

# Dossier Médical

## Section 1 : Identification et Contexte

**Hôpital Émetteur :** Hôpital Dalal Diam de  
Dakar, Sénégal

**Service :** Cardiologie

**Rédigé le :** 09/06/2025

**Par :** Dr. Aminata Fall (Cardiologue)

**Validé par :** Prof. Cheikh Diop (Chef de Service)

**Patient :** André SARR

**ID Patient :** 78554-2025

**Date de Naissance :** 15/05/1969 (56 ans)

**Source des données :** Le patient lui-même, jugé  
fiable et alerte.

**Plainte Principale :** → Douleur thoracique oppressive  
et récurrente depuis une semaine, qui m'a réveillé  
cette nuit."

Assurer la traçabilité et la  
responsabilité du document.  
Identification univoque du patient  
pour éviter toute erreur. Citer le  
patient permet de capturer la nature  
subjective de la plainte.

## Section 2 : Anamnèse de la Maladie Actuelle

Première hospitalisation pour ce patient de 56 ans,  
sans antécédent cardiologique connu. État de santé  
habituel jusqu'à il y a une semaine.

**Symptomatologie :**

**Analyse Séméiologique :** La  
progression d'un angor d'effort stable  
vers un angor de repos prolongé est  
la définition clinique d'un **syndrome  
coronarien aigu (SCA) de type  
angor instable à haut risque.**  
L'irradiation est typique. La dyspnée  
est un signe de

- **Description** : Douleur thoracique sourde, perçue comme un "étau", non-respiro-dépendante. Intensité maximale évaluée à 8/10.
- **Localisation** : Rétrosternale.
- **Irradiation** : Mâchoire inférieure et bras gauche, jusqu'aux deux derniers doigts.

#### Chronologie des Épisodes :

1. **Il y a 7 jours** : Premier épisode à l'effort modéré (jardinage). Durée ~10 min, cédant complètement au repos.
2. **Il y a 3 jours** : Second épisode lors d'un effort plus léger (marche rapide). Durée ~15 min, cédant au repos.
3. **Cette nuit (08/06/2025)** : Épisode le plus sévère, survenant au repos et réveillant le patient. Durée > 30 min, ne cédant pas spontanément.

#### Symptômes Associés et Exclus :

- Dyspnée d'effort (essoufflement) lors des épisodes.
- Absence de diaphorèse (sueurs), nausées, vomissements ou palpitations.
- La douleur n'est pas modifiée par le mouvement, ni associée à la prise alimentaire. Aucune douleur à la palpation.

*potentielle dysfonction ventriculaire gauche ischémique.*

## Section 3 : Antécédents et Facteurs de Risque

#### Médicaux :

- **Hypertension Artérielle (HTA)** : Diagnostiquée en 2022. Traitement par Atenolol 50 mg/jour initié puis arrêté par le patient après 6 mois (rapporte une asthénie). Pas de suivi depuis.

*Profil de Risque : Très élevé. L'HTA non contrôlée, l'antécédent familial de maladie coronarienne précoce et le sexe masculin sont des facteurs majeurs. L'utilisation d'AINS (ibuprofène) est délétère sur le plan cardiovasculaire et gastrique.*

- **Ulcère Gastroduodénal** : En 1990, traité avec succès par Cimetidine.
- **Allergie** : Pénicilline (provoque urticaire et rash cutané).

**Chirurgicaux** : Bunionectomie en 1998.

**Familiaux** : Père décédé d'un infarctus du myocarde à 54 ans. Mère (79 ans) hypertendue.

**Habitudes de vie** : Non-fumeur. Alcool occasionnel (1-2 bières/weekend). Utilisation fréquente d'ibuprofène 400 mg pour des céphalées.

## Section 4 : Examen des Systèmes

- **Général** : Pas de fièvre, pas de perte de poids.
- **ORL/Ophtalmo** : Pas de changement de vision, de problèmes d'audition ou de maux de gorge.
- **Cardiovasculaire** : Voir anamnèse. Pas d'orthopnée, de dyspnée paroxystique nocturne ou de claudication.
- **Gastro-intestinal** : Gêne épigastrique à type de brûlure, environ deux fois par mois, principalement la nuit. Pas de dysphagie, nausées, vomissements ou changement du transit.
- **Musculo-squelettique** : Douleurs lombaires occasionnelles après le jardinage, soulagées par le paracétamol.
- **Neurologique** : Pas de faiblesse, d'engourdissement ou d'incoordination.

*L'examen des systèmes permet de contextualiser la plainte principale et de rechercher des pathologies associées. La gêne épigastrique nocturne, dans ce contexte, pourrait être un diagnostic différentiel (reflux gastro-œsophagien) mais n'invalide pas la suspicion de SCA.*

## Section 5 : Examen Clinique Détaillé

**Général** : Patient conscient, orienté, angoissé. Poids : 85 kg, Taille : 1.78 m (IMC : 26.8 kg/m<sup>2</sup>, surpoids).

**Synthèse Clinique** : Le patient présente des signes de **décompensation cardiaque aiguë** (B3, crépitants) dans un contexte

**Signes Vitaux :** Pression Artérielle : 170/100 mmHg (aux deux bras). Fréquence Cardiaque : 92 bpm (régulier). Fréquence Respiratoire : 22/min. Saturation O<sub>2</sub> : 95% à l'air ambiant.

**Cou :** Souple. Trachée médiane. Thyroïde non palpable. Pression veineuse jugulaire estimée à 8 cm H<sub>2</sub>O. Pas de bruits anormaux à l'auscultation des carotides.

**Examen Cardiovasculaire :** Choc de pointe non dévié. Souffle mésosystolique éjectionnel 2/6 au foyer aortique, irradiant vers le cou. Présence d'un galop protodiastolique (B3). Pouls périphériques présents et symétriques.

**Examen Pulmonaire :** Crépitations fins aux deux bases pulmonaires.

**Abdomen :** Souple, non douloureux. Bruits hydro-aériques présents. Souffle artériel perçu en para-ombilical droit. Foie de taille normale.

**Neurologique :** Nerfs crâniens, force motrice, sensibilité et réflexes normaux et symétriques. Cérébelleux et marche normaux.

*d'HTA sévère et de SCA. Le souffle aortique évoque une sténose. Le souffle abdominal est très suspect d'une sténose de l'artère rénale.*

## Section 6 : Évaluation et Diagnostic Différentiel

**1. Douleur Thoracique :** La présentation (douleur d'effort évoluant vers le repos, caractère oppressif, irradiations) et les facteurs de risque multiples rendent le diagnostic de **syndrome coronarien aigu (angor instable)** le plus probable. Les autres causes (reflux, pulmonaire, musculosquelettique) sont moins probables au vu du tableau clinique.

**2. Dyspnée :** En corrélation avec les signes d'insuffisance cardiaque à l'examen (B3, crépitations), elle est très probablement secondaire à une

*L'analyse clinique hiérarchise les problèmes : le SCA est l'urgence vitale. Les autres problèmes (HTA, sténose aortique) sont des éléments majeurs à prendre en compte dans la stratégie de prise en charge globale, à la fois aiguë et à long terme.*

dysfonction ventriculaire gauche d'origine ischémique.

### 3. Hypertension et Souffle Abdominal :

L'association des deux soulève une forte suspicion d'une cause secondaire d'HTA, notamment une **sténose de l'artère rénale** (hypertension réno-vasculaire).

**4. Souffle Systolique :** Évoque une **sténose valvulaire aortique**. L'absence d'altération du pouls carotidien suggère qu'elle n'est peut-être pas hémodynamiquement sévère, mais une échocardiographie est impérative pour la quantifier.

## Section 7 : Plan de Soins Structuré

### Problèmes Actifs Priorisés :

1. Syndrome Coronarien Aigu (Angor Instable).
2. Poussée d'Insuffisance Cardiaque.
3. Urgence Hypertensive.
4. Suspicion de Sténose Aortique et d'HTA Rénovasculaire.

### Plan Thérapeutique Immédiat :

- **Hospitalisation en Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC).**
- **Traitement Pharmacologique Urgent :** Double Antiagrégation (Aspirine 160 mg + Ticagrelor 180 mg), Anticoagulation (Héparine IV), Anti-ischémique (Metoprolol IV, dérivés nitrés IV), Diurétique (Furosémide 40 mg IV), Statine (Atorvastatine 80 mg).
- **Examens :** ECG et Troponines en série, bilan rénal et électrolytique.
- **Interventionnel :** Coronarographie en urgence (< 24h) avec évaluation de la fonction ventriculaire

**Stratégie :** La stratégie vise à (1) lever l'ischémie myocardique et prévenir l'infarctus, (2) traiter la décompensation cardiaque et l'HTA, (3) diagnostiquer la cause de l'HTA et l'atteinte valvulaire. La coordination des soins post-hospitalisation est cruciale.

(ventriculographie).

### Suivi et Rendez-vous Programmés :

- **Cardiologue (Dr. Fall)** : 25/06/2025 à 10h00 pour bilan post-coronarographie et ajustement du traitement de fond.
- **Néphrologue** : 15/07/2025 à 14h30 pour bilan de l'HTA (Echo-doppler rénal à prévoir).