

Cardiologie

Trucs et astuces

- » Situations où l'ECG est indispensable : trouble ionique, douleur thoracique, dossier avec patient cardiopathe, dossier de diabétologie, anémie, malaise, chute, neurovasculaire
 - » Valvulopathie symptomatique → indication opératoire
 - » Pas d'EFR avant la prise en charge d'un RA car équivalent d'une épreuve d'effort
 - » Bioprothèse si grossesse envisagée
 - » Dissection péricardique → pas de drainage percutané
 - » Prévention secondaire : arrêt du tabac et prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire
 - » Connaître les objectifs attendus en prévention secondaire (LDL toujours plus bas)
 - » L'alitement n'est plus recommandé dans la prise en charge d'une phlébite (participe à l'extension de la thrombose)
 - » Situations où l'anticoagulation est contre-indiquée : endocardite infectieuse, dissection aortique, péricardite.
 - » Dossier AOMI → morbimortalité cardio-vasculaire +++ (explorer les coronaires et les carotides)
 - » Ischémie critique → 2 risques majeurs → mortalité cardio-vasculaire et amputation
 - » « Athéro-Pack » systématique → IEC + aspirine + statines
 - » Attention à la durée de l'anticoagulation dans la MTEV :
 - Si facteur déclenchant transitoire : 3 mois
 - En l'absence de facteur déclenchant : 6 mois
 - Facteur déclenchant persistant : tant que persiste le facteur déclenchant
- La cardiologie est une matière simple à réviser par son caractère consensuel à l'ECN. La plupart des items reposent sur des consensus HAS ou des recommandations d'experts. Il est donc indispensable de travailler à partir de ces références HAS ou de ces conférences d'experts (que l'on retrouve sur le site <http://www.fascicules.fr>).

- ▶ Attention à toujours considérer le patient athéromateux dans son ensemble. L'athérosclérose touche principalement les artères coronaires, carotides, et des membres inférieurs. Donc en cas de dossier AVC/SCA/AOMI, il faudra systématiquement explorer les 2 autres sites majeurs d'athérosclérose, et dépister/prendre en charge l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire.
- ▶ **Attention à 3 notions importantes :**
 - **Sidération :**
Altération transitoire et réversible de la fonction contractile secondaire à un phénomène ischémique aigu rapidement corrigé. La fonction contractile se normalise de quelques heures à quelques jours après l'épisode ischémique. Intérêt de l'échographie avant la sortie pour évaluer la FEVG après disparition du phénomène de sidération.
 - **Hibernation :**
Altération prolongée de la fonction contractile due à une ischémie chronique. Il s'agit donc de myocytes viables ne se contractant pas à cause de l'hypoxie. Une fonction contractile peut être récupérée après revascularisation. Intérêt de la scintigraphie myocardique.
 - **Ischémie résiduelle :**
Zones contractiles au repos devenant non fonctionnelles à l'effort par apparition d'une ischémie. Le plus souvent en rapport avec une sténose coronaire. Démasquée par l'échographie d'effort ou l'ECG d'effort associé à la scintigraphie au thallium.

■ Cardiomyopathie hypertrophique obstructive

INTRODUCTION

La CMHO est une pathologie fréquente et grave. Elle peut être révélée par de multiples symptômes, ce qui en fait un item de choix pour un dossier de cardiologie, d'autant qu'elle peut donner lieu à des questions sur l'enquête génétique.

▶ Terrain

- Antécédents familiaux de mort subite. (transmission autosomique dominante)

▶ Symptômes

- Asymptomatique
- Symptômes d'effort : angor/dyspnée/palpitations/syncope
- Souffle méso-systolique sans irradiation au cou (contrairement au souffle de rétrécissement aortique)
- Souffle d'insuffisance mitrale souvent associé

▶ Examens complémentaires

- ECG :
 - > Troubles du rythme (auriculaire/ventriculaire)
 - > HVG systolique
 - > Ondes T aplaties voire négatives de V1 à V6
 - > Ondes Q fines de V1 à V6
- Échographie cardiaque transthoracique +++ :
 - > Hypertrophie septale +++ (avec bourrelet)
 - > Mouvement systolique antérieur (SAM) de la grande valve mitrale responsable d'une IM fonctionnelle
 - > Gradient de pression intra-VG +++
- Holter-ECG +++
 - > troubles du rythme ventriculaire ?
- Épreuve d'effort
 - > étude de la TA à l'effort (si mal adaptée : haut risque de mort subite)
- Coronarographie
 - > si angor/FdR CV/traitement par alcoolisation septale envisagé

▶ **Complication**

- Mort subite par troubles du rythme ventriculaire +++

▶ **Traitement**

- Règles hygiénodététiques : limiter le sport et contre-indication des efforts violents
- Discuter le défibrillateur automatique implantable +++
- Bêta bloquant cardiosélectif / inhibiteur calcique en première intention
- Pace maker pour stimulation double chambre
- Discuter alcoolisation septale par coronarographie si échec
- Myomectomie septale sous circulation extra-corporelle voire transplantation cardiaque en dernière intention

■ Dissection aortique

INTRODUCTION

Cette pathologie s'inscrit principalement dans l'item 197 « Douleur thoracique », et fait partie des grandes urgences à toujours avoir en tête dans un dossier. Le tableau clinique sera très stéréotypé, avec très probablement une imagerie à interpréter. Il s'agit donc surtout de ne rien oublier ! Attention notamment à l'HTA maligne +++

► Terrain

- Patient âgé et hypertendu +++
- Polytraumatisé
- Maladie des tissus de soutien (maladie de Marfan)

► Symptômes

- Douleur thoracique migratrice, irradiant dans le dos (ou les membres inférieurs), résistante aux antalgiques
- **Asymétrie des pouls/de la TA aux membres supérieurs +++**
- ± souffle d'insuffisance aortique si atteinte de l'aorte ascendante

► Examens complémentaires

- ETO +++ :
 - > Voile intimal
 - > Faux chenal visualisable
 - > Si les 2 signes sont présents, l'ETO suffit au diagnostic +++
- Angioscanner aortique :
 - > Flap intimal
 - > Faux chenal visualisable (astuce : il est plus gros que le vrai chenal)
- Radiographie thoracique : élargissement du médiastin supérieur

► Complications

- Extension de la dissection +++
- Rupture
- Attention à l'HTA maligne !

► **Traitement**

Selon la classification de Stanford :

A : dissection touchant l'aorte ascendante	Chirurgie en urgence sous circulation extra-corporelle : Remplacement de l'aorte par prothèse	<ul style="list-style-type: none">• Contrôle de la PA → Inhibiteurs calciques +++ (objectif PAS = 100-120mmHg)
B : dissection ne touchant pas l'aorte ascendante	Traitement médical (contrôle strict de la TA)	<ul style="list-style-type: none">• Antalgiques morphiniques• Contre-indication des anticoagulants +++

■ Myopéricardite

INTRODUCTION

La myopéricardite peut être suspectée en cas de mort subite, de choc cardiogénique et de douleur thoracique avec élévation des troponines.

▶ Terrain

- Hommes > femmes
- 1^{re} cause de mort subite chez l'adulte jeune
- Forme fulminante rare

▶ Symptômes

- Douleur thoracique position dépendante
- Dyspnée fluctuante, asthénie
- Parfois syncope ou perte de connaissance
- Signes infectieux liés à l'étiologie de la myopéricardite :
 - > Fièvre
 - > Adénopathies
 - > Syndrome grippal

▶ Examens complémentaires

- ECG qui peut retrouver les signes classiques de péricardite
- Troponines élevées
- Échographie cardiaque retrouve un décollement péricardique (peut être normale)
- Radiographie de thorax (cœur en carafe, mais peut-être normale)
- Bilan infectieux et inflammatoire (CRP augmentée)

▶ Complications

- Cardiomyopathie dilatée
- Choc cardiogénique
- Mort subite inexpliquée

▶ Traitement

- Identique à la péricardite
- Éliminer si doute un IDM par une coronarographie qui sera normale
- Surveillance adaptée à la gravité (USIC, scope)

■ Syndrome de Marfan

INTRODUCTION

Le syndrome de Marfan est une maladie génétique due à une altération de la fibrilline de type 1. Le diagnostic repose sur la présence de faisceaux d'arguments (classification de Ghent).

▶ Terrain

- Une personne sur 5 000
- Pas de prévalence de sexe, d'ethnie ou de prédisposition géographique
- Maladie héréditaire, à **transmission autosomique dominante**
- Néo-mutation dans un tiers des cas

▶ Symptômes

- Squelette :
 - > Croissance anormale des os, **morphotype grand et longiligne**
 - > **Hyperlaxité ligamentaire**
 - > **Arachnodactylie** (= doigts très longs et fins)
 - > Déformation possible du sternum
- Ophtalmologie :
 - > Subluxation du cristallin
 - > **Myopie**
 - > Ectopie du cristallin
 - > Décollement de la rétine
 - > Glaucome et cataracte précoces
- Cardio-pulmonaire :
 - > **Anévrisme de l'aorte initiale** aggravant et aggravé par l'insuffisance aortique
 - > Prolapsus de la valve mitrale
 - > Emphysème
- Présence très fréquente de vergetures
- **Ectasie durale**