

Cardiologie



Réflexes et mots-clés en cardiologie

Clinique

- Facteurs de risque cardio-vasculaire
- Douleur thoracique
- Syncope
- Signes d'insuffisance cardiaque
- Souffle cardiaque

Diagnostics à toujours garder à l'esprit

- SCA
- Embolie pulmonaire
- Endocardite infectieuse

Paraclinique

- ECG
- Troponine
- Échographie cardiaque



Quiz

Causes de syncopes à l'effort

- Rétrécissement aortique serré
 - Cardiomyopathie hypertrophique obstructive
 - HTAP (EP, cœur pulmonaire chronique)
 - Coronaropathie sévère (tronc commun)
 - Tamponnade
 - Myxome oreillette gauche
 - Trouble du rythme ventriculaire
-

Les grands principes de l'éducation du malade aux AVK

- Informations sur les buts, risques et la durée
 - Donner l'INR cible les principes de la surveillance biologique et de l'adaptation thérapeutique
 - Signaler au personnel médical la prise des AVK
 - Pas d'automédication, pas d'injection IM, pas de sport violent, pas d'aliments riches en vitamine K
 - Savoir reconnaître les signes de surdosages et contacter le médecin si saignements
 - Indiquer les situations ou faire doser l'INR
 - Pas d'allaitement
 - Carte et carnet d'INR
 - Prendre à heure fixe une prise par jour
-

Facteurs favorisant l'allongement du QT

- Bradycardie (BAV, BSA)
- Hypokaliémie
- Hypomagnésémie

- Médicaments (anti-arythmiques, antidépresseurs tricycliques, macrolide, quinolone, quinine, antihistaminique)
- Syndrome du QT long congénital

☞ Souvent il y a une potentialisation de plusieurs facteurs

ATTENTION : Risque de torsade de pointe !!

Causes d'insuffisance cardiaque gauche par dysfonction systolique

- Ischémique
- Hypertensive
- Cardiomyopathie hypertrophique
- Cardiomyopathie restrictive
- Péricardite constrictive

☞ Dans le cas de la péricardite constrictive FEVG normale ou supérieure à 40 %

Prise en charge d'une asystolie

- RCP dès que possible (100 compressions thoraciques puis cycle de 30 compressions et 2 ventilations)
 - Adrénaline IV 1 mg toutes les 3 à 5 minutes (ou endotrachéale)
 - Adrénaline tous les 2 cycles de RCP
 - Rechercher une cause curable : hypoxie, hypothermie, dyskaliémie, médicaments
 - Asystolie = rythme non curable
-

Causes de dissociation électromécanique

- Tamponnade
- Pneumothorax bilatéral compressif
- Hypovolémie majeure lors d'une hypovolémie massive
- Embolie pulmonaire massive

Causes d'état de choc avec signes d'insuffisance cardiaque droite

- Tamponnade
- Embolie pulmonaire massive
- Infarctus du ventricule droit
- Tamponnade gazeuse
 - Pneumothorax compressif
 - Crise d'asthme aigu grave

Bilan minimal suite à la découverte d'une fibrillation auriculaire à l'ECG

- Étiologique
 - Ionogramme sanguin (dyskaliémie)
 - TSH T3 T4
 - Échographie cardiaque transthoracique à la recherche d'une cardiopathie sous-jacente et pronostic de la récupération
- Pré-thérapeutique
 - NFP, ionogramme sanguin, bilan de coagulation, fonction rénale et hépatique
 - Échographie cardiaque transœsophagienne (recherche d'un thrombus intra-auriculaire)
- Retentissement
 - Radiographie thoracique (cardiomégalie) et ETT/ETO

Valeur anormale d'index de pression systolique et leurs implications

- Supérieur à 1,3 : médiocalcose, artères incompressibles
- 0,9-1,3 : normal
- Inférieur à 1,3 : AOMI (si inférieure à 0,4 = retentissement sévère)

Traitement d'une dissection aortique

- URGENCE VITALE
- Antihypertenseurs pour contrôle tensionnel (TAS entre 100 et 120 mmHg)
- Antalgiques
- Contre-indications absolues des anticoagulants
- Type A (aorte ascendante) : chirurgie avec pose de greffon prothétique +/- remplacement de valve aortique
- Type B : traitement médical par cathétérisme interventionnel

Physiopathologie d'un syndrome coronarien aigu (SCA)

- Rupture de plaque athéromateuse qui entraîne la constitution d'un thrombus
- Le thrombus n'est pas complètement occlusif dans les SCA sans sus-décalage du segment ST
- Le thrombus est complètement occlusif dans le cas d'un SCA avec sus-décalage

Étiologie insuffisance mitrale dans le cadre d'un SCA

- Dilatation de l'anneau mitrale (fonctionnel)
- Dysfonction du pilier postérieur (infarctus inférieur)
- Rupture du pilier : postérieure

Grandes lignes de prise en charge en post-infarctus

BASICONART

Bêta-bloquants

AAG : double (aspirine + clopidogrel)

Statine

IEC

Correction des facteurs de risque cardio-vasculaire

Oméga 3

Nitrés à la demande en cas d'angor

Anti-aldostérone (éplerenone)

Réadaptation cardio-vasculaire

Arrêt de **T**ravail

Signes ECG d'une embolie pulmonaire

BASTON

Bloc de branche droit

Axe droit

Aspect **S**1Q3 (c'est-à-dire onde S en DI et onde Qe DIII)

Tachycardie

Onde T négatives de V1 à V3

Normal (un ECG normal n'élimine pas une EP)

Signes ECG d'une hyperkaliémie

- Anomalies diffuses
 - Augmentation de l'amplitude des ondes T
 - Troubles de conduction
 - Auriculaire : diminution puis disparition des ondes P
 - Auriculo-ventriculaire : bloc sinuso-ventriculaire ou bloc auriculo-ventriculaire
 - Ventriculaire : élargissement des QRS (aspect de bloc de branche)

- Troubles du rythme : tachycardie ventriculaire puis fibrillation et arrêt cardiaque

Critères opératoires d'un rétrécissement aortique

- RA symptomatique
- Gradient supérieur à 40-50 mmHg
- Surface inférieure à 1 cm²

Classification des AOMI

- Classification de Leriche et Fontaine
 - Stade I : pas de signes fonctionnels / abolition des pouls périphériques
 - Stade II : claudication intermittente à l'effort
 - A : périmètre de marche de plus de 150 mètres
 - B : périmètre de marche de moins de 150 mètres
 - Stade III : douleur de décubitus
 - Stade IV : trouble trophique cutané et/ou gangrène

Prise en charge AOMI dans les grandes lignes

- Règles hygiéno-diététiques
 - Correction facteurs de risque cardio-vasculaire
 - Réhabilitation à la marche
 - Traitement médicamenteux
 - Anti-agrégant plaquettaire (aspirine ou clopidogrel)
 - Statine
 - IEC
 - Vasodilatateur
 - Revascularisation
- ☞ Recommandation HAS 2006 sur la prise en charge de l'AOMI.
Les bêta-bloquants sont non contre-indiqués dans les stades I et II notamment si le patient est coronarien

Prise en charge ischémie aiguë de membre

- URGENCE
- Hospitalisation et transfert au bloc opératoire
- Conditionnement (à jeun / scope)
- Traitement médical
 - Anticoagulant à dose curative : HNF
 - Antalgique
 - Correction troubles hydro-électrolytique
- Traitement chirurgical au bloc opératoire
 - Artériographie sur table (diagnostic)
 - Geste de revascularisation
- Prévention, surveillance et traitement des complications
 - Syndrome des loges
 - Syndrome de reperfusion du membre
 - Rhabdomyolyse

Bilan minimal et examens recommandés devant une découverte d'HTA

- Bilan OMS minimal
 - Glycémie à jeun *
 - Exploration d'une anomalie lipidique *
 - Acide urique
 - Kaliémie sans garrot *
 - NFS (Hb/Ht)
 - Bandelette urinaire *
 - Créatininémie et calcul DFG *
 - ECG de repos *
- Bilan OMS recommandé
 - ETT
 - Échographie-doppler des troncs supra-aortiques
 - Recherche micro-albuminurie chez le diabétique