

LES URGENCES CARDIOLOGIQUES

INTRODUCTION : INTERROGATOIRE ET TERRAIN+++
SIGNES DE GRAVITÉ - CLINIQUE – ECG

1. DOULEURS THORACIQUES

Éléments d 'orientation vers une douleur "cardiaque" ou
"extracardiaque" (neurotonie – digestive- pleuro pulmonaire –
pariétale)

Ischémie myocardique / embolie pulmonaire / péricardite /
Dissection aortique /

2. ARRÊTS CARDIO RESPIRATOIRES

diagnostic : bref - manœuvres d 'urgences (M.C.E. / V.A.)
voie veineuse – traitement spécifique (guidé / ECG ou scope)

3. DYSPNÉES

cardio – vasculaires / broncho – pulmonaires / pariétales /
neurologiques / métaboliques / psychogènes .

4. MALAISES SYNCOPES

Lipothymie \neq syncope

C.A.T. immédiate / interrogatoire+++ / bilan

Troubles du rythme ou de la conduction – valvulopathie (RAO

CMO myxome) / hypoTA orthostatique (parkinson – iatrogène) /

vaso – vagale / embolie pulmonaire / neuro – psy ...

5. INSUFFISANCE CARDIAQUE

Insuffisances cardiaques aiguës

Insuffisances cardiaques droites et gauches :

- Épidémiologie – Physiopathologie
- Étiologies
- Facteurs déclenchants
- Formes cliniques

principales classes thérapeutiques : règles hygiéno - diététiques +++

- selon la gravité
- prise en charge d'une insuffisance cardiaque chronique

6. POUSSÉES HYPERTENSIVES

Problème : élévation tensionnelle ou urgence hypertensive (rare) ?

- mécanismes : bilan sodé / arc baro – réflexe / résistances périphériques
- les vraies urgences hypertensives
- HTA sévère asymptomatique
- Premiers gestes devant une suspicion d'urgence hypertensive au domicile / à l'hôpital .

ARRÊTS CARDIO RESPIRATOIRES

"Trois minutes , bonjour les dégâts"

1. le diagnostic est fait en quelques secondes

- perte de connaissance brusque
- pâleur cyanose
- **arrêt respiratoire**
- **arrêt circulatoire** (abolition des pouls fémoraux et carotidiens)
- mydriase bilatérale aréactive / crise convulsive

2. manœuvres d 'urgences (M.C.E. / V.A. voie veineuse)

on assure simultanément :

- la circulation par **massage cardiaque externe**
- l'hématose par la **ventilation artificielle**
- l'alcalinisation après pose d'une **voie veineuse** centrale

3. traitement spécifique (guidé / ECG ou scope)

- tachycardie ou fibrillation ventriculaire
choc électrique externe CEE 200 puis 300 J +++ voire lidocaïne (Xylocard®) ou mexilétine (Méxilit®)
- torsade de pointe : Sulfate de magnésium puis Isuprel® si échec
- asystolie ("tracé plat") : pronostic --- : adrénaline IV 0.5 à 1 mg
- bloc AV complet : coup de poing sternal puis Isuprel ® 5 amp /250 cc G5%
- dissociation électro – mécanique (QRS présents inefficaces) :
cause
mécanique curable ? (rupture cardiaque , embolie pulmonaire massive , tamponnade hypovolémie) : pronostic ---: adrénaline IV .
- QRS très larges : trouble métabolique? CEE et alcaliniser

GESTES D 'URGENCE

MASSAGE CARDIAQUE EXTERNE (MCE) :

Maintient d 'un débit circulatoire viscéral minimal

- sur un plan dur
- latéral / bras tendus / dépression de la partie inférieure du sternum
- 20 compressions durant ½ sec alternées avec 2 insufflations .
- noter l 'heure de l 'arrêt
- vérifier l 'efficacité +++ (pouls – recoloration – régression mydriase)
- incidents : fractures costales / hémopéricarde ou hémothorax / embolie graisseuse
- thrombolyse non CI si < 10 min.

VENTILATION ARTIFICIELLE :

Simultanément avec le MCE - assurer perméabilité des voies aériennes

Masque – valve – ballon auto remplissable AMBU

- à la tête / en hyper – extension /
- assurer bonne étanchéité : expansion synchrone du thorax .
- avant intubation

CARDIOVERSION PAR DÉFIBRILLATEUR SEMI AUTOMATIQUE :

Stimulation électrique brève (5 msec) pour resynchroniser les cellules myocardiques .

- Ventilation par AMBU – scope ou ECG
- 1 palette en para sternal droit – 1 palette à l 'apex ou 1 à l 'apex et 1 rétro scapulaire droite si PMI à droite .
- débrancher scope ou ECG.
- Choc délivré 200 J puis 250 puis 300 J , plus si obèse .
- Complications : FV , élévation CPK , brûlures , hypoTA , OAP, embol .

POUSSÉES HYPERTENSIVES

Problème : élévation tensionnelle ou urgence hypertensive (rare) ?

1. mécanismes :

régulation de la PA : bilan sodé – systèmes neuro - hormonaux -
systèmes d 'auto – régulation régionaux

élévations aiguës du bilan sodé : écarts de régime

des résistances périphériques : stimulation
sympathique (AVC IDM post op chir stress douleur) ou agents
sympatho – mimétiques (cocaïne)

des résistances aortiques(dissection aortique)

l 'élévation de la PA est d 'autant plus importante que le baro - réflexe
et la compliance artérielle sont réduit (âge) et à l 'inverse les sujets
âgés sont plus vulnérables aux conséquences d 'une réduction
pharmacologique de la TA .

dans les HTA chroniques , auto – régulation réglée au niveau élevé de
la TA et réduite donc tenir compte de la TA habituelle .

DONC l 'estimation du danger ne dépend pas seulement des chiffres
mais de l 'âge et de l 'existence d 'une **souffrance viscérale : on ne
traite pas un chiffre : attention à la baisse pharmacologique de la PA**

2. les vraies urgences hypertensives

pas de seuil tensionnel définissant l'urgence
en général : urgence hypertensive si TA > 200/120 .

situations : encéphalopathie hypertensive / hémorragie cérébro –
méningée (mais en fait s'abstenir dans ces 2 cas tant qu'on n'a pas de
scanner car **risque d'aggravation d'une ischémie**) /

IDM(antalgiques et nitrés) /

OAP(nitrés et diurétiques) /

dissection aortique(antalgiques , bête bloquants ,
nicardipine) / éclamptie (3^{ème} trimestre – protéinurie –
convulsions : césarienne sulfate de magnésie).

Les urgences neuro – vasculaires :

HTA : FDR reconnu d'AVC (une HTA traitée au long cours diminue
de 40% le risque d'AVC) mais **ne pas réduire d'urgence la poussée
TA aiguë associée à l'AVC** car :

- souvent l'HTA est la conséquence de l'AVC
- risque d'aggraver l'ischémie de la "zone pénombre"

donc abstention thérapeutique préférable dans les 10 jours suivant un
AVC (2/3 des patients normalisés dans ce délai) .

exceptions : encéphalopathie hypertensive et hémorragie
intracérébrale documentées par scanner et FO .

3. HTA sévère asymptomatique :

En cas d' **absence de signe de souffrance** viscérale cardiaque ,
aortique ou neurologique , mise en place ou adaptation progressive d'
un traitement oral (démontré par études) .

Pseudo – urgences hypertensives : HTA et S.F. (surtout syndrome
douloureux et attaques de paniques) : attitude identique .

4. Premiers gestes devant une suspicion d 'urgence hypertensive au domicile .

- **mesure correcte de la TA** / erreurs par excès quand stress , gros bras , douleur : mesures multiples pour obtenir 2 mesures variant de – de 10 mmhg .
- recherche d 'une souffrance viscérale +++
trouble de conscience précédé de céphalées , déficit neurologique, orthopnée , douleurs thoracique , asymétrie TA , abolition des pouls

bandelettes urinaires , ECG , iono créat , traitement en cours ou stoppé récemment , agents presseurs? (sympathomimétiques , corticoïdes , AINS , cocaïne).
- Premier geste : **transfert**

Traitement si TAD> 120 avec signes d 'OAP (LASILIX IV) , d 'IDM ou de dissection (CATAPRESSAN IM ou sous – cutanée)
- Nifédipine : usage interdit
- Possibilité d 'utiliser LOXEN 20 per os : action progressive et durée de vie 8 à 10 h en initiation pour attendre l 'action d 'un anti- hypertenseur de fond .

DOULEURS THORACIQUES

INTERROGATOIRE "POLICIER"

Caractéristiques : horaire durée évolution dans le temps
siège et irradiations
facteurs favorisants et calmants
type et intensité

FDR cardio – vasculaires : tabac dyslipidémie HTA diabète ATCD familiaux

ATCD cardiaques et thrombo – emboliques

SF d 'accompagnement : toux dyspnée troubles digestifs fièvre déficit neurologique

RECHERCHER DES SIGNES DE GRAVITÉ

EXAMEN CLINIQUE ECG puis biologie

BUT: ÉLIMINER UNE PATHOLOGIE CARDIO – VASCULAIRE

Éléments d 'orientation vers une douleur "cardiaque" ou
"extracardiaque" (neurotonie – digestive- pleuro pulmonaire –
pariétale)
Ischémie myocardique / embolie pulmonaire / péricardite /
Dissection aortique /

<i>étiologies</i>	<i>contexte</i>	<i>douleur</i>	<i>S.F.associés</i>	<i>bilan</i>
Embolie pulmonaire	Alité post-op Obèse ATCD thrombotiques Phlébite néo	Basithoracique brutale	Polypnée OMI toux angoisse I Card D	ECG GDS Echodoppler veineux DDimères scanner spiralé
angor	FDR	Constrictive rétrosternale TNTsensible liée aux efforts	0	ECG RAS inter critique EE
IDM	FDR	Brutale intense permanente TNT résistante	Sd digestif Dyspnée choc angoisse	ECG+++ CPK Tropo ETT Coronaro
dissection	HTA marfan	migratrice	Asymétrie TA abolition pouls IAO	ETO scanner
▼péricardite	Sd viral IDM	Inspiration positionnelle	frottement	ECG ETT Bio
pariétale	Arthrose	Liée aux mouvts et pression grill	0	ECG per critique RAS
ulcéreuse	Stress AINS ATCD digest	Brûlure liée aux repas	Reflux	ECG RAS Fibro OGD
neurotonique	Pas de FDR Femme	Atypique variable+++	anxiété	ECG ETT Bio RAS
▶pleurale	BPCO Néo Sd infectieux	Inspiration Matité	Matité toux frottement pleural	ECG RAS Rx Bio

MALAISES - SYNCOPES

1. Introduction :

Malaise : terme général regroupant des situations très différentes de gravité variable , allant de la simple lipothymie à la syncope vraie .

Lipothymie : sensation de malaise sans perte de conscience vraie

Syncope : perte de connaissance à début et fin rapide liée à une hypoperfusion globale et transitoire .

1. Diagnostic : l 'étiologie est retrouvée dans 50% des cas par l 'interrogatoire (patient ou entourage)

- Facteur déclenchant ++
- Prodromes ? et fin ?
- ATCD +++: cardiaques – neurologiques – diabète - traitements
- Signes associés : TC , morsure de langue , comitialité , pouls per critique

clinique : recherche d 'une hypoTA orthostatique ++
d 'un déficit neurologique . ausculter les carotides

.

paraclinique :

ECG : recherche d 'un trouble du rythme ou de la conduction , \nearrow QT , d 'une ischémie myocardique ou de séquelles d 'IDM , d 'une hypertrophie ventriculaire , de signes de cœur pulmonaire aigu .

L 'ECG peut être associé à un massage sino – carotidien (en l 'absence de souffle carotidien).

Echo - Doppler cardiaque : existence d 'une cardiopathie sous – jacente? (obstructive – quantification d 'un RAO – tumeur ou thrombus ?...)

autres examens : écho – doppler des vaisseaux du cou

Holter ECG

Voire Exploration électro–physiologique si cardiopathie (recherche de TV déclenchable) et/ou troubles conductifs .

2. Étiologies principales et Diagnostics différentiels :

- Cardiopathies :

troubles du rythme ou de conduction primitif ou secondaires (**IDM** ...)

Bradycardies (sinusale – bloc sino – auriculaire – **BAV**)

Tachycardies (**FA** – Bouveret – WPW – **TV** – QT long – torsades de pointe)

Valvulopathies (**RAO** – cardiomyopathie obstructive)

Myxome ou thrombose de l 'oreillette

Dissection aortique / tamponnade

- Autres causes vasculaires

Hypotension orthostatique (\searrow TAS > 30 mmhg) par neuropathie diabétique ou Parkinson / anémie / hypovolémie / **iatrogène**+++
ou primitive (dysautonomie)

Syncope vaso – vagale : facteur favorisants , prodromes+++

Syncope / hyper réflexie sino – carotidienne

Syncope d 'origine vasculaire cérébrale

Syncope par obstruction vasculaire : **embolie pulmonaire**

- Causes non cardio – vasculaires

Neuro – psychiatriques (hystérie – migraine accompagnée...)

Métaboliques : hyperventilation – **hypoglycémie** – OH – CO

3. Conduite à tenir :

- Surélever les jambes – tête déclive
- Pouls / TA / liberté des voies aériennes supérieures / dégrafer vêtements serrés .
- Voie veineuse /bio /ECG / monitoring
- Rx crâne si TC
- SI **BAV COMPLET** : coup de poing sternal / Isuprel® / entraînement électro – systolique .
- **T.V.** : choc électrique externe / antiarythmique / exploration électrophysiologique (His)
- **Trouble conducteur** (BAV 2 - bloc sino auriculaire) : éliminer cause ischémique ou iatrogène (trt bradycardisant) His +/- pace maker .
- **Rao** : cathétérisme avant remplacement valvulaire
- **Embolie pulmonaire** : gaz du sang – écho doppler cardiaque et veineux – scanner spiralé – héparine IV +/- thrombolyse .
- **FA** : ralentir la FC (digitaliques – béta bloquants – inhibiteurs calciques) +/- remplissage vasculaire et **anticoaguler** .
- Dans tous les cas : évoquer une cause **iatrogène** aggravante : **hypotenseur** ou traitement **bradycardisant** +++ et toujours éliminer une cause **ischémique** ou **thrombo – embolique** (potentiellement les plus graves) .

Ischémie myocardique et infarctus du myocarde

1 . FACTEURS DE RISQUE des maladies cardio – vasculaires

Il faut penser **prévention de la maladie cardio – vasculaire** et non de la cardiopathie ischémique .

"Bande des 4" HTA TABAC Diabète Hypercholestérolémie

Framingham (surestimation du risque/pop européenne) remplacé par l'estimation du risque C.V. global : projet SCORE :

- Suivi > 200.000 pts européens
- Estimation en terme d 'évènements fatals (plutôt que DC + IDM).
- haut risque : DC à 10 ans >5%.
- Basé sur sexe – âge – PAS – C.T .pas le diabète car prévention IIaire
- Doit tenir compte d 'ATCD familiaux précoces des collatéraux (père DC IDM < 55 a – mère DC < 65 a) des habitudes de vie (sédentarité – obésité) et d 'autres FDR encore incertains (inflammation Lpa homocystéinémie).

Cible prioritaire de prévention :

- Maladie athéromateuse documentée (prévention secondaire)
- Asymptomatiques à haut risque (FDR multiples)
- DNID ou DID avec micro – albuminurie .
- ATCD familiaux précoces ou dyslipidémie familiale ou fratrie à haut risque

Objectifs :

- TA < **140/90** et chez DNID et I Réniaux < **130/80** .
- Cholestérol : LDL chol < **1 gr/l** (hauts risques - DNID) < 1.3 g/l quand 2 FDR (sf DNID)
- Hb1C < **6.1%** gly < 6 mmol/l
- Abandon tabac , exercice physique , perte de poids , régime équilibré
- Aspirine si risque élevé

2 . SIGNES CLINIQUES

- Douleur précordiale angineuse

Rétro- sternale constrictive / en barre / irradiations épaule et bras gauche / survenue à l'effort / cédant à l'arrêt de l'effort / **reproductible +++** / nitro – sensible / durée brève .

- Douleur dans l'IDM

Rétro – sternale en étau , irradiation cou mâchoires et 2 bras

Survenue au repos (2^{ème} partie de nuit++)

Nitro – résistante , angoissante , prolongée , sensation de "mort imminente"

- signes d'accompagnement+++ (sueurs / pâleur / dyspnée / vomissements / état de choc / perte de connaissance / déficit neurologique)

3 . MÉTHODES DIAGNOSTIQUES

- ECG per critique +++

Conditions "idéales"

Soit angor "stable"

Soit syndrome coronarien aigu :

Avec sus décalage persistant
du ST

Sans sus décalage
du ST

Marqueurs **bio +**
(Troponine I ou T , CPK , CPK-MB)

IDM +/- onde Q

Thrombolyse ou ACT si douleur persistante

TNT – / sus dec ST ou **BBG complet**

Marqueurs **bio -**

Angor instable
surveillance bio /ECG
TRT médical / 24h

- ECG inter critique :

Normal / séquelles IDM / hypertrophie VG / ischémie / atypies de repolarisation (femmes – sujets noirs – blocs de branche – neurotonie)

Intérêt de **tracés comparatifs+++**

- Épreuve d'effort : en milieu hospitalier .

Cerner les indications : d'autant plus "rentable" que ♂ et FDR .

Affirme l'ischémie et détermine le seuil ischémique (démaquillée si possible) : évaluation fonctionnelle .

Pas applicable quand inadaptation au vélo , effort insuffisant , artérite , sciatique , arthrose , âge avancé ...

Possibilité de faux positifs (♀) et surtout de faux négatifs

Intérêt dans le suivi des coronaropathies ++.

CI : angor instable / arythmie sévère/ insuffisance cardiaque / RAO serré / cardiopathie obstructive .

- Écho – doppler cardiaque :

Dresse l' "état des lieux" , fonction systolique , cardiopathie hypertrophique , anomalie segmentaire , péricarde , pressions droites .

- Coronarographie

Examen de référence : diagnostique (pas de réflexe oculo – sténotique)

thérapeutique (avec angioplastie) .

Stopper les biguanides 48 h avant

Formulaire de consentement

- Scintigraphie

Améliore la sensibilité et la spécificité / épreuve d'effort .

Couplée à l'épreuve d'effort .

Diminue les faux positifs (♀) mais attention aux faux négatifs (tritrunculaires) .

Localisation de l'artère responsable , intérêt pronostique selon l'étendue de l'hypofixation et étude de la viabilité (reperfusion tardive).

- Echographie – Dobutamine : intérêt quand épreuve d'effort non réalisable ou FC maximale théorique non atteinte + intérêt topographique .

- Scanner Coronaire 64 barettes :

Dans les précordialgies récidivantes douteuses chez les patients à risque faible , surveillance de pontages aorto-coronaires , bilans pré-opératoire de valvulopathie .

4 . BILAN BIOLOGIQUE

Troponine I et T :

Myoglobine

CPK et CPK-MB :

- **Ischémiques** : optimiser l'anti coagulation en particulier si Sd inflammatoire ++ / coronarographie . prévention : coronarographie précoce , angioplastie , utilisation d'anti-aggrégants type Réopro®) .
 - **Insuffisance cardiaque** : diurétiques IV , dérivés nitrés IV , contre pulsion aortique , inotropes positifs(dobutrex® , dopamine® si oligurie) voir choc cardiogénique avec bas – débit : coronarographie++++.
 - Troubles du rythme et de conduction
Arythmies : **ventriculaires++++**: TV et FV 2 à 7 % des IDM 1^{ère} cause de mortalité , CEE et Xylocaïne® /trt préventif : béta – bloquants.FA avec risque d'insuffisance cardiaque et d'embolie
- BAV** soit nodal(IDM inférieur avec artère du nœud sinusal ou du NAV) réversible (Atropine ®)
Soit hissien ou infra – hissien dans IDM antéro – septaux : entraînement électro – systolique et PMI .
- **Embolies** coronaires (fragmentation du thrombus) ou systémiques (thrombus intra VG ou FA) : prévention : anti coagulation optimale .
Diagnostic à l'écho .trt Héparine IV et relai Avk .
 - **Mécaniques** :
Insuffisance mitrale par rupture pilier valve mitrale(IDM postéro – latéral) ou rupture de cordage : SS , OAP , diagnostic écho et trt chirurgical .mortalité++
Communication inter ventriculaire : trt chirurgical (patch).
Tamponnade / rupture paroi libre VG : collapsus trt remplissage et chirurgie .

AVANT LE SAMU :

**En pratique ! Soulager la douleur : Morphinique SC 5 à 10 mg
500 mg Aspirine per os
Héparine SC ou HBPM
Voire anxiolytique ou Atropine SC 0.5 à 1 mg si
hypertonie vagale**

DYSPNÉES AIGUËS

- OAP cardiogénique

ATCD / tachycardie / crépitants / ECG (ischémie ou trouble du rythme)

Gazo / Rx Thorax / BNP aux urgences .

Recherche d 'un facteur déclenchant : anémie , surinfection , FA , inobservance , poussée hypertensive , dysthyroïdie ...

Diagnostic : écho - doppler cardiaque (dysfonction diastolique 50%)

TRT : LASILIX IV , nitrés sub lingual , O2 , demi assis

- Embolie Pulmonaire

- Pneumopathies infectieuses dont d 'inhalation

- BPCO décompensée (avec cf facteur possible infection , OAP , embolie pulmonaire)

- Pneumothorax , pleurésie , fractures de côtes , anémie , état de choc...

EMBOLIE PULMONAIRE

Diagnostic difficile : faisceau d 'arguments **terrain clinique ECG**
gazo Rx Thorax = but : score de probabilité

1. Contexte +++

Post op chirurgie orthopédique+++ , polytraumatisme
Alité +++(pathologie médicale cardio – respiratoire /AVC ou
grabataire)
Obésité
ATCD thrombotiques varices / phlébite clinique +++
Néo +++/ trt hormonal substitutif

2. Clinique et ECG

Douleur basi- thoracique +/- dyspnée (70%)
Syncope (5%)
Douleur ou OMI unilatéral (30%)
Toux sèche , hémoptysie
Fébricule

Eclat de B2 au foyer pulmonaire / tachycardie (30%) / polypnée
(70%) / signes d 'insuffisance cardiaque droite .

ECG (assez peu contributif) Aspect S1Q3 / BBD / surcharge VD

Radio Thoracique :

Épanchement pleural / élévation d'une coupole diaphragmatique

Normale dans 25% des cas

Gazométrie :

Classiquement hypoxémie + hypocapnie

Normale dans 20% des cas .

Biologie :

Intérêt des D – Dimères : en ambulatoire **en dehors** d'une pathologie infectieuse ou **inflammatoire** et en l'absence de signe clinique évocateur de **thrombose** car très nombreux faux positifs : n'ont d'intérêt que **négatifs** .

Bilan étiologique : recherche anti-coagulant circulant Hyperhomocystéinémie (carences en folates) déficit AT3 , en protéine C – S , mutation facteur II et V Leiden hyperfibrinogénémie augmentation des facteurs VIII IX XI plus touchers echo pelvis mammographie PSA ...

3. Examens complémentaires :

- **Écho – doppler veineux** :

90% des EP proviennent d'une TVP

50% d'EP asymptomatiques quand TVP .

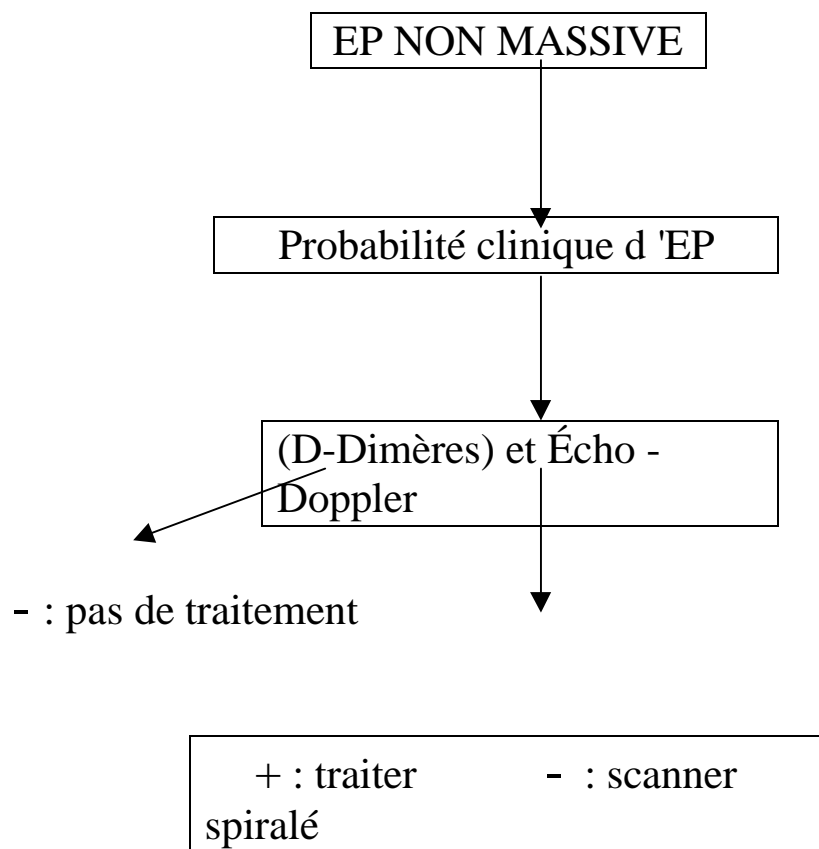
mais une échographie normale ne permet pas d'écarter le diagnostic car moins sensible quand thrombose distale .

- Scintigraphie de ventilation – perfusion :

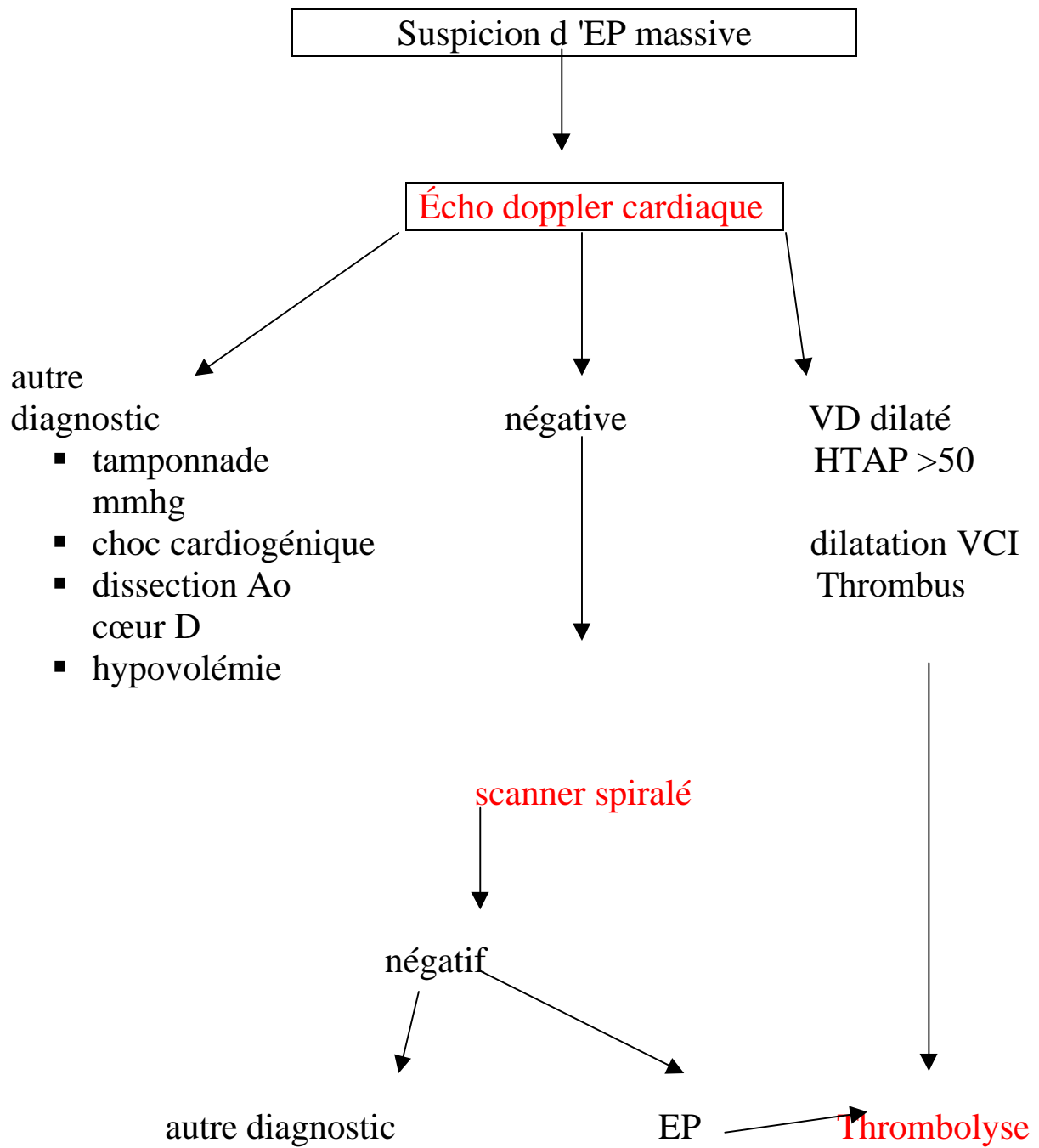
Utile mais examens non concluants(I Resp , épanchements...)

- **Scanner spiralé multi-barrettes**

Sensibilité et spécificité >90% (visualisation thrombi proximaux et lobaires) .



Scintigraphie pulmonaire si allergie à iode ou insuffisance rénale



AUTRES DOULEURS THORACIQUES

1. PÉRICARDITES

DIAGNOSTIC : faisceau d 'arguments

Douleur rétro sternale violente de repos majorée à l 'inspiration et soulagée par l 'anté – flexion du tronc

Contexte fébrile ou infectieux ou post – infarctus .

Frottement auscultatoire

Étiologies :

- Infectieuses (**virales**)
- Maladies de système ou auto – immune
- "De voisinage" : **IDM** / myocardite / **paranéoplasique** / dissection aortique
- métabolique(myxoedème)

ECG : sus décalage ST diffus , concave vers le haut / micro-voltage

ST normal et sous décalage PQ

Inversion diffuse des ondes T

Hospitalisation quand mauvaise tolérance fonctionnelle ou hémodynamique : dyspnée , impossibilité de décubitus , dépression inspiratoire du pouls en inspiration (pouls paradoxal de Kusmall) , signes d 'I C droite .

Examens complémentaires :

- biologie : CRP LDH leucocytes (inflammation) Troponine CPK (lésion myocardique)
- Échographie cardiaque

Traitements : Aspirine 2 à 3 gr/j , ibuprofène 300 mg X 3 min , colchicine 2mg/j pdt 2 j puis 1 mg/j , corticothérapie à dose optimale 1.5 mg/kg pdt 1 mois min. drainage ou péricardiocentèse .

2. DISSECTION AORTIQUE

Rare : 5 à 10 / million d 'hab.

Terrain ++: HTA ou Sd de Marfan . post traumatique .

Clinique :

- Douleur thoracique **migratrice** , rétro – sternale puis irradiations dorsales .
- Abolition d 'un pouls (carotidien – fémoral)
- Asymétrie TA (surtout bras GH)
- Voir état de choc , signe de tamponnade , souffle diastolique d 'lao , signes d 'ischémie myocardique à l 'ECG par dissection coronaire .

CAT : hospitalisation en urgence pour bilan (scanner ETO) et chirurgie.

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Première cause d'hospitalisation du sujet âgé .

Incidence en France : **1 million** (2/3 > 75 ans)

Insuffisances cardiaques aiguës / chroniques .

1 . Insuffisances cardiaques gauches :

- Physiopathologie :

Soit par incompetence myocardique (**IDM** / cardiomyopathies primitives ou secondaires / myocardites / **Troubles du rythme**)

Soit par surcharge volumique : **valvulopathies** (insuffisances mitrales et aortiques) remplissage excessif sur cœur "limite"

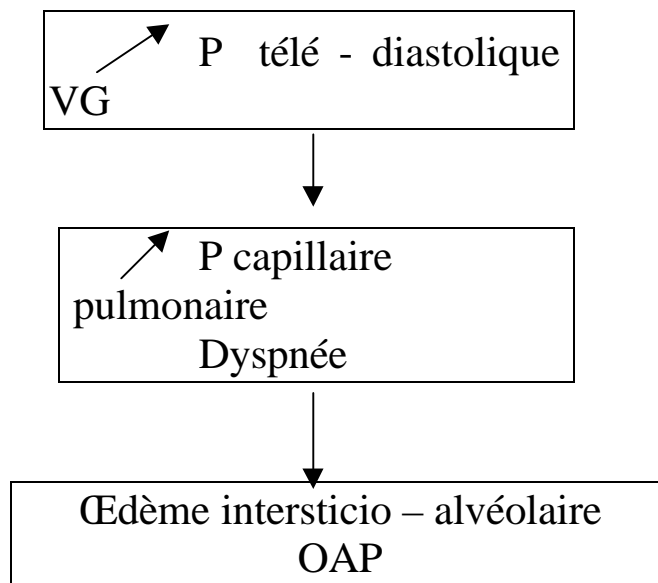
Soit par surcharge barométrique : **RAO** , cardiopathie obstructive , coarctation aortique / **dysfonction diastolique VG** (>50% IC sujet âgé) dans le cadre des HTA .

Les pathologies associées les plus fréquentes : HTA (37%)et IDM (33%) puis arythmies (20%)

- Clinique :

Dyspnée stades NYHA / crépitants mais non spécifiques / tachycardie /

Parfois (sujets âgés) signes de bas débit(confusion , désorientation , chutes)



- Facteurs déclenchants

Ischémie / poussée HTA / surcharge hydro – sodée / infection broncho – pulmonaire / anémie / trouble du rythme / dysthyroïdie / iatrogènes par inotropes négatifs .

2 . Insuffisances cardiaques droites :

clinique : Dyspnée / hépatomégalie / oedèmes des membres inférieurs .

Étiologies :

- Évolution d'une insuffisance cardiaque gauche
- Embolie pulmonaire
- Cœur pulmonaire chronique soit post – embolique soit secondaire à une insuffisance respiratoire chronique
- Tamponnade
- Insuffisance tricuspидienne (endocardite chez le toxico)

3 . Examens complémentaires :

- **ECG** si normal doit faire reconsidérer le diagnostic / Rx Thorax /
- **BNP** : facteur natriurétique sécrété par les myocytes du VG
diagnostic d'insuffisance cardiaque très probable si $> 400\text{pg/ml}$
valeur **pronostique**++ et valeur dans le **suivi**++ (réseau de soins)
- **Écho – doppler cardiaque** +++ : diagnostic et identification de la cardiopathie / intérêt dans l'adaptation du traitement .
- Biologie (natrémie , K , créatininémie , enzymes cardiaques et transaminases)

4 . Principales classes thérapeutiques :

- **règles hygiéno - diététiques** +++ : régime peu salé (ne pas aggraver l'état rénal) et restriction hydrique quand décompensation . poids++
- **diurétiques** : trt de choix dans les poussées en réduisant rapidement les posologies .
- selon la gravité

classe 1 : **IEC**

classe 2 à 3 :

- IEC et/ou AA2 si intolérance (candésartan)
- béta – bloquants (carvedilol , métoprolol , bisoprolol, nebivolol)
- diurétiques de l'anse si signes congestifs
- digitaliques si FA ou en rythme sinusal avec digoxine $< 0.9\text{ ng/ml}$
- spironolactone (classe 3 et 4)

classe 4 : en plus

- inotropes positifs pour passer un cap (Dobutrex®)
- resynchronisation ventriculaire par stimulation triple chambre
- assistance circulatoire +/- transplantation
- défibrillateur si arythmies ventriculaires

BNP

Secrété par les myocytes ventriculaires - $\frac{1}{2}$ vie 22 min marqueur de la pression télédiastolique VG .

BNP : dosage individuel

NtProBNP : sur automate .

Circonstances modifiantes :

Majoré par HTA HVG Insuffisance rénale coeur pulmonaire aigu
Coeur pulmonaire chronique

Minoré par obésité ou diagnostic précoce .

Indications : si indécision diagnostic non certain
mais zone d 'incertitude

[100 à 400]

Indicateur pronostique +++ dans le suivi