

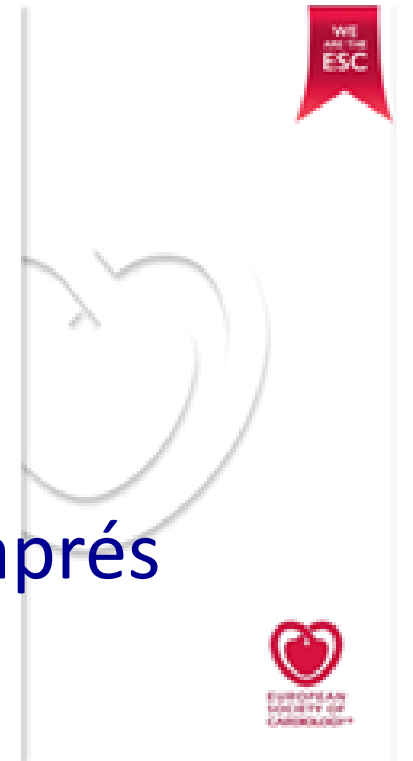
INSUFFISANCE CARDIAQUE

CAS CLINIQUE
SMC/ESC OCTOBRE 2016

S ABIR KHALIL
CLINIQUE CMVC AGDAL RABAT



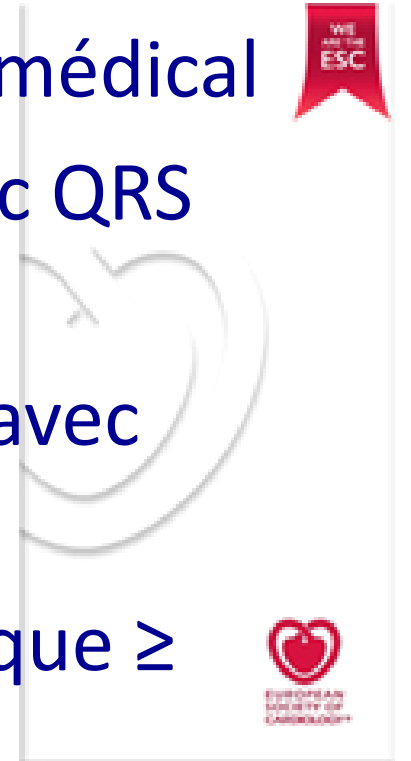
- E M né en 1931
- bon état général
- 1994 HTA sévère 250/110 mmhg
- systolique carotidien bilatéral echo doppler cervical
- Traitement médical essentiellement anti HT, aspirine après baisse PA
- Exploration non invasive: echo doppler cervical



- Dans l'insuffisance cardiaque avec dysfonction systolique

La resynchronisation est indiquée après un traitement médical

- A. uniquement en cas de dysfonction sévère du VG avec QRS large et/ou asynchronisme intra VG
- B. Dysfonction sévère du VG quelque soit les QRS mais avec troubles du rythme
- C. Dysfonction sévère du VG avec fuite mitrale ischémique \geq grade II et HTAP



- Dans l'insuffisance cardiaque un DEF est indiqué
 - A. Exclusivement en prévention secondaire des TV répétées
 - B. En prévention Primaire
 - C. Uniquement si nécessite resynchronisation



Dans l'IC à FEP quel traitement a démontré
Une réduction de la mortalité?

- A. IEC / ARAII
- B. Les anti aldosterone
- C. Les betabloqueurs
- D. Toutes ces classes therapeutiques
- E. Aucun de ces traitements



- 1999: symptomatique: douleur thoracique
- Explorations non invasives vasculaires et rénales
- Maladie polyartérielle : sténoses cardidiennes, sténose des artères rénales, sténose membres inferieurs < a 50%
- ETT HVG fonction VG normale
- Coro atteinte coronaire multitronculaire sténoses serrées
- PAC
- Autres localisations: Traitement médical
- bonne évolution clinique
- Suivi relativement régulier
- TA sous Trt: PAS: 140-160 / 80 -90 mmhg sous 5 antihypertenseurs



janvier 2012

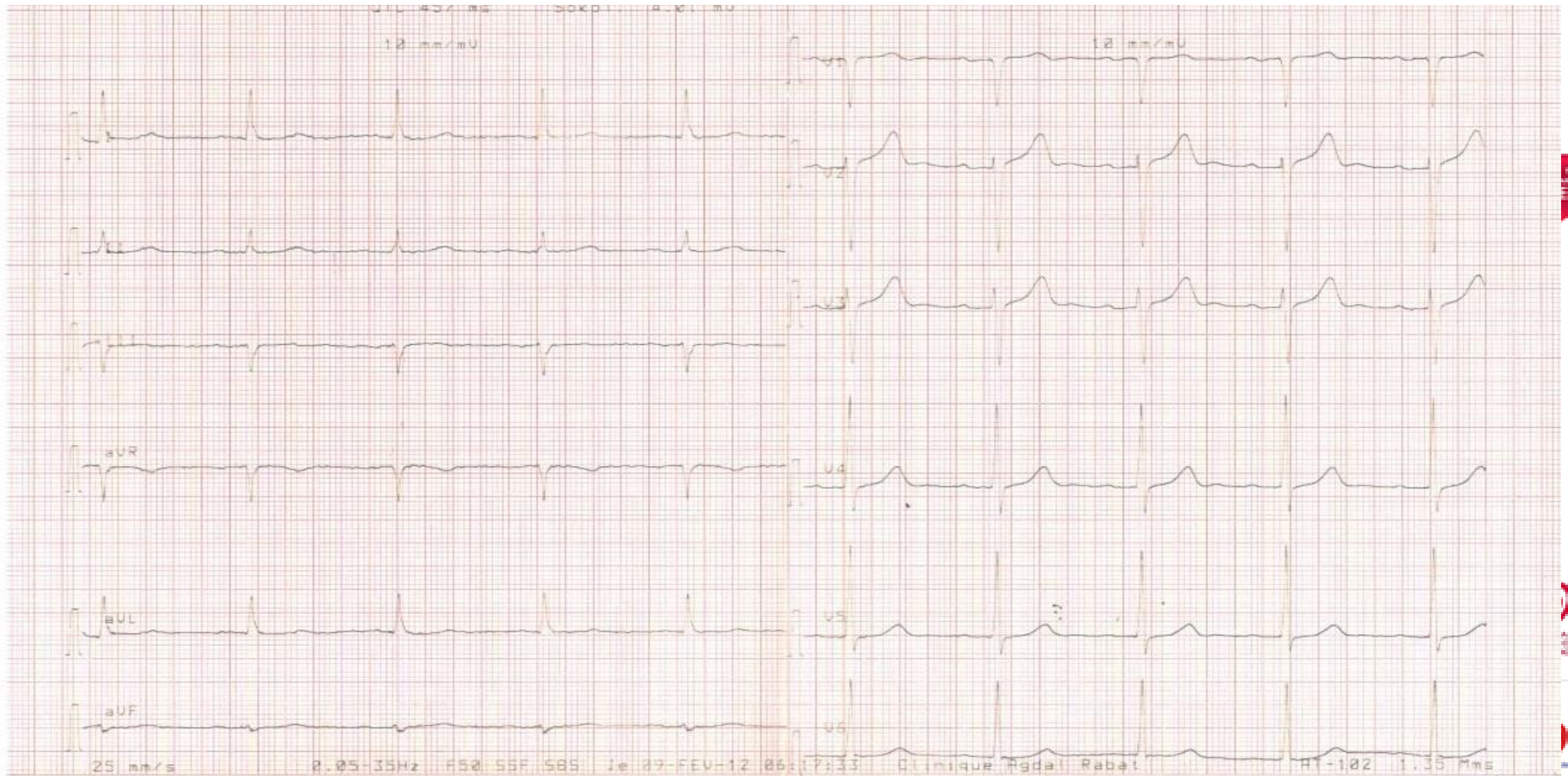
Douleur angineuse sévère, prolongée depuis 15j

Dyspnée II-III

TA: 150/80 mmhg

ECG: RS



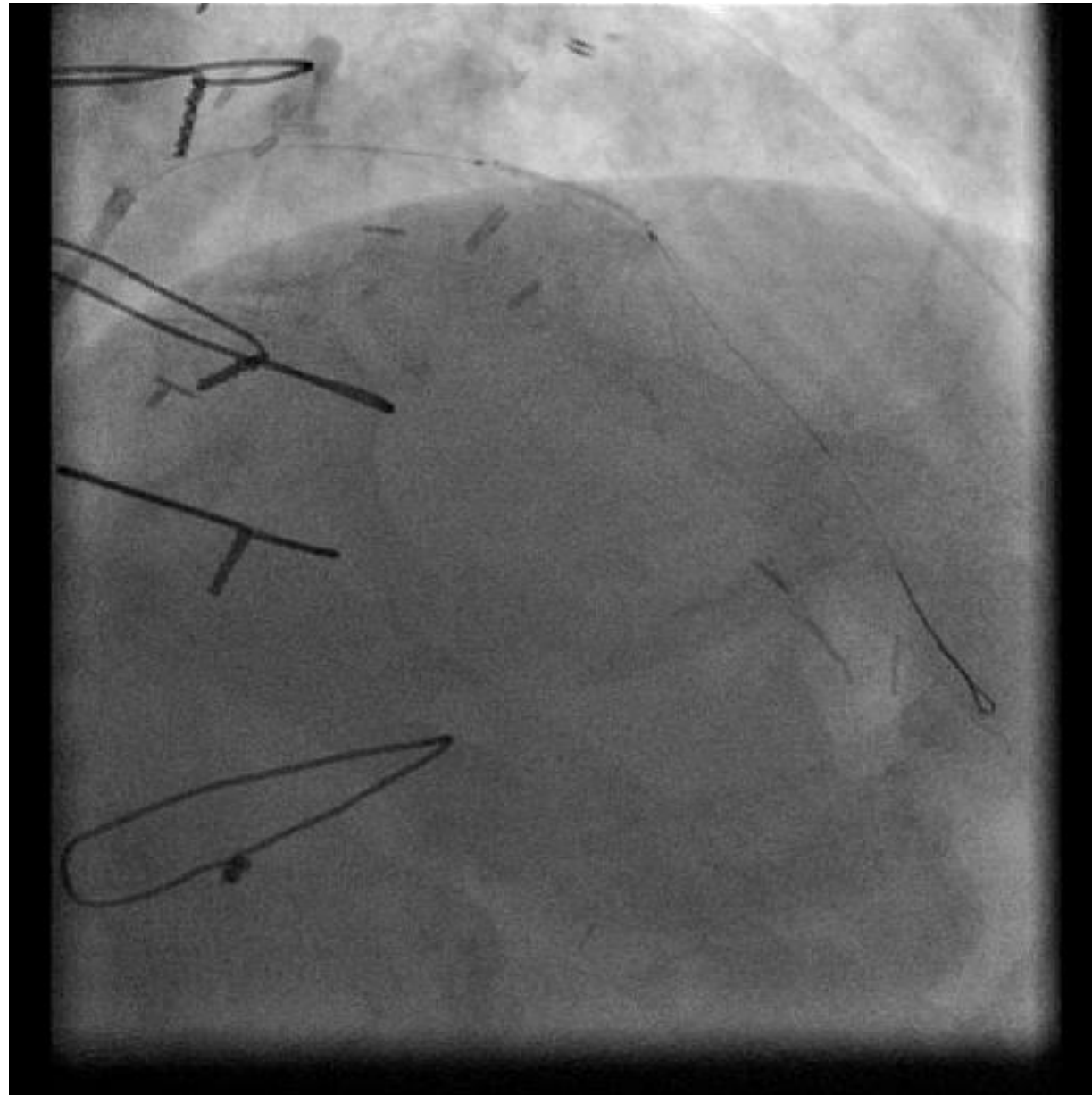


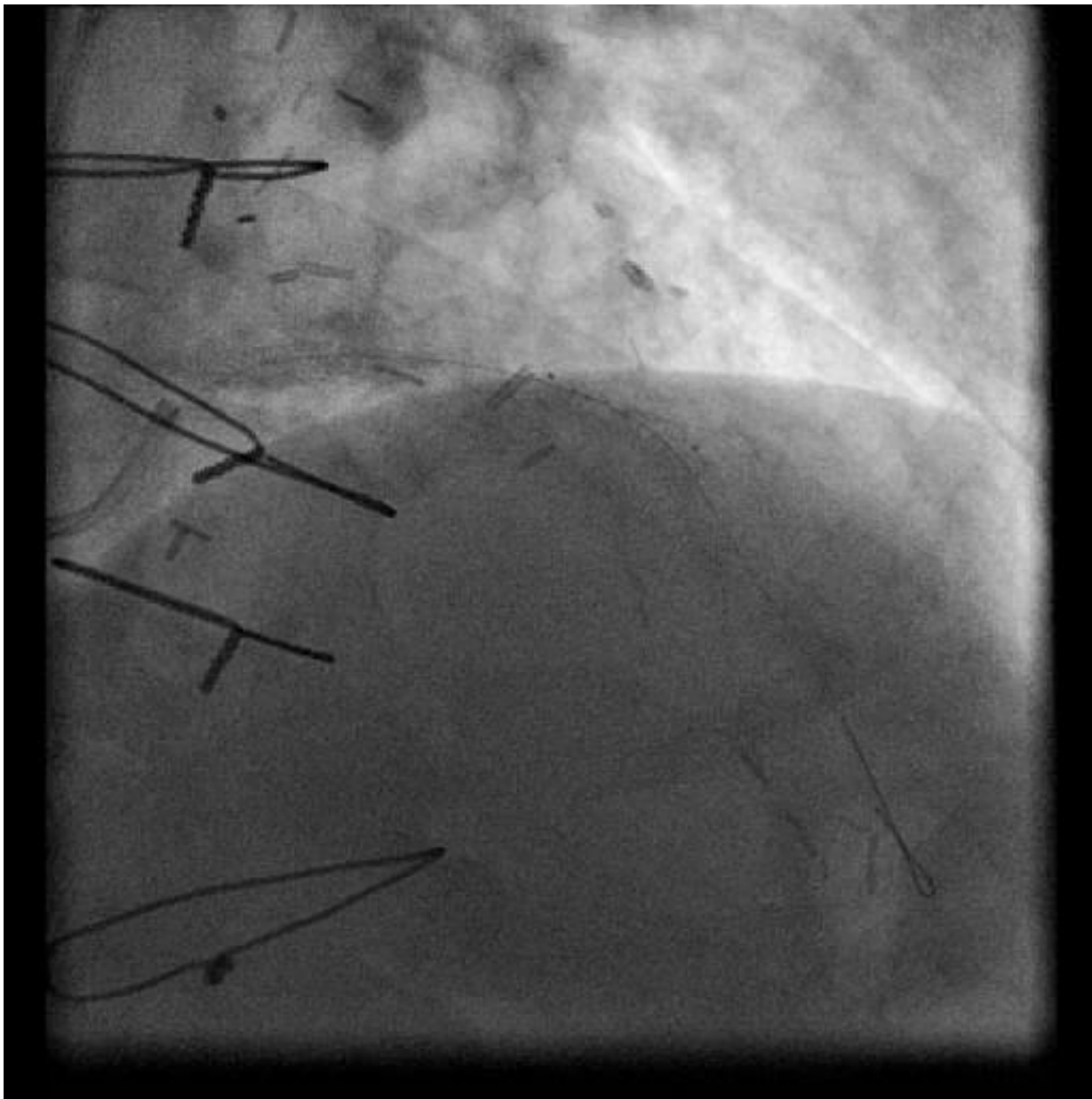
Biologie, créatinine 12.3 mg
ETT anomalie cinétique FEVG 45%
Coronarographie
PAC MIG IVA III perméable
Ponts veineux CD perméable

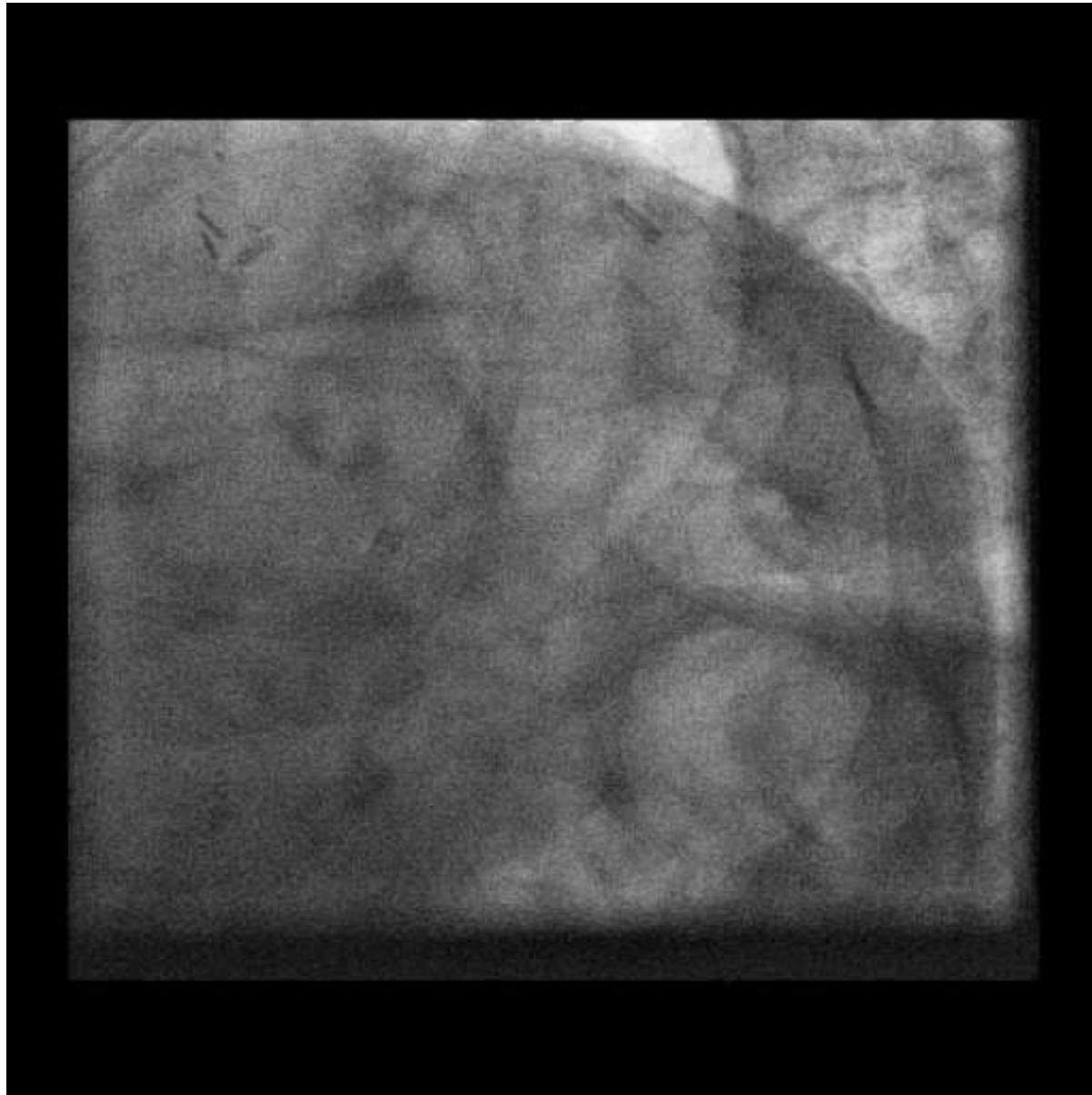
sténose du tronc commun
IVA moyenne incluant l'origine de la diagonale
dilatation + 2 stents









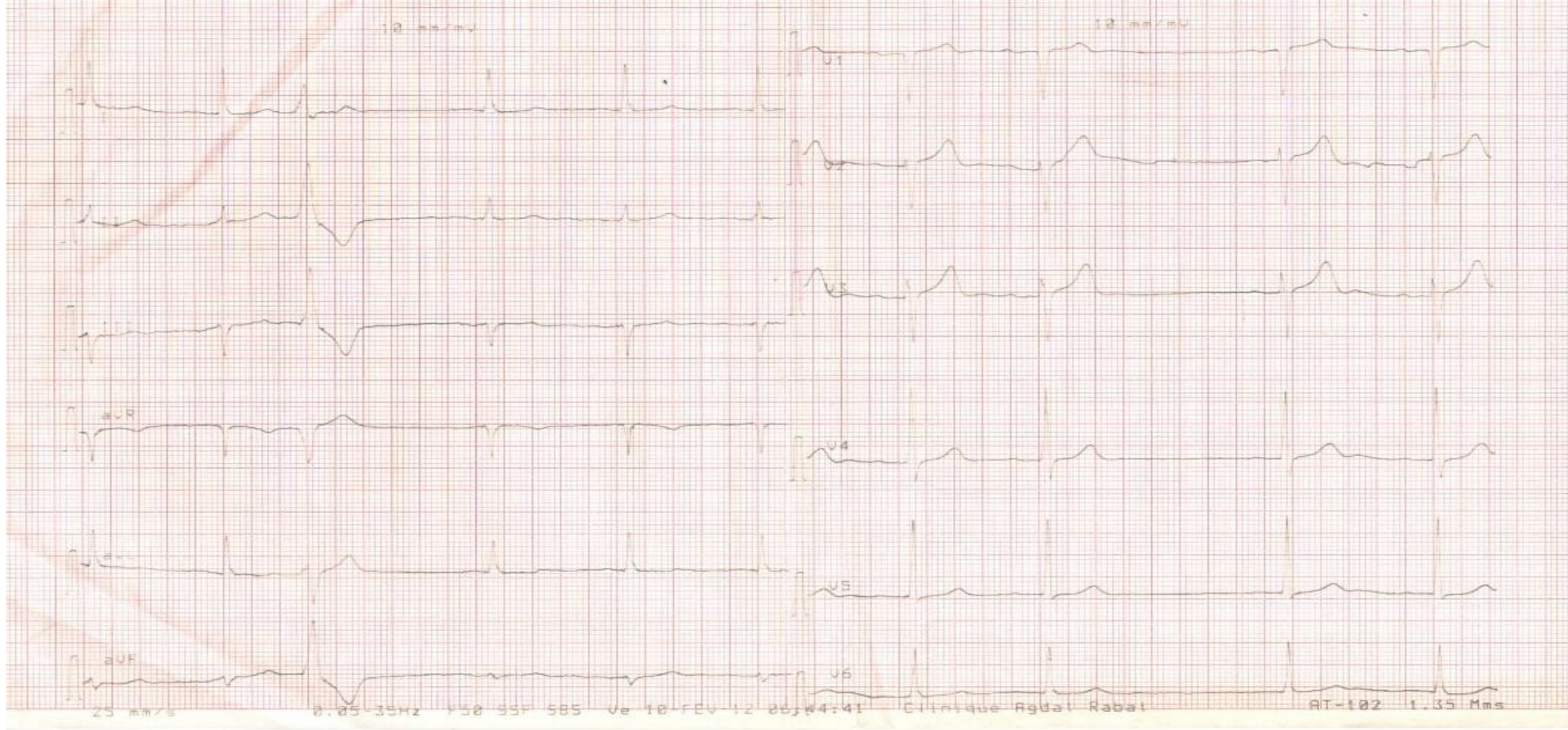


- Revascularisation
- angioplastie stent actif TC stent +nuIVA diagonale
- Bonne evolution clinique
- NYHA II
- Traitement bien suivi



- En 2014
- Douleur thoracique angineuse
- anémie severe Hb = 7g/ transfusion 11g
- Gastrite traitement medica
- Passage en FA
- Cordarone + BB
- |





- En 2014
- Douleur thoracique angineuse
- anémie severe Hb = 7g/ transfusion 11g
- Passage en FA
- Cordarone + BB
- Gastrite traitement medical



Trois mois après

Persistance de la douleur angineuse après correction anémie

Dyspnée stade III NYHA

FC 45 à 40/mn en FA

TSH élevée: lévothyrox 25mg

Arret cordarone

Maintien BB

AVK , objectif INR 2



Biologie :

5 mois plus tard

dyspneé DT

Glycémie à jeun : 1,13

Hbg : 5,9% transfusion trt martial

PA 130/80 mmhg

ETT : FE 40%, fuite mitrale grade I



question

- Doit on arrêter
- Le clopidogréle?
- Les avk?
- AOD? IM I rénale
- Restenose responsable de la dégradation de fonction cardiaque: nouvelle exploration?



- Peristance DT
- Test d'ischémie non contributif
- Coro PAC permeables pas de stenose intrastent



Aspirine 100mg
Ramipril 5 mg
Carvidelol 12,5mg
Spironolactone 25 mg
Lasilix 80 mg
nitrendipine 20 mg x2
atorvastatine 20mg
corvasal 2 mg x 3
+gastro et thyroïde
stable sous Traitement

Quid des AVK?



- •Score de risque hémorragique: très élevé
- Score hémorragique
- Incidence sur insuffisance cardiaque

Score CHADS2 : **4**

Score CHA2DS2-VASc : **6**

Score HAS-BLED : **3**



- TSH 1.34
- Pas d'AVK
- Stable
- Claudication intermittente MI
- Echo doppler stenose très serrée FS
- stenose carotides < 60%
- Angioplastie FS



- TRAITEMENT OPTIMAL
- PA 160/76 mm hg
- Quel antihypertenseur ajouter dans ce contexte d'IC ?
- Antihypertenseur central?
- Alpha bloqueur?
- anti HT central

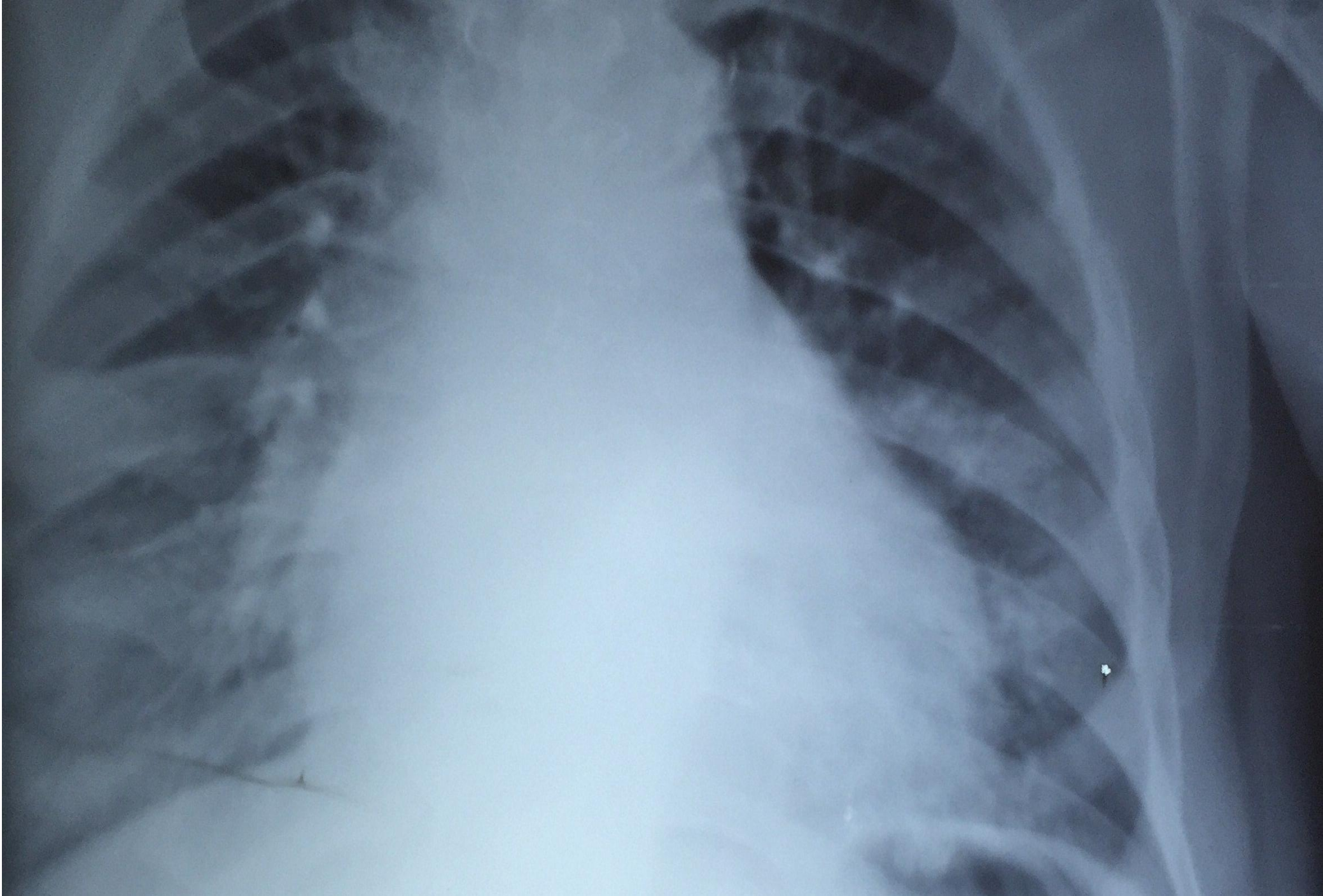


- TRAITEMENT OPTIMAL
- PA 160/76 mm hg
- Quel antihypertenseur ajouter dans ce contexte d'IC ?
- Antihypertenseur central?
- Alpha bloqueur?
- **anti HT central**



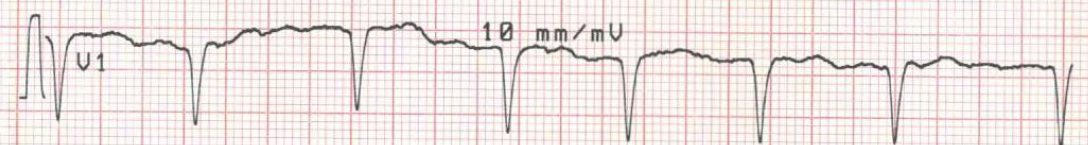
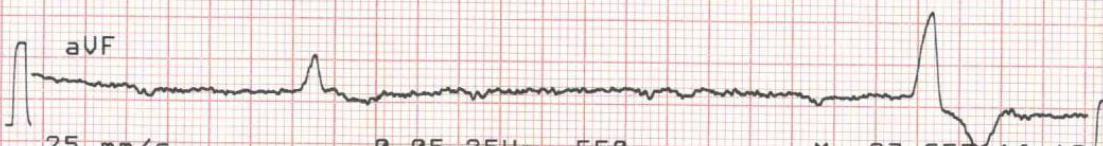
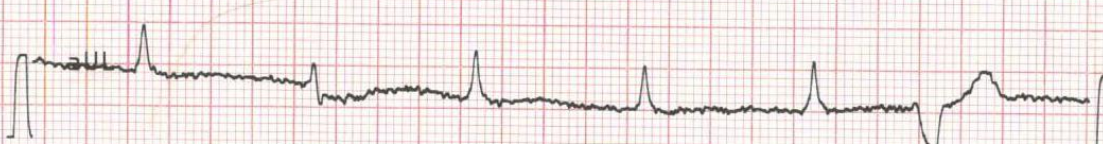
- 2016 85ans
- Toujours bien conservé
- Plainte essentielle
- dyspnée NYHA III asthénie
- tendances lipothymiques?
- Difficulté de faire à pied le trajet habituel
-





10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

0.05-25Hz F50

Ma 27-SEP-16 10:37:29

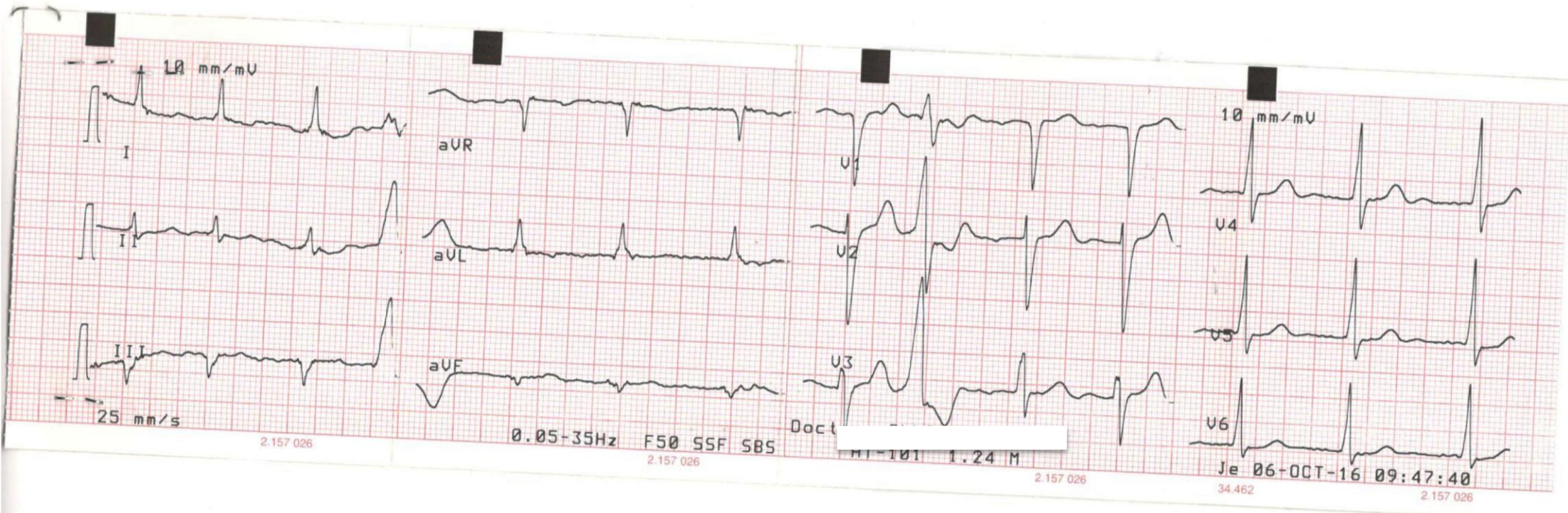
Cabinet de Cardiologie Rabat

HT-2plus 4.14 C

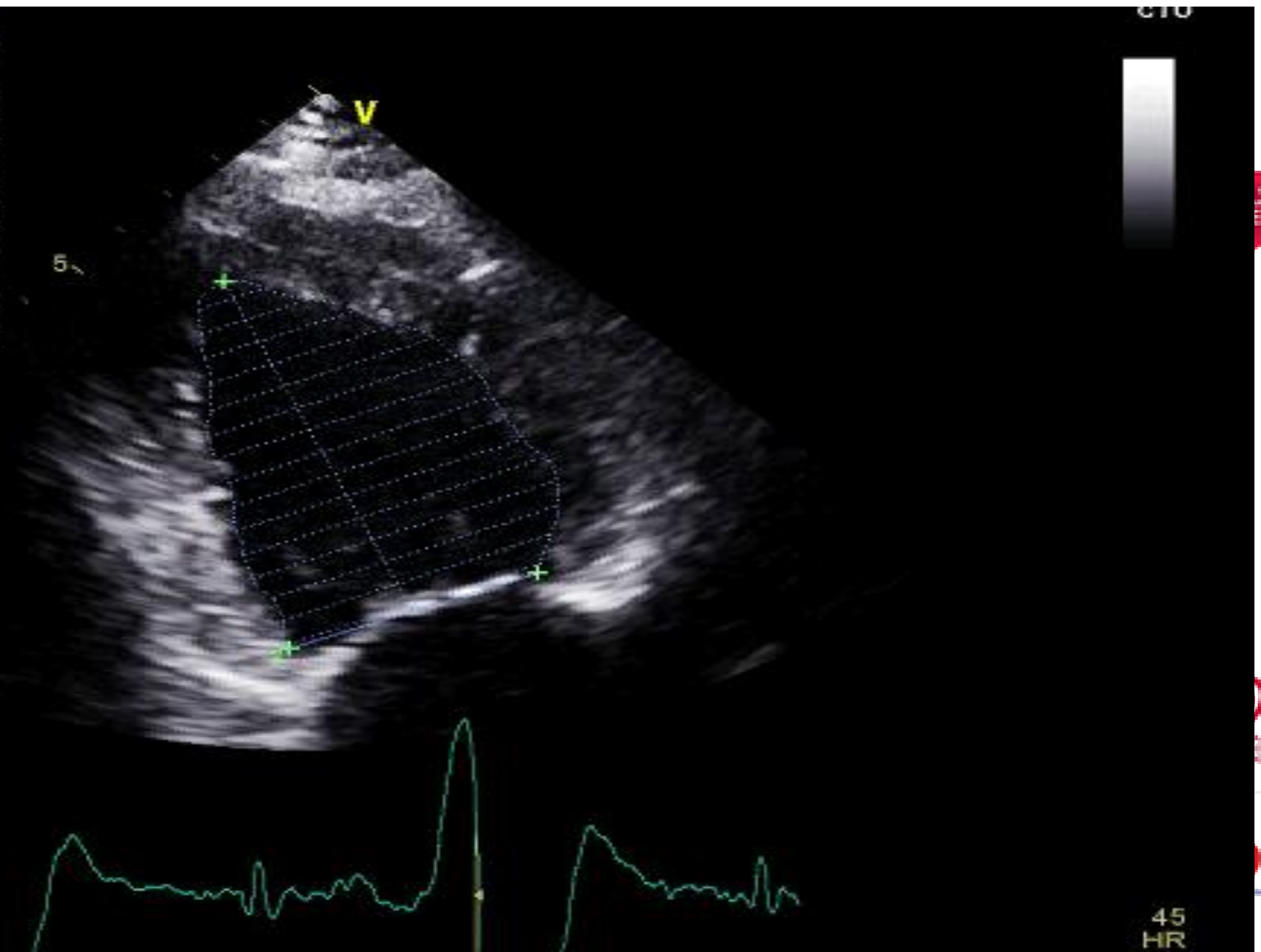
SC

SC

Société Marocaine de Cardiologie

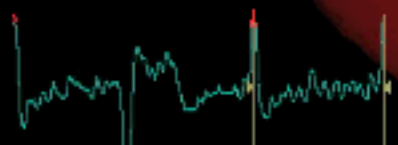
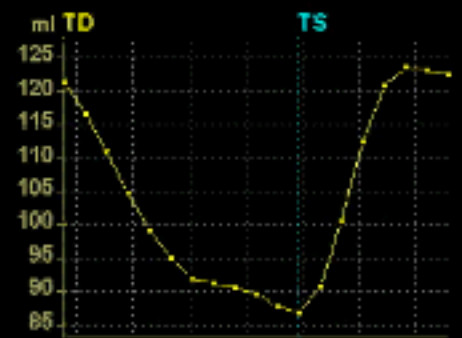
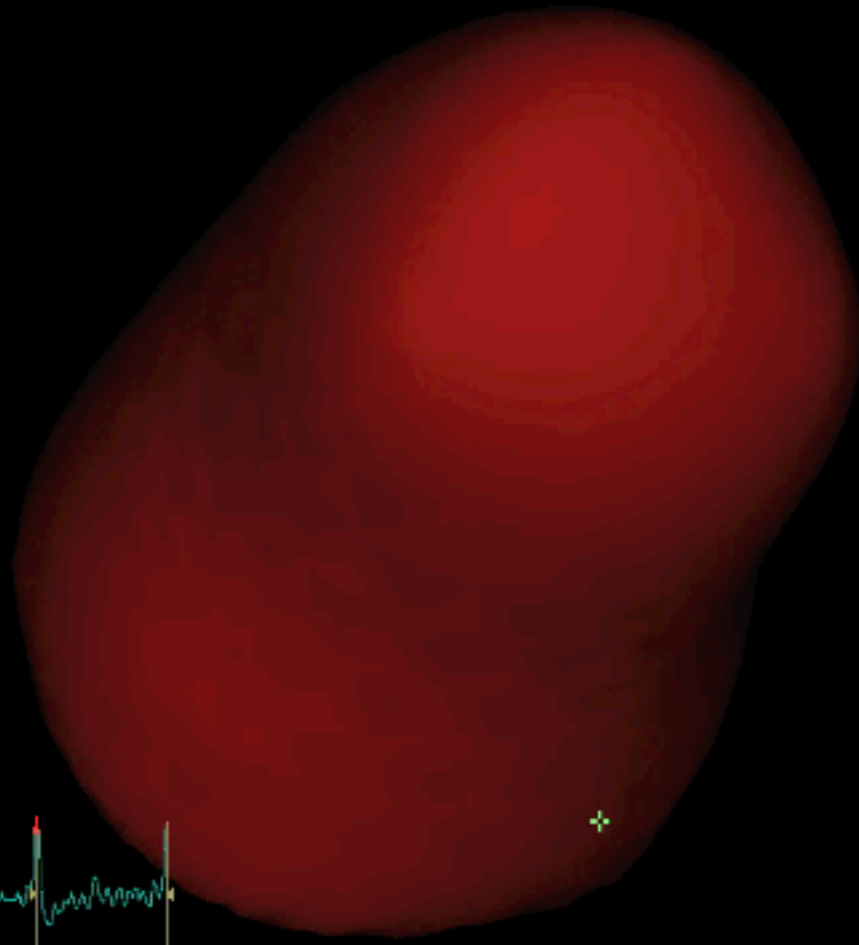


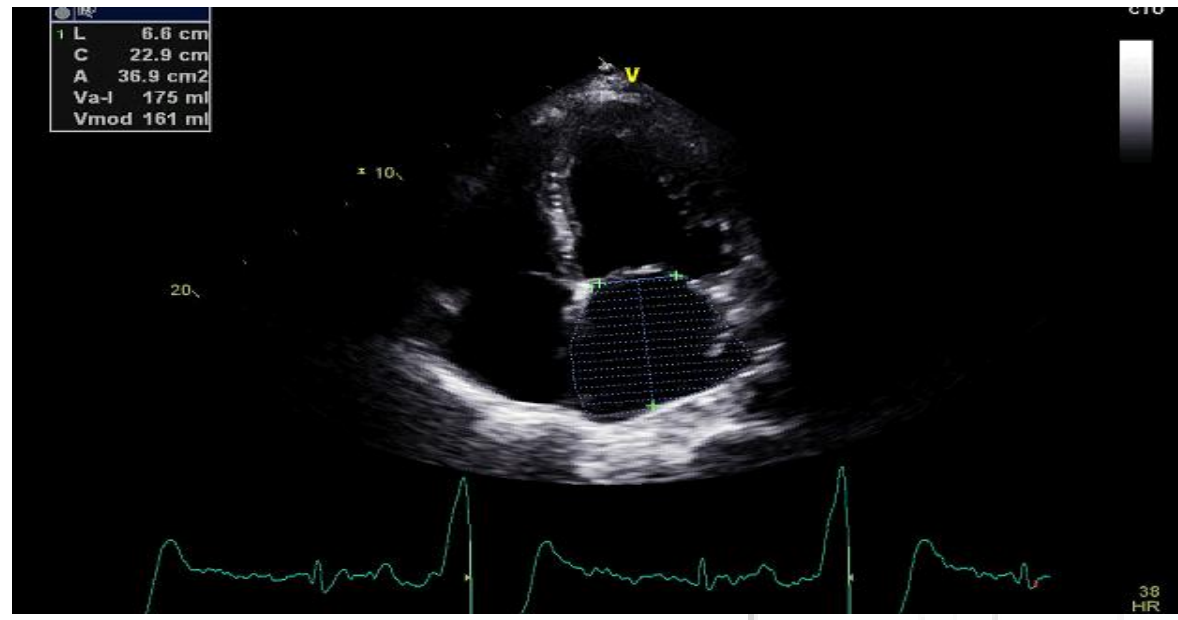
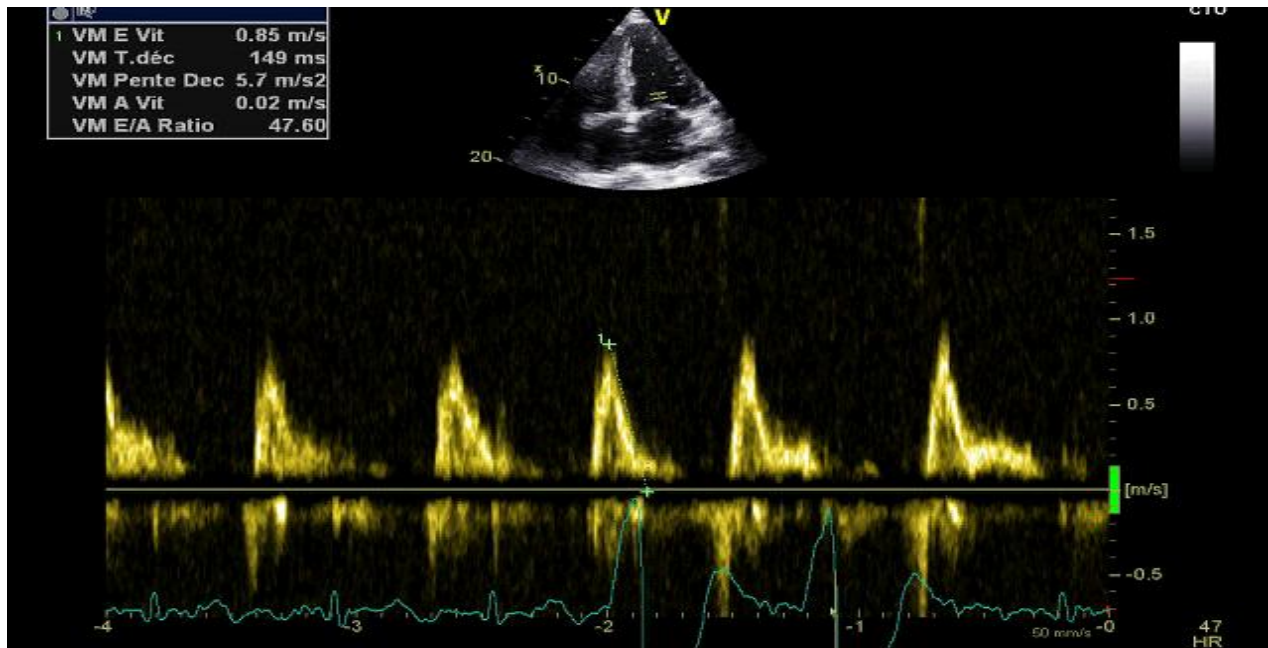
FE (Biplan)	31 %
Vol.VG.tD(sim. BP)	117 ml
Vol.VG.tS(sim. BP)	81 ml
FE VG (sim.A2C)	19 %
Vol. Eject.(simpson A2C)	20 ml
2 VGs Long(A2C)	7.1 cm
Vol.VG.tS(sim.2cav)	84 ml
1 VGd Long(2cav)	7.5 cm
Vol.VG.tD(sim.2cav)	103 ml



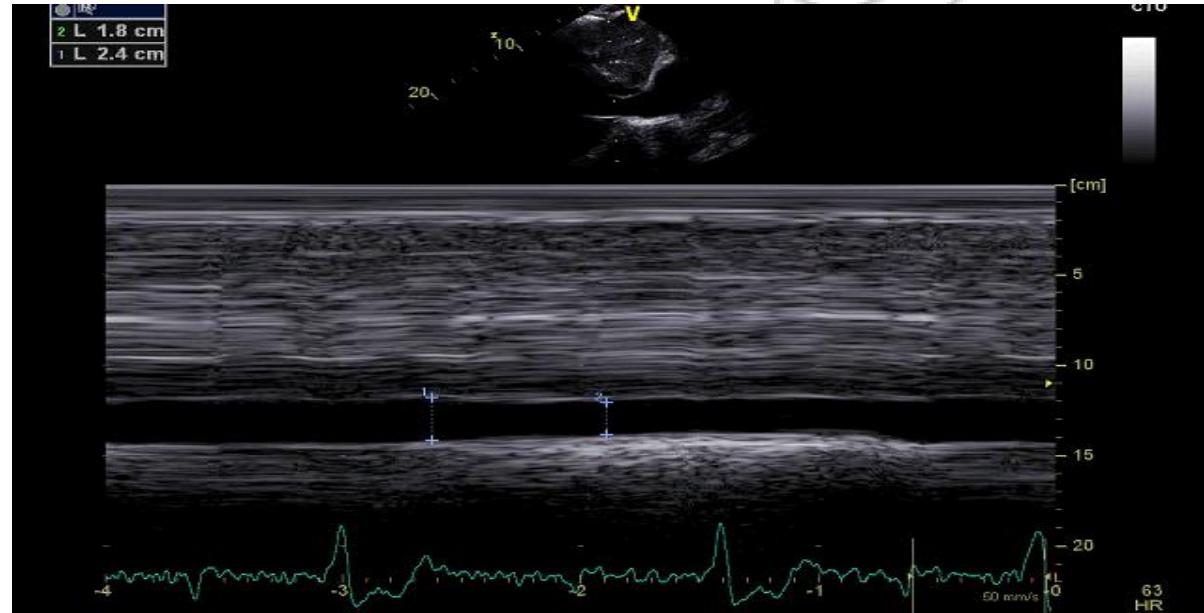
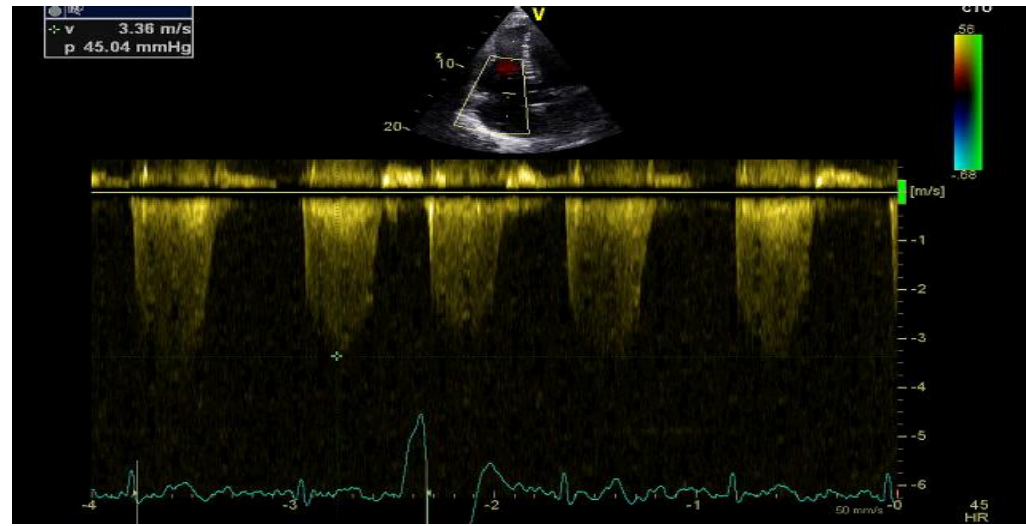
10:34:26
10:38:07
HR : 70

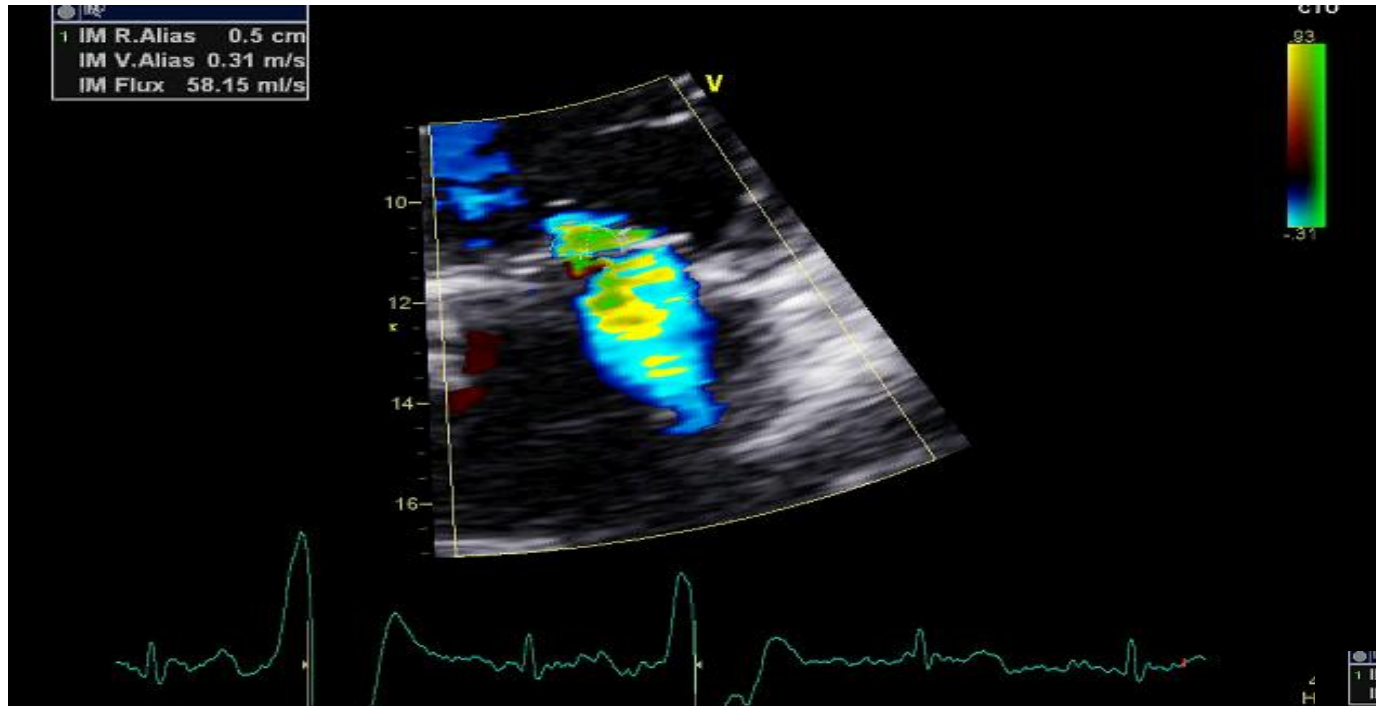
Vol. TélèD.	121 ml
Vol. TélèS.	87 ml
FE	28 %
FC	82 BPM
Vol. éjecté	35 ml
Débit Syst.	2.8 l/min
ISp	0.31



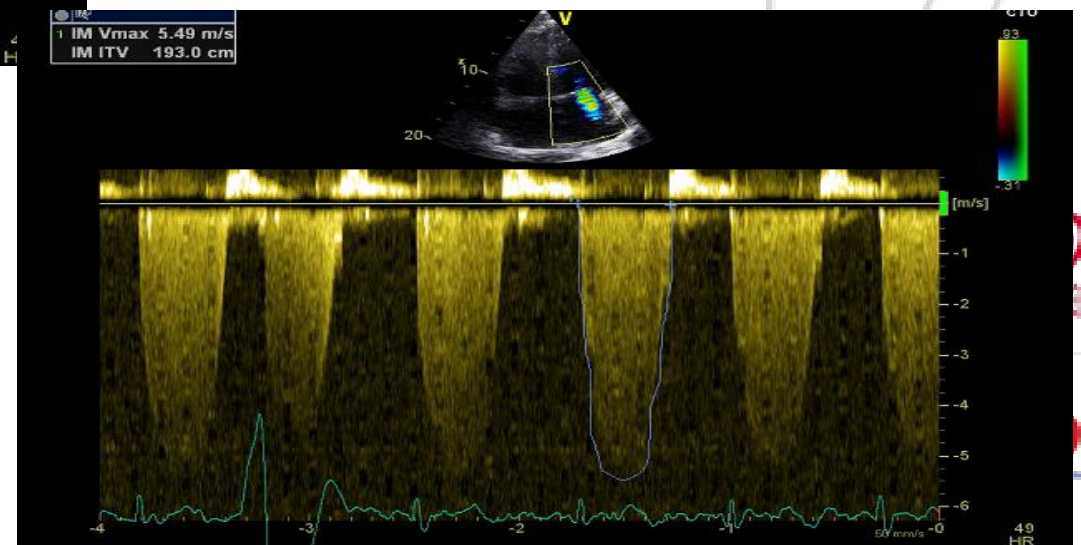


Pression de remplissage élevée, PAPS à 55 mm Hg





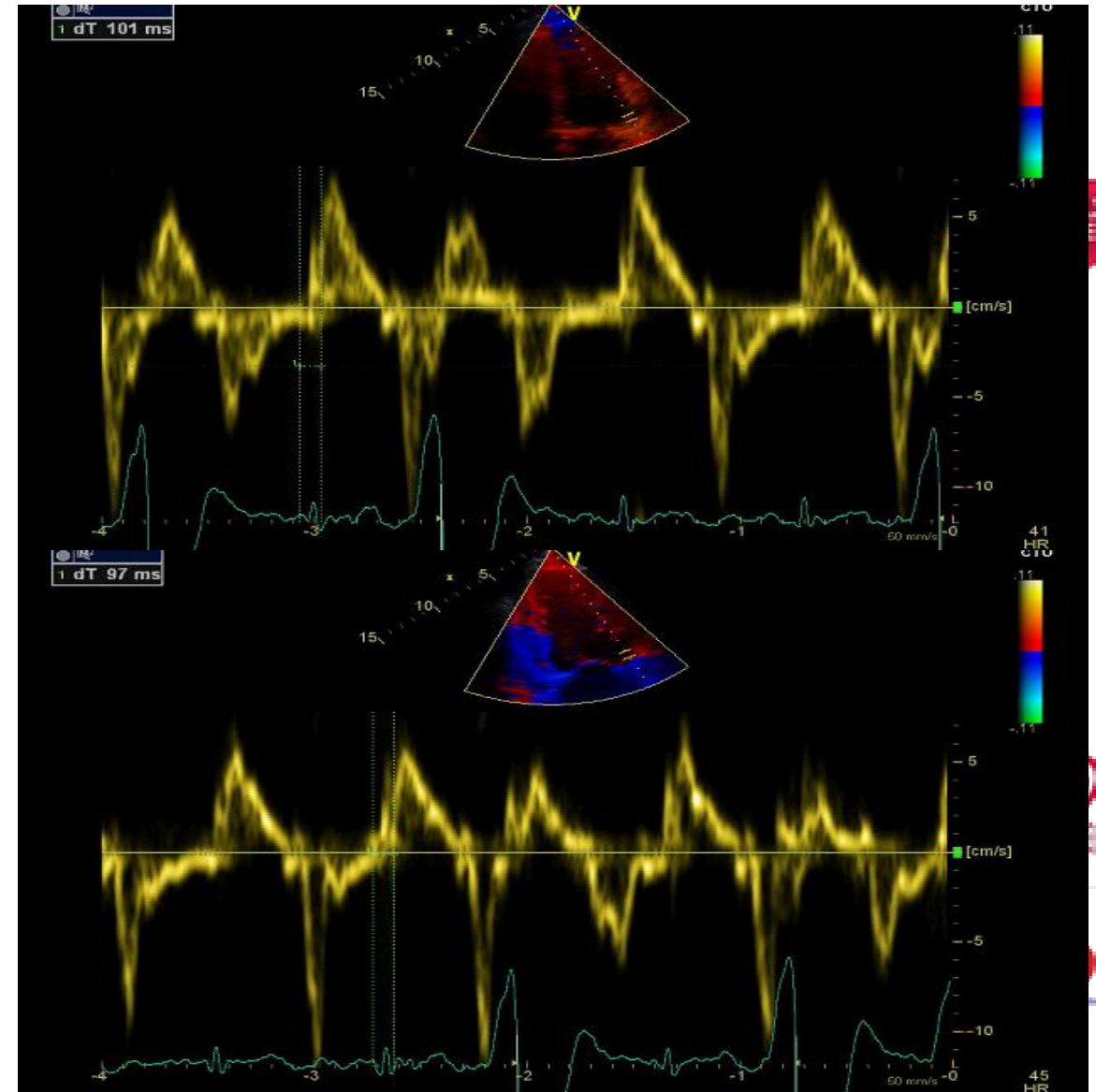
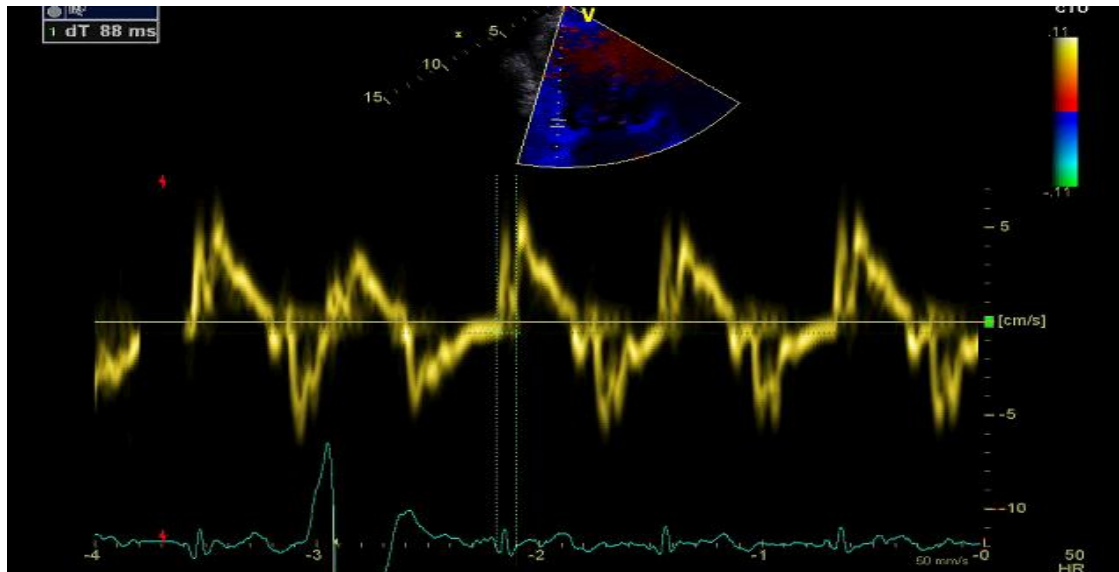
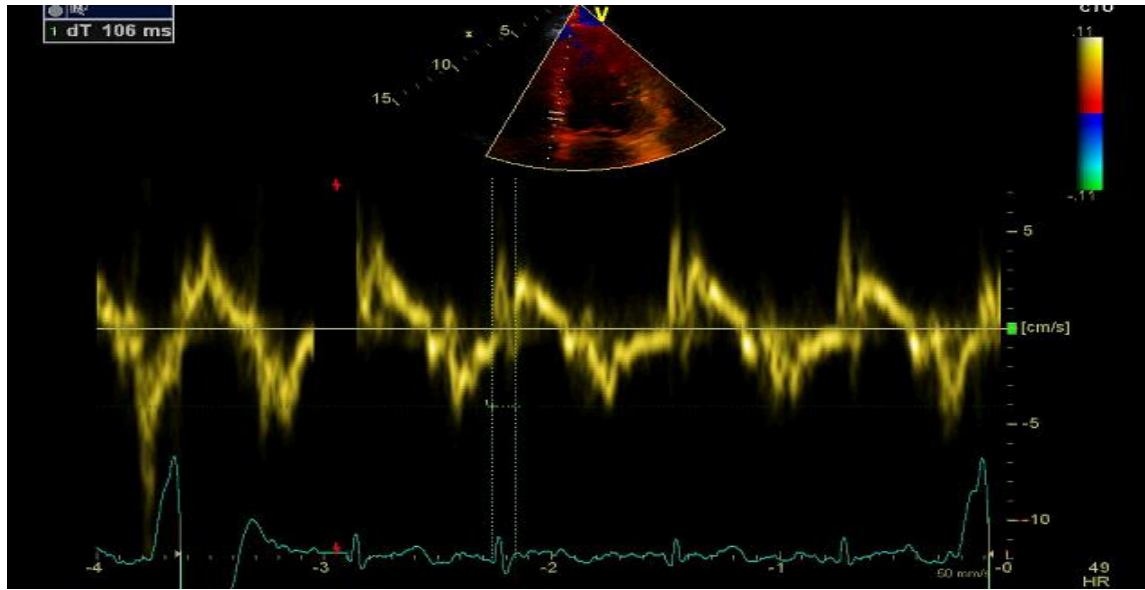
Fuite mitrale
 Rayon PISA à 5 mm
 Va à 31 cm/s
 Vitesse max IM à 5.49 m/s

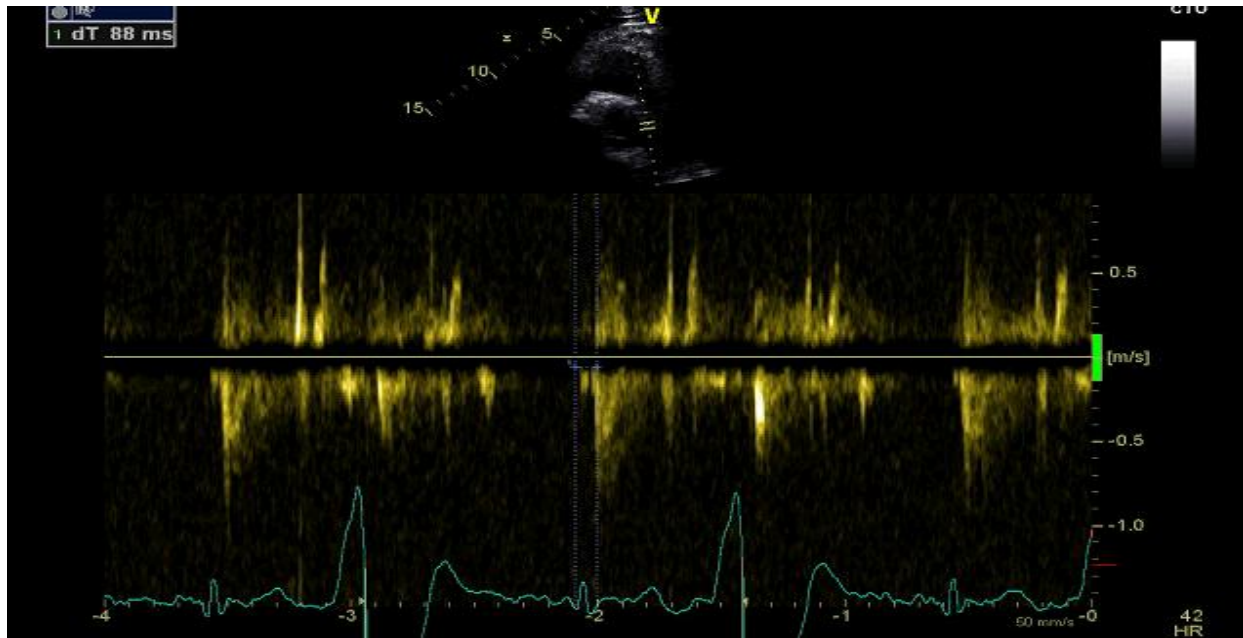


Société
 Marocaine
 de
 Cardiologie

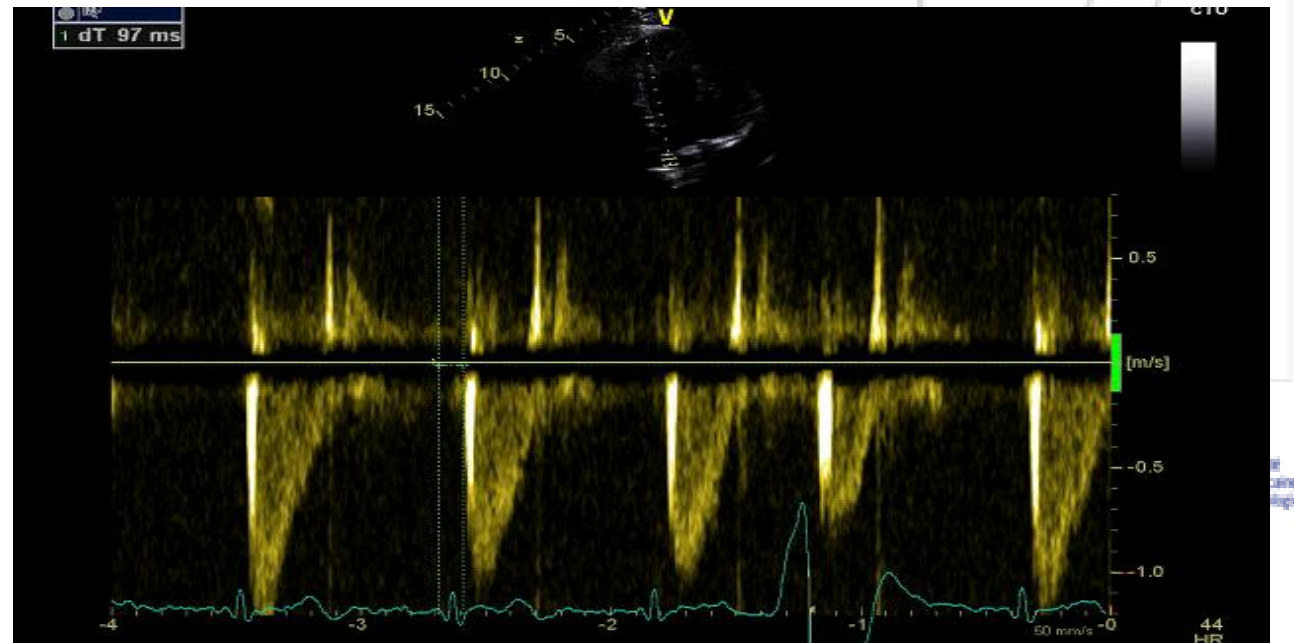
Société
 Marocaine
 de
 Cardiologie

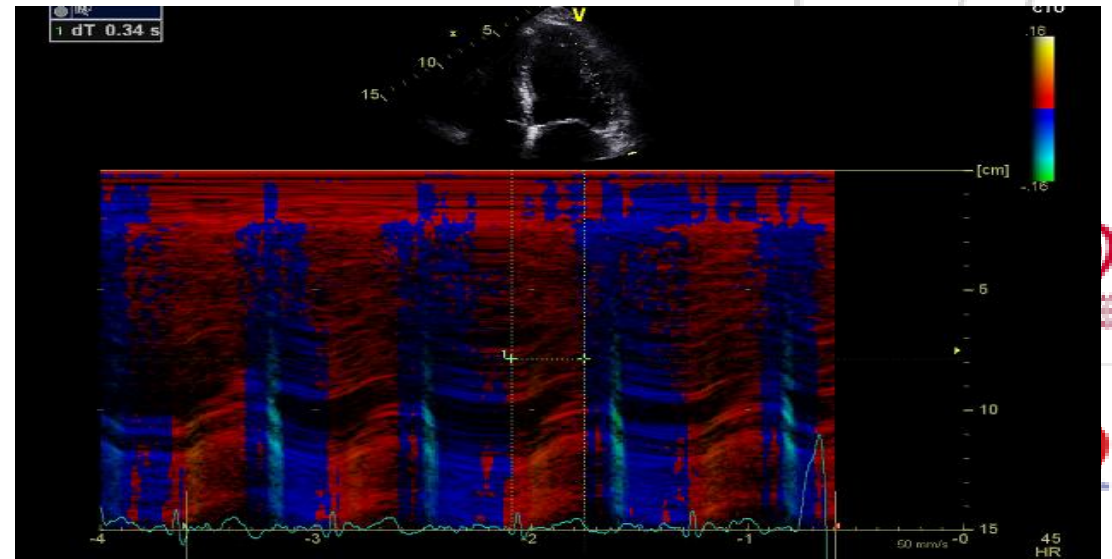
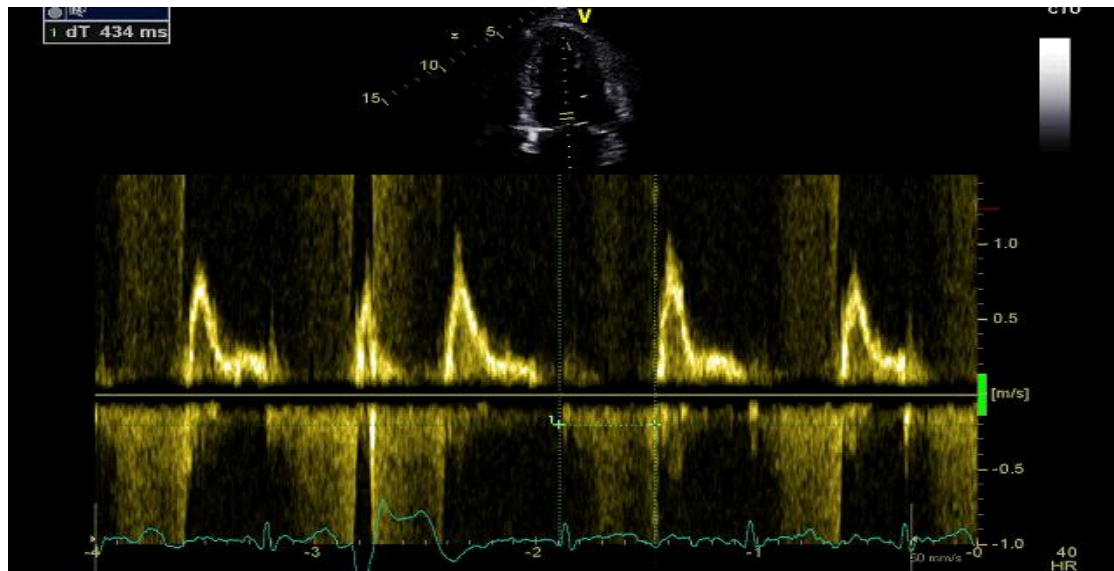
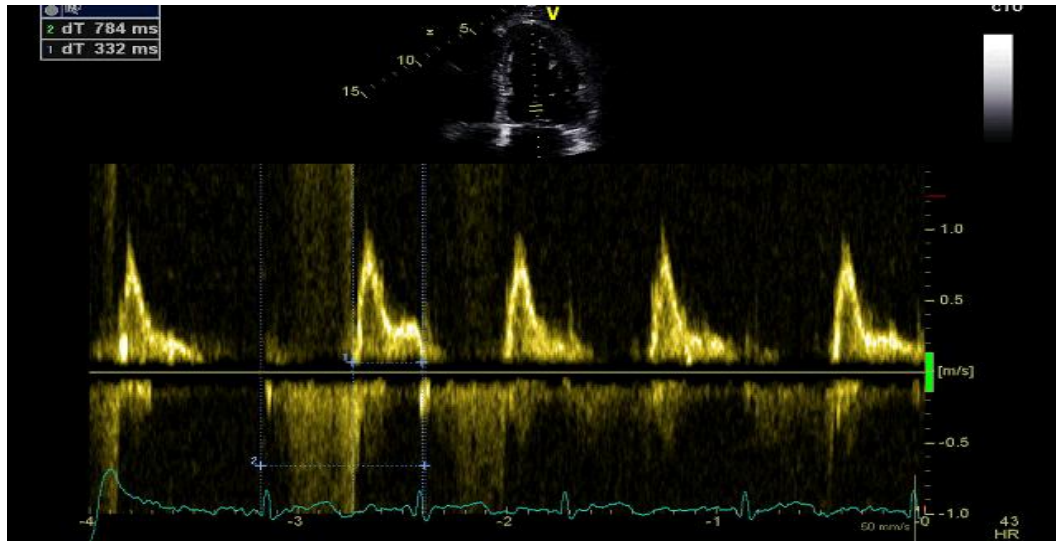
Étude d'asynchronisme par doppler tissulaire delta T : 19 ms





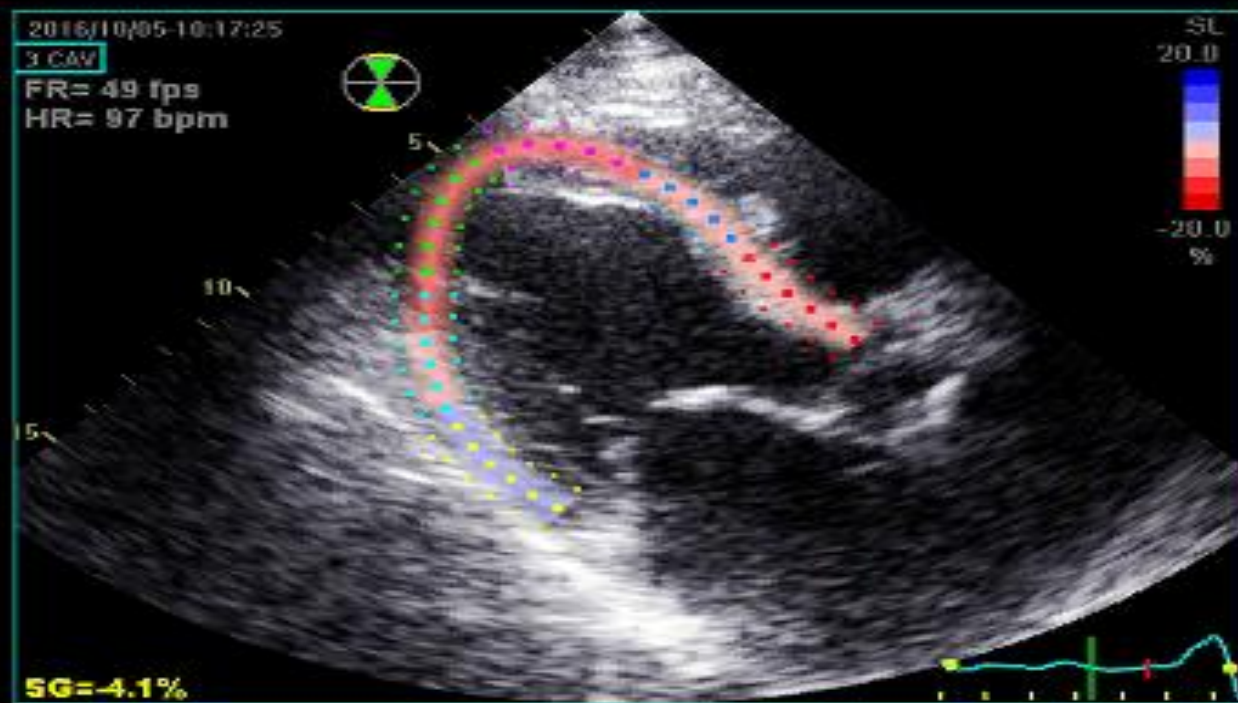
Pas d'asynchronisme interventriculaire

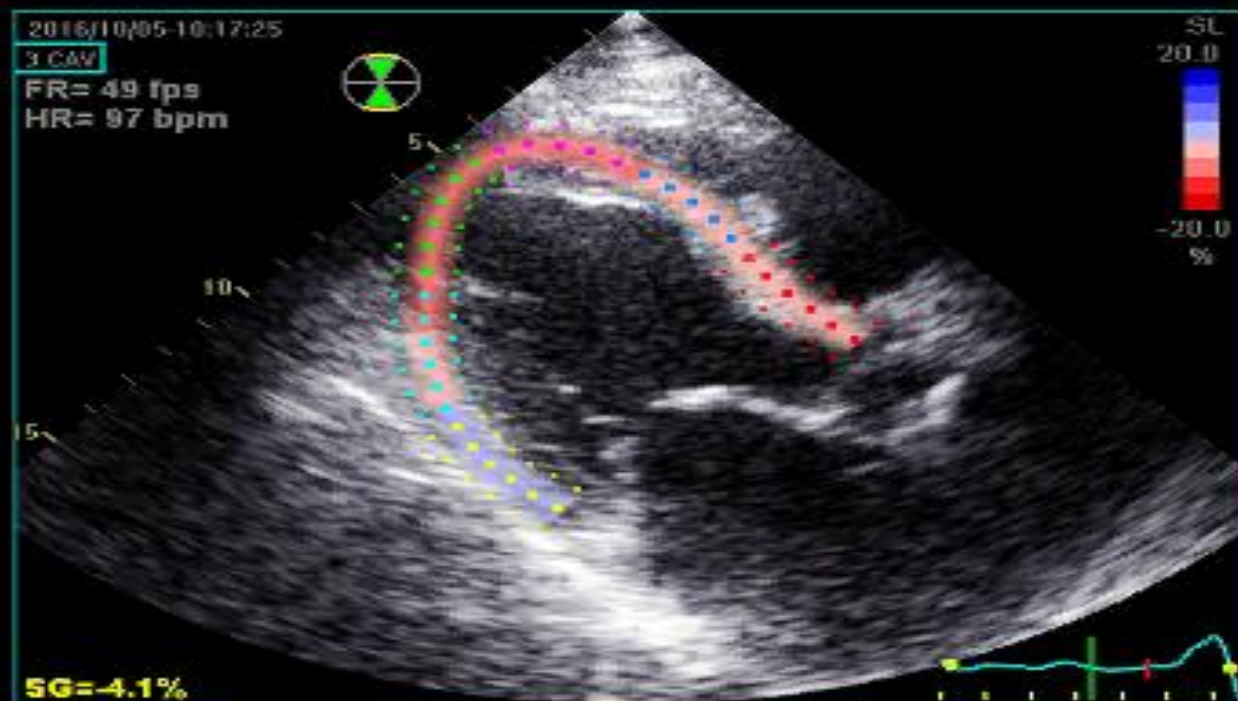


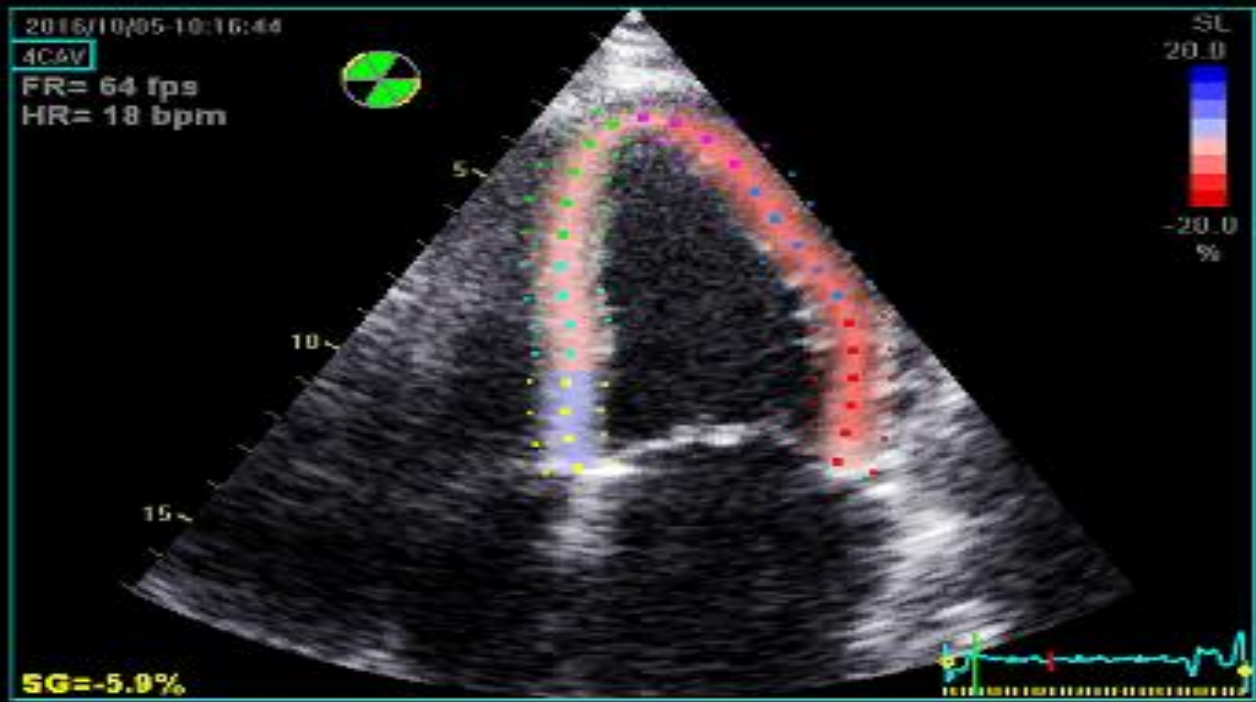


WE
 AND THE
 ESC

Societate
 Marocaine
 de Cardiologie







Aspirine 100mg
Ramipril 5 mg
Carvidelol 12,5mg
Spironolactone 25 mg
Lasilix special 250mg
nitrendipine 20 mg x2
atorvastatine 20mg
Molsidomine 2 mg x 3
+gastro et thyroïde



- Traitement pharmacologique
- Traitement de l'insuffisance cardiaque optimisé?



Nécessité DEF ? Prévention primaire?

Candidat prothèse genoux

Insuffisance cardiaque risque périopératoire?

