

Cas cliniques de Cardiologie

Dre M. Laurencet, Dre J. Bernard-Burgan

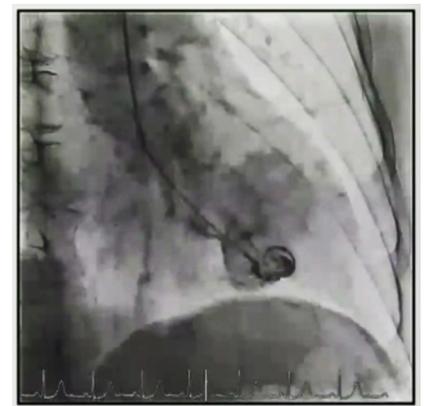
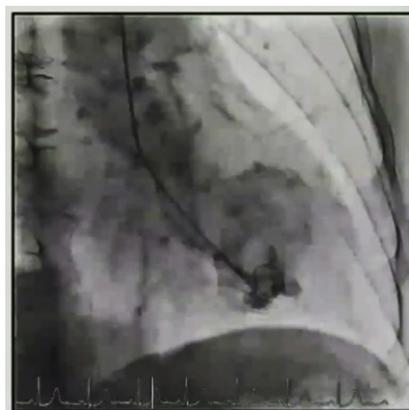
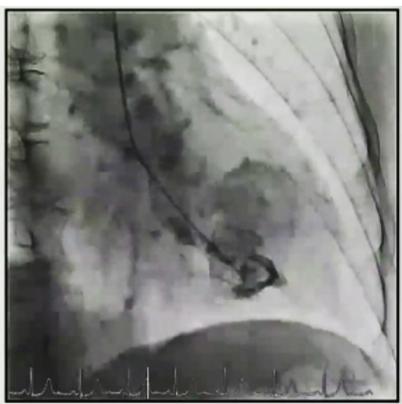
6 cas cliniques de cardiologie nous sont présentés aujourd'hui. Afin de préserver un peu de suspense, les réponses sont reportées à la page suivant la question.

Cas 1

- Femme de 68 ans, DT2NIR, HTA, réfugiée ukrainienne, qui consulte aux urgences pour DRS oppressives depuis 3 heures
- Status : B1-B2 bien frappés réguliers sans souffle. TAH 159/107, sat 100 % AA, FC 69/min, FR 18/min
- Laboratoire : troponines 11-299-525ng/l, créatinine 53 umol/l, eGFR 98, NT-pro-BNP 174ng/L
- ECG : RSR à 58/min, QRS fins à 88 ms, segment ST isoélectrique, retard de progression de l'onde R dans les précordiales. QT corrigé 450 ms.

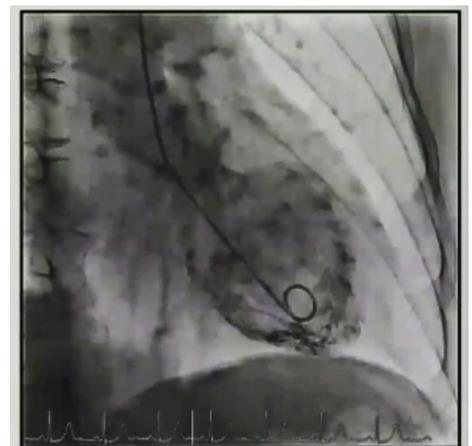


A l'échographie et surtout à la ventriculographie, le cœur semble se pincer à chaque contraction. (3 systoles différentes, diastole en bas à droite)



Diagnostic?

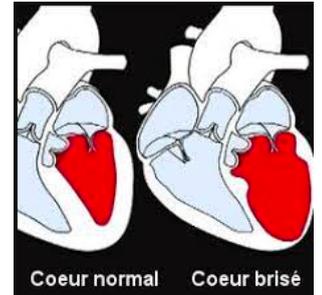
- Syndrome coronarien aigu, de type STEMI antérieur
- Anévrisme ventriculaire gauche apical
- Syndrome de Takotsubo
- Tamponnade
- J'appelle la garde cardio (32610)!



Syndrome de Takotsubo médio-ventriculaire

L'étymologie vient du japonais, takotsubo veut dire piège à poulpe. C'est une cardiomyopathie de stress physique ou émotionnel.

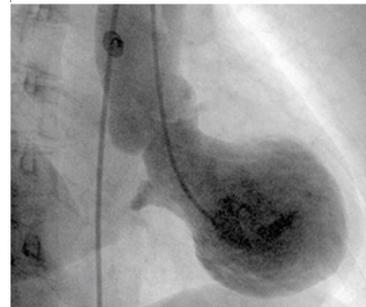
Il est aussi connu sous le nom de syndrome du cœur brisé, car il touche principalement des femmes après la ménopause, lorsqu'elles perdent un être cher.



La forme typique est une "ballonisation apicale" du ventricule gauche (75% des cas), puis viennent la forme médio-ventriculaire et la forme inversée.

Le pronostic est bon, avec une réversion après traitement par β -bloquants et IEC/Sartans. La mortalité varie de 0-8% et la récurrence de 0-15%.

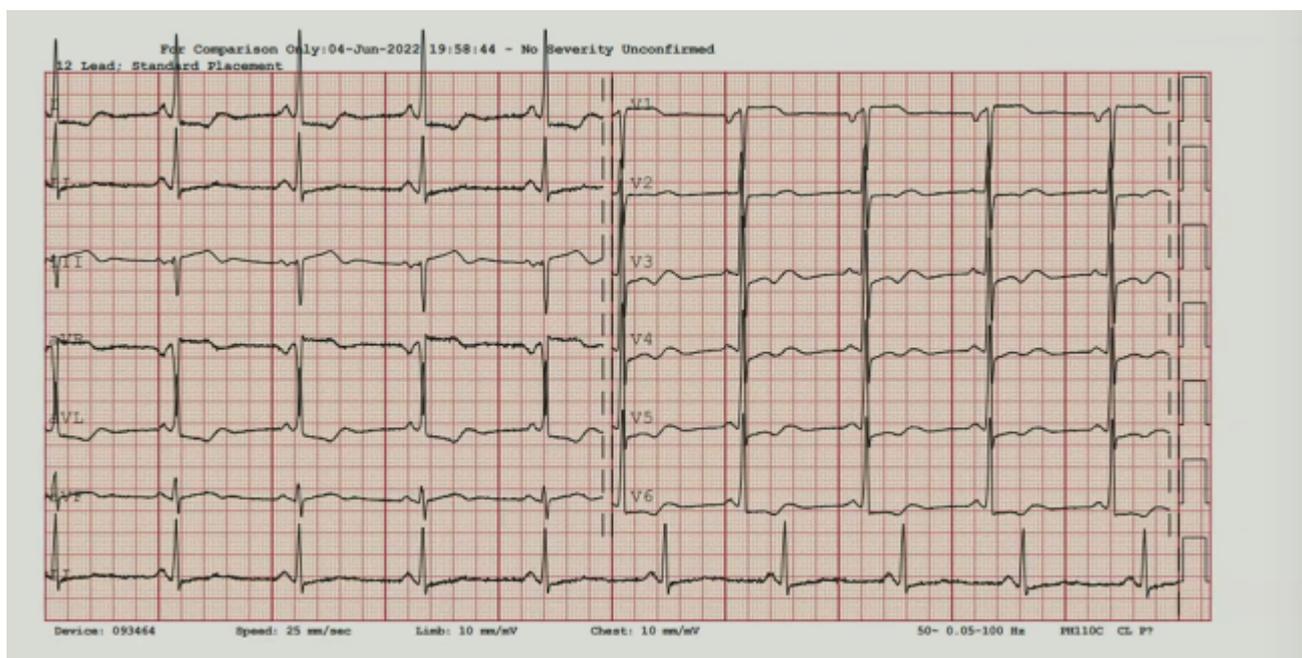
Le diagnostic se pose lorsque la clinique est compatible et les coronaires sont saines. En cas de doute, une IRM du myocarde peut aider.



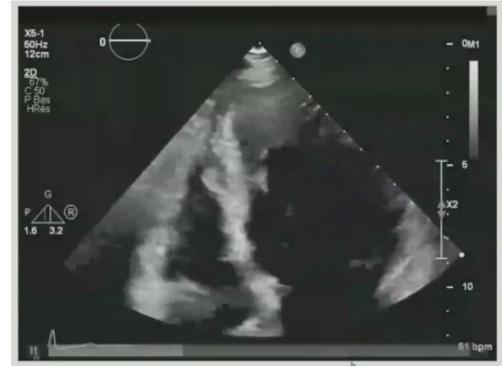
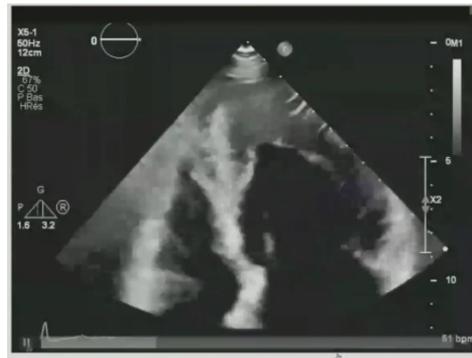
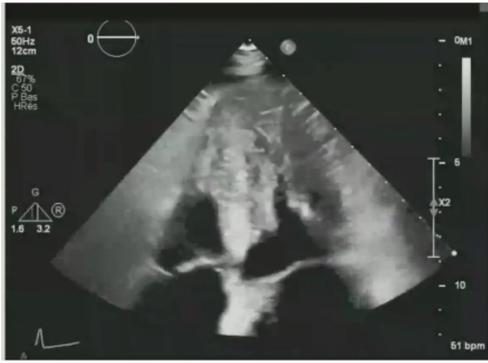
Cas 2

- Homme de 73 ans, connu pour HTA et fibrillation auriculaire (ablatée avec succès) qui consulte pour une dyspnée de stade NYHA III
- Status : TAH 134/85, Fc 75 bpm, B1-B2 lointains, réguliers, pas de souffle, pas d'oedèmes des membres inférieurs
- Laboratoire : troponines 19 - 21, créatinine 103 $\mu\text{mol/l}$, eGFR 66

A l'ECG:



Voici quelques images de l'échocardiographie:



Diagnostic?

- A. Cardiomyopathie dilatée
- B. Cardiomyopathie hypertrophique apicale
- C. Syndrome coronarien aigu, de type STEMI antérieur
- D. Embolie pulmonaire
- E. J'appelle la garde cardio (32610!)

Cardiomyopathie hypertrophique (CMH), forme apicale

Cette forme apicale, aussi connue sous le nom de syndrome de Yamaguchi, est peu fréquente et plus retrouvée au Japon.

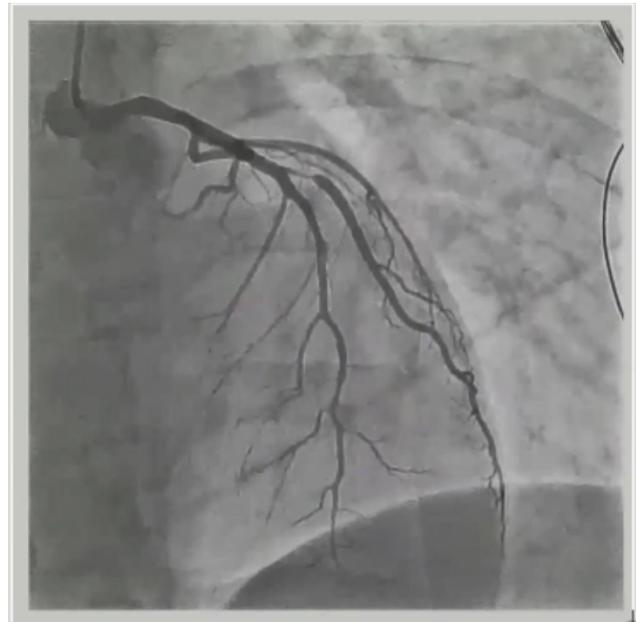
Elle provient d'une mutation sarcomérique et présente un ECG typique, avec une onde T géante, négative en précordial. L'échographie montre une image en as de pique (♠)

Paucisymptomatique, elle a un meilleur pronostic et moins de mortalité que les autres CMH.

Cas 3

- Femme de 44 ans, sans antécédents médicaux. Consulte aux urgences pour DRS apparues après le repas, durant 30 minutes
- Status : TAH 123/75, Fc 75/min avec pouls régulier, sat 99% AA, FR 16/min, T 37.3°C
- B1 B2 bf sans souffle, pas d'œdèmes des membres inférieurs
- ECG : rythme sinusal, sans trouble de la repolarisation
- Laboratoire : troponines 105-167ng/l, CK 121-222U/l, créatinine 61 umol/l

A la coronarographie:



Diagnostic?

- A. Dissection coronarienne spontanée (SCAD)
- B. Angor de Prinzmetal
- C. Syndrome de Wellens: sub-occlusion IVA proximale
- D. J'appelle la garde cardio (32610!)

Dissection coronarienne spontanée

Sans lien avec l'athérosclérose ou un trauma, elle est favorisée par la dysplasie musculaire, la grossesse, la multiparité et l'utilisation d'hormones.

Elle se présente typiquement avec des DRS du type syndrome coronarien aigu, et plus rarement, des arythmies ventriculaires ou un choc cardiogène.

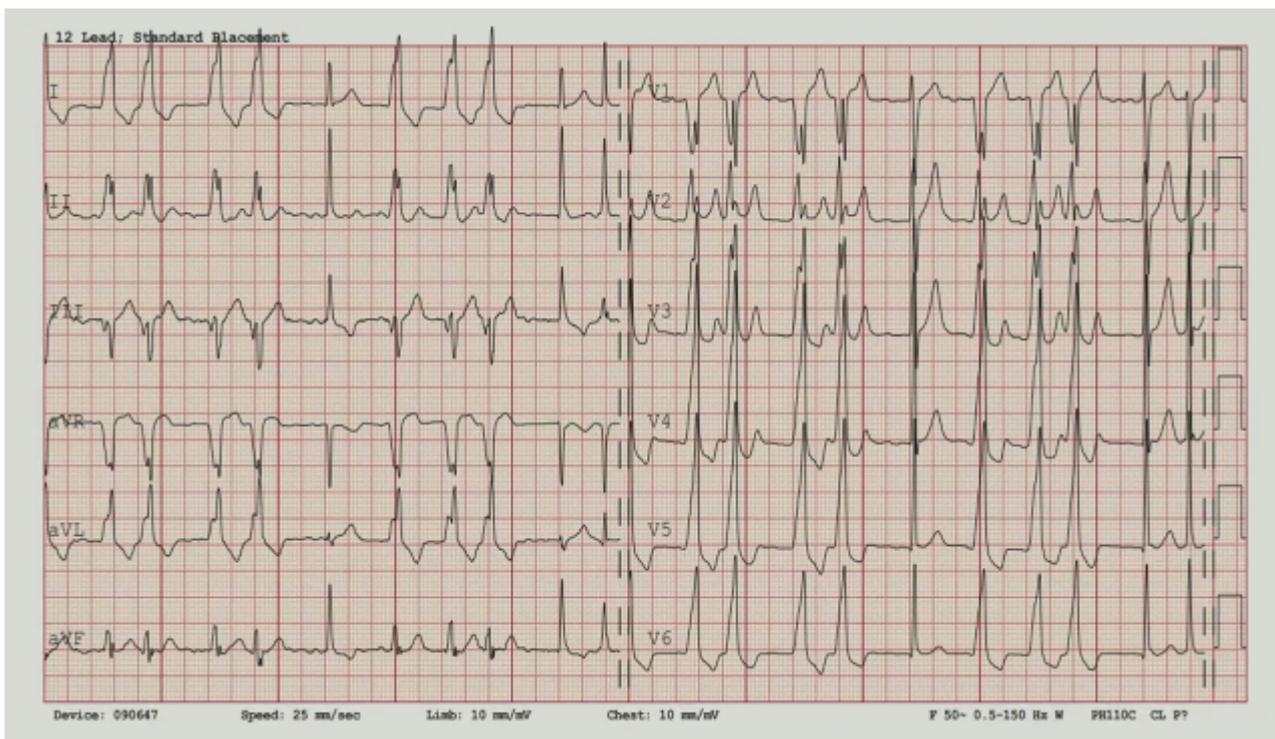
Le diagnostic se fait à la coronarographie avec un aspect angiographique typique.

Le traitement est conservateur. Les patients sont revus à 30j-1a-5a.

Cas 4

- Homme de 30 ans, avec palpitations occasionnelles qui durent environ 1 heure
- Consulte aux urgences pour palpitations depuis 24 heures
- Status : TAH 126/74, Fc 130/min, B1 B2 bien frappés sans souffle, pouls irrégulier

A l'ECG:



Diagnostic?

- A. Fibrillation auriculaire avec aberration de conduction
- B. Tachycardie ventriculaire
- C. Tachycardie atriale multifocale
- D. Fibrillation auriculaire avec pré-excitation (voie accessoire)
- E. J'appelle la garde cardio (32610!)

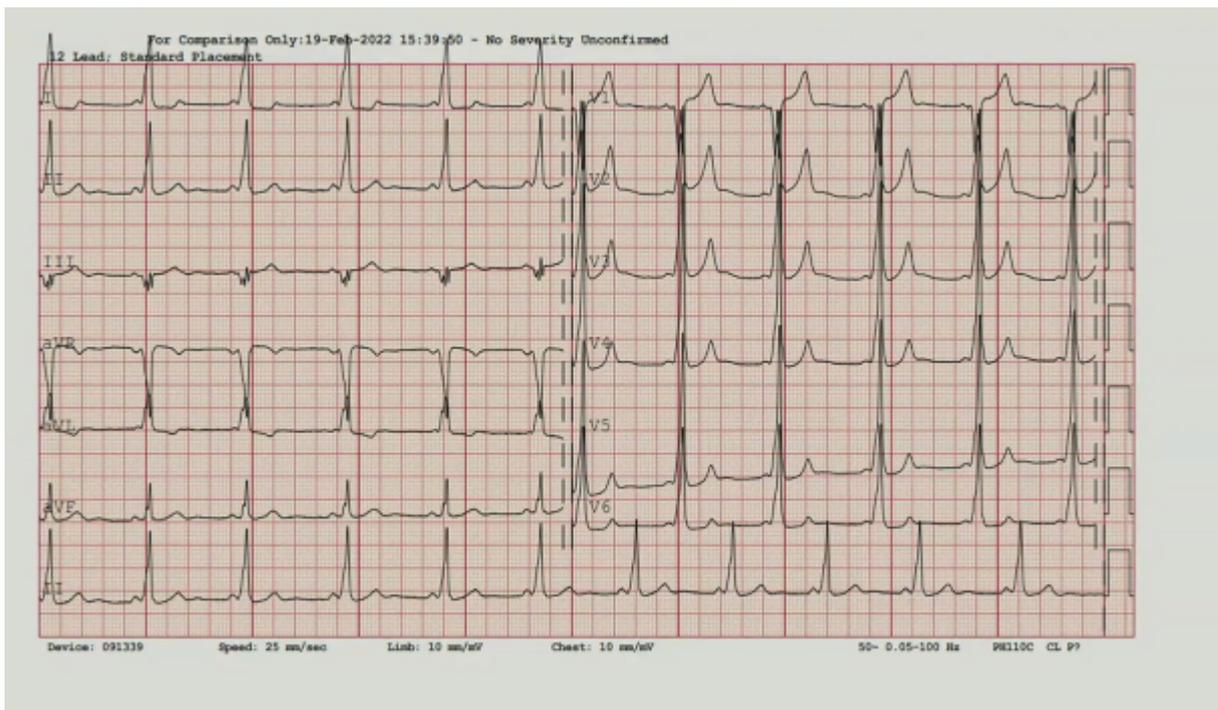
Fibrillation auriculaire avec pré-excitation

Le diagnostic différentiel, qui est difficile, est la fibrillation auriculaire avec aberration de conduction.

On voit à l'ECG un QRS plus ou moins fin, ce qui laisse penser à une voie accessoire avec une conduction variable.

Et non pas un QRS de la même largeur tout le temps comme il y aurait avec une aberration de conduction...

ECG en rythme sinusal montre un PR court et une pré-excitation visible avec une onde delta:



Que faire face au patient tachycarde?

- A. Flécaïnide 200 mg IV
- B. Cordarone 300 mg IV
- C. Beloc 5 mg IV 3x
- D. Cardioversion électrique
- E. la garde cardio (32610!)

Réponse A, La flécaïnide.

La cordarone augmente le risque de passage en fibrillation ventriculaire et le beloc diminue la conduction des voies naturelles, favorisant ainsi les voies accessoires.

La cardioversion électrique n'est pas fausse, mais en face d'un patient stable, la flécaïnide est préférable.

Fibrillation auriculaire pré-excitée

C'est une fibrillation conduite par une voie accessoire atrio-ventriculaire (AV), appelée syndrome de wolff-parkinson-white lorsque la pré-excitation est visible à l'ECG et les tachyarythmies récurrentes.

L'ECG montre un PR court avec une onde delta.

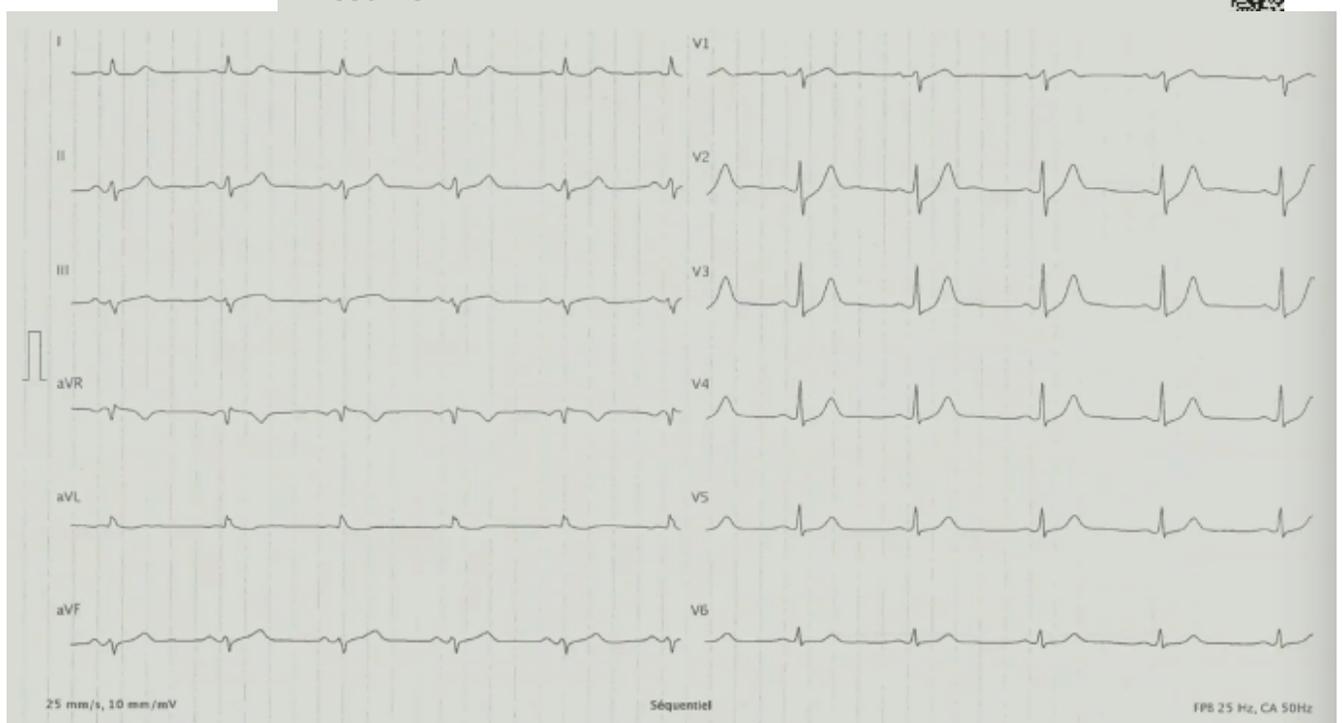
Il y a un risque de mort subite si la voie conduit rapidement au ventricule, raison pour laquelle il faut éviter les médicaments qui ralentissent la conduction AV lorsque la pré-excitation est visible à l'ECG.

Le risque est évalué en étude électrophysiologique et le traitement l'ablation de la voie accessoire par radio-fréquence.

Cas 5

- Homme de 40 ans, connu pour une hypercholestérolémie, réveillé à 1 heure du matin par des douleurs thoraciques irradiant dans le membre supérieur gauche
- Status : TAH 116/75 (symétrique aux deux bras), Fc 80/min, pouls régulier, pouls périphériques palpables, B1 B2 bien frappés sans souffle

A l'ECG:



Diagnostic?

- A. Dissection aortique
- B. Péricardite
- C. Syndrome coronarien aigu: occlusion de l'IVA
- D. Repolarisation précoce
- E. la garde cardio (32610!)

C'est un syndrome coronarien aigu avec une occlusion de l'IVA moyenne:

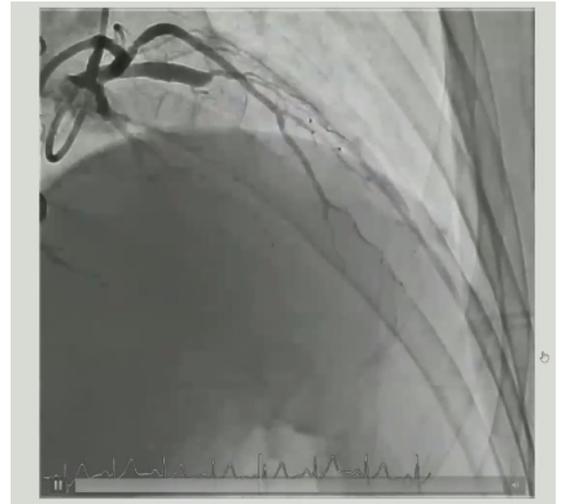
Signe de De Winter

Visible dans les dérivations précordiales, c'est une onde T ample symétrique avec un sous-décalage ascendant du segment ST.

Elle souvent centré sur les dérivations V3-V4 et parfois sus-décalage isolé en AVR est associé

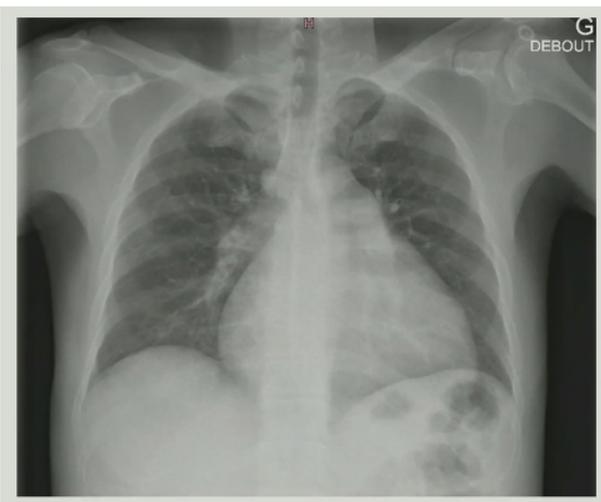
Le tableau est souvent associé à une sub-occlusion ou occlusion de l'IVA.

La prise en charge est la coronarographie en urgence!



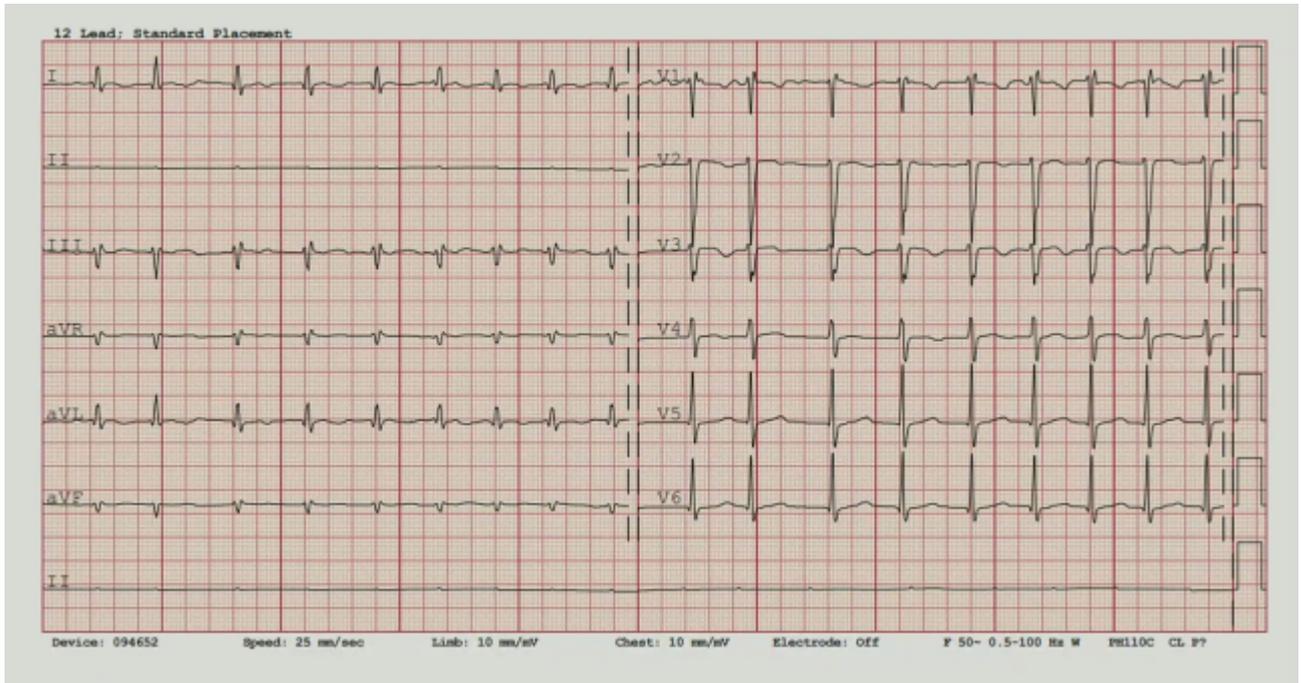
Cas 6

- Homme de 37 ans, qui consulte aux urgences pour oedèmes en augmentation au niveau des membres inférieurs, organes génitaux, abdomen, évoluant depuis 3 semaines
- Pas d'autres symptômes associés
- Status : TAH 155/93, Fc 100/min avec pouls irrégulier, sat 99% AA, FR 18/min, T 37.3°C
- B1 B2 bf sans souffle, anasarque avec oedèmes prenant le godet jusqu'au niveau abdominal, ascite clinique
- Auscultation pulmonaire : absence de bruits surajoutés



A la radiographie on trouve une cardiomégalie sans signes de surcharge évidents.

L'ECG montre une fibrillation auriculaire non connue avec un bloc de branche droit complet, un retard de progression de l'onde R en précordial et des troubles de la repolarisation diffus.



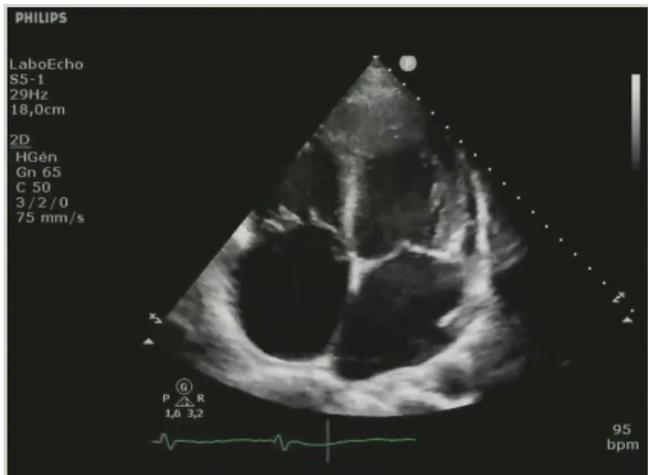
Que demander au labo?

- A. NT-Pro-BNP
- B. TSH
- C. Troponines
- D. Sédiment urinaire
- E. Plusieurs réponses justes

Réponse E

- TSH effondrée, T4 libre augmentée et T3 totale à 5 nmol/l
- les NT-pro- BNP sont augmentés à 1432 ng/l

diagnostic après échographie: le patient présente une tachycardiomyopathie sur FA sur hyperthyroïdie de longue date:



La FA est probablement de longue date, puisqu'à l'échographie, les oreillettes sont très dilatées et les ventricules dysfonctionnels

Il y a une association entre l'incidence de la FA et l'hyperthyroïdie, avec 8% de FA/flutter dans les 30j d'un diagnostic d'hyperthyroïdie. Taux qui augmentent en présence d'autres facteurs de risque.

L'activité sympathique est augmentée, la période réfractaire atriale est diminuée et l'activité ectopique spontanée augmente également.

Le traitement repose sur les β -bloquant et les antithyroïdiens. La cardioversion est réservée aux patients qui sont devenus euthyroïdiens à cause du risque de récurrence.

Les β -bloquants sont souvent prescrits en début de prise en charge, car ils diminuent le taux de conversion de T4 en T3 au niveau périphérique.



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch