

Cas cliniques

Cas clinique n°2 – IC avec un défibrillateur externe portable (life vest)

Cas clinique n°2

Se présente dans votre service M. B, un patient de **72 ans**. Il s'est présenté aux urgences il y a 1 mois avec une douleur thoracique irradiant dans la mâchoire et le bras gauche. Après examen, le médecin annonce au patient qu'il fait un **SCA ST+**, le patient est transféré en soins intensifs de cardiologie. Lors de la coronarographie, un **stent** est posé sur l'**IVA**. L'échographie cardiaque montre une **FEVG à 25%**. La décision est prise de mettre en place **un défibrillateur externe portable (life vest)**.

Ses FDR sont un **tabagisme** (15,5 PA) en cours de sevrage. Il fume 5 cigarettes/jour, un **stress** familial et une **hérédité**.

Il est marié. Il a 5 enfants et 6 petits-enfants. Il est retraité chef d'entreprise dans une société d'isolation. Il habite une maison avec un étage.

Les signes cliniques anormaux le jour du bilan initial sont des douleurs intercostales, des céphalées et une hypotension orthostatique.



Gilet: 3 patchs de défibrillation permettant de délivrer 5 chocs de 150J.

Quand alarme (arythmie détectée): le patient peut bloquer le choc.

- **Après explantation d'un système de défibrillation implantable** pour infection, de la loge ou des électrodes, jusqu'à la réimplantation.
- **En attente de transplantation cardiaque.** L'indication doit être réévaluée tous les 3 mois.
- **Au décours SCA si la FEVG est inférieure à 30 % après les 48 premières heures** jusqu'à l'indication d'un défibrillateur automatique implantable au terme du 1er mois

Cas clinique n°2

Le bilan cardio-vasculaire montre que le patient est en RS avec une FC repos à 55 bpm et une TA de repos à 11/7. Le TM6 est à 455 m avec une FC de 66 bpm. Concernant les AVQ, toutes ont été reprises sauf les courses et la conduite automobile. Il pratique de la marche utilitaire en activité physique.

Il exprime un sentiment de perte d'indépendance. Il dit aussi ne pas avoir eu assez d'explication sur sa pathologie pour pouvoir la gérer à son domicile.

Les objectifs de rééducation de votre patient sont d'obtenir une FEVG supérieur à 55% après la rééducation. Il veut perdre le poids qu'il a pris à la réduction de son tabagisme. Il aimerait retrouver sa force musculaire antérieure.

Cas clinique n°2

Le patient passe un TEI. La charge maximale atteinte est de **40 W**. La FC est passée de 64 bpm au repos à **111 bpm** au maximum de l'effort. La tension artérielle a été de 13/7 au repos à **16/8** à l'acmé de l'effort. Le patient a arrêté le test pour **fatigue musculaire**. L'ECG de repos comme à l'effort est **normal**. Il y a eu **quelques ESV** sans gravité. Il n'y a **pas eu de modification du segment ST**. Le cardiologue a calculé une FCE à 93 bpm et une FCI à 102 bpm.

Le premier jour de sa rééducation, les signes fonctionnels au repos sont fatigue générale, dyspnée à la parole, œdèmes bilatéraux au niveau des chevilles.

Quelles échelles préconisez-vous pour évaluer la dyspnée ?

Quelles échelles préconisez-vous pour évaluer la dyspnée ?

Echelle de dyspnée MRC (Medical Research Council)

mMRC

Grade	Description
0	Absence de gêne liée au souffle, sauf pour des exercices physiques intenses
1	Gêne par l'essoufflement à la marche rapide ou en gravissant une légère colline
2	Sur terrain plat, marche plus lentement que les personnes du même âge en raison de l'essoufflement, ou doit s'arrêter pour respirer en marchant à son propre rythme.
3	Arrête pour respirer après 100 mètres ou quelques minutes de marche sur terrain plat.
4	Trop essoufflé pour quitter la maison, ou essoufflement en s'habillant ou se déshabillant

Quelles échelles pour évaluer la dyspnée ?

Sadoul

L'échelle de Sadoul

Stade 0 : pas de dyspnée

Stade 1 : dyspnée pour des efforts importants

Stade 2 : dyspnée apparaissant à la montée d'un étage, ou à la marche rapide ou à la marche en légère côte

Stade 3 : dyspnée à la marche normale sur terrain plat

Stade 4 : dyspnée à la marche lente

Stade 5 : dyspnée au moindre effort, à l'habillage, à la parole.



Cas clinique n°2

Quelles échelles pour évaluer la dyspnée ?

NYHA

Classification fonctionnelle NYHA pour insuffisance cardiaque congestive

Classe	Expression clinique
Classe I	patients n'ayant pas de limitation des activités ordinaires
Classe II	limitation légère de l'activité
Classe III	limitation marquée de l'activité, ils sont à l'aise qu'au repos
Classe IV	les symptômes surviennent même au repos

Cas clinique n°2

Le premier jour de sa rééducation, les signes fonctionnels au repos sont fatigue générale, dyspnée à la parole, œdèmes bilatéraux au niveau des chevilles.

Commence-t-on la rééducation ?

Cas clinique n°2

Commence-t-on la rééducation ?

NON

Décompensation cardiaque

Cas clinique n°2

Votre bilan étiologique de cette poussée d'insuffisance cardiaque (y compris les examens complémentaires) retrouve uniquement une mauvaise observance thérapeutique, votre patient ne prenait pas volontairement son lasilix 80 mg pour ne pas aller trop uriner la nuit...

Vous décidez de commencer une éducation thérapeutique chez ce patient.

Quelles notions d'éducation thérapeutique (spécifique au patient insuffisant cardiaque) vont être importantes à apprendre à votre patient pour qu'il puisse gérer sa pathologie ?

Cas clinique n°2

Quelles notions d'éducation thérapeutique (spécifique au patient insuffisant cardiaque) vont être importante à apprendre à votre patient pour qu'il puisse gérer sa pathologie ?

Lui apprendre les signes cliniques impliquant une consultation médicale:

Une prise de poids rapide sur quelques jours => **se peser 2x/sem**

Apparition d'œdème => **surveiller ses jambes** (signe du Godet)

Surveillance de l'apparition d'une fatigue pour un effort moindre

Apparition d'une dyspnée => pour un petit effort et/ou au repos, incapacité de rester allongé

Apparition d'une toux

Fièvre, vomissement, diarrhée, crampe

Étourdissement

TA => apprentissage d'auto mesure avec leur appareil, fixer seuil de TA

Testez votre motivation à l'arrêt du tabac: Questionnaire Q-MAT (G. Lagrue, P. Légeron)

	score
1. Pensez-vous que dans six mois	
Vous fumerez toujours autant ?	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
Vous aurez arrêté de fumer ?	8
2. Avez-vous, actuellement, envie d'arrêter de fumer ?	
Pas du tout	0
Un peu	1
Beaucoup	2
Enormément	3
3. Pensez-vous que, dans quatre semaines	
Vous fumerez toujours autant ?	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
Vous aurez arrêté de fumer ?	6
4. Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ?	
Jamais	0
Quelquefois	1
Souvent	2
Très souvent	3
TOTAL : <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / 20 Points	

La somme des points obtenus à chaque réponse indique le degré de dépendance.

- **Score < 6** : motivation insuffisante (faibles chances de réussite du sevrage).
- **Score de 7 à 12** : motivation moyenne.
- **Score > 12** : bonne ou très bonne motivation

Test de Fagerström

1. Le matin, 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

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

Oui	1
Non	0

3. À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?

La première le matin	1
N'importe quelle autre	0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

Oui	1
Non	0

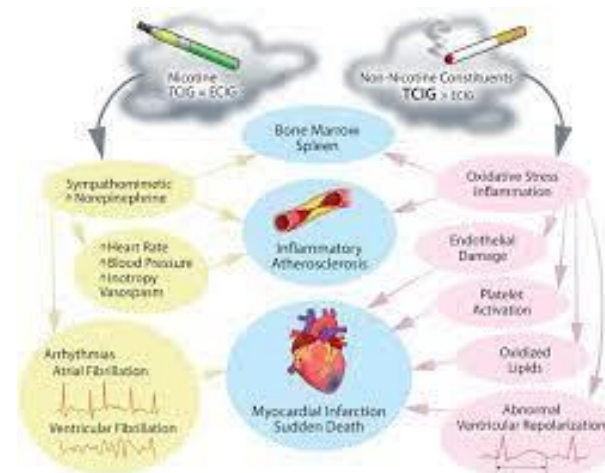
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1
Non	0

Total

Sevrage tabagique : adapter (combiner) les moyens

- Thérapies cognitivo-comportementales
- Traitement de la dépression (psychothérapie, anti dépresseurs)
- Diététique
- Activité physique
- Patches
- Gommés
- Inhaleur
- Comprimés nicotiques
- Cigarette électronique?



Shahandeh 2021



Cas clinique n°2

Quelles notions d'éducation thérapeutique (spécifique au patient insuffisant cardiaque) vont être importante à apprendre à votre patient pour qu'il puisse gérer sa pathologie ?

Alimentation :

Surveillance des apports hydriques

=> RH sur 24h apport (en eau et apport par les aliments (fruits, légumes))

Les apports en sel

=> plats cuisinés, fruits de mers (huitres...), la soupe, ne pas resaler les plats, certains médicaments (effervescent)

Cas clinique n°2

Quelles notions d'éducation thérapeutique (spécifique au patient insuffisant cardiaque) vont être importante à apprendre à votre patient pour qu'il puisse gérer sa pathologie ?

Observance thérapeutique : explication du traitement (expliquer effets en cas d'arrêt, effets bénéfiques des traitements, explication de la posologie, déplacer le lasilix le matin si possible)

Cas clinique n°2

Quels types d'activité physique sont recommandés pour ce patient?

- A) contre résistance
- B) en endurance
- C) fractionné
- D) effort en concentrique
- E) effort en excentrique
- F) renforcement segmentaire
- G) effort en isométrie

Cas clinique n°2

Quels types d'activité physique sont recommandés pour ce patient?

- A) contre résistance
- B) en endurance
- C) fractionné
- D) effort en concentrique
- E) effort en excentrique
- F) renforcement segmentaire
- G) effort en isométrie

Cas clinique n°2

Que doit surveiller le patient au cours de sa pratique d'activité physique?

- A) Sa TA
- B) Sa dyspnée (toujours capacité de parler au cours de l'effort)
- C) Sa fatigue musculaire (effort ressenti comme assez difficile)
- D) Ses douleurs articulaires
- E) Sa Fce

Cas clinique n°2

Que dois surveiller le patient au cours de sa pratique d'activité physique?

A) Sa TA

B) Sa dyspnée (toujours capacité de parler au cours de l'effort)

C) Sa fatigue musculaire (effort ressenti comme assez difficile)

D) Ses douleurs articulaires

E) Sa Fce

Cas clinique n°2

Quelles activités rééducatives pouvez vous prescrire à ce patient afin de répondre aux objectifs?

Cas clinique n°2

Quelles activités rééducatives pouvez vous prescrire à ce patient afin de répondre aux objectifs?

Kinésithérapie motrice (réentraînement à l'effort et musculaire segmentaire)

Kinésithérapie respiratoire

Séance d'activité physique adaptée

(activité individuelle et collective hockey, foot, basket...) exercice lent et de durée courte

Surveillance accrue des signes fonctionnels

Séance d'ergothérapie

Axer sur les adaptations des AVQ

Adaptation du port de charge

Gestion du souffle dans les AVQ

Adaptation des aides techniques afin de réduire le coût énergétique

Cas clinique n°2

Quelles modifications d'intensité et de fréquence d'exercice allez-vous effectuer au début du réentraînement à l'effort chez ce patient insuffisant cardiaque par rapport à un patient coronarien non insuffisant cardiaque?

Cas clinique n°2

Quelles modifications d'intensité et de fréquence d'exercice allez-vous effectuer au début du réentraînement à l'effort chez ce patient insuffisant cardiaque par rapport à un patient coronarien non insuffisant cardiaque?

Fréquence minimum 2 fois par semaine (au lieu de 3, ESC 2020)

Intensité 40% VO₂ max car décompensation récente (au lieu de 50%)

Cas clinique n°2

Quelles modifications de durée d'exercice allez-vous effectuer au début du réentraînement à l'effort chez ce patient insuffisant cardiaque par rapport à un patient coronarien non insuffisant cardiaque?

Durée initiale de séance 15-30 minutes (au lieu de 20-30 minutes, ESC 2020)

RCV: le patient coronarien et insuffisant cardiaque

Modalités du renforcement segmentaire

Fréquence: 2 à 3 fois par semaine



Intensité initiale:

Une série avec 30% de la force maximale musculaire préalablement déterminée, Borg 11-12, 5-10 répétitions

Puis série avec phase d'endurance (12 à 25 répétitions, 30-40% force musculaire maximale)

→ Augmentation progressive

