

ACFA dans tous ses états

DR S CIESLAK

***Que doit on faire aux urgences devant une
ACFA mal tolérée?***

Bourgoin, 10/01/12

Mme M. 79 ans, adressée à 10h du matin par son médecin traitant pour une dyspnée, associée à des palpitations, évoluant depuis 24h.

ATCD:

Goitre hétéromultinodulaire

Hypothyroïdie substituée

Diabète non insulino requérant avec insuffisance rénale

Maladie d'Alzheimer

Tt habituel: ACTONEL/ EBIXA/ ARICEPT/ DOLIPRANE/ LEVOTHYROX/
GLUCOPHAGE 1000

Mme M. est autonome valide et vit en famille

Constantes à l'arrivée: FC à 180/mn, TA 124/80,

Saturation en aa à 89%, Température 38, FR à 32/mn

Somnolente (Glasgow à 13), dextro > à 4g/l

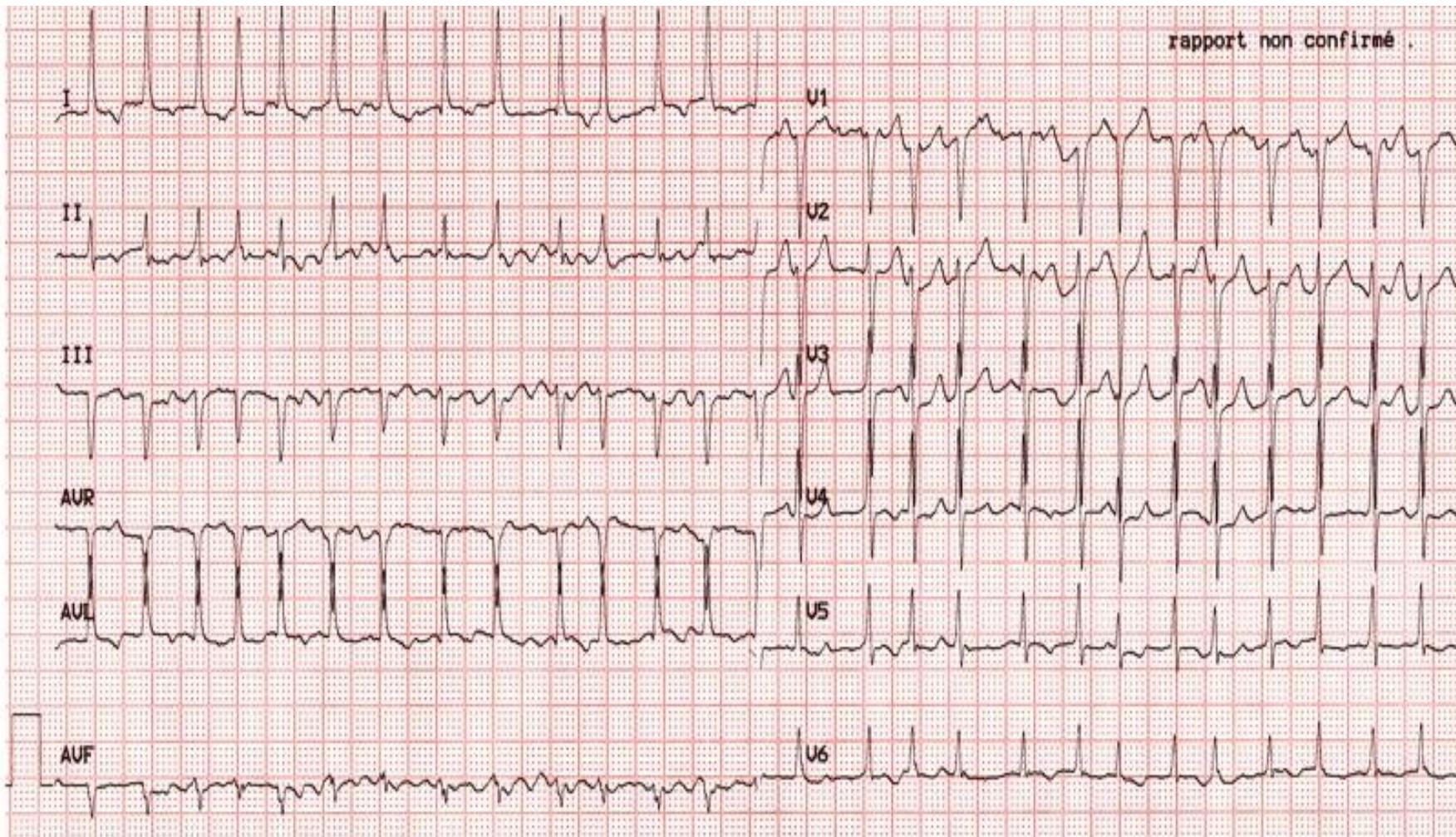
Examen clinique: Dyspnée avec tachypnée, balancement thoraco abdominal. Pas de cyanose, pas de sueur.

Auscultation pulmonaire: Crépitants aux 2 bases

Auscultation cardiaque: BDC irréguliers, pas de souffle

Notion d'une douleur thoracique la veille au soir vers 22h
reflux hépatojugulaire +, pas OMI.

ACFA mal tolérée PEC



Interprétation de l'ECG

rapport non confirmé

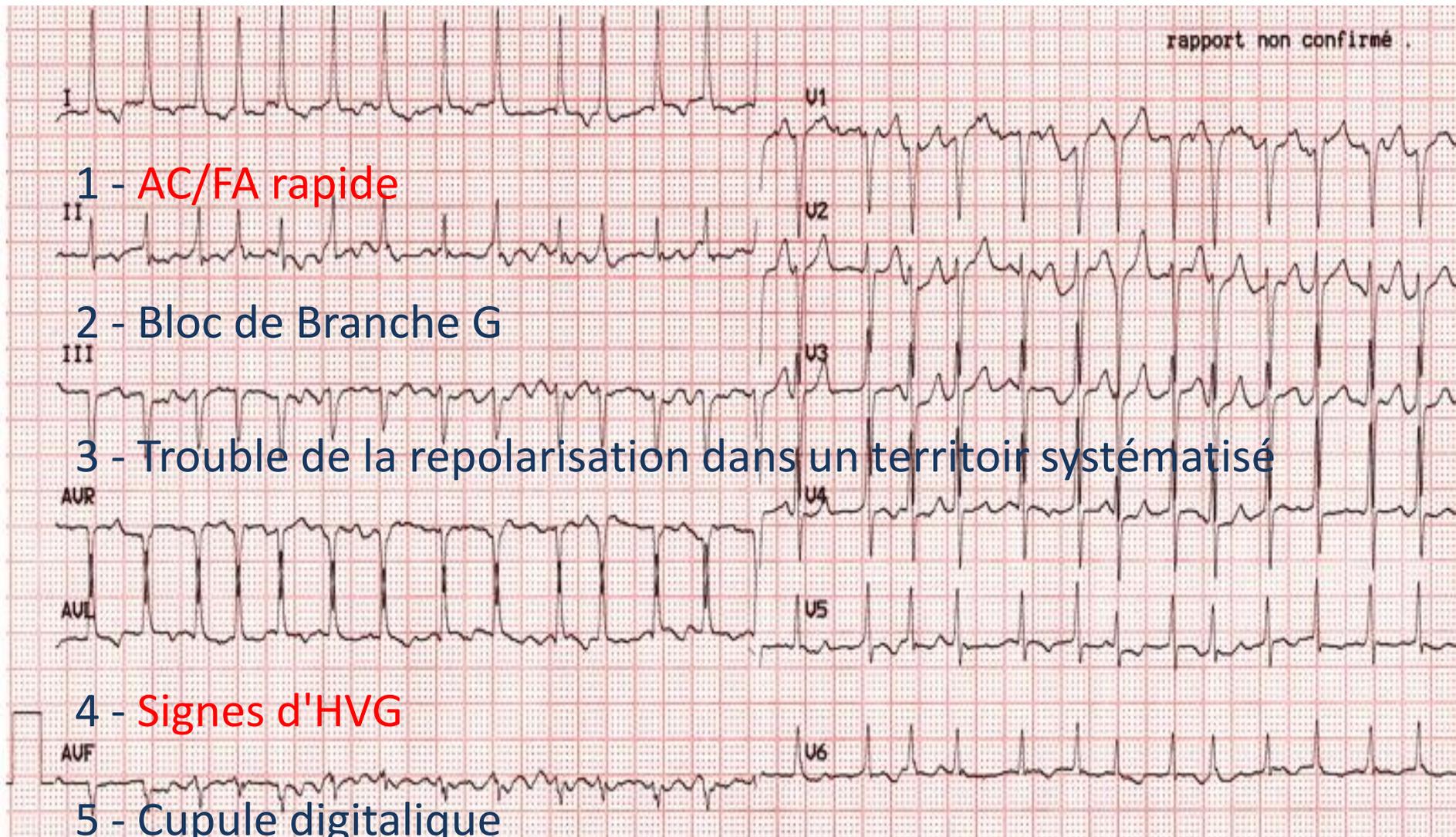
1 - AC/FA rapide

2 - Bloc de Branche G

3 - Trouble de la repolarisation dans un territoire systématisé

4 - Signes d'HVG

5 - Cupule digitalique



Mme M. 79 ans, a présenté très rapidement des troubles de la conscience, des marbrures au niveau des membres inférieurs, associés à une aggravation de sa dyspnée et une TA à 95/45.

Résultats biologiques toujours en attente.

Traitement à réaliser?

1 - **Choc Electrique Externe**

2 - Diurétiques de l'anse en Per Os

3 - **Cordarone IV**

4 - Digoxine IV

5 - **Ventilation Non Invasive**

6 - **Anticoagulation par HBPM**

7 - Béta bloquants (Esmolol)

Le médecin sur place a alors réalisé un CEE à 150 joules après une sédation sous Midazolam.

Injection de 60 mg de Furosémide en IV

Retour à un rythme sinusal à 85 /min après le choc.

Nette amélioration clinique de la patiente après le CEE.

Résultats du bilan biologique:

Syndrome inflammatoire: 14 000 leucocytes/mm³, CRP=140 mg/l

Ionogramme Normal

Fonction rénale: créatinine à 100 µmol/l

BNP à 450 pg/ml

Troponine à 1,5 µg/l (N< à 0,1)

BU négative

Examens complémentaires à demander?

- 1 - Echocardiographie aux urgences par cardiologue
- 2 - Radiographie Pulmonaire
- 3 - Troponine 3 à 6H plus tard
- 4 - Gaz du sang artériels
- 5 - D-Dimères
- 6 - TSH
- 7 - ECG après cardioversion

Radio pulmonaire:

Signe de surcharge avec doute sur un foyer de pneumopathie en base D



1 - **Antibiothérapie IV**

2 - Antibiothérapie PO

3 - Cordarone au Pousse Seringue Electrique

4 - **Cordarone PO**

5 - Digoxine PO

6 - **Anti vitamine K**

La patiente doit elle être considérée
comme coronarienne?

1 - Oui

2 - Non

- 1 - Unité de soins intensifs de cardiologie
- 2 - Service de cardiologie conventionnelle
- 3 - UHCD
- 4 - Retour à domicile

Conclusion du dossier: épisode inaugural d'ACFA mal tolérée avec décompensation cardiaque Gauche, chez une patiente sans ATCD cardiologique.

ACFA associée à un mouvement enzymatique cardiaque et à une pneumopathie de la base droite.

La patiente a été hospitalisée en USIC pour poursuite de sa PEC