

Cas clinique 1 :

Patient : M. Dupont, 67 ans, retraité.

Motif de consultation : douleurs thoraciques et dyspnée à l'effort depuis une semaine.

Histoire de la maladie

M. Dupont décrit une douleur thoracique oppressante, irradiant parfois vers le bras gauche, apparaissant après 15 minutes de marche rapide et s'atténuant au repos en 5-10 minutes. Associée à une légère dyspnée et des palpitations. Aucun épisode de syncope ou de vertige.

Antécédents médicaux

- Hypertension artérielle (HTA) diagnostiquée il y a 10 ans, mal contrôlée (dernière mesure : 160/95 mm Hg).
- Diabète de type 2 sous traitement oral (Metformine).
- Hypercholestérolémie non traitée.

Traitements actuels

- Perindopril 5 mg/j
- Metformine 850 mg x 2/j,

Examen clinique

- **TA** : 150/90 mm Hg
- **FC** : 92 bpm, régulière
- **Saturation O2** : 98 % à l'air ambiant
- **Auscultation cardiaque** : souffle systolique au foyer mitral.
- **Auscultation pulmonaire** : sans bruits surajoutés
- **Examen périphérique** : pas d'œdèmes des membres inférieurs.

Biologie sanguine

- **Troponine ultra-sensible** : 65 ng/L (norme < 14).
- **NT-pro BNP** : 1200 pg/ml (élevé).
- **Créatinine** : 1,2 mg/dl, clairance estimée à 65 ml/min.
- **HbA1c** : 8,5 %.

Cas clinique 2 :

68 ans, **Sexe** : Masculin

Hypertension artérielle (HTA) sous traitement (amlodipine).

Dyslipidémie.

Motif de consultation

- Dyspnée d'effort, augmentée depuis 6 mois.
- Toux chronique productive (expectorations blanches, parfois jaunâtres).
- Fatigue chronique.
- Episodes de sifflements respiratoires, surtout nocturnes.
- Aggravation de la toux et fièvre modérée (38,2°C).

Examen clinique

Patient asthénique, IMC : 22 kg/m².

- **Examen des voies respiratoires :**
 - Cyanose labiale modérée.
 - Murmure vésiculaire diminué bilatéralement, présence de ronchi et sibilants diffus.
 - Saturation en oxygène (SpO₂) : 88 % à l'air ambiant.
 - Fréquence respiratoire : 24 cycles/min.

Examens complémentaires

1. **Gaz du sang artériel :**
 - PaO₂ : 60 mmHg.
 - PaCO₂ : 48 mmHg.
 - pH : 7,36 (acidose respiratoire compensée).
2. **Radiographie thoracique :**
 - Hyperclarté diffuse
3. **Biologie :**
 - CRP : 18 mg/L (modérément élevée).
 - Numération formule sanguine (NFS) : Hyperleucocytose modérée.

Cas clinique 3 :

Patiente de 56 ans

Consommation d'alcool chronique (équivalent de 4 verres/jour pendant 15 ans, arrêt depuis 2 ans), obésité avec IMC à 32 et hypertension artérielle traitée

Symptômes actuels

- Fatigue chronique
- Épisodes de confusion mentale et troubles de concentration
- Augmentation du volume de l'abdomen

Examen clinique

- **Constantes**
 - Tension artérielle : 110/70 mmHg
 - Fréquence cardiaque : 85 bpm
- **Inspection :**
 - Ictère conjonctival
- **Palpation abdominale :**
 - Hépatomégalie modérée

Investigations biologiques

Hémoglobine : 10.5 g/dl et plaquettes : 80 g/l

ALAT : 55 UI/L (N : <40) , ASAT : 90 UI/L (N : <40)

Gamma-GT : 180 UI/L (N : <35), Phosphatases alcalines : 150 UI/L (N : <130)

Bilirubine totale : 3.5 mg/dL (N : <1.2), Albumine : 2.8 g/dL (N : 3.5-5.5)

INR : 1.8, Sodium : 130 mmol/l, Potassium : 4.2 mmol/l, Urée : 25 mg/dL

Créatinine : 1.2 mg/dL

Échographie abdominale :

- Foie de taille réduite, contours irréguliers
- Ascite modérée
- Splénomégalie

Cas clinique 4 :

Informations générales :

Patient de 70 ans, IMC à 27,8

Motif de consultation :

Le patient consulte pour des palpitations ressenties depuis 48 heures. Ces palpitations s'accompagnent d'une sensation d'oppression thoracique modérée et d'une dyspnée d'effort.

Il signale également une fatigue inhabituelle.

Antécédents médicaux : Hypertension artérielle sous inhibiteur de l'enzyme de conversion

Constantes

- **Température :** 36,8 °C
- **Tension artérielle :** 140/90 mmHg
- **Saturation en oxygène :** 98%
- **Fréquence cardiaque :** 130 bpm, irrégulière

Examen clinique

- Rythme cardiaque irrégulier à l'auscultation.
- Fréquence cardiaque à 130 bpm.
- Absence de souffle ou de bruits cardiaques anormaux.
- Pas de douleur thoracique à la palpation.
- Pas d'œdèmes des membres inférieurs.
- État général conservé.

Examens biologiques : sans particularités

Cas Clinique 5 :

Patient de 68 ans, retraité, se présente aux urgences pour des palpitations ressenties depuis environ 48 heures, associées à une fatigue inhabituelle et un essoufflement modéré à l'effort. Il rapporte également une sensation de malaise sans douleur thoracique. Aucun épisode similaire n'est noté dans ses antécédents.

Antécédents médicaux :

- Hypertension artérielle (HTA) connue depuis 10 ans,
- Diabète de type 2 traité par metformine.

Médicaments :

- Amlodipine 5 mg/jour.
- Metformine 850 mg x 2/jour.

Examen Clinique

- **Paramètres vitaux :**
 - Tension artérielle : 140/90 mmHg
 - Fréquence cardiaque : 130 bpm
 - Saturation en O₂ : 96 % à l'air ambiant
 - Température : 37,2 °C
- **Examen cardiovasculaire :**
 - Bruits du cœur réguliers mais rapides.
- **Autres examens cliniques :** Sans particularité

Biologie

- HbA1c : 7,2 %.
- Troponines : négatives.

Cas clinique 6 :

Un patient de 78 ans se présente aux urgences pour des douleurs thoraciques apparues il y a environ 3 heures.

- Douleur rétro-sternale oppressive irradiant vers le bras gauche, associée à des sueurs profuses.
- **Antécédents médicaux :**
 - Hypertension artérielle mal contrôlée.
 - Hypercholestérolémie.
 - Tabagisme actif (1 paquet/jour depuis 35 ans).
- **Médicaments :** Aucun traitement régulier connu.

Examen clinique :

- **Signes vitaux :**
 - Pression artérielle : 145/90 mmHg.
 - Fréquence cardiaque : 92 bpm.
 - Saturation en oxygène : 96% à l'air ambiant.
 - Température : 36,8 °C.
- **Examen physique :**
 - Patient en sueur, pâle et anxieux.
 - Auscultation cardiaque : rythme régulier, absence de souffle audible.
- **Biologie :**
 - Troponine élevée (troponine I : 4,2 ng/mL, seuil > 0,04 ng/mL).
 - Créatinine normale.
 - Cholestérol total: 6,8 mmol/L (HDL : 0

Cas clinique 7 :

- **Poids** : 85 kg
- **Taille** : 175 cm
- **IMC** : 27,8

Patient de 70 ans, consulte pour des palpitations ressenties depuis 48 heures, accompagnées de dyspnée d'effort et d'une sensation de fatigue. Il décrit une oppression thoracique modérée.

Constantes vitales

- Température : 36,8 °C
- Tension artérielle : 140/90 mmHg
- Saturation en oxygène : 98 %
- Fréquence cardiaque : 130 bpm

Antécédents médicaux :

- Hypertension artérielle mal contrôlée depuis 10 ans
- **Traitement en cours** : Inhibiteur de l'enzyme de conversion

Examen clinique

- Rythme cardiaque irrégulier à l'auscultation
- Fréquence cardiaque : 130 bpm
- Absence de souffle ou de bruits anormaux

Biologie sanguine :

- BNP : modérément augmenté
- Troponines : normales
- Ionogramme, TSH et T4L : normaux

Radiographie thoracique :

- Taille cardiaque normale
- Absence de signes de congestion pulmonaire

Cas clinique 8 :

Patient de 75 ans, consulte pour une dyspnée aiguë, apparue depuis 24 heures, s'aggravant progressivement jusqu'à être présente au repos. Il signale une toux sèche et nocturne, accompagnée d'une orthopnée (nécessitant 3 oreillers pour dormir) et d'une fatigue intense.

Constantes vitales

- Température : 37,2 °C, tension artérielle : 160/95 mmHg
- Saturation en oxygène : 90 % à l'air ambiant, fréquence cardiaque : 110 bpm, régulière
- Fréquence respiratoire : 24/min

Antécédents médicaux :

- Hypertension artérielle non contrôlée, diabète de type 2, **IMC** : 30,4

Traitement en cours : Inhibiteur de l'enzyme de conversion et Metformine

Cardiovasculaire : Tachycardie à 110 bpm

Pulmonaire : Crépitations bilatérales aux bases. Pas de sifflements

Vasculaire : Pouls périphériques présents et symétriques, Œdème discret des membres inférieurs (godet +)

Radiographie thoracique :

- Œdème interstitiel bilatéral avec flou péri-hilaire
- Épanchement pleural minime bilatéral
- Cardiomégalie

Biologie :

- BNP : augmenté à 1500 pg/mL
- Troponines : normales
- Créatinine : 120 µmol/L
- Glycémie : 11 mmol/L
- Ionogramme : hyponatrémie (130 mmol/L)

Cas clinique 9 :

Un Patient de 45 ans se présente aux urgences pour des palpitations survenues brutalement il y a 2 heures.

Il décrit une sensation de battements cardiaques rapides accompagnée d'un malaise général.

Il n'a pas de douleur thoracique, pas de syncope, mais rapporte une légère dyspnée.

Antécédents

- Hypertension artérielle modérée sous amlodipine 5 mg/jour.
- Tabagisme : 10 paquets-années, arrêté depuis 2 ans.
- Pas de diabète, pas d'antécédents cardiovasculaires connus.

Examen clinique

- **Constantes vitales :**
 - TA : 110/70 mmHg
 - FC : 150 bpm, régulière
 - Saturation en O₂ : 98% à l'air ambiant
 - Température : 36,8°C
- **Examen physique :**
 - Auscultation cardiaque : bruits du cœur réguliers, pas de souffle.
- **Biologie :**
 - Ionogramme : K⁺ 4,2 mmol/L, Na⁺ 138 mmol/L
 - Troponine : négative
 - Fonction rénale : normale
 - TSH : normale