

Cas clinique n°2



Cas clinique n°2

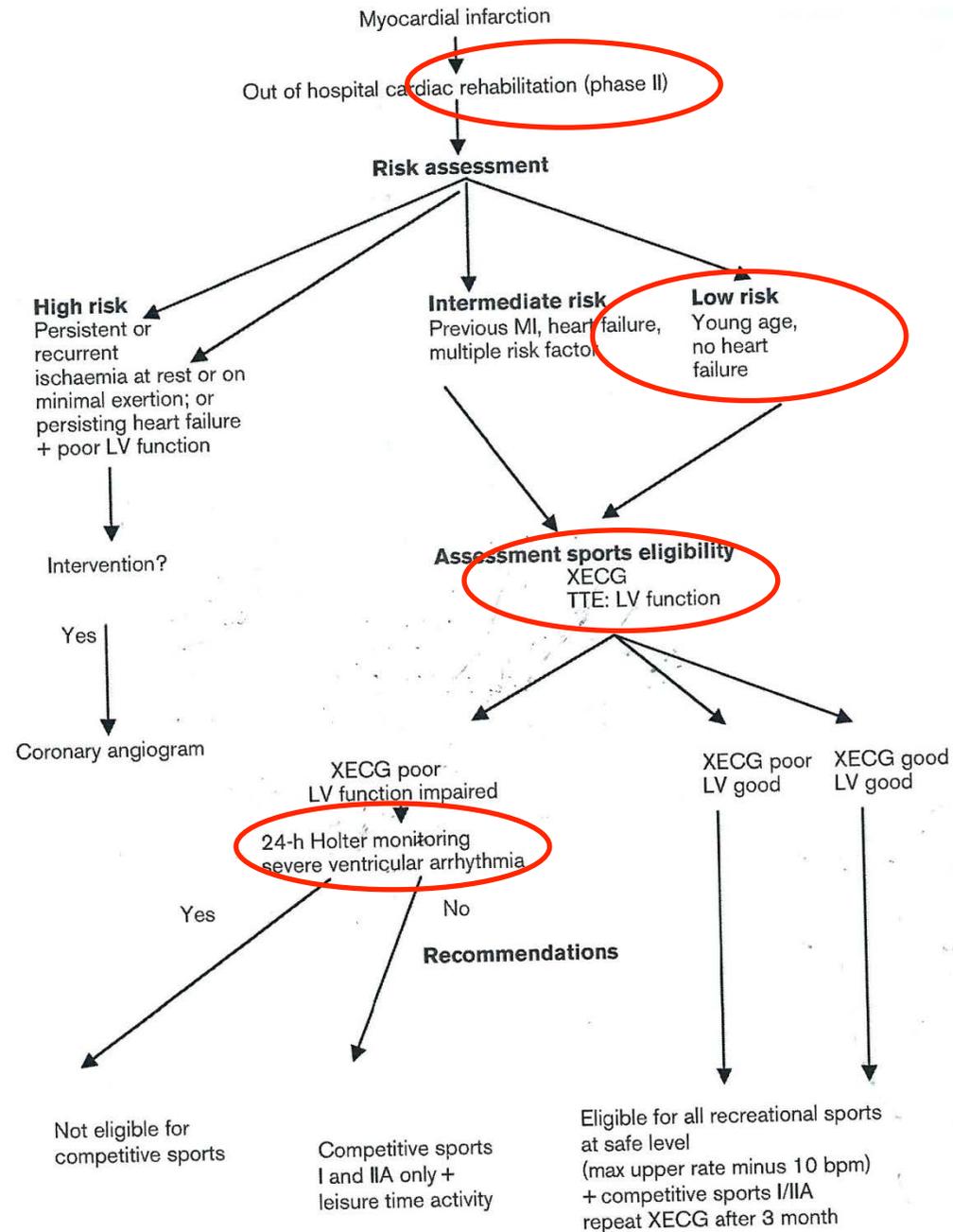
- Mr JP O 55 ans , marié 3 enfants
- pas de facteur de risque CVX
- Stress bur- out récent (enseignant)
- Atcds sportif loisir et compétition de ski de fond et de trail,
- Tableau clinique :
 - Avril 2015 :douleur épigastrique pendant compétition de ski de fond
 - Consultation 3 jours plus tard ECG séquelle nécrose septale
 - ETT hypokinésie latérale FE 55%
 - Coro: CD droit dominant , IVA moyenne occluse réinjectée par CD
 - Désobstruction stent actif 2.5 X 26 mm bifurcation IVA diag
- Kardegic 75 efient tahor 40
- Autres choses ?

- Réadaptation :
 - Examen normal TA 110/80 62Kg IMC21
 - Crises d'angoisse depuis sa sortie ... rehospit.
 - ECG RS 65:mn Séquelle antéro septale
 - Echo: VG non dilaté sans anomalie segmentaire
FE 66% (simpson)SLG -19% pas de valvulopathie
VD RAS RAS PAPS 26 mmHg
 - EE (J+18) 240 W 13 mets Fcmax 166/mn pas de trouble ischémique , ni rythmique
 - En + nebivolol 5 ½

- Programme réadaptation: 120 W 110/150
marche sur tapis puis course ... 12Km/h
 - LDL 0.67 HDL 0.62 ..
 - Gestion stress /progression HAD ,garde anxiété
 - EE de sortie :260 w SV1 29ml/Kg/minFC 129/mn
 - Pic Vo2 42ml/kg/mn , Ve/Vco2 28 , pouls d'o² normal
 - FCE 120/130 bat/mn

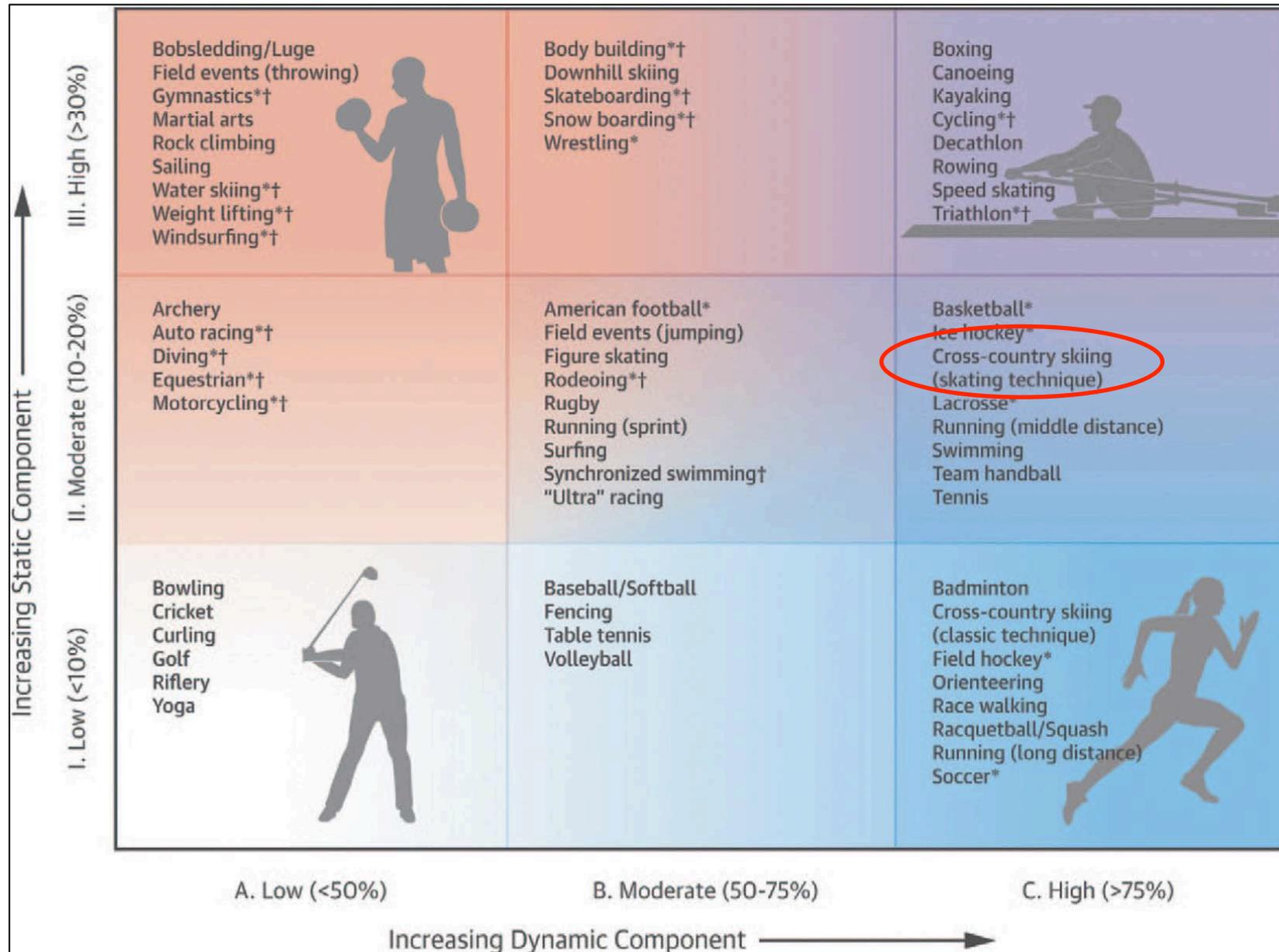
Quels sont les conseils à lui donner ?

- 1an plus tard , Kardégic Tahor 40 (arrêt BB pour fatigue) 60Kg
- EE 300 watts , pas de signe clinique ,pas d'ischémie ni trouble du rythme
- Va un peu mieux sur le plan psychologique
- D'autres examens complémentaires ?



- 1an plus tard , Kardégic Tahor 40 (arrêt BB pour fatigue) 60Kg
- EE 300 watts , pas de signe clinique ,pas d'ischémie ni trouble du rythme
- Va un peu mieux sur le plan psychologique
- D'autres examens complémentaires ?
- Quelle est votre attitude par rapport aux sports de loisir et de compétition (ski de fond , trail)

Classification Mitchell (Levine B et al)



Recommandations 2005

- **Risque élevé**
 - Fonction VG sévèrement altérée < 30%
 - Ischémie sévère ou arythmie ventriculaire complexe à l'effort
 - Faible capacité physique < 5 Mets (à distance de la phase aigüe)
 - Évolution clinique hospitalière compliquée
 - Survivants de mort subite
- **Risque intermédiaire**
 - Capacité fonctionnelle entre 5 et 6 Mets (à distance de la phase aigüe)
 - Fonction VG modérément altérée
 - Ischémie et/ou arythmie ventriculaire peu sévère au repos ou à l'effort
- **Risque faible**
 - **Evolution clinique hospitalière non compliquée**
 - **Capacité fonctionnelle > 6 Mets (à distance de la phase aigüe)**
 - **Fonction VG normale**
 - **Absence d'ischémie ou d'arythmie ventriculaire sévère au repos ou à l'effort**

- **Risque élevé**
 - Fonction VG sévèrement altérée < 30
 - Ischémie sévère ou arythmie ventriculaire
 - Faible capacité physique < 5 Mets (à 170)
 - Évolution clinique hospitalière complexe
 - Survivants de mort subite
- **Risque intermédiaire**
 - Capacité fonctionnelle entre 5 et 6 Mets
 - Fonction VG modérément altérée
 - Ischémie et/ou arythmie ventriculaire
- **Risque faible**
 - Evolution clinique hospitalière non compliquée
 - Capacité fonctionnelle > 6 Mets (à 170)
 - Fonction VG normale
 - Absence d'ischémie ou d'arythmie ventriculaire

Coronariens à risque

faible → Sports IA



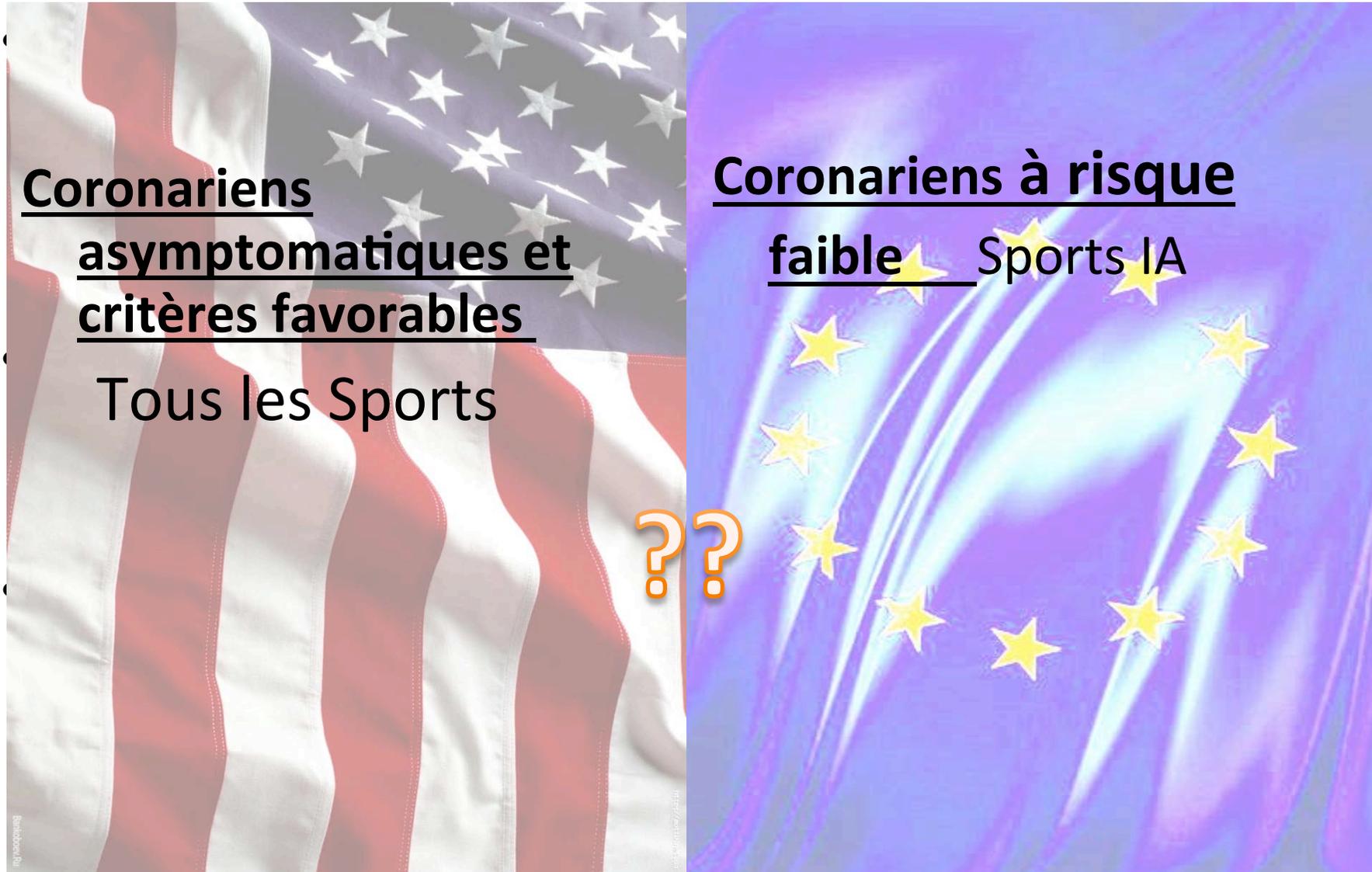
Pathologie coronaire



Recos 2015

Recommandations	Classe	Preuve
EE test d'évaluation sous traitement	I	C
Evaluation de la FE VG	I	C
Participation à la décision	I	C
Statine à haute dose	I	A
Sujet asymptomatique, FE>50%, sans ischémie inductible ou instabilité électrique AUTORISATION COMPETITION	IIb	C
Si pas les critères ci-dessus PAS DE COMPETITION SAUF SPORT IA IB	IIb	C
Sport 3 mois (IDM ou revascularisation) Compétition 2 ans	IIb	C

Avec les nouvelles recommandations



Points forts des recommandations 2015



- **Manifestations cliniques OUI/ NON**
 - EE :niveau de performance , ischémie , instabilité électrique avec ou sans bêta bloquant
 - Fonction VG
- **Participation des patients à la décision : bénéfice/risque**
 - Niveau pratique / performance du patient
 - Aspect psychologique: profil et objectif
- **Forte dose de statine**
- **3 mois pour une reprise sportive**
- **2 ans avant la compétition**

Question?

- Activités intenses et risque cardiovasculaire ?
- Activités intenses et thrombose endoprothèse coronaire ?

111 patients

Suivi médian 4 ans

73% AP loisir intense et/ou compétition

2.4 % thrombose tardive (4)

100% stent nus

Compétiteurs +++

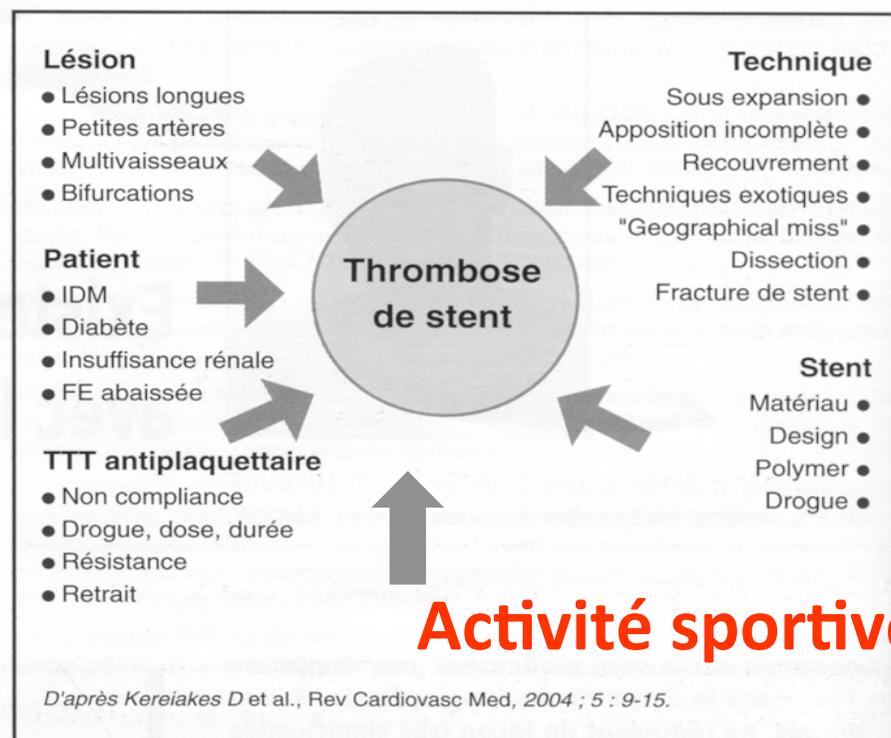


Fig. 1 : Thrombose de stent : un problème multifactoriel.

Nouvelles recommandations

- Notion de maladie chronique ?
- Réadaptation ?
- Délais ?
- Restrictive à trop permissive ?
- Reste le bon sens de chacun et la connaissance de son patient et du sport pratiqué