

UE 90 - Cardio-vasculaire et Dyslipidémies

Cas n°1

Monsieur A, 68 ans, 76 kg pour 1,80m, souffre depuis 2 ans d'un angor d'effort stabilisé, d'une hypertension artérielle (HTA) et d'une hypercholestérolémie. Le patient ne fume pas et n'a pas d'antécédent familial de maladies coronaires précoces ou de dyslipidémies.

Son traitement habituel est le suivant :

CORVASAL® (Molsidomine) 2mg : 1 comprimé matin, midi, soir

CORGARD® (Nadolol) 80 mg : 1 comprimé par jour

ADALATE® (Nifédipine) 10 mg : 1 comprimé 3 fois par jour

KARDEGIC® (acétylsalicylate de lysine) 75mg : 1 sachet par jour

ZOCOR® (Simvastatine) 20mg : 1 comprimé le soir

NATISPRAY® (Trinitrine) 0,30mg : prendre une bouffée en sublingual, en cas de douleur angineuse. A renouveler une fois si besoin.

Avant une visite de suivi chez son cardiologue, M. A. fait réaliser, après 12h de jeûne, des examens biochimiques qui donnent les résultats suivants :

Pl Glucose : 4,5 mmol/L; Se Cholestérol total : 7,5 mmol/l, Se Triglycérides : 1,2 mmol/L,
Se Cholestérol-HDL : 1,2 mmol/L ; Se Créatinine : 75 µmol/L.

Lors de la consultation, M. A. décrit à son cardiologue 3 crises angineuses sur l'année liées à des efforts importants qui sont rapidement soulagées par la prise de NATISPRAY® (Trinitrine). La tension artérielle est à 140/80 mmHg.

Le cardiologue décide de ne pas modifier son traitement sauf la posologie de la simvastatine à 40mg/j.

Question 1 : Quel est le mécanisme physiopathologique de l'angor d'effort ?

Question 2 : Commenter les résultats des examens biochimiques. Quelles conclusions en tirez-vous ?

Le cardiologue décide d'utiliser la table SCORE fournie par l'HAS en 2017 et indique à M.A. qu'il obtient une valeur de 7%.

Question 3 : qu'est-ce que la table SCORE permet d'évaluer ? Quels sont les paramètres nécessaires pour obtenir un chiffre ? Quels commentaires pouvez-vous faire sur le résultat obtenu par le cardiologue ?

Question 4 : Quels sont les objectifs thérapeutiques de la prescription ?

Question 5 : A quelles classes thérapeutiques appartiennent les spécialités prescrites à Monsieur A ? Préciser, pour chacune d'entre elles, leur mécanisme d'action, leur action pharmacologique et les interactions médicamenteuses potentielles.

Question 6 : Monsieur A. se plaint d'impuissance sexuelle. Il a bien sûr entendu parler du VIAGRA® (Sildénafil) et demande à son cardiologue de lui en prescrire. Cette impuissance peut-elle être d'origine iatrogène ? Justifier votre réponse. Quelle sera l'attitude du cardiologue ?

Question 7 : Quels sont les principaux effets indésirables à craindre avec le ZOCOR® et quels sont les signes d'alerte ? Quelle surveillance biologique s'impose à la prescription de ce médicament ?

Soudainement une nuit le patient ressent une vive douleur ascendante au niveau du bras gauche. Le SAMU est alerté et Monsieur H arrive 4 heures après avoir ressenti les douleurs au service de cardiologie interventionnelle pour prise en charge d'un SCA-ST+. La valeur de la troponine Ic sérique réalisée en urgence est de 4,7 µg/L (valeur usuelle < 0,15 µg/L).

Question 8 : Commenter le résultat de la troponine Ic mesurée lors de l'admission du patient à l'hôpital. Quel est l'intérêt de ce marqueur dans le cas d'un SCA-ST+ (vous donnerez notamment la cinétique de ce marqueur) ?

Au cours de l'hospitalisation, une angioplastie avec pose d'un stent actif est réalisée. Le patient sort de l'hôpital au bout de 7 jours avec l'ordonnance suivante :

CORVASAL® (Molsidomine) 2mg : 1 comprimé matin, midi, soir

METOPROLOL® (Métoprolol) 100mg : 1 comprimé matin et soir

ADALATE® (Nifédipine) 10 mg : 1 comprimé 3 fois par jour

KARDEGIC® (acétylsalicylate de lysine) 75mg : 1 sachet par jour

PLAVIX (Clopidogrel) 75mg : 1 comprimé par jour

LOPRIL (Captopril) 50 mg : 1 comprimé par jour

CRESTOR® (Rosuvastatine) 20mg : 1 comprimé le soir

NATISPRAY® (Trinitrine) 0,30mg : prendre une bouffée en sublingual, en cas de douleur angineuse. A renouveler une fois si besoin.

Question 9 : Expliquer les modifications de prescription. A quelles classes thérapeutiques appartiennent les spécialités nouvellement prescrites à Monsieur A ? Préciser, pour chacune d'entre elles, leur mécanisme d'action et leur action pharmacologique.

Cas n°2

M. T, âgé de 65 ans, qui vient de prendre sa retraite décide d'aller voir un médecin pour faire un bilan de santé. Il mesure 1m76 et pèse 85 kg. Il est fumeur, mais ne consomme pas d'alcool et sa tension artérielle est de 135/65 mmHg. Il ne présente aucun antécédent médical personnel notable et ne suit aucun traitement médicamenteux.

Sur le plan familial, il est noté que son père est décédé à 84 ans d'un infarctus du myocarde et sa fille unique présente une hypertriglycémie mais il n'en connaît pas l'origine.

Les examens biochimiques, réalisés après 12h de jeûne, donnent les résultats suivants :

Aspect du sérum : lactescent.

Pl Glucose : 4,6 mmol/L; Se Cholestérol total : 5,0 mmol/l, Se Triglycérides : 3,8 mmol/L,

Se Cholestérol-HDL : 0,8 mmol/L ; Se Créatinine : 80 µmol/L. Sg HbA1c : 5,2%.

Se-TSH : 20 pmol/L

L'évaluation de son risque cardio-vasculaire par l'outil SCORE donne une valeur de 8%.

- 1) Interprétez le bilan biochimique. Quelles conclusions en tirez-vous ?
- 2) Quel est le mécanisme à l'origine de la valeur du cholestérol-HDL ?
- 3) Quel diagnostic étiologique proposez-vous ?

Après 6 mois de mesures hygiénodietétiques adaptées, le bilan lipidique donne à peu près les mêmes résultats.

Le traitement suivant est prescrit :

Fénofibrate 145 mg : 1 cp le soir

- 4) Quelle est la classe médicamenteuse du fénofibrate, citez ses mécanismes d'action, sa surveillance et ses principaux effets indésirables. Un autre traitement aurait-il pu être prescrit ?

Cas n°3

Madame D, 72 ans, consulte aux urgences car depuis quelques temps, elle se sent essoufflée lorsqu'elle prend son vélo pour aller faire ses courses et cet essoufflement s'est majoré ces derniers jours. Dans ses antécédents, on note un cancer du sein traité par chimiothérapie et radiothérapie à l'âge de 59 ans, une hypertension artérielle traitée. Il n'y a pas d'intoxication alcoololo-tabagique. Elle mesure 1m62 pour 59 kg et pratique régulièrement le cyclisme.

L'examen pulmonaire rapporte des crépitants aux bases. La tension artérielle est à 120/60, la fréquence cardiaque à 82 bpm et le médecin perçoit un bruit de galop à l'auscultation cardiaque. Le tracé ECG est normal sans trouble du rythme.

Le bilan biologique est le suivant :

Ionogramme sanguin

Pl Sodium	137	mmol/l
Pl Potassium	4.5	mmol/l
Pl Chlore	104	mmol/l
Pl CO ₂ total	26	mmol/l
Se Protides	76	g/l
Pl Créatinine	80	μmol/l

Numération + plaquettes

Sg Globules blancs	6,9	G/L
Sg Globules rouges	4.1	T/L
Sg Hémoglobine	100	g/L
Sg Hématocrite	32	%
Sg Volume globulaire moyen	89	fl
Sg TGMH	28.4	pg
Sg CCMH	33	%
Sg Plaquettes	350	G/L

1) Quelle est l'origine la plus probable de l'essoufflement ? Citez les arguments cliniques et biologiques qui permettent de retenir cette hypothèse. Quelle est l'origine de la pathologie sous-jacente ?

Des examens complémentaires sont demandés et donnent les résultats suivants :

Pl TnIc : 0.01 μg/L (Valeur usuelle < 0,04 μg/L)

Se CRP : 2 mg/L

Pl BNP : 560 pg/mL (Valeur usuelle < 100 pg/mL)

2) Quelle(s) conclusion(s) pouvez-vous tirer des ces résultats ? La demande de ces examens était-elle justifiée ?

3) Quel est le mécanisme de la production du BNP dans le contexte pathologique de cette patiente ? La mesure du NT-proBNP à la place du BNP aurait-elle apporté des renseignements plus précis ? Justifiez votre réponse.

4) Quels sont les principaux effets physiologiques du BNP ?

5) Quel sera le traitement entrepris en urgence ?

6) Quel traitement devra être prescrit à la sortie de la patiente ? Selon quelle classification ?

7) Quelle est la place de la mesure du BNP dans le suivi thérapeutique de cette patiente ?