

Item 250 : Insuffisance cardiaque de l'adulte (Evaluations)

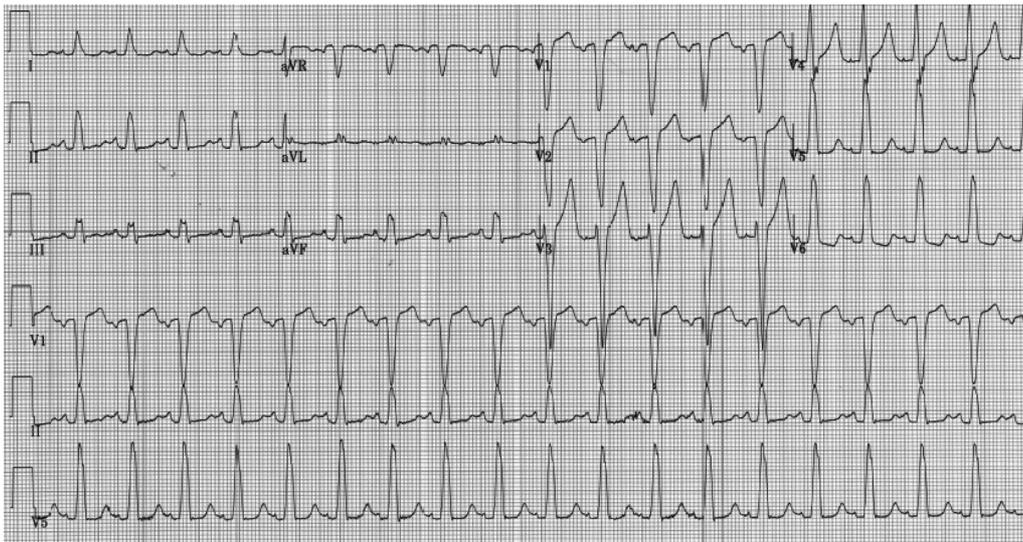
Date de création du document 2011-2012

CAS CLINIQUE

Scénario :

Un homme de 70 ans vous est adressé au service d'accueil des urgences par son médecin traitant pour une dyspnée d'aggravation progressive – survenant actuellement à la montée de quelques marches, à la marche rapide sur terrain plat, mais ni pour s'habiller ou se déshabiller, ni à la marche lente –, ainsi que pour l'apparition d'œdèmes des membres inférieurs et une prise de poids récente de 4 kg. Le patient n'a pas d'antécédent particulier hormis une appendicectomie, un glaucome traité par un collyre prostaglandine (Xalatan®) et un tabagisme estimé à 30 paquets-années non sevré. Puisant dans l'armoire à pharmacie familiale, il a pris un AINS (Voltarène®) pour des lombalgies chroniques. Il vous déclare une consommation de 2 verres de vin par repas depuis l'âge de 18 ans. A l'examen clinique, la tension artérielle est normale à 110/67 mmHg, la fréquence respiratoire à 17/min. Le choc de pointe est étalé et les bruits du cœur assourdis cependant l'auscultation cardiaque retrouve des bruits du cœur réguliers à 100 bpm avec un souffle holosystolique de pointe côté 2/6 qui n'était pas antérieurement connu. L'auscultation pulmonaire retrouve des râles crépitants bilatéraux remontant jusqu'au tiers des champs pulmonaires. Il existe une turgescence jugulaire avec reflux hépatojugulaire. La biologie retrouve une élévation du NT-proBNP à 5676 pg/mL, un VGM à 100, des GT à 1,5 fois la normale, une créatininémie normale pour l'âge à 77 mol/L, la troponinémie est nulle.

Cas clinique : Figure 1



QUESTION 1/8 :

Classez les symptômes, quel est votre diagnostic ? Justifiez votre réponse sur des arguments cliniques et biologiques.

Réponse attendue :

Tableau d'insuffisance cardiaque globale.

Signe fonctionnel : la dyspnée est au stade III de la NYHA.

Terrain : âge, éthylisme chronique.

Signes cliniques :

- congestifs : œdèmes des membres inférieurs, turgescence jugulaire, reflux

hépatojugulaire, crépitants bilatéraux, prise de poids ;

- souffle d'insuffisance mitrale (probablement fonctionnelle) à l'auscultation.

Signes biologiques : élévation très forte du NT-proBNP, fonction rénale normale.

QUESTION 2/8 :

Quelle autre anomalie auscultatoire cardiaque (absente ici) est souvent entendue dans un tel contexte ?

Réponse attendue :

Un bruit de galop gauche ou droit ou de sommation soit de type B3, soit de type B4.

QUESTION 3/8 :

Interprétez l'ECG.

Réponse attendue :

Electrocardiogramme : tachycardie sinusale, bloc de branche gauche complet (durée de QRS > 120 ms en rythme sinusal, aspect QS en V1, QS en aVR et R exclusif en V6) avec anomalies de repolarisation secondaires au bloc.

Une séquelle d'infarctus antérieur masquée par le bloc de branche gauche reste possible.

QUESTION 4/8 :

Quel examen complémentaire vous semble indispensable dans ce contexte afin de confirmer le diagnostic et de commencer le bilan étiologique ? Qu'en attendez-vous dans ce cas précis ?

Réponse attendue :

L'échocardiographie avec doppler est l'examen indispensable.

On recherche une dysfonction systolique du ventricule gauche (diminution de la fraction d'éjection du ventricule gauche) et/ou une élévation des pressions de remplissage du ventricule gauche.

On recherche des éléments étiologiques :

- quantification de l'insuffisance mitrale, recherche de son mécanisme (origine fonctionnelle accompagnant la dilatation du ventricule gauche ou origine organique) ;
- trouble de la cinétique segmentaire du ventricule gauche (hypokinésie ou akinésie systématisée à un territoire artériel) en faveur d'une cardiopathie ischémique méconnue ;
- de manière systématique, étude de la valve aortique.

On recherche des éléments pronostiques :

- estimation du débit cardiaque ;
- mesure des pressions pulmonaires.

QUESTION 5/8 :

Quelles étiologies sont les plus probables chez ce patient ? Justifiez vos réponses.

Réponse attendue :

Les étiologies les plus probables chez ce patient sont :

- une cardiomyopathie dilatée d'origine toxique (alcool) du fait d'une consommation excessive d'alcool déclarée (et même probablement sous-estimée par le patient) et de stigmates biologiques d'éthylisme chronique (augmentation du VGM et élévation des γ GT) ;
- cardiopathie ischémique : du fait du terrain, à savoir homme, âge, tabagisme ;
- une insuffisance mitrale organique du fait du souffle holosystolique de pointe. Toutefois, le souffle d'IM peut être dû à une IM fonctionnelle accompagnant une dilatation du ventricule gauche.

QUESTION 6/8 :

Quel traitement allez-vous mettre en place en urgence ? Comment allez-vous le surveiller ?

Réponse attendue :

Le traitement d'urgence consiste à :

- hospitaliser le patient en milieu cardiologique, si possible aux soins intensifs ;
- mettre en place des règles hygiéno-diététiques et régime hyposodé, arrêt du Voltarène®;
- débiter une oxygénothérapie qui est poursuivie jusqu'à amélioration de l'état clinique ;
- traiter la rétention hydrosodée par diurétiques de l'anse par voie intraveineuse de type furosémide ;
- prévenir le risque thrombo-embolique du fait de l'alitement par exemple par héparine de bas poids moléculaire par voie sous-cutanée (énoxaparine sodique) ;
- prévenir le risque de survenue d'un délirium tremens par benzodiazépines, et hydratation très prudente du fait de l'insuffisance cardiaque.

La surveillance se fait par :

- surveillance des signes cliniques avec notamment l'amélioration des signes congestifs ;
- surveillance du poids et de la diurèse (objectif de 2,5 à 3 L/j) ;

- surveillance du ionogramme sanguin et particulièrement de la kaliémie du fait du traitement diurétique et de la créatininémie.

QUESTION 7/8 :

Après une semaine de traitement, vous constatez une nette amélioration clinique. La dyspnée est actuellement au stade II de la NYHA, les signes cliniques ont totalement régressés. Quel traitement de fond allez-vous mettre en place chez ce patient ?

Réponse attendue :

Le traitement de fond consiste à :

- traiter la cause de l'insuffisance cardiaque : arrêt de l'alcool, traitement d'une éventuelle cardiopathie ischémique, plastie mitrale ou remplacement valvulaire mitral en cas d'insuffisance mitrale forte organique ;
- observer des règles hygiéno-diététiques : arrêt de l'alcool et du tabac et régime hyposodé ;
- introduire un traitement médicamenteux par :
 - diurétiques de l'anse (furosémide) pour lutter contre la rétention hydrosodée,
 - β -bloqueurs (par exemple : bisoprolol) : amélioration du pronostic, ne sont pas contre-indiqués en cas de glaucome (au contraire !),
 - anti-aldostérone (spironolactone) : amélioration du pronostic,
 - inhibiteurs de l'enzyme de conversion (par exemple, ramipril) : amélioration du pronostic ;
- proposer au patient (et à sa famille) une éducation thérapeutique par une équipe multidisciplinaire.

QUESTION 8/8 :

Quelle prise médicamenteuse lui interdisez-vous et pourquoi ?

Réponse attendue :

Arrêt du Voltarène®, éviction des automédications surtout aux AINS.

Risques d'insuffisance rénale aiguë avec hyperkaliémie ou oligo-anurie (interaction avec les IEC principalement).

Risque d'aggravation de la rétention hydrosodée et donc de l'insuffisance cardiaque.