

Item 176 : Prescription et surveillance des diurétiques (Evaluations)

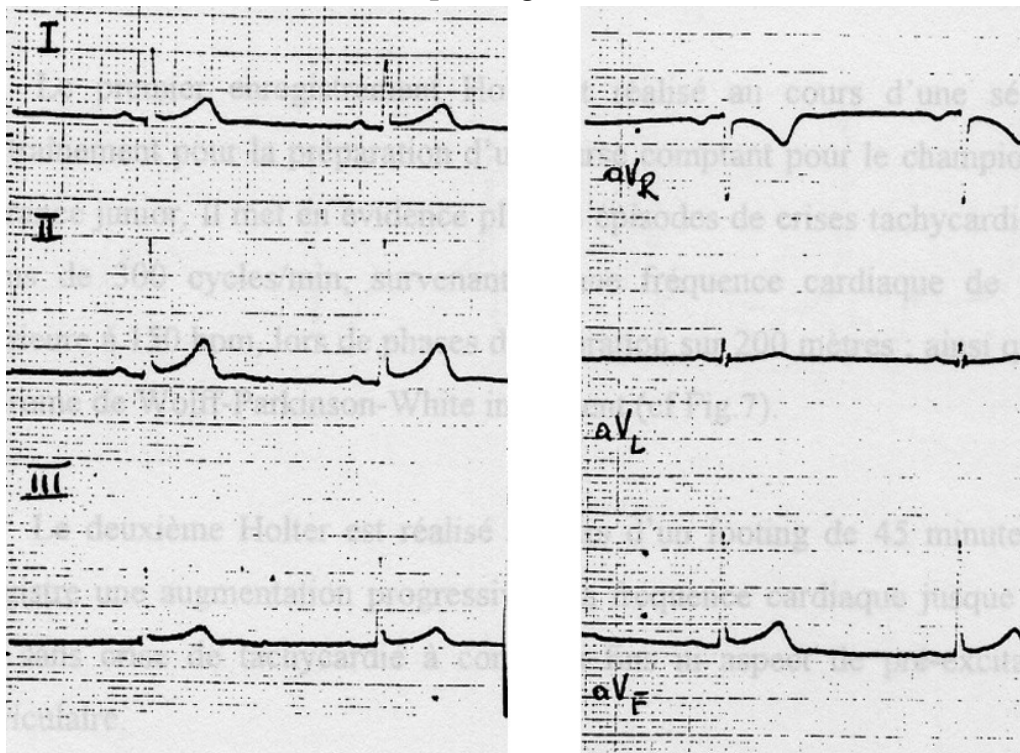
Date de création du document 2011-2012

CAS CLINIQUE

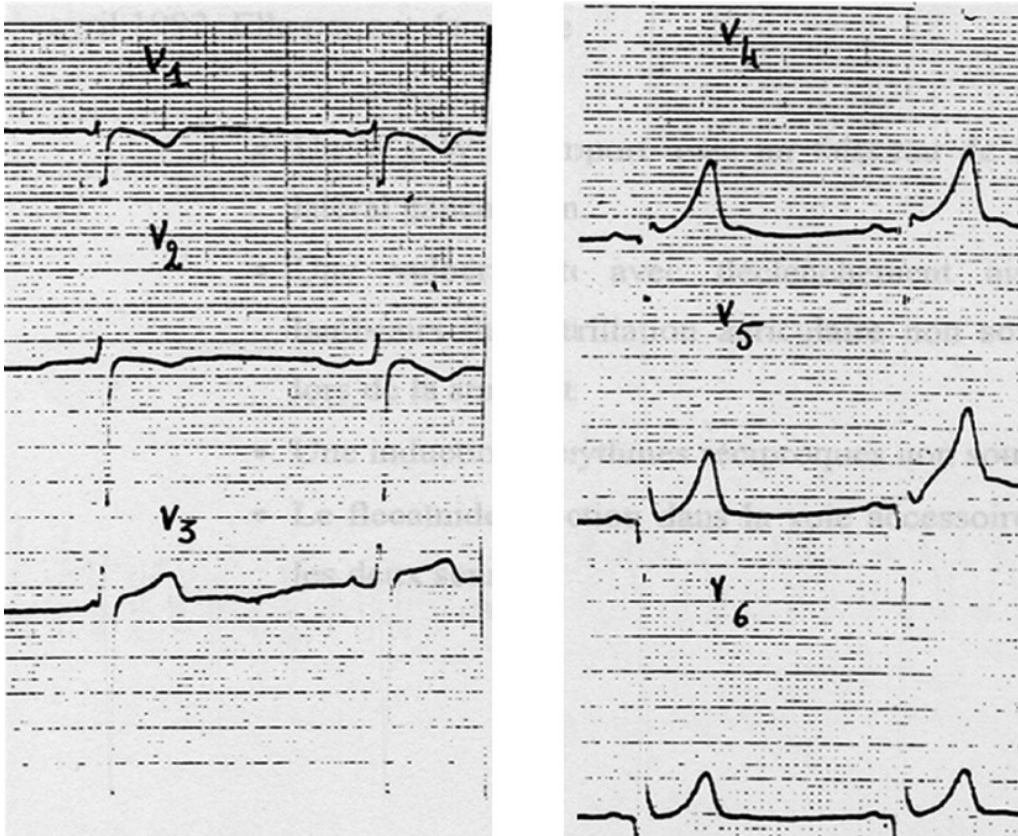
Scénario :

Mme Y., âgée de 80 ans, est adressée au service d'accueil des urgences pour un malaise de survenue brutale. Son mari, présent lors du malaise, vous explique que sa femme est tombée brutalement puis a repris conscience 1 minute plus tard. Il n'a constaté ni mouvements anormaux lors de la perte de connaissance, ni perte d'urine. Il n'y a pas eu d'épisode confusionnel faisant suite à l'évanouissement. Les principaux antécédents de Mme Y. sont un diabète de type 2, une HTA et un surpoids. Son traitement habituel comprend un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II associé à un diurétique thiazidique à savoir du candésartan 16 mg + hydrochlorothiazide 12,5 mg/j (Cokenzen®) ainsi que metformine 850 mg (Glucophage®) 3 fois/j. Depuis environ une dizaine de jours, de la spironolactone (Aldactone®) 50 mg/j a été ajoutée par le médecin traitant car les chiffres de pression artérielle étaient « trop élevés ». L'examen clinique est sans particularité hormis un hématome en lunette. L'électrocardiogramme du mois dernier présent au dossier est le tracé A, vous venez d'enregistrer le tracé B, car à nouveau la patiente « ne se sent pas bien ». Sur des analyses biologiques datant aussi du mois dernier, vous notez que la clairance de la créatinine est estimée à 42 mL/min.

Cas clinique : Figure 1 - Tracé A



Cas clinique : Figure 2 - Tracé B



QUESTION 1/7 :

Comment qualifiez-vous le malaise ? Justifiez.

Réponse attendue :

Syncope car perte de connaissance brutale et brève avec perte du tonus postural sans confusion post-critique, devant témoin et sans mouvements anormaux.

QUESTION 2/7 :

Quelles anomalies supplémentaires apparaissent sur le tracé B par rapport au tracé A ?

Réponse attendue :

Bloc atrioventriculaire du second degré de type 3:1 (c'est donc un bloc de haut degré car on observe deux ondes P bloquées consécutives), élargissement de QRS en rapport avec un bloc de branche gauche complet et ondes T amples et positives de V2 à V6 et en DII, DIII et aVF, le tout évoque une hyperkaliémie.

QUESTION 3/7 :

Quels sont précisément le mécanisme et la cause du malaise ?

Réponse attendue :

Hyperkaliémie ayant entraîné un bloc atrioventriculaire du second degré (de haut degré) à l'origine d'une syncope à l'emporte-pièce du fait d'une bradycardie très sévère ou de pauses ventriculaires.

Cette hyperkaliémie est d'origine iatrogène du fait de la prise de deux traitements antihypertenseurs hyperkaliémiant à savoir un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II et un anti-aldostérone, ce dernier traitement étant contre-indiqué chez l'insuffisant rénal.

QUESTION 4/7 :

Quel examen biologique va vous permettre de le confirmer (une seule réponse) ? A quel résultat vous attendez-vous ?

Réponse attendue :

Le diagnostic est confirmé par l'ionogramme sanguin qui montre une kaliémie très élevée probablement supérieure à 7 mmol/L du fait de l'importance des signes électrocardiographiques.

QUESTION 5/7 :

Quels sont les principes du traitement en urgence et les paramètres à surveiller ?

Réponse attendue :

Le traitement comprend :

- hospitalisation en service de réanimation ;
- arrêt de tout traitement hyperkaliémiant : arrêt de candésartan et spironolactone ;
- arrêt de la metformine en prévention d'une acidose lactique.

Traitement de l'hyperkaliémie par :

- gluconate de calcium (antagoniste des effets cardiaques de l'hyperkaliémie) ;
- alcalinisation par bicarbonate de sodium ;
- sérum glucosé 10 % + insuline (transfert intracellulaire du potassium) ;
- perfusion de β_2 -mimétiques : salbutamol (transfert intracellulaire du potassium) ;
- épuration extrarénale ;
- les résines échangeuses d'ions peuvent également lutter contre l'hyperkaliémie mais sont peu utilisées en cas d'hyperkaliémie sévère avec signes électrocardiographiques.

Traitement du BAV par isoprénaline (Isuprel®) ou sonde d'entraînement électrosystolique temporaire.

Surveillance ECG (cardioscope) du rythme cardiaque, surveillance répétée de la kaliémie et de la fonction rénale.

QUESTION 6/7 :

Pensez-vous que l'état de cette patiente nécessite l'implantation d'un stimulateur cardiaque ?

Réponse attendue :

NON, cette patiente ne nécessite pas un stimulateur cardiaque puisque les troubles de la conduction sont dus à une hyperkaliémie iatrogène et régresseront après traitement de l'hyperkaliémie.

QUESTION 7/7 :

Que pensez-vous du traitement antidiabétique que recevait cette patiente ?

Réponse attendue :

Il s'agit d'une contre-indication absolue à la metformine car la clairance abaissée expose au risque d'acidose lactique (pour information les insulino-sécréteurs de type sulfamide sont également déconseillés chez l'insuffisant rénal en raison du risque d'hypoglycémie).