

Cas clinique

Préparé par : *Ines Benafia et Nesrine ben ahmed*
Externes 5^{ème} année Médecine



**Mr .C.B, âge 72 ans, consulte le 18
octobre 2010 pour :**

➔ Dyspnée et douleurs thoraciques.

ANTECEDENTS

- **Antécédents médicaux :**

- Diabétique depuis 20 ans, insuline (8 IR-12 IL).
- Hypertendu depuis 18 ans, adalate 20 LP 2 cp/j
- Dyslipidémies depuis 15 ans sous lescol40 1 cp/j.
- Hypothyroïdie depuis 1 an sous Thyroxine 1/2 cp/j.

- **Antécédents chirurgicaux :**

- Cholécystectomie il y a 1 an.



• **Habitudes de vie :**

- **Ethylisme (sevré depuis 7 ans).**
- **Tabagique 60 paquets/an (arrêt depuis 2 ans).**
- **Profession : retraité ancien mouleur dans une usine.**

Histoire de la Maladie

- Remonte à un mois et ½ par l'installation d'engourdissement des jambes, un OMI avec une dyspnée progressive (un périmètre de marche à 50 m).
- Depuis 4j, le patient a constaté l'installation spontanée d'une orthopnée progressive accompagnée d'une toux sèche, d'une douleur thoracique retro sternale constrictive, sans irradiation, d'intensité (évaluée par l'EVA à 50%) modérée paroxystique qui dure 3h sans fièvre ni vomissements.
- Devant l'aggravation de la symptomatologie, le patient vient nous consulter.

Examen physique

Glasgow =15/15

TA=12/6.5

FC: 96 batt/mn

T°=37°C

FR: 22 cycles/mn et SaO₂=92%

Examen tête et cou:

- conjonctives légèrement décolorées
- Gorge propre
- Mauvaise hygiène bucco-dentaire
- Loge thyroïdienne libre

Examen physique

Examen pulmonaire:

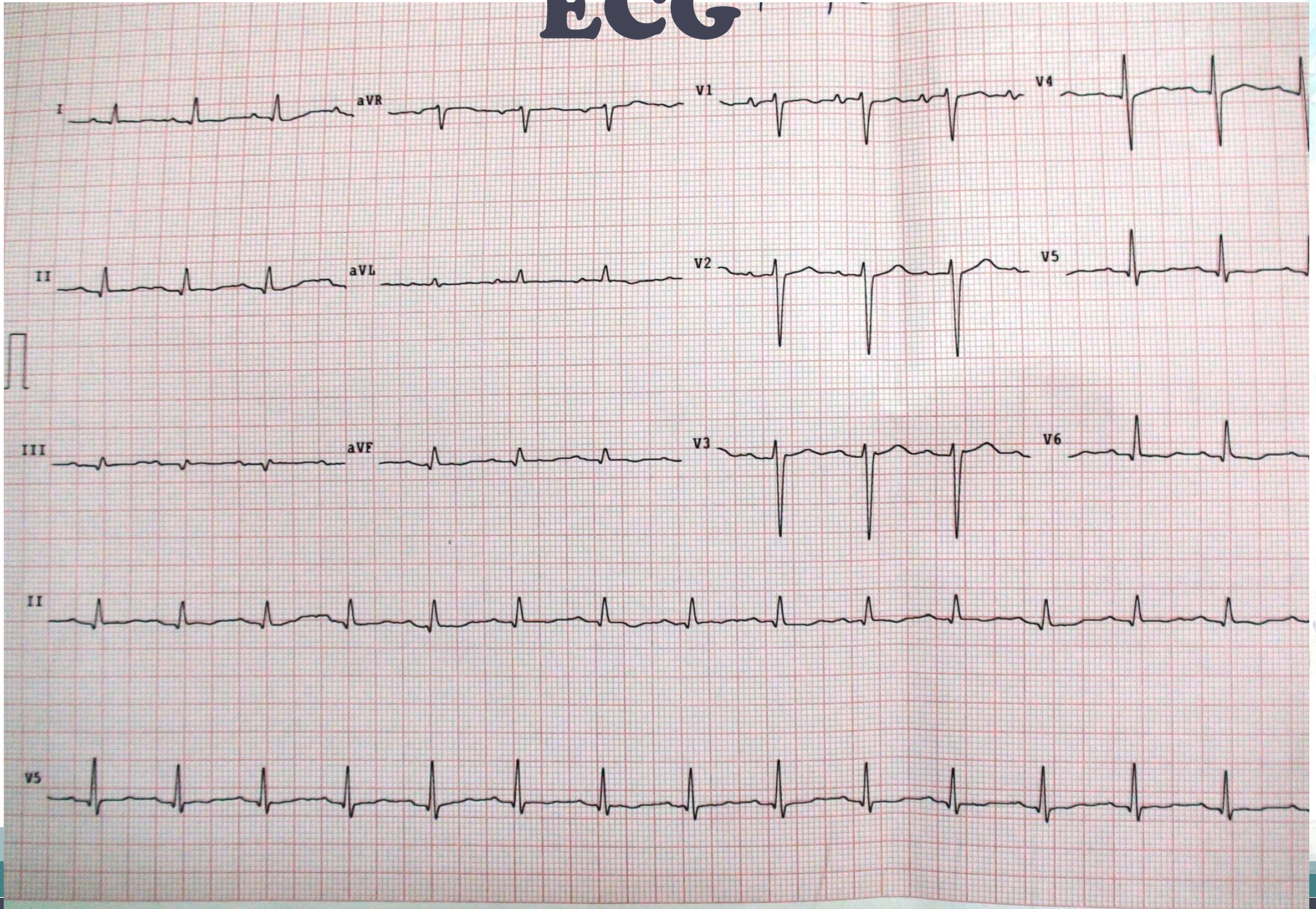
- Pas de signes de lutte
- AP= diminution des MV à la base droite

Examen cardio-vx:

- AC= Nle
- Turgescence des veines jugulaires
- Léger OMI

Le reste de l'examen est sans particularité

ECG



BIOLOGIE

NFS: Ht=24%

Hb=9.1g/dL

GB=10.800/mm³

Plt=452.000/mm³

Iono Sanguin: Na+=136 mmol/l

K+ = 3.7 mmol/l

Urée sanguine = 11.2 mmol/l

Créatininémie= 198 µmol/l

Glycémie=14.4 mmol/l

GDS (AA): PH=7.44

PaO₂=6.69 kPa(50.17 mmHg)

PaCO₂=3.51 kPa(26.3 mmHg)

HCO₃⁻=18.2 mmol/l

Sat= 91%.

Enzymes cardiaques:

CPK=132 UI/l

LDH=293 UI/l

Troponine <0.01 ng/ml

CRP=137 mg/l

Protidémie = 65.8 g/l

Rx Thorax



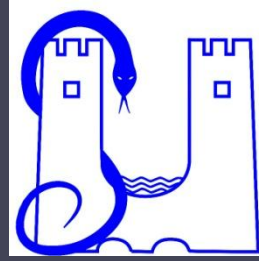
Devant l'épanchement important à droite une ponction évacuatrice de 2000ml a été réalisée avec à la biologie:

- ❖ **GB= 170 elts/mm³**
- ❖ **GR=3200 elts/mm³**
- ❖ **Protides =45.5g/L**
- ❖ **LDH= 461 UI/L**

La radio post ponction:

Rx Thorax





Quel est votre Diagnostic



Discussion diagnostique

- Problèmes posés par le patient aux urgences:
 - Douleur thoracique
 - Dyspnée avec pleurésie (exsudat)
- 1. DT: 1^{er} objectif: éliminer l'origine coronaire
 - Terrain: diabète HTA, fumeur, dyslipidémie, âge, sexe
 - Douleur à l'effort retro sternale brève constrictive
 - Même un ECG normal et Troponine normale il faut pousser encore plus les investigations (voir arbre) pour éliminer un SCA
- 2. Pleurésie: si on est uni ciste elle sera une insuffisance cardiaque mais plutôt transsudative (sauf patient sous diurétique) ou bien un autre problème associé.

Pro BNP: 1890 ng/l confirmant l'insuffisance cardiaque dont l'origine ischémique est probable

A noter que le patient a présenté le lendemain à 8H 25mn du matin une douleur typique au repos retro sternale avec à l'ECG :

- sus décalage de segment ST antérieur étendu avec miroir sous décalage de ST dans les dérivations inférieures.**

01:20:56

FC: 95 bpm

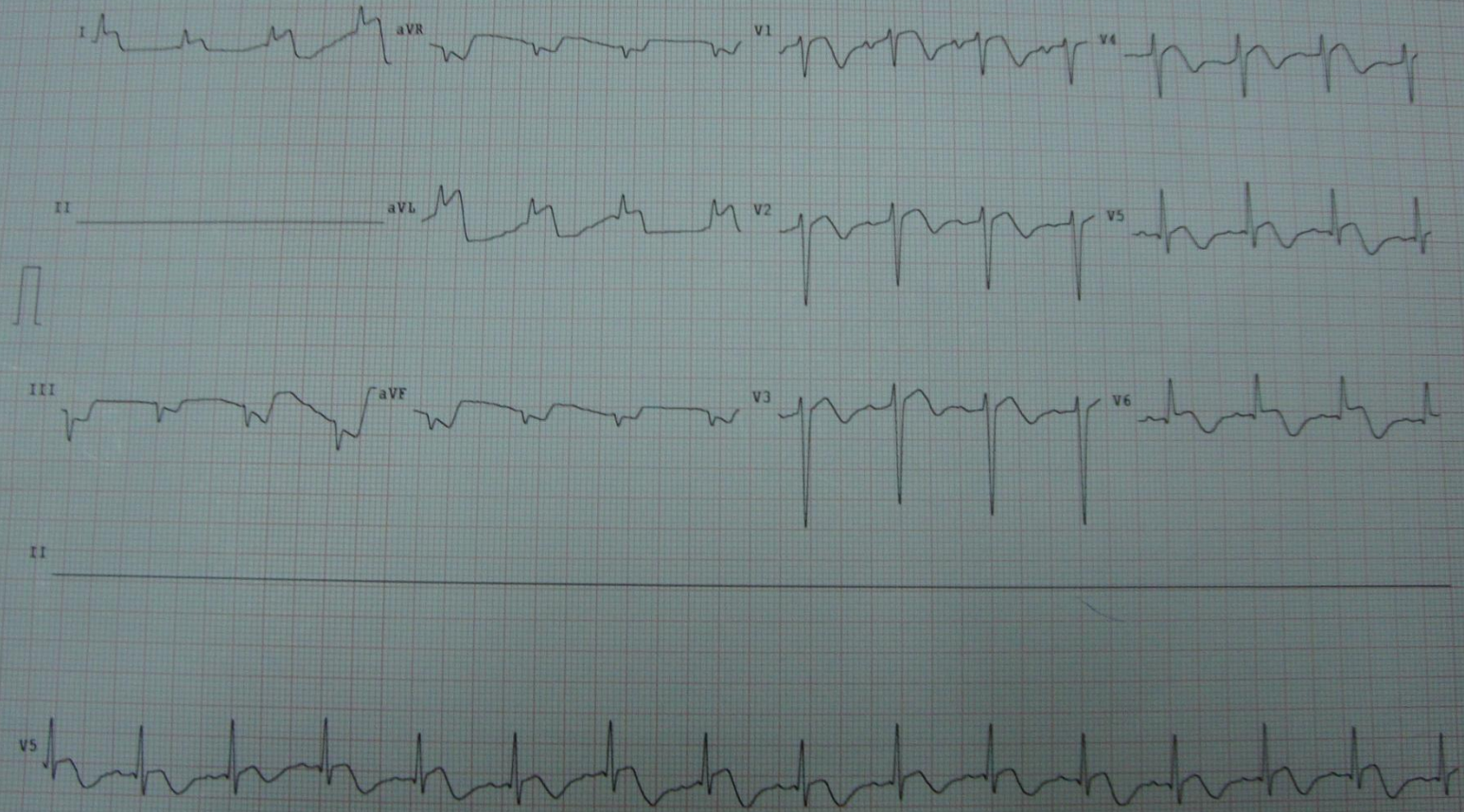
ID
Né le
Sexe
10

[Redacted]

19/10/20

08h 26

S₁ ③



The background image shows the exterior of a hospital building. A large sign in pink Arabic script is visible at the top, and below it, a sign in pink French letters reads "SERVICE DES URGENCES". The building has several windows and a few people are standing near the entrance. A sign in the foreground says "RESERVE POUR LES AMBULANCES".

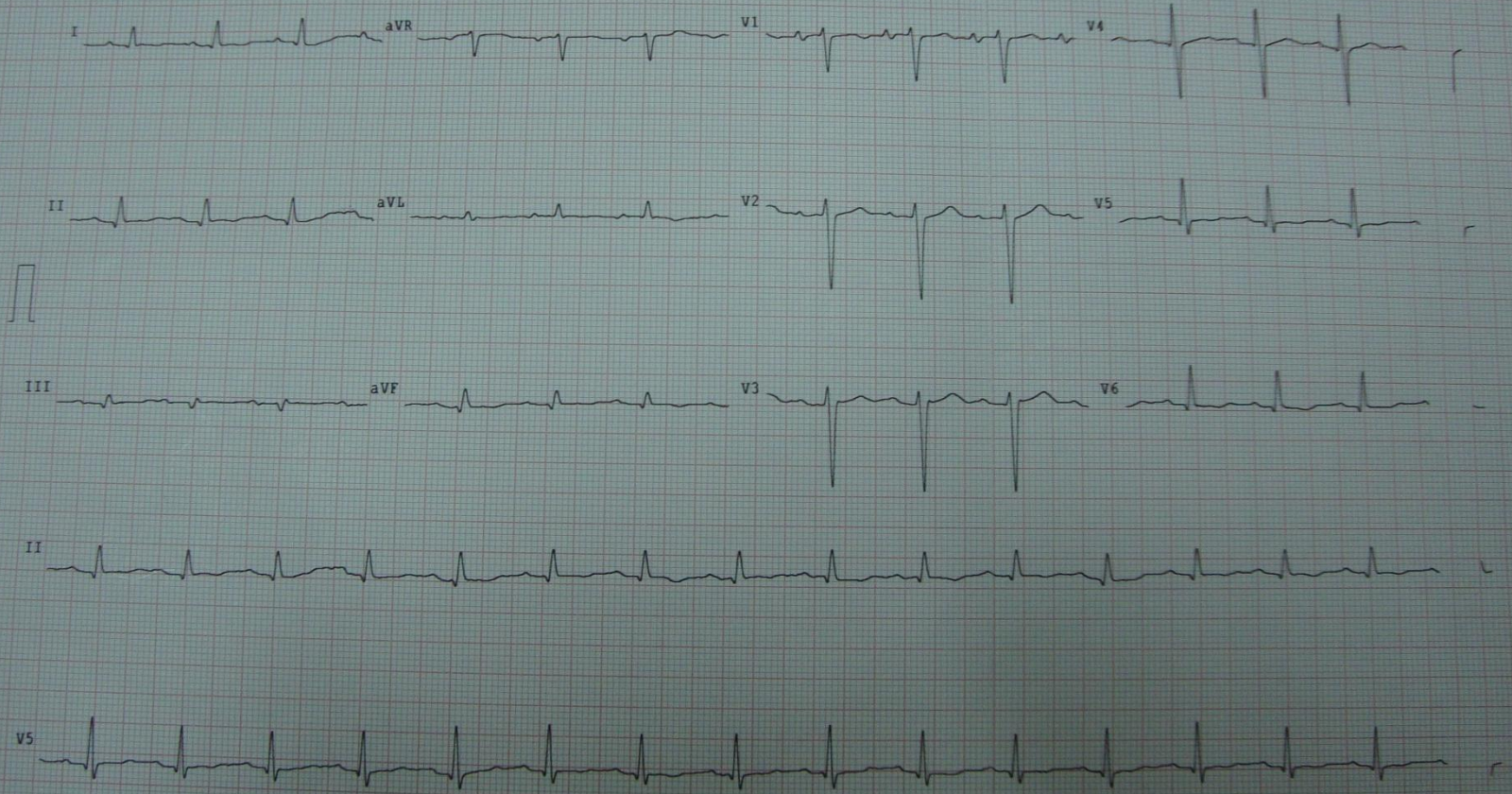
**Mais ce sus décalage n'a pas persisté .
Donc c'est un SCA sans sus décalage de
ST persistant.**

01/02/2100
01:29:36

10 mn après

[REDACTED] 86 36
10/10/10

(5)



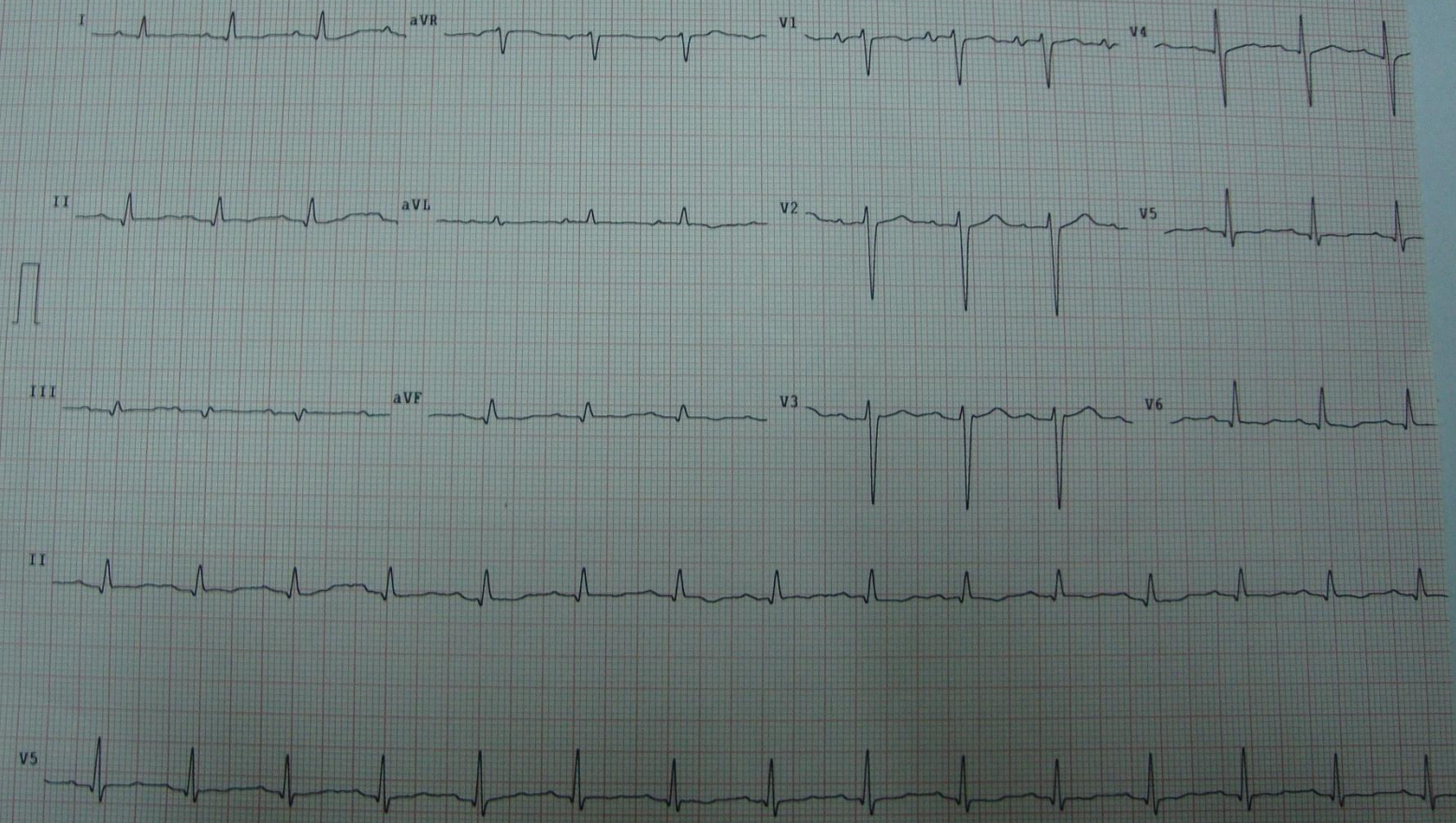
For CARDIOLINE DELTA 6/12 WS 2000

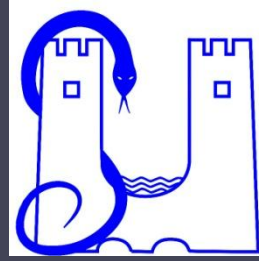
15 mn après

[REDACTED]

19/10/20

08h 40





Stratification du risque de la maladie coronaire devant toute douleur thoracique



TIMI SCORE

| Facteur de risque | points | Mortalité a 14 jours |
|---|---------------|-----------------------------|
| Age \geq 65 ans | 1 | 1pts: 5% |
| >3 facteurs de risque coronarien (histoire familiale ,HTA ,dyslipidémie , diabète, tabac) | 1 | 2pts: 8% |
| Cardiopathie ischémique reconnue | 1 | 3pts: 13% |
| Prise d'aspirine au cours des 7 derniers jours | 1 | 4pts: 20% |
| Douleur angineuse récente | 1 | 5pts: 26% |
| Augmentation des enzymes | 1 | 6pts: 41% |
| Sous décalage de ST$>$0.5mm | 1 | |

un score clinique élaboré par l'équipe de Monastir et validé pour l'évaluation de risque de SCA a été établi:

SCORE DE LA DL THORACIQUE:

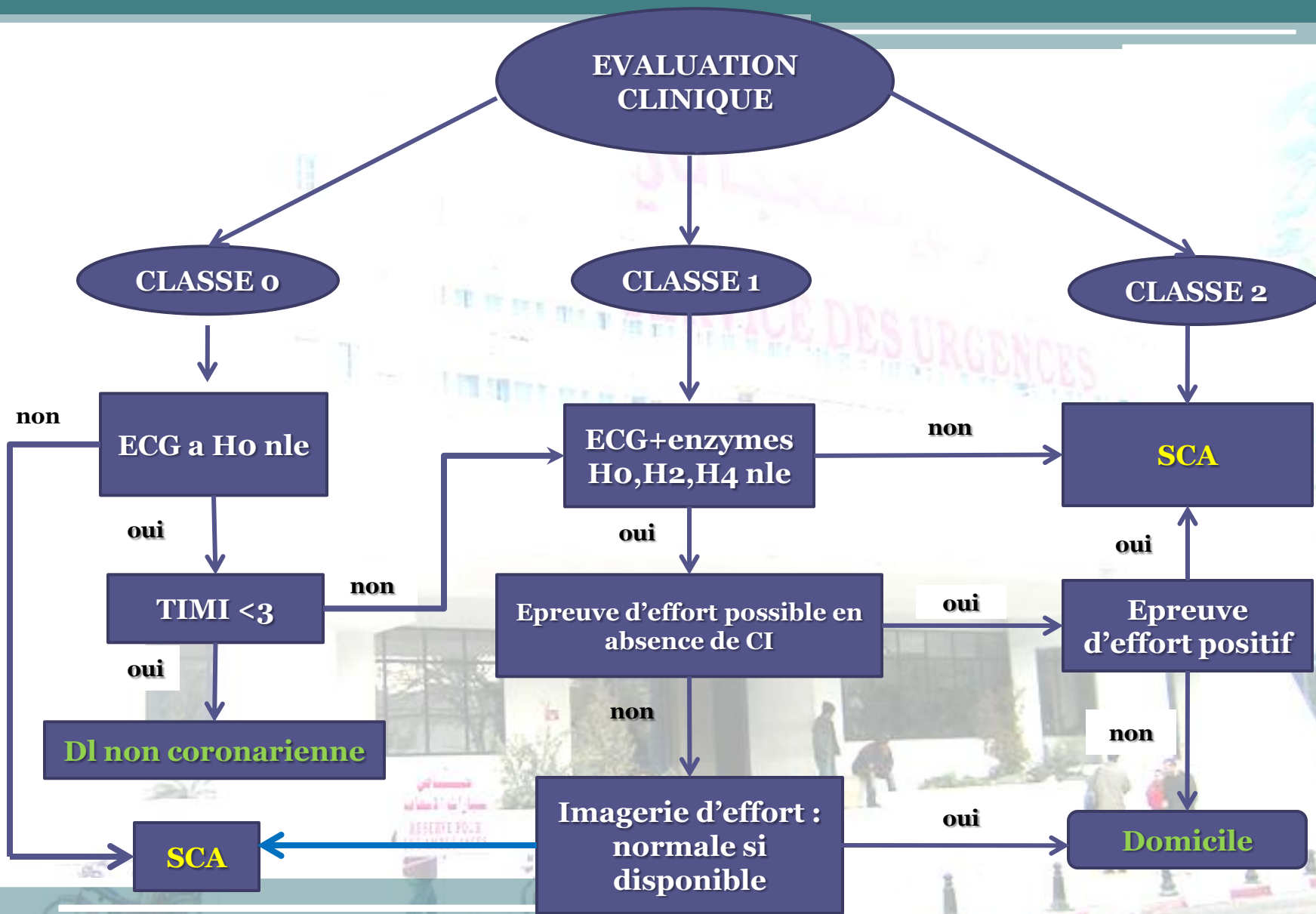
- | | |
|---|-----------|
| -Age >50 ans | +1 |
| -ATCD de diabète | +1 |
| -ATCD coronarien | +1 |
| -Douleur irradiante | +1 |
| -Douleur sensible a la trinitrine | +1 |
| -Douleur a la palpation | -1 |
| -Signes associés (nausée, vomissement) | +1 |

Classification:

classe 0 : score $< 2 \rightarrow$ risque de SCA faible

classe 1 : $2 \leq$ score $< 5 \rightarrow$ risque intermédiaire

classe 2 : score $\geq 5 \rightarrow$ risque très élevé



**DOULEUR
THORACIQUE
SUGGESTIVE DE SCA**

Sous décalage de ST
modification de T

SCA ST-

-Monitoring cardiaque
-Aspirine:160-325 mg
-clopidogrel:300mg
puis75mg/j
-Dérivés nitrés: 2-3mg/h
(absence de CI)
HBPM:1mg/kg×2/j

USIC

**ANGIOPLASTIE
PRIMAIRE**

clopidogrel: 600mg po

non

-Délai <6h
-Pas de CID a la
thrombolyse
-Indisponibilité pour
angioplastie primaire

oui

Thrombolyse
-HSHC:100mg en IVD
-Streptokinase IV:
105MU en 30-60min

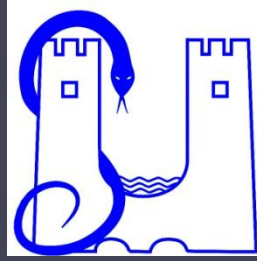
Elévation de ST
BBG récent

SCA ST+

-Monitoring cardiaque
-O2 si SAT <90%
-Aspirine 160-325mg
-Bolus d'héparine:
5000UI puis 1000UI/H
-Dérivés nitrés :2-
3mg/H

Admission en cardiologie

- Ce patient a été traité comme étant une insuffisance cardiaque associé à un traitement anti ischémique.
- Une coronarographie réalisé le 08 novembre objective un réseau coronaire malade avec des lésions sur l'IVA et la circonflexe (serrée) et des plaques sur la coronaire droite.
- Entre temps la cause néoplasique n'est pas encore éliminer , une fibroscopie bronchique ainsi qu'un scanner thoracique injecté sont prévus pour ce patient dont les résultats seront communiqués ultérieurement.



MERCI

