

Item 284 : Troubles de la conduction intracardiaque (Evaluations)

Date de création du document 2011-2012

CAS CLINIQUE

Scénario :

Monsieur Julien C. 74 ans est admis pour « difficultés respiratoires ». Les antécédents comportent un glaucome traité par Xalatan® (collyre prostaglandine), une coxarthrose bilatérale, une hypertension artérielle essentielle, un tabagisme stoppé en 1996 et une hypercholestérolémie. La thérapeutique comporte diltiazem (Tildiem®) 240 mg, aspirine (Kardégic®) 75 mg, pravastatine (Elisor®) 40 mg, furosémide (Lasilix®) 40 mg, potassium (Diffu-K®) 1 g/j.

On note un essoufflement plus marqué depuis 6 semaines environ, pour monter une dizaine de marches, marcher rapidement en terrain plat et, plus récemment, pour enfiler une veste, prendre une douche ou simplement déambuler à domicile. Le patient dort avec trois oreillers. L'interrogatoire ne retrouve pas de douleur thoracique récente. À noter une prise de poids récente de 5 kg.

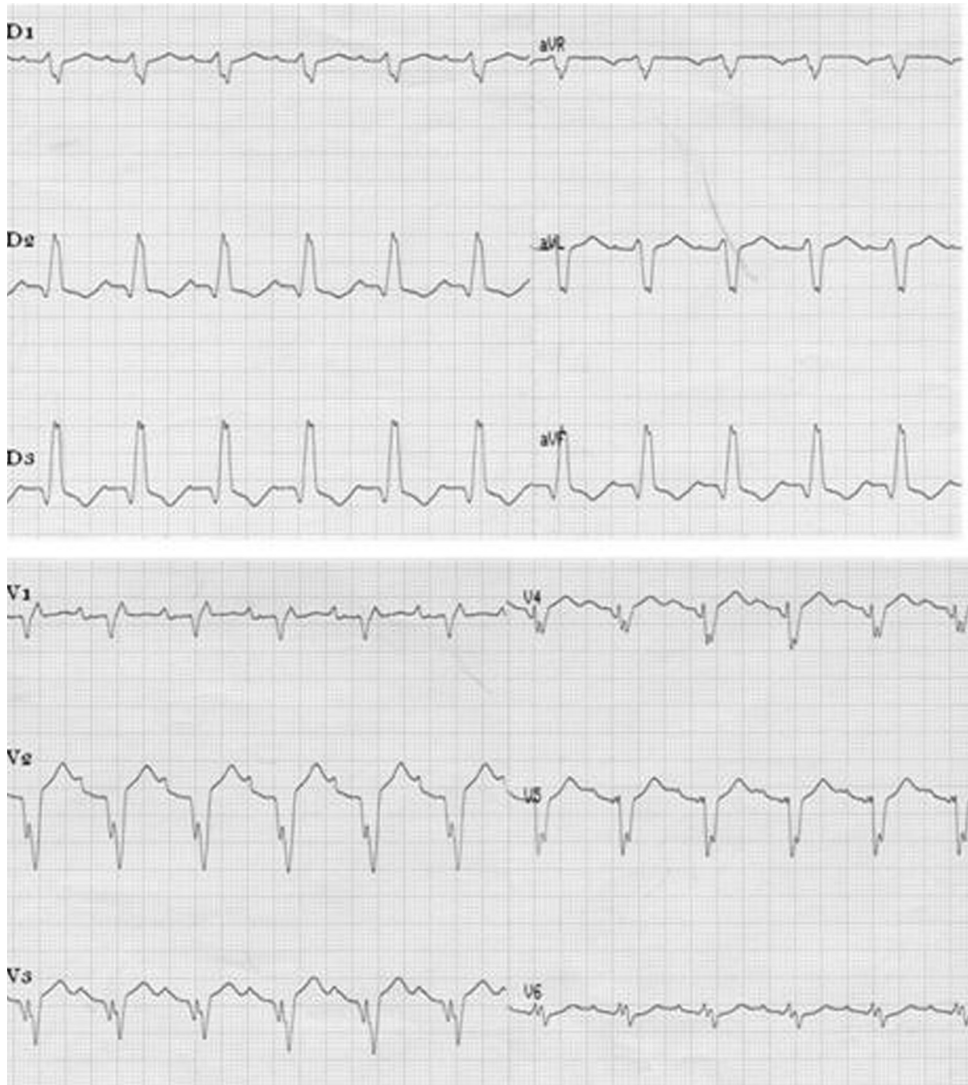
L'examen clinique retrouve une pression artérielle à 120/70 mmHg avec un pouls à 92 bpm, la saturation percutanée est à 91 %, le choc de pointe est étalé, l'auscultation cardiaque met en évidence des bruits du cœur rapides avec un troisième bruit cardiaque sourd à l'apex avec un souffle systolique irradiant dans l'aisselle gauche. On note une turgescence jugulaire et des œdèmes malléolaires. L'auscultation pulmonaire montre des râles bilatéraux confinés aux bases. Le reste de l'examen est normal.

La biologie montre : glycémie 1,15 g/L, urée 0,34 g/L, créatinine 14 mg/L, kaliémie 4,7 meq/L, troponine 0, Hb 13 g/dL, plaquettes 212 giga/L.

Un ECG est réalisé.

Au décours de votre prise en charge le patient regagne son domicile 10 jours plus tard avec une dyspnée nettement améliorée, il vous consulte 8 jours après pour aggravation clinique, recrudescence de la dyspnée et prise de poids. De lui-même, le patient a constaté une oligurie franche, l'interrogatoire révèle une automédication par un anti-inflammatoire non stéroïdien pour les douleurs de coxarthrose depuis 4 jours.

Cas clinique : Figure 1



QUESTION 1/8 :

Qualifiez précisément les symptômes initiaux de ce patient, quels sont les arguments issus de l'interrogatoire permettant de les rattacher à une étiologie cardiaque ?

Réponse attendue :

Il s'agit d'une dyspnée d'effort allant vers une aggravation très sévère puis vers une orthopnée qui fait retenir le stade IV de la NYHA (un stade III serait une réponse inexacte, attention un patient en stade III peut s'habiller faire sa toilette et n'a pas de gêne au repos, ce qui n'est pas le cas ici). L'étiologie retenue est cardiaque en raison des antécédents d'hypertension artérielle, du traitement reçu et en raison de la prise de poids rapide récente liée à la rétention hydrosodée.

QUESTION 2/8 :

Interprétez l'auscultation cardiaque.

Réponse attendue :

L'auscultation est en faveur d'un bruit de galop et d'une insuffisance mitrale (souffle systolique).

QUESTION 3/8 :

Pensez-vous que le traitement de l'hypertension artérielle de ce patient soit approprié ? Justifiez votre réponse.

Réponse attendue :

Traitement inapproprié, il faut stopper ce calcium bloqueur qui aggrave l'insuffisance cardiaque et prescrire un inhibiteur de l'enzyme de conversion, car le patient est probablement coronarien (cf. infra) et surtout en insuffisance cardiaque. Ultérieurement, il faut discuter les β -bloqueurs. Attention à ne pas confondre traitement de l'HTA et normalisation des chiffres tensionnels. Attention : le glaucome n'est pas une contre-indication des β -bloqueurs (c'est le contraire !). Bien percevoir les effets secondaires du diltiazem chez l'insuffisant cardiaque et savoir qu'il est de ce fait contre-indiqué.

QUESTION 4/8 :

Sur l'ECG, quelles sont les anomalies de la conduction que vous mettez en évidence ?

Réponse attendue :

Cet ECG est très difficile, l'objectif pédagogique prioritaire est d'identifier rapidement le QRS large (bloc de branche) et d'identifier l'onde Q séquelle d'infarctus. La notion sous-jacente est la connaissance de la gravité de cette situation (insuffisance cardiaque + infarctus + bloc de branche).

PR limite à 200 ms pour le diagnostic de BAV du 1er degré. Hyperdéviation axiale droite (au-delà de $+100^\circ$) avec aspect S1Q3 compatible avec un héli-bloc postérieur gauche (ou une hypertrophie ventriculaire droite). De toute façon, le QRS élargi au-delà de 120 ms fait poser le diagnostic de bloc de branche, de type non spécifique.

QUESTION 5/8 :

Quelle autre anomalie est visible sur ce tracé ?

Réponse attendue :

L'onde Q est une séquelle probable d'un infarctus antérieur étendu (de V1 à V5).

QUESTION 6/8 :

Quels sont les mécanismes physiopathologiques possibles des anomalies de la conduction ?

Réponse attendue :

Bloc de branche, séquelle de l'infarctus antérieur par atteinte du tissu de conduction infra-hisien (hémibranche postérieure gauche, réseau de Purkinje distal).

Allongement du PR par atteinte nodale ou effet du diltiazem ou ralentissement de la conduction infra-hisienne.

A défaut, il peut s'agir de lésions induites par l'hypertension artérielle ou dégénératives liées à l'âge.

QUESTION 7/8 :

Donnez votre stratégie thérapeutique pour les 24 premières heures.

Réponse attendue :

Hospitalisation, repos au lit, oxygénothérapie nasale ou au masque pour maintenir la SpO₂ > 90 %, diurétiques de l'anse par voie intraveineuse (furosémide). Arrêt du diltiazem, introduction d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion sous surveillance du poids, de la diurèse, de la pression artérielle et de l'ionogramme de l'urée et de la créatinine sanguines.

Héparine de bas poids moléculaire par voie sous-cutanée à dose préventive.

Supplémentation des pertes potassiques urinaires.

Attention à ne pas oublier l'arrêt du diltiazem (dépresseur myocardique) qui est une substance cardiotoxique dans ce contexte. Les β -bloqueurs ne concernent pas les 24 premières heures pour un patient en stade IV...

QUESTION 8/8 :

Quelle est votre hypothèse diagnostique pour l'aggravation 18 jours plus tard ? Quels examens biologiques prescrivez-vous en urgence ?

Voir l'EKG de la figure 1.

Réponse attendue :

Cette question finale esquisse la transversalité à partir d'une contre-indication classique des AINS. Les effets des AINS sur l'hypertension artérielle sont plutôt hors sujet chez un insuffisant cardiaque grave. C'est une réponse plus approfondie qui est attendue : il faut évoquer une possibilité d'insuffisance rénale aiguë et prescrire un ionogramme pour la kaliémie et doser urée et créatinine sanguines.