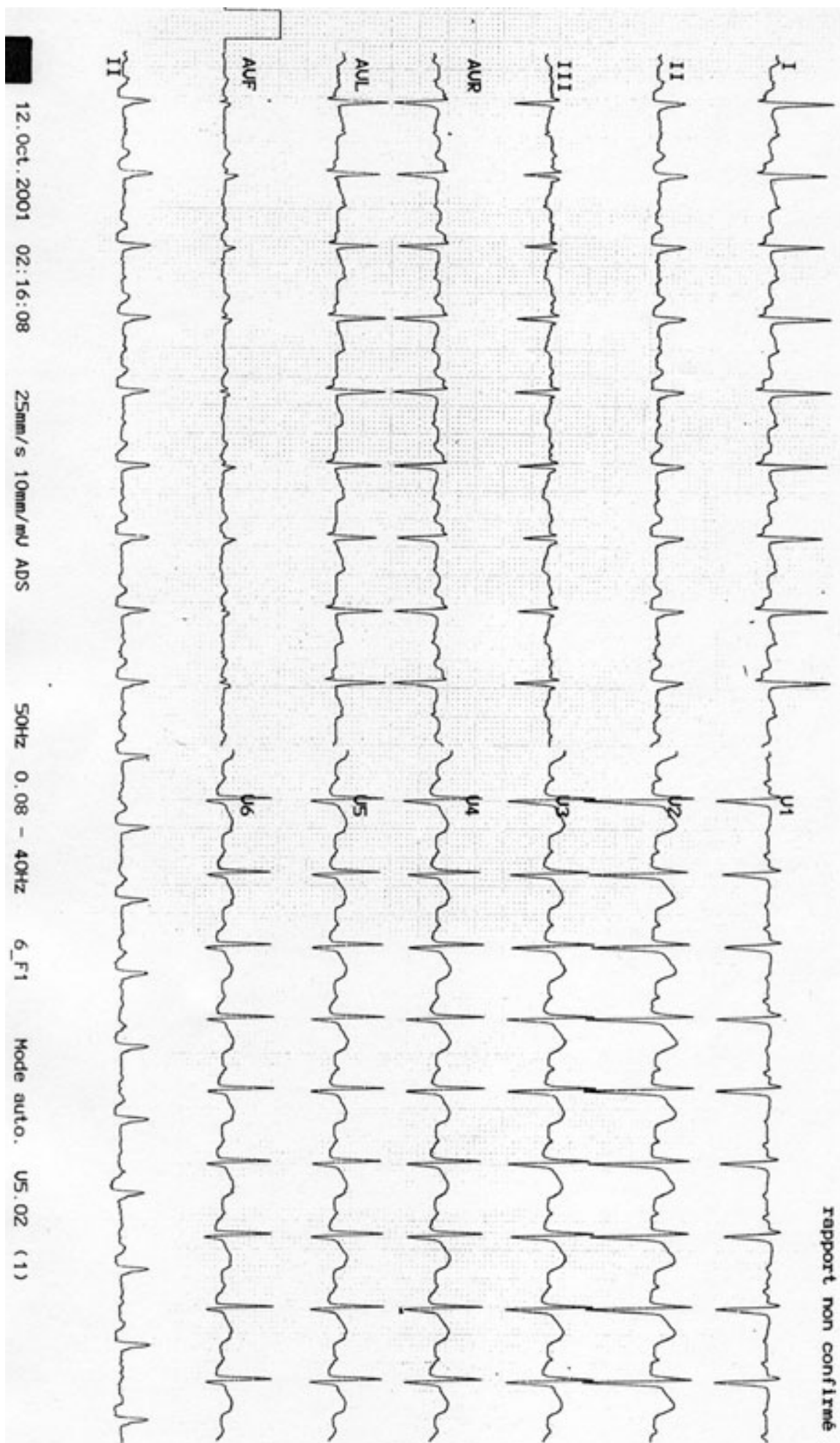
Quelle est votre conduite à tenir pour les prochains jours et semaines ?

QUESTION 6

Finally le patient guérit, mais il vous est amené en urgence par le SAMU 6 mois plus tard en état de choc. Il ressentait une douleur thoracique identique depuis 2 jours mais n'avait pas jugé utile de consulter. C'est finalement sa compagne qui appelle les secours en raison de la grande fatigue du patient et de son incapacité à quitter le lit. Le SAMU vous amène un patient en état de choc avec une TA à 6/4. Son teint est gris. Vous remarquez au premier coup d'œil une turgescence jugulaire importante. Quel diagnostic évoquez vous en urgence ? Comment le confirmer rapidement ?

QUESTION 7

Vos soupçons sont confirmés. Que faites vous ?



Correction Dossier n° 3

QUESTION 1

4 urgences cardiovasculaires à évoquer :

- Péricardite
- Infarctus du myocarde
- Embolie pulmonaire
- Dissection aortique

Péricardite :

Arguments en faveur :

- Terrain : homme jeune
- Infection virale précessive (rhinopharyngite)
- Caractéristiques de la douleur thoracique, augmentation à l'inspiration, diminuée par position assise
- Tachycardie
- Fébricule
- ECG : sus décalage diffus point J, pas d'image en miroir, sous décalage segment PQ
- Inefficacité de la trinitrine
- Syndrome inflammatoire biologique.

Pas d'argument en défaveur.

Infarctus du myocarde :

Arguments en faveur :

- Terrain : FDR : tabac, hérédité
- Douleur de siège rétrosternal à type de serrement, trinitrorésistante.

Arguments en défaveur :

- Absence d'onde Q et d'élévation de la troponine après 6 heures de douleur
- Caractère diffus et non systématisé à un territoire du sus décalage ST à l'ECG.

Embolie pulmonaire :

Arguments en faveur :

- Terrain : ATCD de TVP pouvant orienter vers une thrombophilie
- Positivité des D-dimères
- La normalité de l'examen pulmonaire, de la RT, et l'absence de signes évocateurs à l'ECG n'éliminent pas le diagnostic.

Arguments en défaveur :

- La faible élévation des D-dimères peut être expliqué par le syndrome inflammatoire
- Normalité de la gazométrie en air ambiant

Dissection aortique :

Arguments en faveur :

- Terrain : morphotype grand et mince, entorses à répétition : Marfan ?
- ATCD de traumatisme thoracique important qui aurait pu fragiliser l'aorte
- Elargissement du médiastin à la RT (mais cliché de mauvaise qualité)

Conférences d'Internat 07-08 (DCEM 3)

Révision Module 9 (Cardiologie)

Mardi 06 nov. 07 - Dr A. FONTAN

Arguments en défaveur :

- Absence de poussée tensionnelle, pas d'asymétrie tensionnelle
- Absence de souffle cardiaque ou d'anomalie des pouls périphériques

Le diagnostic le plus probable est une péricardite aiguë

QUESTION 2

Frottement péricardique à l'auscultation cardiaque

QUESTION 3

Echographie cardiaque transthoracique

Signe évocateur : épanchement péricardique

Normale : n'élimine pas le diagnostic (péricardite sèche)

QUESTION 4

Idiopathique (virale) : cause la + probable

Néoplasie

Maladies de système : Lupus surtout, PR, sclérodermie, Sharp,...

Causes infectieuses : tuberculose, VIH (bactéries, champignons, parasites rares)

Radique

Post IDM : précoce ou tardive (syndrome de Dressler)

Rhumatismale (RAA)

Urémique (insuffisance rénale terminale)

Post péricardotomie

QUESTION 5

Traitement ambulatoire (hospitalisation si doute diagnostique, si épanchement péricardique significatif, ou si myopéricardite).

Repos = arrêt de travail pendant 3 semaines

AINS type BI PROFENID ou Aspirine (1g x 3/j) pendant 3 semaines

Protection gastrique par IPP type MOPRAL* pendant la durée du traitement AINS

Antalgiques type paracétamol si besoin

Surveillance clinique, ECG, biologique, échographique avec consultation cardiologique à l'issue du traitement

QUESTION 6

Tamponade à évoquer en priorité (**0 si autre diagnostic**)

Arguments :

- ATCD de péricardite il y a 6 mois
- Tableau de choc avec signes droits ++

Conférences d'Internat 07-08 (DCEM 3)

Révision Module 9 (Cardiologie)

Mardi 06 nov. 07 - Dr A. FONTAN

Confirmation rapide par échographie cardiaque transthoracique à réaliser sans délai : montre épanchement péricardique, pas forcément très important mais avec compression des cavités droites et signes d'adiastolie.

QUESTION 7

Urgence thérapeutique majeure.

Hospitalisation en soins intensifs

Aucun bilan ne doit retarder la prise en charge : on prélève seulement le strict nécessaire au bilan pré opératoire : Groupage sanguin ABO rhésus + RAI

Drainage chirurgical en urgence par mini thoracotomie basse.

Remplissage vasculaire par macromolécules en attendant.

Ponction évacuatrice à l'aiguille par piqûre sous xyphoïdienne avec repérage échographique ou à l'aveugle seulement si l'état du patient ne lui permet pas d'attendre son transfert au bloc opératoire.

Analyse cytologique du liquide prélevé, voire biopsie péricardique pour anapath si le chirurgien découvre une anomalie péricardique.

Surveillance post opératoire.

Ultérieurement, une enquête étiologique exhaustive sera indispensable à la recherche d'une autre cause qu'une simple péricardite virale.