

Une dyspnée aux urgences

Dr Anne-Laure COUTURIER

Consultation Cardiologique d'Urgence/Unité 51 Hôpital Cardiologique Louis Pradel

FMC du 21/06/2017

Urgences Médico Chirurgicales Hôpital Edouard Herriot

A 7h30 début Mai 2017 , patient de 61 ans amené par un ami pour dyspnée aigue

◆ Patient réfugié Moldave, ne parlant pas français. Traduction incertaine faite par son ami

◆ Antécédents :

- Hospitalisé en Février 2017 pour malaise avec douleur abdominale faisant découvrir une EP distale avec introduction de RIVAROXABAN

- Notion d'insuffisance respiratoire chronique

- Tuberculose il y a 40 ans

- Parle d'infarctus il y a 2 ans

- Psoriasis

◆ Facteurs de risque cardio vasculaires : obésité (IMC à 31), tabagisme actif , hérédité coronarienne (IDM chez sa mère à 40 ans). Pas de notion HTA, de diabète ou de dyslipidémie

◆ Traitement habituel: SALBUTAMOL

Le patient dit ne pas prendre d'autres traitements, ne prends pas le RIVAROXABAN

◆ Pas allergie médicamenteuse

- ◆ Interrogatoire difficile : notion de dyspnée depuis 2 ans avec aggravation brutale cette nuit. Se plaint également d'une douleur de l'épaule et de l'aisselle gauche depuis 2 ans...

- ◆ Cliniquement:
 - TA à 180/110 mmHg (130) symétrique, FC à 92/min, SaO2 à 85% en AA et à 96% sous 10L, FR à 27/min, T° à 36,8°. Pas de sueurs, pas de cyanose
 - BDC réguliers assourdis sans souffle évident
 - OMI bilatéraux prenant le godet jusqu'aux genoux. Pas TJ, pas de RHJ
 - Polypnée avec balancement thoraco abdominal, crépitants jusqu'à mi champs
 - Abdomen pléthorique ++ non douloureux
 - Glasgow=15, pas de signes de focalisation

- ➔ Le patient va être scopé, prélèvements biologiques (NFS, ionogramme sanguin, urée, créatinine, CRP, troponine, BNP, bilan coagulation, D dimères) et pose de VVP

VOS PREMIERES MESURES THERAPEUTIQUES

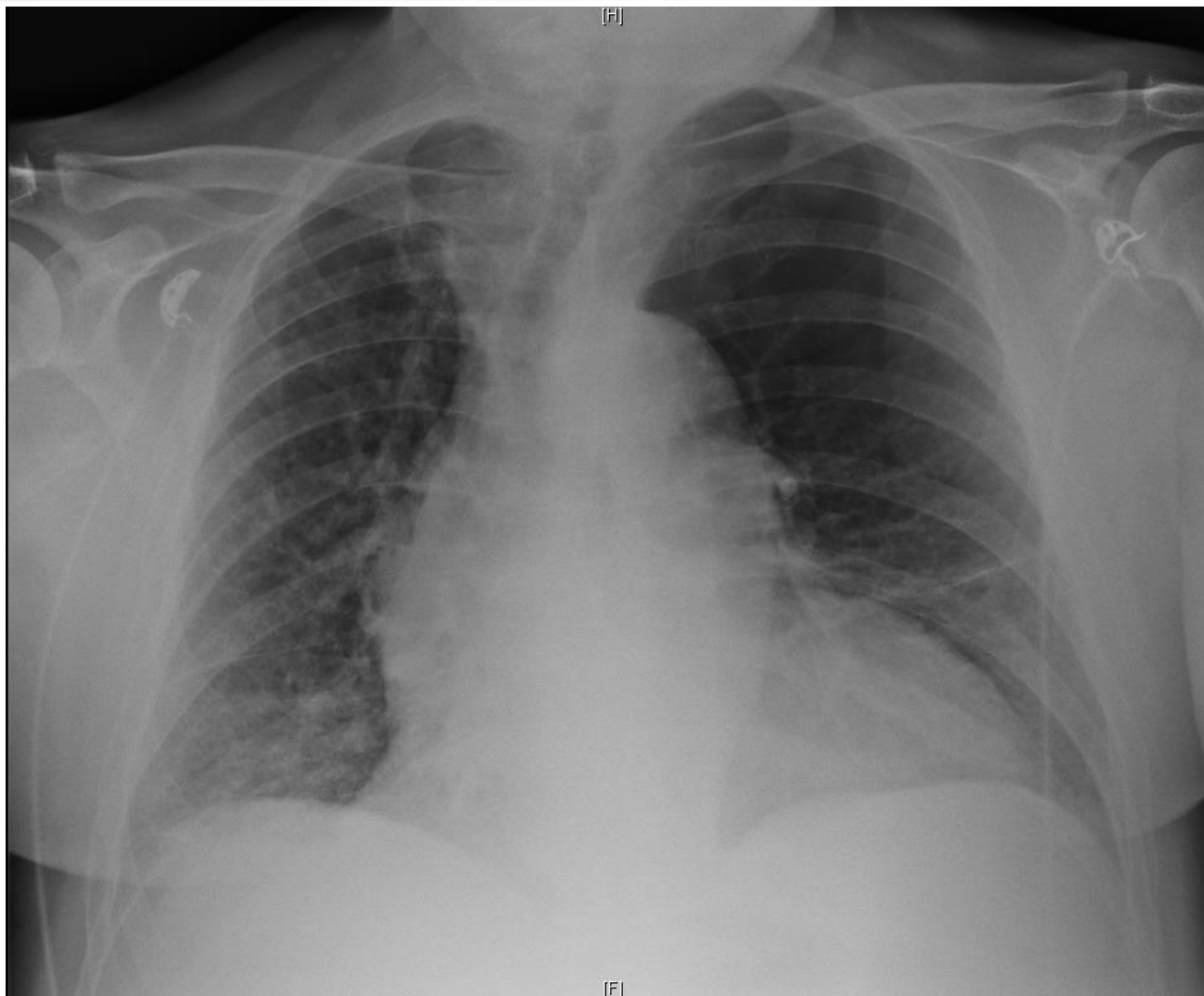
- 1- Oxygénothérapie au MHC
- 2- Aérosols par béta 2 mimétique
- 3- Anticoagulation curative IVSE
- 4- Corticothérapie IV (80 mg de SOLUMEDROL)
- 5- Diurétiques IVD (80 mg de FUROSEMIDE)
- 6- RISORDAN en titration pour PAM à 80 mmHg
- 7- Ventilation Non Invasive

RESULTATS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- ◆ ECG: rythme sinusal régulier, normo-axé, bloc de branche droit incomplet, pas de troubles de la repolarisation

- ◆ Sur le plan biologique : prélèvement hémolysé
 - Natrémie à 138 mmol/L , kaliémie à 5,8 mmol/L
 - Urée à 4,4 mmol/L, créatinine à 65 µmol/L
 - CRP à 4
 - Troponine HS à 39 ng/L (seuil à 14 ng/L)
 - BNP à 190 ng/L
 - GB à 7,3 G/L, Hb à 155 g/L, plaquettes sont normales
 - D dimères à 1800 µg/L
 - GDS sous 10 L : pH à 7,41, PCO₂ à 37,5 mmHg, PO₂ à 193 mmHg, bicar à 23 mmol/L, acide lactique à 3,5 mmol/L

RESULTATS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES



VOTRE HYPOTHESE DIAGNOSTIQUE ?

- 1- Embolie pulmonaire
- 2- Exacerbation aigue de BPCO
- 3- Pneumopathie de la base droite
- 4- Insuffisance cardiaque aigue

QUEL EXAMEN COMPLEMENTAIRE POUR CONFIRMER VOTRE DIAGNOSTIC ?

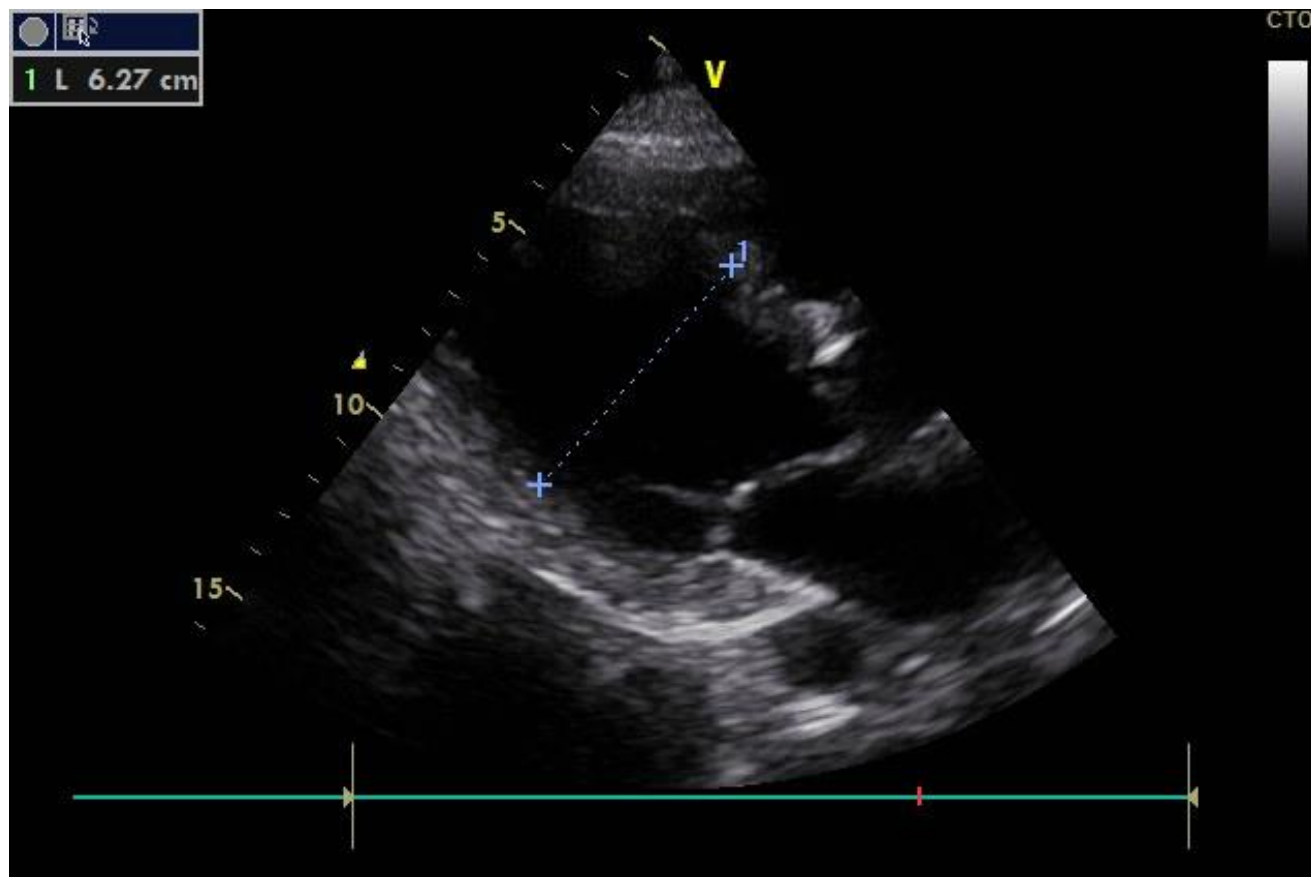
1- Aucun vous êtes déjà sur de votre diagnostic

2- TDM thoracique avec injection

3- TDM thoracique sans injection

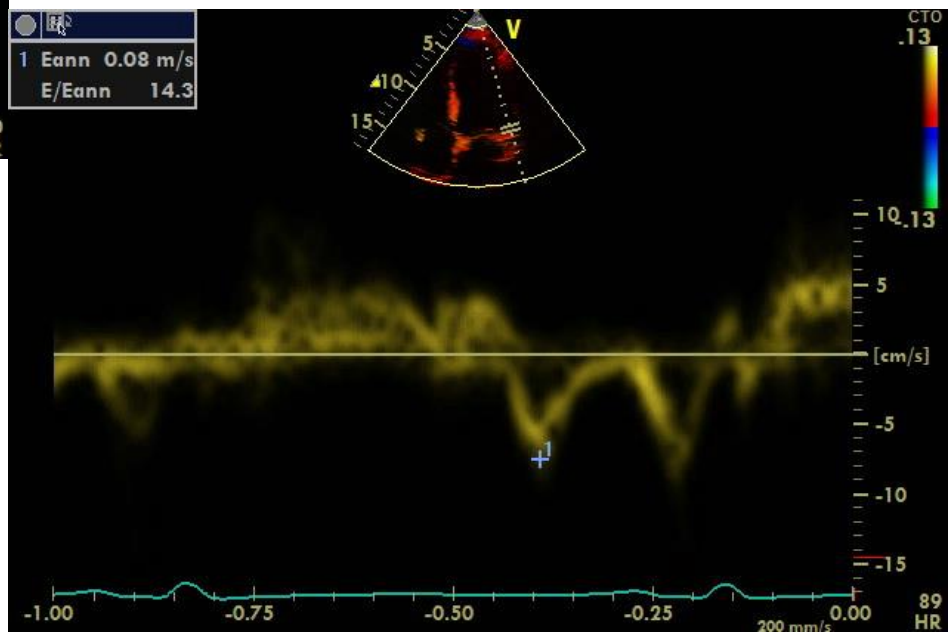
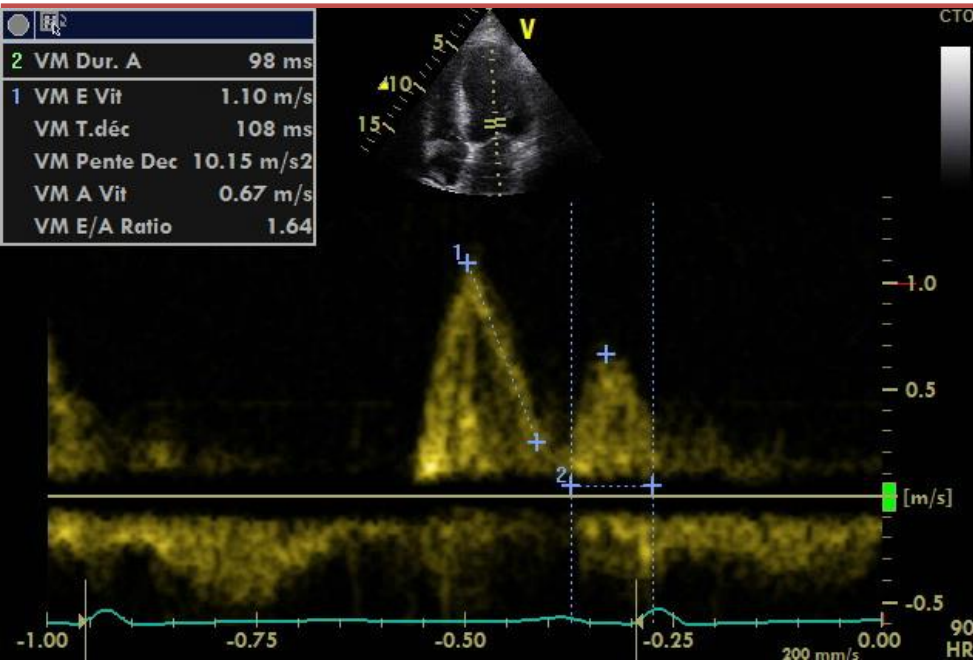
4- ETT

Patient peu échogène ...
- FEVG conservée, VG est dilaté, non hypertrophié
- Pas de troubles de la cinétique segmentaire



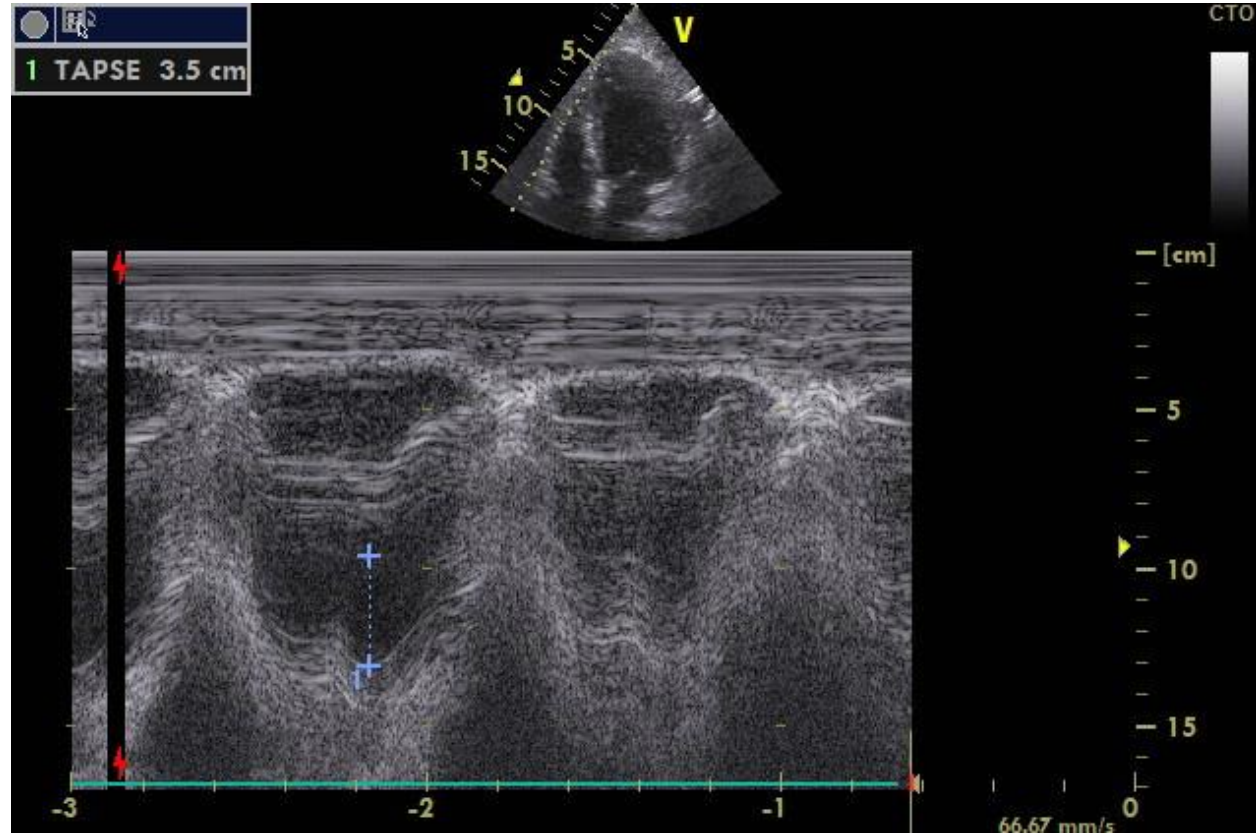
ETT: PRESSIONS DE REMPLISSAGE VG

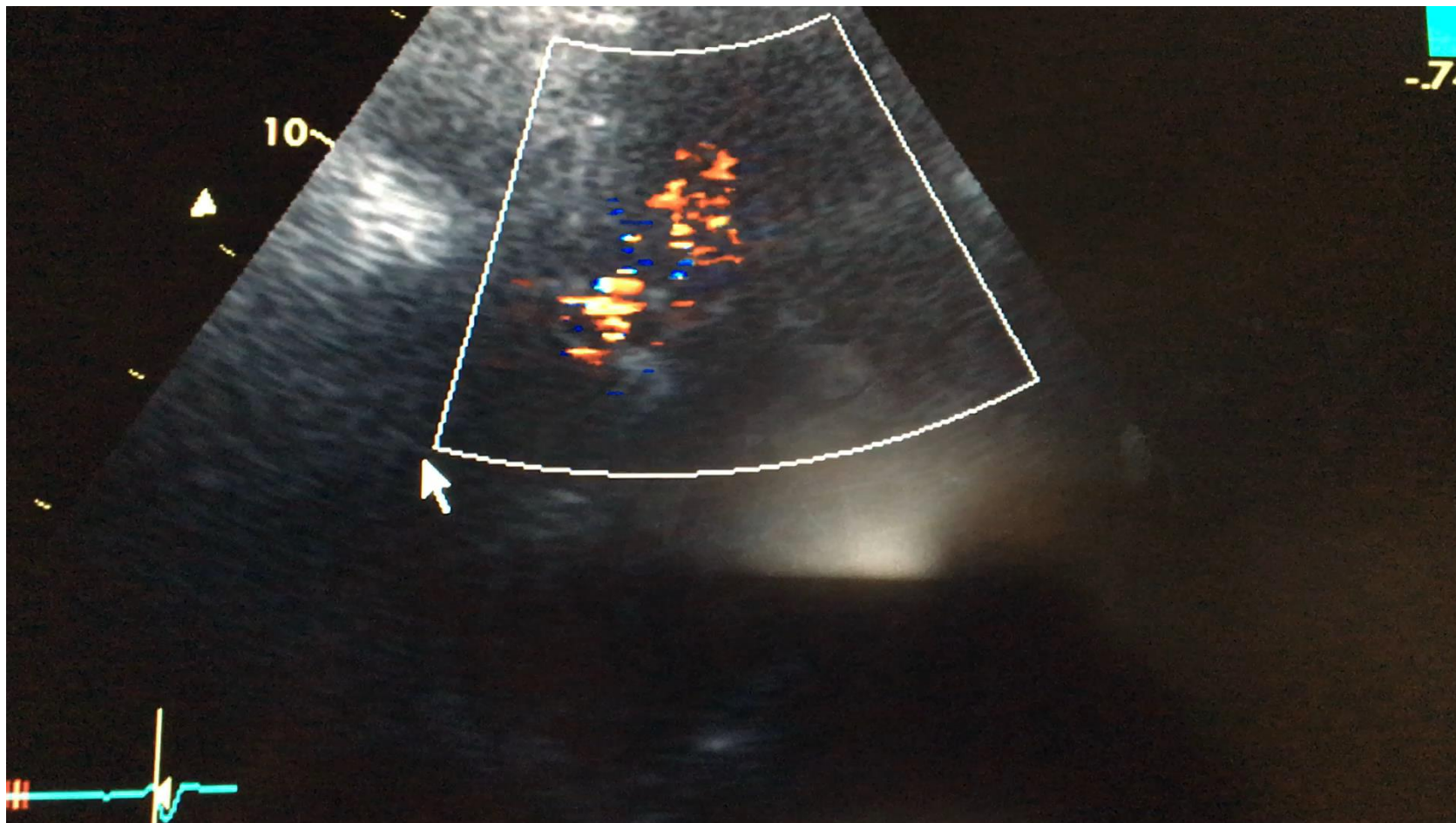
VG



- 1- Les PRVG sont normales
- 2- Les PRVG sont basses
- 3- Les PRVG sont élevées
- 4- Le profil mitral est ininterprétable

VD non dilaté
normokinétique
Pas IT ou IP alignable
VCI à 2,5 cm non
compliante





- ◆ Avec votre traitement entrepris initialement le patient s'est amélioré
- ◆ Le diagnostic retenu est celui d'une décompensation cardiaque globale avec œdème aigu pulmonaire sur insuffisance aortique importante non connue
- ◆ Le patient est hospitalisé à l'USIC de l'Hôpital Cardiologique Louis Pradel pour proximité d'un centre de chirurgie cardiaque

- ◆ Prise en charge thérapeutique enUSIC:
 - Mise en place d'une diurétisation IVSE
 - Poursuite contrôle tensionnel par RISORDAN IVSE
 - Cures de VNI régulières
 - Anticoagulation efficace dans le contexte EP récente
 - Introduction d'un traitement par IEC, Kardegic et Statines dans l'hypothèse d'une possible cardiopathie ischémique sous jacente
 - Contrôle troponine à H+3

 - ◆ ETO: valve aortique bicuspide avec IA sévère (vena contracta à 6-8mm) par défaut coaptation entre cusp gauche et cusp non coronaire. Aorte ascendante dilatée à 53 mm. VG dilaté
 - ◆ Angio TDM: pas EP
 - ◆ Coronarographie et KT droit: pas de lésions coronaires, HTAP pré capillaire modérée (après diurétisation importante)
- ➔ **Avis chirurgical: décision de PEC chirurgicale par chirurgie de Bentall car IA sévère symptomatique**