

Cas clinique Coronaropathie

Madame X, 68 ans, traitée pour une polyarthrite Rhumatoïde (PR) par injection hebdomadaire à domicile, signale à son infirmière des douleurs thoraciques qu'elle attribue à une poussée de sa maladie Rhumatologique. Cela interpelle l'infirmière qui retrouve à l'interrogatoire la notion d'effort déclenchant tels que la montée d'un étage avec un sac de courses. L'infirmière contacte directement le médecin traitant qui reçoit rapidement la patiente.

Les douleurs apparues depuis 1 mois, surviennent en phase d'activité de la vie courante et sont localisées en rétrosternal avec sensation de serrement qui cède immédiatement à l'arrêt de l'effort ; l'examen physique et l'auscultation sont normaux. Saturation en oxygène normale et patiente eupnéique. Les facteurs de risque cardiovasculaires sont dominés par la sédentarité liée à la PR, un surpoids modéré 70 kg pour 168 cm, et un dyslipidémie légère. La biologie montre une PCR normale ce qui n'est pas en faveur d'une évolutivité de la PR, un HDL cholestérol inférieur à la normale, et une troponine ultra-sensible à 1,5 fois la normale. Devant ces données le médecin traitant contacte séance tenante le cardiologue avec qui il a l'habitude de travailler.

Ce dernier retrouve un ECG de repos strictement normal et une échographie cardiaque avec cinétique ventriculaire physiologique, péricarde sec, racine aortique non dilatée, valves normales, pressions artérielles pulmonaires normales. Un mini test d'effort sur cycloergomètre est tenté mais reste non contributif car largement sous maximal en raison d'une arthrose de hanche et de genou gênant le pédalage. C'est donc le scanner coronaire qui confirme l'insuffisance coronaire avec angor de novo en documentant une atteinte focale mono-tronculaire de l'artère coronaire droite significative (80%) et des zones de surcharge plus modérées inférieur à 50% de l'Interventriculaire antérieure moyenne et de la marginale du bord gauche branche de la circonflexe. A noter que la coronaire droite est dominante et donne une grosse branche rétro ventriculaire gauche.

Devant ces éléments une coronarographie par voie radiale est réalisée avec angioplastie coronaire droite et mise en place d'un stent actif. Une prescription d'une double anti agrégation plaquettaire selon les données de la société française de cardiologie est réalisée associée aux statines et mesures habituelles. La patiente sort le lendemain de la procédure car son ventricule gauche a été préservé avec une fraction d'éjection normale et sera orientée via son médecin traitant en unité de réadaptation.

Un protocole d'activité physique adaptée est programmé dans les suites. L'infirmière de la patiente continue sa surveillance régulière en prenant en compte les paramètres cardiovasculaires. Un contrôle du bilan lipidique et de la bonne tolérance du traitement seront nécessaires par la suite. Le dépistage d'une resténose ou d'une évolutivité coronaire, d'autant plus qu'il y a une maladie inflammatoire, justifie une surveillance renforcée et coordonnée entre médecins, infirmière, pharmacien lors de la délivrance médicamenteuse, et kinésithérapeute et éducateurs APA en période d'activité physique.

La patiente après une phase asymptomatique et une franche amélioration fonctionnelle au plan cardiologique et rhumatologique grâce à l'activité physique adaptée, signale à son infirmière une dyspnée d'effort conduisant à une consultation médicale rapide. La biologie

montrera une anémie à 10 g d'hémoglobine favorisée par le traitement fluidifiant qui permettra de révéler lors de la coloscopie un gros polype hémorragique qui sera réséqué.

Pour la deuxième fois dans le suivi de cette patiente c'est son infirmière de proximité qui va donner l'alerte en repérant une situation à haut risque de complications vitale et fonctionnelle. L'évolution à un an est très favorable avec une écho-dobutamine ne montrant pas d'ischémie.

L'exercice coordonné entre les différents praticiens a permis d'éviter un infarctus myocardique étendu et un cancer du colon.