

# Réadaptation après accident coronarien chez le sportif

Quelques réflexions à propos d'un cas clinique



# Définition du sportif

- ◆ Licencié ?
- ◆ Volume d'activité ?
- ◆ Type d'activité ?
- ◆ Déclaration du patient ?
- ◆ Interrogatoire ?

...

# Définition du sportif

- ◆ Pour cette présentation ...
- ◆ La plus grosse  $VO_2$  du service à ce jour !



# Histoire clinique

- ◆ M. B., né le 24/06/1963
- ◆ En 05/2008, consulte pour oppression thoracique survenant toujours à l'effort
- ◆ Cyclisme, course à pied (12 km/h)
- ◆ Pas de FDR
- ◆ Petit rabetage des ondes R en V1-V2

# Histoire clinique

- ◆ Epreuve d'effort maximale négative cliniquement et électriquement
- ◆ Compte-tenu de la symptomatologie et de la pratique sportive, scintigraphie
- ◆ 310 W
- ◆ Oppression à partir de 180 W, arrêt 2 mn après l'arrêt de l'effort
- ◆ « FMT » presque atteinte
- ◆ ECG négatif
- ◆ Ischémie réversible antéro-apicale large

# Histoire clinique

- ◆ Coronarographie CHRA 18/05/2008
- ◆ Longue sténose sur l'IVA moyenne, 70%
- ◆ FEVG 60 %
- ◆ Stent actif couvrant la deuxième diagonale, qui n'est pas perdue pendant la procédure

# Suivi

- ◆ Aucun évènement clinique
- ◆ Epreuve d'effort à 240 W en mai 2009
- ◆ Juin 2009, arrêt du clopidogel



# Deuxième épisode

- ✦ 16/08/2009, en vacances, au repos, devant la télévision, oppression thoracique, malaise, PC, ACR.
- ✦ 0 minutes de no-flow, car pris en charge par son beau-frère et sa femme, non formés.
- ✦ 26 mn de low-flow, récupéré après 4 mg adrénaline et 3 CEE



# Deuxième épisode

- ◆ ECG : BBD, Sus ST antéro-latéral
- ◆ Thrombolyse à 1h30 de l'arrêt
- ◆ Reperfusion électrique
- ◆ 24h d'hypothermie
- ◆ Réveil : zéro séquelle neuro
- ◆ Coronarographie quelques jours plus tard : IVA moyenne < 50 %, hypokinésie modérée apicale et antéro-latérale, FEVG 60 %

# Indication de réadaptation

- ◆ Sortie au quinzième jour, retour à domicile
- ◆ Consulte son cardiologue... pour reprise des activités sportives
- ◆ Nous l'adresse



# Bilan d'entrée

- ◆ Examen clinique normal
- ◆ ECG : RS QS V1 V2
- ◆ Echo : FEVG 63 %, cinétique homogène

◆ FDR : Rien

# Bilan d'entrée

- ◆ Diagnostic éducatif :
- ◆ Alimentation correcte
- ◆ Activité physique habituelle d'endurance, 5 à 6 heures par semaine
- ◆ Pas d'autre FDR retrouvé (IMC 25, PA 93 cm)

# Bilan d'entrée

◆ Vécu :

- ◆ Pourquoi ai-je thrombosé mon stent?
- ◆ Mon épouse ne va pas très bien.



cm 87 kg

50/30/2 au total Durée de charge 13:59

FC max. : 144 /min 82% de max. calculée 174 /min

TA maximale: 193/89 PWC 130: 2.30 W/kg PWC 150: 2.64 W/kg Charge maximale:  
230 Watt = 9.9 METS**Critères d'arrêt:** 80% de FMT

lical:

**Résumé:** ECG de repos: Onde Q septale. Performances: Supérieures à la moyenne (>20%). Réponse FC à l'effort: Limitée suite à la médication. Réponse TA à l'effort:

teur: Médecin traitant:

Normale au repos - réponse normale. Douleurs thoraciques: aucune. Arythmies:

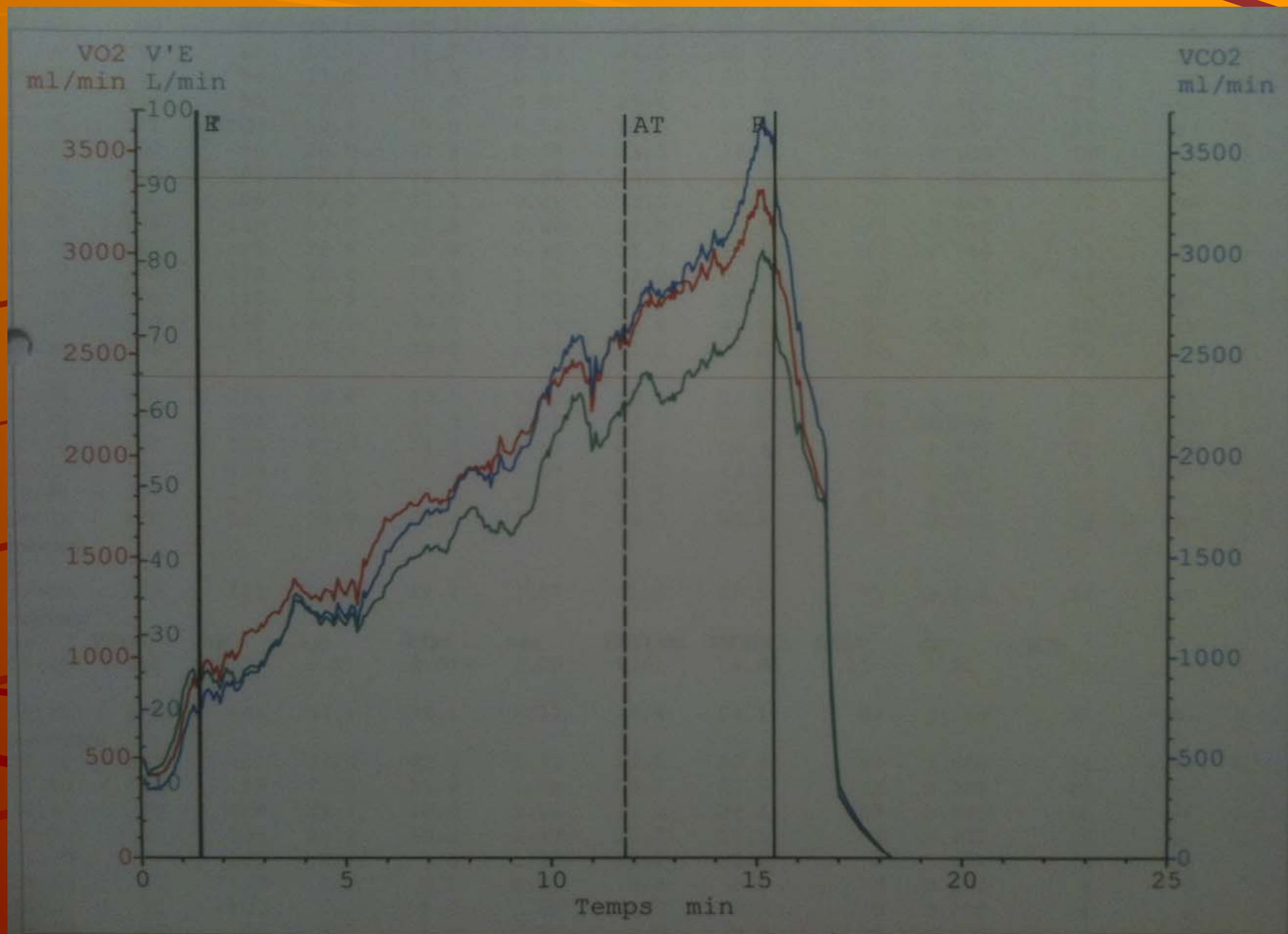
ype d'épreuve:

Extrasystoles ventriculaires isolées. Modifications du segment ST: aucune. Impression

générale: Epreuve d'effort normale.

N° de localisation: \* 0 \*

Durée pal.	Charge (W)	tours (tpm)	Charge (METS)	FC (/min)	TA (mmHg)	FCxTA (*100)	ESV (/min)	Commentaire
01:31	20	59	1.5	78	131/83	102	1	
02:00	50	62	2.8	83			0	
02:00	80	65	4.0	87	143/71	124	0	
02:00	110	67	5.2	99	150/89	148	0	
02:00	140	66	6.4	111	157/88	174	1	
02:00	170	68	7.5	121	181/85	219	0	
02:00	200	73	8.7	131	186/94	243	0	
01:59	230	73	9.9	144	193/89	277	0	
00:02	230	73	9.9	144			0	
06:42	0	0	1.0	100	116/94	116	6	



Docteur Sophie DURAND, HISLV,  
réadaptation cardiologique

# Réadaptation

## ◆ Suivi médical :

- Holter : non rythmique
- VASP : < 10 %
- Traitement : optimal

## ◆ Activité physique :

- Endurance : à SV1 (126 bpm), 185 W en fin de séjour
- Renforcement musculaire, moins performant...
- APA : participation active à toutes les propositions.



# Réadaptation

## ◆ Education :

- Apprentissage important au plan de l'alimentation, en particulier sur les graisses de l'industrie agro-alimentaire
- Renforcement des connaissances sur les activités physiques
- Peu d'apprentissage sur la maladie

# Réadaptation

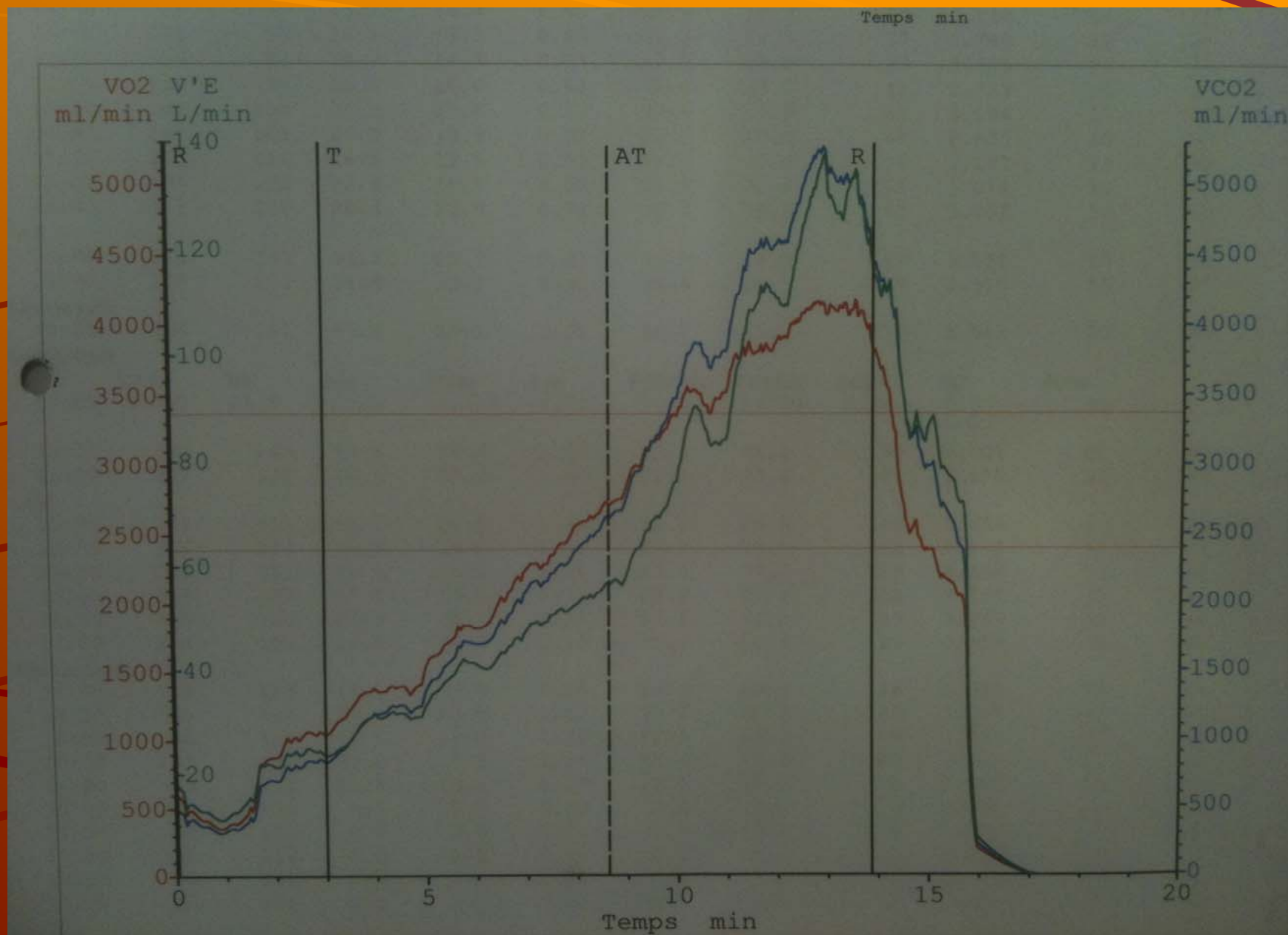
- ◆ Prise en charge psychologique : nous demandera de prendre en charge sa femme, qui n'avait eu aucune proposition depuis le MCE et qui dora aller mieux après deux RV psycho.



# Bilan de sortie

- ◆ Examen clinique, écho ECG superposables
- ◆ Biologie : LDL = 0.6 g/l





Docteur Sophie DURAND, HISLV,  
réadaptation cardiologique

Unité d'Exploratoir Fonctionnelle

EPREUVE D'EFFORT CARDIO-RESPIRATOIRE

Date 06/1  
Heure 10:5

Identification: BRV124061963 Sexe: masculin  
Date naissance: 24/06/1963 Age: 46 Années  
Taille: 185,0 cm Poids: 87,0 kg

	THE		THE
F	[L] 5.1	VEMS % CV MAX [%]	79
MS	[L] 4.1	DEMM 25/75 [L/s]	4.3

Unité	Repos	AT	AE	MaxVO2	Théo	MaxVO2
		Manuel				*théo.
rythme de cycle respiratoire	15 Cycles resp.					
Temps	min 00:02	08:37	11:30	12:47		
W	0	215	302	341	225	152

PENSE METABOLIQUE

Unité	Repos	AT	AE	MaxVO2	Théo	MaxVO2
		Manuel				*théo.
rythme de cycle respiratoire	15 Cycles resp.					
Temps	W 0	215	302	341	225	152
ml/min	601	2758	3810	4195	2881	146
/kg	ml/min/kg 6.9	31.7	43.8	48.2		
VO2	ml/min 493	2657	4537	5284		
Quotient Respiratoire	0.82	0.96	1.19	1.26		
Glucose	mmol/L 0.0	0.0	0.0	0.0		

REGIME VENTILATOIRE

Unité	Repos	AT	AE	MaxVO2	Théo	MaxVO2
Ventilation	L/min 18	57	110	136	176*	77
Vol. tidal	L 0.658	3.490	3.727	3.775		
Eq. Respi	l/min 28	16	29	36	42	87
Div. O2	25.1	20.1	27.9	31.5		
Div. CO2	30.6	20.9	23.5	25.0		
Vol. dead sp.-calc	l 19	0	4	1	19	4
Vol. dead sp.-phys	l 0	0	0	0	19	0
Capacité Respiratoire	l 90	67	38	23	28	81

CARDIO-CIRCULATOIRE

Unité	Repos	AT	AE	MaxVO2	Théo	MaxVO2
Eq. Card.	l/min 58	131	155	162	174	93
Vol. O2	ml 10.4	21.1	24.6	25.9	16.8	154
Press.-sys	mmHg 0	169	203	203		
Press.-dia	mmHg 0	83	85	86		
O2 slope	ml/min/Watt 0.00	10.03	10.63	10.54		

Unité	Repos	AE	AT	MaxVO2	Théo	MaxVO2
			Manuel			*théo.
rythme de cycle respiratoire	15 Cycles resp.					
Saturation	% -	-	-	-		
PO2	mmHg -	-	-	-		
PCO2	mmHg -	-	-	-		

# La suite

- ◆ CS hémato-coagulation
- ◆ Bilan de crase sanguine négatif.
- ◆ Patient résistant à l'aspirine !



# Quelques sujets de réflexion

- ✦ Capacité de l'entourage à réagir en l'absence de formation
- ✦ Quel bénéfice de la réadaptation pour ce patient ?
  - Diminution du risque d'évènement dur ?
  - Reprise du travail?
  - Gestion psycho-social?

# Quelques sujets de réflexion

## ◆ Quelles particularités de la prise en charge:

- Très haut niveau de travail en endurance
- Parfois pas simple dans le groupe
- Importance de la prise en charge de l'entourage
- Caractère « apprenant » en éducation thérapeutique



Merci de votre attention

