

Un homme de 62 ans, tabagique actif, vous consulte pour des douleurs thoraciques.

Amoureux fou du vélo du dimanche matin, il vous dit présenter depuis plusieurs mois des douleurs rétrosternales à l'effort irradiant dans la mâchoire et cédant rapidement lorsqu'il arrête de pédaler. Il a observé que ces douleurs surviennent toujours après le même temps d'effort. Il a aussi noté la disparition totale de la douleur après un coup sous la langue de « NATISPRAY® » que lui a prêté récemment un camarade. Il espère qu'il pourra retrouver son niveau d'antan grâce à vos bons soins.

À l'examen la pression artérielle est à 160/95 mais cela fait deux ans selon lui que sa pression est comprise entre 140 et 170 mmHg. Il vous signale qu'il a été toujours bien portant. En effet il mesure 180 cm et pèse 92 kg. Son tour de taille est de 103 cm. Le reste de l'examen clinique est sans particularités. À l'interrogatoire vous estimez son intoxication tabagique à 40 paquets-années.

## Question 1

Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ? Quel(s) examen(s) sont nécessaires pour confirmer ce diagnostic ?

## Question 2

On vous conseille de pratiquer une épreuve d'effort. Vous semble-t-elle indiquée pour ce patient ? Précisez les signes de mauvais pronostic de l'épreuve d'effort.

## Question 3

Quel bilan complémentaire prescrivez-vous ?

Vous revoyez 5 jours plus tard votre patient. Il vous explique qu'il a ressenti pour la première fois la douleur cette nuit pendant 15 minutes. SOS médecins a fait doser une troponine I cardiaque dont le taux est à 1,7 (nle < 0,4).

**Question 4**

Quel est votre diagnostic (sans justifier) et quelle attitude thérapeutique impose-t-il ?

Une coronarographie est réalisée quelques jours plus tard. Elle retrouve une sténose à 90 % sur l'interventriculaire antérieure (IVA) proximale et une sténose à 50 % de la première marginale. La coronaire droite est saine. La ventriculographie est normale, la fraction d'éjection est à 60 %.

**Question 5**

Quel est le statut coronaire de ce patient ?

**Question 6**

Décrivez les deux possibilités thérapeutiques envisageables à ce stade. Laquelle choisissez-vous ?

Votre patient vous présente le bilan suivant qu'il avait eu le temps de réaliser après la première consultation :

Cholestérol Total	2,70 g/l
HDL-C	0,37 g/l
LDL	1,8 g/l
Triglycérides	1,80 g/l
Glycémie à jeun	1,20 g/l

Il est conscient de la nécessité d'arrêter son tabagisme et vous demande votre aide. Vous réalisez un test de Fagerström dont voici les résultats

Test de dépendance à la nicotine de Fagerström		
Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1 ✓
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1 ✓
	Non	0
À quelle cigarette de la journée vous sera-t-il plus difficile de renoncer ?	La première le matin	1 ✓
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2 ✓
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1 ✓
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1 ✓
	Non	0
Total		7

#### Question 7

Comment évaluez-vous sa dépendance au tabac ? Quels arguments allez-vous lui donner pour encourager son sevrage ? Quelles thérapeutiques sont à votre disposition selon son niveau de dépendance ?

#### Question 8

Décrivez précisément votre prescription médicale de sortie.

## GRILLE DE CORRECTION

### Question 1

10 points

Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ? Quel(s) examen(s) sont nécessaires pour confirmer ce diagnostic ?

- **Angor d'effort stable [2] car :**
  - Douleur thoracique typique dans son siège rétrosternal, son irradiation et sa survenue à l'effort [1]
  - Arrêt de la douleur à l'arrêt de l'effort [1]
  - Douleur brève [1]
  - Efficacité sur la douleur des dérivés nitrés en spray [1]
  - Terrain athéromateux probable [1] compte tenu des différents facteurs de risques associés : âge, tabagisme, hypertension artérielle, surcharge pondérale
  - Stable car survenant toujours dans les mêmes circonstances depuis plus d'un mois [1]
- **AUCUN examen complémentaire n'est ici nécessaire pour confirmer ce diagnostic qui est un diagnostic clinique [2]**

### Question 2

10 points

On vous conseille de pratiquer une épreuve d'effort. Vous semble-t-elle indiquée pour ce patient ? Précisez les signes de mauvais pronostic de l'épreuve d'effort.

- **OUI [1]**
- **À visée pronostique car la survenue :**
  - D'une douleur angineuse ou de modifications électriques à faible charge (< 60 W ou FC < 120/min) [1]
  - D'un sous-décalage ST > 2 mm [1] apparaissant précocement (3 premières minutes de l'exercice)
  - D'un sous-décalage diffus de ST [1]
  - D'une instabilité tensionnelle à l'effort (chute tensionnelle  $\geq 20$  mmHg ou profil tensionnel d'effort bas < 130 mmHg) [1]
  - De troubles rythmiques ventriculaires graves [1] apparaissant pour des fréquences cardiaques basses (120-130/min)
- **Optent pour l'existence d'une insuffisance coronaire sévère [2] et orientent vers une stratégie agressive de revascularisation [2]**

**Question 3**

10 points

Quel bilan complémentaire prescrivez-vous ?

- *Recherche de la gravité de l'ischémie et de son retentissement :*
  - Épreuve d'effort couplée à une scintigraphie myocardique pour localiser le territoire ischémique ou échographie de stress à la dobutamine [NC]
  - Échocardiographie trans-thoracique (ETT) pour évaluer la fonction systolique ventriculaire gauche [1], rechercher un trouble de la cinétique ventriculaire gauche [1]
- *Recherche de facteurs de risque athéromateux associés :*
  - Exploration des anomalies lipidiques (EAL) [1] comprenant le dosage du LDL, HDL cholestérol, cholestérol total, triglycérides
  - Glycémie à jeun [1]
- *Éliminer un autre diagnostic :*
  - Radiographie thoracique [2] compte tenu du tabagisme actif
- *Recherche d'un facteur aggravant :*
  - Hémogramme (anémie) [2]

**Question 4**

25 points

Quel est votre diagnostic (sans justifier) et quelle attitude thérapeutique impose-t-il ?

- **Syndrome coronaire aigu sans sus-décalage [1]**  
avec augmentation de la troponine [1] :
  - Urgence thérapeutique [1] nécessitant l'hospitalisation en unité de soins intensifs de cardiologie (USIC) [1] avec surveillance scopique et enzymatique (troponine Ic à visée pronostique +++ ) [1]
- **TRAITEMENT MÉDICAL intensif :**
  - **Traitement antithrombotique [1] associant :**
    - une héparine bas poids moléculaire sous-cutané [1] (1 point, si HPBM ou inhibiteur sélectif du facteur X cité) : LOVENOX<sup>®</sup> (enoxaparine) à doses curatives ou un inhibiteur sélectif du facteur X (Fondaparinux)
    - une association de traitement anti-agrégant plaquettaire [1] Aspirine [1] : 500 mg en dose de charge en IV, et Clopidogrel [1] (PLAVIX<sup>®</sup>) : 300 mg (4 cp) ou 600 mg (8 cp) en dose de charge per os
  - En présence d'une récurrence électrique [1], de signes électriques persistants [1] ou en première intention en association aux autres traitements [1] : un anti-agrégant plaquettaire type anti-GP2b/3a par voie intra-veineuse [1]
- **Traitement anti-ischémique [1] par :**
  - Bêta-bloquant en l'absence de facteur spastique type TENORMINE<sup>®</sup> 100 mg/j [1]
  - Dérivés nitrés (LENITRAL<sup>®</sup>) par voie IV en perfusion continue à la seringue électrique [1], à posologies augmentées progressivement par paliers selon la symptomatologie douloureuse et la tolérance (PA prise au départ toutes les 15 minutes, supérieure ou égale à 100 mmHg)
- **SURVEILLANCE [1]**
  - Efficacité du traitement [1] :
    - douleur, signes électriques, enzymes cardiaques
    - risques : nécrose myocardique, troubles du rythme ventriculaire
  - Effets secondaires des médicaments [1] :
    - PA (Trinitrine)
    - pouls (bêta-bloquants)
    - surveillance biologique du traitement anticoagulant et des traitements anti-agrégant plaquettaire (AntiXa, NFS, plaquettes)
- **Coronarographie [1] au décours de l'épisode aigu [1] compte tenu du syndrome coronaire aigu à haut risque [1] (lié à l'augmentation de la troponine) et de l'absence de contre-indication *a priori* à réaliser une coronarographie [1]**

**Question 5**

5 points

Quel est le statut coronaire de ce patient ?

- **Atteinte bitronculaire [2] (IVA et Marginale) à bonne fonction ventriculaire gauche [3]**

**Question 6***10 points*

Décrivez les deux possibilités thérapeutiques envisageables à ce stade. Laquelle choisissez-vous ?

- **Devant cet angor réfractaire au traitement médical [2] avec une sténose critique sur l'IVA la décision d'une revascularisation s'impose [2]**
- **Deux possibilités thérapeutiques sont envisageables [2] :**
  - **L'angioplastie trans-luminale +/- stenting coronaire [2]**
  - **Le pontage aorto-coronaire à l'aide d'un greffon artériel mammaire interne [2]**
- **La lésion sur l'artère marginale est non serrée et donc, peu probablement responsable du syndrome coronaire aigu. Un geste simple d'angioplastie avec mise place d'un stent de l'IVA peut donc être alors retenu [2]**

**Question 7**

15 points

Comment évaluez-vous sa dépendance au tabac ? Quels arguments allez-vous lui donner pour encourager son sevrage ? Quelles thérapies sont à votre disposition selon son niveau de dépendance ?

- **Un résultat au test de Fagerström  $\geq 7$  du sujet signe une forte ou très forte dépendance à la nicotine [2]**
- **Les bénéfices attendus du sevrage sont :**
  - 1 an après la dernière cigarette, le risque d'infarctus du myocarde diminue de moitié [1], le risque d'accident vasculaire cérébral rejoint celui d'un non-fumeur [1]
  - 5 ans après la dernière cigarette, le risque de cancer du poumon diminue presque de moitié (50-90 % de baisse du risque après 15-20 ans) [1]
  - 10 à 15 ans après la dernière cigarette, l'espérance de vie redevient identique à celle des personnes n'ayant jamais fumé [1]
- **Pour un patient prêt à entreprendre une tentative d'arrêt, quatre méthodes ont démontré leur efficacité :**
  - Les traitements nicotiques de substitution (TNT) [1]
  - Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) [1]
  - Le Bupropion LP (ZYBAN<sup>®</sup>) [1]
  - La Varénicline (CHAMPIX<sup>®</sup>) [1]
- **Une dépendance moyenne ou forte justifie une aide médicale [1] avec recours aux substituts nicotiques, au Bupropion LP ou à la Varénicline. La prescription de Bupropion LP ou de la Varénicline devra tenir compte des contre-indications de ces médicaments [1]. Qu'il y ait ou non dépendance nicotinique, il est nécessaire de faire appel à tous les outils de l'aide à la motivation ; de l'accompagnement psychologique [1] ; de la thérapie cognitivo-comportementale [1]. Une fois le sevrage obtenu, un suivi s'imposera sur une période d'au moins 6 mois [1]. Il est utile d'anticiper les causes de rechutes**