

Dossier n° 7

Un homme de 55 ans, cadre dans une entreprise de services, plutôt sédentaire, fumeur actif à 35 PA, et avec, vous dit-il, « un peu de cholestérol comme tout le monde dans sa famille » sans qu'il n'y ait prêté attention, vous consulte car depuis quelques mois, il se sent essoufflé de manière inhabituelle le week-end lorsqu'il entretient son jardin. Cela ne l'avait pas inquiété jusqu'à la semaine dernière où, alors qu'il avait décidé de couper du bois, il a également ressenti une « barre dans la poitrine ».

A l'examen, la TA est à 147/86 mmHg symétrique aux 2 bras, le pouls est régulier à 70/min. Il mesure 1m75 pour 85 kg. L'auscultation cardiaque vous révèle un souffle systolique, intense, râpeux, prédominant au bord droit du sternum.

1. Quelles sont les 2 hypothèses que vous évoquez comme pouvant être à l'origine de ce tableau ? Pour l'une d'entre elles citez une anomalie auscultatoire non mentionnée ici qui aurait conforté cette suspicion, et une autre qui aurait du être recherchée en faveur de sa sévérité.

Vous confiez alors ce patient à un ami cardiologue. Celui-ci vous confirme que cet homme est bien porteur de la valvulopathie que vous aviez suspectée, et qu'elle est sévère.

2. Quelle est habituellement la 1^{ère} cause de ce type de valvulopathie ? Doit-elle être incriminée dans ce cas précis ? Si non, quelle autre cause pouvez-vous évoquer par ordre de fréquence ?

3. Quel examen a permis au cardiologue de juger de la sévérité de cette valvulopathie ? Citez les 2 paramètres mesurés qui ont permis de retenir ce caractère sévère ou « serré » .

4. Quel traitement faut-il envisager et pourquoi ? Y-a-t-il un bilan pré-thérapeutique à effectuer ? Si oui, lequel ?

Un peu effrayé par ce que vous lui avez dit, votre patient ne s'est pas résolu à suivre vos conseils et a refusé le traitement proposé. Vous n'avez plus de nouvelles pendant plusieurs mois jusqu'à ce qu'il revienne vous voir « très fatigué ». Il a perdu plusieurs kg, vous dit qu'il lui arrive de frissonner depuis plusieurs jours. A l'examen, vous retrouvez le souffle que vous connaissez avec une petite composante diastolique.

5. Que suspectez vous ? Quelle donnée essentielle de l'examen clinique vous manque-t-il ?

6. Quels sont les 2 examens para-cliniques majeurs à effectuer ?

7. Quels sont les grands principes thérapeutiques ?

Malgré ce traitement, apparaissent des manifestations d'insuffisance ventriculaire gauche, avec un souffle diastolique qui devient plus intense, une PA différentielle qui s'élargit. Sur l'ECG, vous mettez en évidence des épisodes de BAV II 2/1.

8. Que suspectez-vous ? Quel traitement envisagez-vous alors ?

Correction Dossier n° 7

1. **Insuffisance coronarienne** (aussi accepté angor, ou angor d'effort ou angor stable)
Rétrécissement aortique serré

Irradiation du souffle aux carotides
Abolition de B2.
2. **Dégénérative** ou Maladie de **Monckeberg**
Non car trop jeune
Bicuspidie aortique
3. **Echocardiographie transthoracique**
RAo serré si : **surface valvulaire aortique** évaluée < **1 cm²** et **gradient moyen transvalvulaire > 50 mmHg** (si fonction systolique VG conservée)
4. **Traitement chirurgical : remplacement valvulaire aortique** par bioprothèse ou prothèse mécanique (ici plutôt prothèse mécanique du fait du jeune âge du patient)
Car RAo **symptomatique et serré**

Oui

Bilan pré-thérapeutique :

- **bilan biologique : NFS, bilan d'hémostase, groupage ABO rhésus, créatininémie**
- **coronarographie**
 - **écho-doppler artères carotides**
 - **recherche de foyers infectieux dentaires et ORL**
 - **EFR**
 - **consultation anesthésie**

5. **Endocardite bactérienne aortique**
La **température**
6. **Hémocultures ... (bactériémie)**
Echocardiographie transthoracique et transoesophagienne (végétations ?)
7. Dans le cadre d'une **hospitalisation** en service spécialisé (cardiologie ou maladies infectieuses), du moins initialement
Bi-antibiothérapie par voie intra-veineuse, synergique, bactéricide, probabiliste initialement puis dirigée contre le germe isolé par les prélèvements, prolongée 4 à 6 semaines.
Recherche et traitement de la porte d'entrée
Surveillance tolérance et efficacité du traitement
8. Délabrement aortique responsable d'une **fuite aortique sévère** (ou massive, ou volumineuse) associé à un probable **abcès de l'anneau aortique**
Traitement chirurgical en urgence

Dossier n° 8

Vous suivez en consultation Monsieur F..., 70 ans, depuis 6 ans en raison d'une HTA qui nécessite désormais une trithérapie, associée à un diabète de type 2 difficile à équilibrer malgré la mise en place récente d'une insulinothérapie sous-cutanée.

Pas d'autres antécédents particuliers.

Il vous est adressé en urgence car depuis 24 h. il décrit un essoufflement au moindre effort.

A l'examen, TA : 150 / 90 mmHg aux deux bras, FC irrégulière 130/mn, crépitants humides aux deux bases pulmonaires, bruit de galop, discrets OMI rétro-malléolaires.

ECG : FA avec réponse ventriculaire à 130/mn, indice de Sokolow à 38 mm.

1°- Quel diagnostic est le plus probable ?

2°- Mis à part la FA, quels sont les facteurs déclenchants habituels de ce type d'épisode ?

3°- Quel examen complémentaire vous apportera le plus de renseignements pour en préciser la cause ?

4°- Quelle est votre prise en charge ?

vous trouvez un VG dilaté, hypokinétique avec FEVG à 30%.

5°- Quelle cause à cette dysfonction systolique VG devez-vous rechercher en première intention ?

6°- En l'absence de cette cause, quel traitement prescrivez-vous au long cours ?

Correction Dossier n° 8

1. Accès **d'insuffisance cardiaque globale** à la faveur d'un passage en **fibrillation auriculaire** sur un terrain de probable cardiopathie hypertensive
2. Poussée HTA
Ischémie myocardique
Embolie pulmonaire
Aggravation d'une insuffisance rénale
Anémie
Infection, endocardite infectieuse
Médicaments cardiodépresseurs ou cardiotoxiques
Non ou mauvaise observance du traitement médicamenteux
Ecart de régime
3. **Echocardiographie transthoracique** afin d'étudier la fonction systolique et diastolique VG, de rechercher une éventuelle valvulopathie, une dilatation des cavités droites, des signes d'HTAP.
4. **Hospitalisation en service spécialisé**
Régime désodé
Cure de **diurétiques de l'anse** par voie intraveineuse
Anticoagulation efficace par **héparine non fractionnée**
Ralentissement de la réponse ventriculaire de la FA par **digitalique IV**
Arrêt de tout traitement inotrope négatif
Surveillance tolérance et efficacité
5. Une **insuffisance coronarienne** (aussi accepté une origine ischémique)
6. **Mesures hygiéno-diététiques** : régime désodé, activité physique d'endurance régulière non maximale, éducation thérapeutique
Si signes congestifs : diurétiques de l'anse à posologie adaptée aux constatations cliniques (non obligatoire à ce stade)
Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou en cas d'intolérance **antagoniste des récepteurs à l'angiotensine II**
Bêta-bloquant indiqué dans l'insuffisance cardiaque : carvédilol, bisoprolol, métoprolol
Surveillance cardiologique régulière, tolérance clinique et biologique

En cas d'aggravation en stade NYHA > II, ajout **antialdostérone (aldactone)**, **digitalique**, puis implantation **stimulateur multisites** (aussi accepté stimulateur triple chambre ou biventriculaire ou resynchronisation biventriculaire)