

CAS CLINIQUE GROUPE 1 : page 1

MADELEINE, 87 ANS...

- Autonome
- Seule à domicile
- Gère seule ses traitements
- Aide-ménagère tous les 15 jours
- Une fille à proximité

Antécédents cardiologiques	Antécédents non cardiologiques
<ul style="list-style-type: none"> • HTA • Rétrécissement aortique non significatif • Cardiopathie ischémique (coronarographie = lésion monotronculaire, sténose très serrée calcifiée de l'ostium de l'art. coronaire droite proximale NON VASCULARISABLE) : échec de l'angioplastie en 2017 • BBG 	<ul style="list-style-type: none"> • Lymphome de malt (2009) avec récurrence en 2017, traité par chimiothérapie • Hémorragie digestive /récurrence de lymphome (01/2017) • Insuffisance rénale modérée (cl. créat= 40ml/min)
Evaluation gériatrique	
<ul style="list-style-type: none"> • Fonctions cognitives préservées • Bon équilibre thymique, hormis anxiété (hospitalisations itératives) • Autonomie conservée, bonnes capacités locomotrices • Bon équilibre nutritionnel 	



CAS CLINIQUE GROUPE 1 : page 2

ANAMNÈSE

- Cardiopathie hypertrophique d'allure Hypertensive à **FE conservée** (FE 63% jusqu'en fin 2016)
- En Février 2019 : **1^{er} épisode de décompensation cardiaque**
 - Tableau clinique d'OAP, sur souffrance myocardique avec élévation Tni et douleurs thoraciques
 - **FEVG + altérée = 40 %**
 - RA = 1,1 cm².
 - Découverte **FA paroxystique**
 - **Échec d'angioplastie coronaire droite.**
- Depuis le début de l'année, **3 épisodes de décompensation cardiaque** favorisés par douleurs thoraciques et FA assez rapide devenue permanente



CAS CLINIQUE GROUPE 1 : page 3

TRAITEMENTS

Avant son hospitalisation en MEDECINE	A l'arrivée en SSR
<ul style="list-style-type: none"> • RAMIPRIL 1,25mg matin et soir depuis 1^{ère} DC • NEBIVOLOL 5mg - ½cp matin et ¼ cp soir • DISCOTRINE 10 mg 1 patch/24h • AOD à « petites doses » introduit lors de la découverte de FA • Diurétique thiazidique introduit entre 3ème et 4ème DC puis suspendu • Diurétique de l'anse (80 mg) rajouté à chaque décompensation cardiaque, puis diminué à chaque dégradation de la Créatinine 	<ul style="list-style-type: none"> • NEBIVOLOL 5mg - ½cp matin et ½cp soir • AOD à petite dose: Eliquis 2,5 x 2 • Diurétique de l'anse furosémide = 2x 125 mg
<p>Informations cliniques transmises</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids de 6kg au décours de son hospitalisation (55 vss 65Kgs) • NTproBNP = 4000 pg/ml 	



À l'entrée en SSR

Patiente asthénique, dyspnée à la marche, Poids 56 kg, tension artérielle 14/8 , FA 90,

Auscultation pulmonaire normale, pas d'œdème des membres inférieurs. Elle n'a pas vu de cardiologue pendant son hospitalisation.

Questions :

- 1. La patiente est-elle vraiment stabilisée ? Comment le prouver ?**
- 2. Quelles sont les causes possibles de sa cardiopathie ? Quel phénotype ? Quel stade NYHA ?**
- 3. Le traitement est-il adapté à sa cardiopathie ?**
- 4. Quelques comorbidités gérés ?**
- 5. Qu'elle proposition de réadaptation du faire ?**
- 6. Comment préparer son retour à domicile avec aides objectifs médico-sociaux et quelles ressources ?**

MADELEINE, 87 ANS...

- Autonome
- Seule à domicile
- Gère seule ses traitements
- Aide-ménagère tous les 15 jours
- Une fille à proximité

Antécédents cardiologiques	Antécédents non cardiologiques
<ul style="list-style-type: none"> • HTA • Rétrécissement aortique non significatif • Cardiopathie ischémique (coronarographie = lésion monotronculaire, sténose très serrée calcifiée de l'ostium de l'art. coronaire droite proximale NON VASCULARISABLE) : échec de l'angioplastie en 2017 • BBG 	<ul style="list-style-type: none"> • Lymphome de malt (2009) avec récurrence en 2017, traité par chimiothérapie • Hémorragie digestive /récurrence de lymphome (01/2017) • Insuffisance rénale modérée (cl. créat= 40ml/min)
Evaluation gériatrique	
<ul style="list-style-type: none"> • Fonctions cognitives préservées • Bon équilibre thymique, hormis anxiété (hospitalisations itératives) • Autonomie conservée, bonnes capacités locomotrices • Bon équilibre nutritionnel 	



CAS CLINIQUE GROUPE 2 : page 2

ANAMNÈSE

- Cardiopathie hypertrophique d'allure Hypertensive à **FE conservée** (FE 63% jusqu'en fin 2016)
- En Février 2019 : **1^{er} épisode de décompensation cardiaque**
 - Tableau clinique d'OAP, sur souffrance myocardique avec élévation Tni et douleurs thoraciques
 - **FEVG + altérée = 40 %**
 - RA = 1,1 cm².
 - Découverte **FA paroxystique**
 - **Échec d'angioplastie coronaire droite.**
- Depuis le début de l'année, **3 épisodes de décompensation cardiaque** favorisés par douleurs thoraciques et FA assez rapide devenue permanente



CAS CLINIQUE GROUPE 2 : page 3

TRAITEMENTS

Avant son hospitalisation en MEDECINE	A l'arrivée en SSR
<ul style="list-style-type: none"> • RAMIPRIL 1,25mg matin et soir depuis 1^{ère} DC • NEBIVOLOL 5mg - ½cp matin et ¼ cp soir • DISCOTRINE 10 mg 1 patch/24h • AOD à « petites doses » introduit lors de la découverte de FA • Diurétique thiazidique introduit entre 3ème et 4ème DC puis suspendu • Diurétique de l'anse (80 mg) rajouté à chaque décompensation cardiaque, puis diminué à chaque dégradation de la Créatinine 	<ul style="list-style-type: none"> • NEBIVOLOL 5mg - ½cp matin et ½cp soir • AOD à petite dose: Eliquis 2,5 x 2 • Diurétique de l'anse furosémide = 2x 125 mg
Informations cliniques transmises	
<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids de 6kg au décours de son hospitalisation (55 vss 65Kgs) • NTproBNP = 4000 pg/ml 	



CAS CLINIQUE GROUPE 2 : page 4

2 MOIS APRÈS SON RETOUR À DOMICILE, CHEZ SON MÉDECIN TRAITANT... (GROUPE 2)

- ... Vous revoyez Madeleine pour son renouvellement d'ordonnance ce mardi matin 10h 15, accompagnée de sa fille inquiète.
- Elle se plaint encore d'une bronchite spastique traînante traitée à 2 reprises par ATB par SOS Médecins à 15 jours d'intervalle.
- Son poids à domicile est stable à 58 Kgs, elle dort avec 2 oreillers, ne sort plus, affiche une lenteur idéative et une légère désorientation.
- Sa biologie hier montrait: NA 128, K 4,9, Créatinine 140 μ Mol/l, (clairance 32ml/mn), Hb10,2 g/100ml; à l'examen: Pa 10/6, température 36^{o9}, Fc 110/mn irrégulière. Auscultation RAC avec SS 1/6 avec B2 préservé, inchangée; pas d'OMI, mais présence d'un RHJ de sous crépitants des deux bases.
- **Son traitement** a été adapté après sa visite chez le cardiologue il y a 1 mois qui retrouvait un RAC stable encore non serré à 1 cm2; ECG FA 75 + BBG ; FE 30%. VG dilaté.
- **Traitement comprenant maintenant Nébivolol (5 mg), Valsartan 75 mg, furosémide 40 + 40 mg, Aldactone*12,5 mg, Apixaban 2,5 mg x 2, Ecitalopram 10 mg/j.**





Journée du 4 mars 2022
Saint Jacut

CAS CLINIQUE GROUPE 2 : page 5

QUESTIONS :

1/ QUELS DIAGNOSTICS ENVISAGER ?

2/ COMMENT CONFIRMER ?

3/ SUR QUELS CRITERES FAUDRAIT IL HOSPITALISER LA PATIENTE ?

4/ QUELS TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX ENVISAGER ?

5/ QUELLES COMORBIDITES SONT A EVALUER ?

6/ SUR LE FOND QUELLES THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES SONT A DISCUTER AVEC/PAR SON CARDIOLOGUE ?