

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

- CONJOINT -

NOM : **SADIKI** Prénoms : **Nadia**Date de naissance : **10.09.65** Sexe : **F.**Date **7 DEC. 1990**Médecin **Docteur BOUJIBAR M.**
Médecin Conseil

Ex. Clinique : Poids **62kg.**
Cœur **NA**
T. A. **12/7**
Ap. resp. **RAS**
Ap. dig. **RAS**

Urines { A **0**
S **0**
Hernies **Néant**
Râte **RAS**
Varices **RAS**
Réflexes **NA**

Ex. Complémentaires :

Antécédents : **RAS**

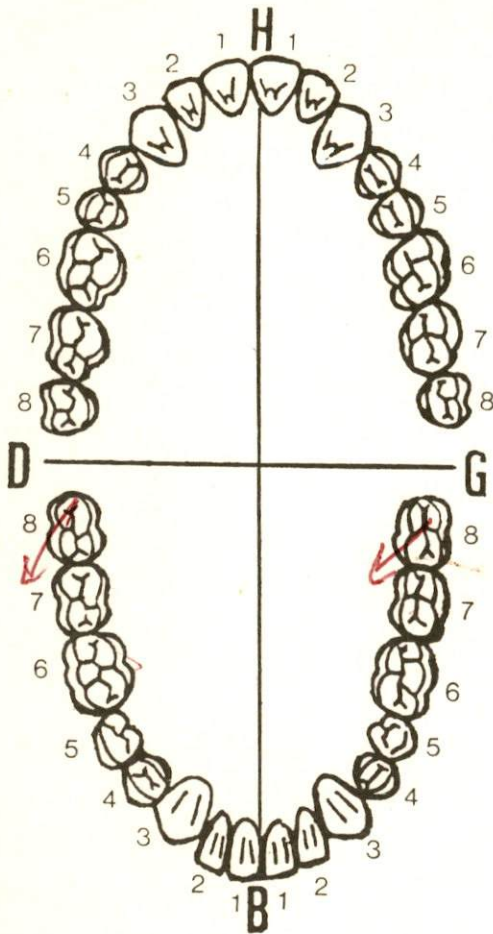
15/6/95 Fracture tibia cu/m date
16/6/95 ball
4/1/06 14 kwe chelle 1x
20/1/06 10 kwe chelle 1x
25/12/97 Aff. Goutte - Echo + Bls kg - NA

VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE

27 DEC. 1990

OBSERVATIONS :

gingivite - Paro



Dates	Actes	Observations
14 JAN. 1994	TR 15 dm 16.12 26.22 36 + 8 46.78	CUV 15 MOUTAHER
06 JAN 2006	16-26-270 + 27-	
02 JUL 2007	IC + ECM / 16	150 + 120 (14 trachtes)
03 AOUT 2007	FAchne Acuer' du 2/7/07	
19/4/10	36 TR + 052	128 + 47 052 120

17/4/08 Grosseur → Pneu kg → 14

24/6/11 Diabète H du 4/01/11

+ BB du 12/01 370g

01 MARS 2013

hypertension H du 12/11/12
+ BB

01 JUL 2013

Dyslipidémie H du 7/06 + BB
Nou 370g

08 MAI 2014

Hypertension H du 25/02/14
+ BB ref PMR

13 FEV. 2015

Démence Alzheimer en France

Nou H à 6 par Cardiovasculaire

Recherche Cardiovasculaire

⇒ Rappel et Suivi d'hygiène

peu de

23 FEV. 2015

Angiographie Coronaire N° le 19/01/15
Avec Bore Hare

DEC. +33 610 40 38 00. Fr
E 06 71 60 11 17
2649
abdou
abdou_sadiki@yahoo.fr

CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCILIEN
UNITÉ FONCTIONNELLE DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

116 Bd Jean Jaurès
91106 CORBEIL-ESSONNES
Tél 01.61.69.76.12 / FAX 01.61.69.30.78
cardio.interventionnelle@ch-sud-francilien.fr

CORONAROGRAPHIE
PROCEDURE N°: 19277, DATE: 19/01/2015

CHEBLI NADIA 10/09/1965
Taille: 158 cm. - Poids: 102 kg.

- **Opérateurs:** Dr DOUTRELANT Luc
- **Techniciens et infirmiers:** M. BERKANI JEROME, Mme BRITO PATRICIA, Mme TRELLU ISABELLE, Mme BONNEAU VERONIQUE
- **Indications:** Cardiomyopathie
- **Présentation clinique:**

Antécédents	Facteurs de risque	Histoire clinique
Cardiopathie idiopathique.	Surcharge pondérale.	Pas d'angor, Tests d'ischémie non réalisés.

- **Voie d'abord:** Aucun(e)
- **Degré d'urgence / Provenance:** Hospitalisé.
- **Quantité de contraste :** 45 ml
- **Salle :** Philips ALLURA FD 10
- **Dose totale :** 26290 mGy.cm². ; **Temps de scopie :** 6,16 min;

MATÉRIEL UTILISÉ

- STARTER J 150CM REF:49-118 (Boston Scientific) N° 10461823.
- INFINITI JL 3.5 4F REF:538-418 (Cordis) N° 17138242.
- INFINITI JR 4.0 4F REF:538-421 (Cordis) N° 17095418.
- ACIST AT-P 54 (ACIST Europe) N° 25514D.
- ACIST BT 2000 (ACIST Europe) N° 19114T.
- 5F REF:RS+A50G07SQ (Terumo) N° 140819.

ANGIOGRAPHIE CORONAIRE

Réseau coronaire gauche :

Le tronc commun est de longueur normale, sans sténose.

L'artère interventriculaire antérieure est de taille normale. Cette artère coronaire donne une branche diagonale. Cette artère ne présente pas de sténose significative sur l'ensemble de ses segments proximal, moyen et distal.

L'artère circonflexe est une artère coronaire de taille normale. Cette artère donne deux branches marginales significatives. L'artère circonflexe est indemne de lésion coronaire significative ainsi qu'au niveau de ses branches de division.

23 FEV. 2015
OK Borel
S/R
CV cardio

Réseau coronaire droit :

L'artère coronaire droite est de gros calibre et dominante. L'artère coronaire droite est indemne de sténose sur l'ensemble de ses segments.

CONCLUSION

Coronarographie normale.

Dr DOUTRELANT Luc

EXAMEN CLINIQUE :

Bruits du cœur réguliers, sans souffle. Murmure vésiculaire bilatéral et symétrique quelques crépitations aux bases, abdomen souple, pas d'œdème des membres inférieurs, pas de turgescence jugulaire.

ECG : rythme sinusal régulier à 70/min, bloc de branche gauche complet.

RADIOGRAPHIE THORACIQUE :

Cardiomégalie, parenchyme pulmonaire normal.

PRINCIPAUX RESULTATS BIOLOGIQUES :

Sodium : 142mmol/l. Potassium : 3,6mmol/l. Urée : 4,5mmol/l. Créatinine : 73 μ mol/l.

CRP : 2,2mg/l. Ferritine normale. Fer sérique normal. TSH à 3,1.

NFS plaquettes : Hb : 14,9g/dl. GB : 9 900 ; plaquettes : 312 000

HB1Ac à 6,3%.

ASAT : 31U/l. ALAT : 42U/l. GammaGT : 64U/l. Phosphatases alcalines : 93U/l.

Sérologie Hépatite B et C négative ainsi que Sérologie VIH négative.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Echographie cardiaque : VG très dilaté, volume télédiastolique à 260ml, hypokinésie globale ; FEVG à 15-20%. OG dilatée, IM minime. Profil mitral restrictif. Aorte non dilatée, sans fuite ni sténose. VD non dilaté, de fonction systolique altérée avec un TAPSE à 15 et onde S à 9. Veine cave inférieure fine et COMPLAINTES. Péricarde sec.

IRM cardiaque : VG dilaté, volume télédiastolique à 150cc/m², hypokinésie globale avec dyskinésie septale. Lame d'épanchement péricardique, FEVG calculée à 16%. FEVD calculée à 28%. VD non dilaté. Les séquences de perfusions ne montrent pas de défaut de perfusion au repos. Absence de prise de contraste au temps tardif. Conclusion : dysfonction bi-ventriculaire sévère sans étiologie retrouvée.

EVOLUTION :

L'évolution dans le service est favorable avec régression des signes d'insuffisance cardiaque, sans événement rythmique pendant la surveillance scopique.

Devant la découverte d'un diabète de type II non connu auparavant, un avis diabétologique par le Docteur PETIT a été effectué, recommandant un régime hygiéno-diététique seul. La patiente sera à réévaluer à la fin de son séjour en réadaptation cardiaque en vue de l'introduction d'un traitement antihypertenseur, anti-sucre et une éducation diabétique sera à prévoir. Par ailleurs, la patiente présente également des apnées du sommeil dont le diagnostic est en attente, une polysomnographie est prévue en externe.

La patiente est transférée en SSR cardiaque.

CONCLUSION :

Poussée d'insuffisance ventriculaire gauche faisant découvrir une cardiomyopathie dilatée à coronaires saines avec dysfonction bi-ventriculaire sévère. FEVG à 15% à l'IRM cardiaque.

Chef de service : Dr Pascal GOUBE, adresse Mail : pascal.goubé@ch-surd-francilien.fr
PH : Drs AIT-YAHIA-BARRI-BERTHIER-DOUTRELANT-GARTENLAUB-MAHFOUD-NICOLLET-RADU-VERDAGUER
Assistants : Drs MEFTOUT- IOCOMI- REDA
Tél. secrétariat : 01.61.69.77.66
Fax secrétariat : 01.61.69.80.88
Adresse Mail : secre.cardio@ch-sud-francilien.fr

PÔLE MEDECINE DE SPECIALITES

SERVICE DE CARDIOLOGIE

Madame Nadia CHEBLI <u>Née le</u> : 10/09/1965 <u>Adresse</u> : 45 BOULEVARD DECAUVILLE 91000 EVRY <u>Tél.</u> : 06-10-40-38-00 () <u>N° dossier (IPP)</u> : 716326 <u>N° Séjour</u> : 4596039 <u>Fait par</u> : Docteur IACOMI Otilia / G.S. Le 27/01/2015 C Envoyé le 28.01.2015	<u>DESTINATAIRES :</u> Madame le Docteur MUKENDI PAPA 41 RUE PAUL CLAUDEL 91000 EVRY
---	--

HOSPITALISATION DU 17/01/2015 AU 28/01/2015

Madame CHEBLI a été hospitalisée dans notre service pour un premier épisode de décompensation cardiaque gauche faisant découvrir une cardiomyopathie dilatée avec dysfonction bi-ventriculaire sévère.

MODE DE VIE :

Mariée, trois enfants.

ANTECEDENTS :

- Pas d'allergie.

FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE :

- Dyslipidémies.
- Obésité (poids à 98kg pour une taille de 1m58).

TRAITEMENT A L'ENTREE :

Aucun.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Patiente consultant aux urgences du CHSF pour une dyspnée d'effort et une douleur scapulaire gauche pour laquelle la patiente avait consulté son médecin traitant le jour même qui lui avait prescrit une troponine qui se révèle élevée.

Aux urgences, les constantes sont bonnes. L'ECG montre un bloc de branche gauche complet. La biologie montre un BNP à 1 500 avec des enzymes cardiaques normales.

Le patiente est donc hospitalisée en Cardiologie pour une poussée d'insuffisance ventriculaire gauche.

MODE DE SORTIE :

Transfert en SSR cardiologique.

TRAITEMENT DE SORTIE :


- CARDENSIEL 3,75mg : 1 le matin.
- ALDACTONE 25mg : 1 le matin.
- RAMIPRIL 5mg : 1 le matin et le soir.
- LASILIX 40mg : 1 le matin.

A faire en externe dans deux mois : hôpital de jour avec échographie cardiaque, bilan biologique complet, radiographie thoracique, avis diabétologique et discussion de l'indication de l'implantation d'un défibrillateur triple chambre en cas de persistance de la dysfonction ventriculaire gauche.

La patiente souhaite être suivi en Cardiologie au CHSF donc une consultation est à prévoir dans 3 mois.

Docteur IACOMI Otilia

Transfusion sanguine :	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non		
Infection nosocomiale :	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non		
Infection BMR :	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non		
Le patient a été sensibilisé aux règles hygiéno-diététiques durant le séjour :	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Le patient a reçu des conseils pour l'arrêt de l'intoxication tabagique :	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non		
Un dossier SCA a été remis au patient :	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non		
La check-list du dossier SCA est dans le dossier du patient :	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non		

 <p>Centre Hospitalier Île de France</p>	INFORMATION PATIENT AVANT UNE CORONAROGRAPHIE ASSOCIEE OU NON A UNE ANGIOPLASTIE CORONAIRE		SERVICE DE CARDIOLOGIE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE IS/DIP/CARDIO/029/A <i>page 1/9</i>
Validation Direction Qualité	Responsable de la gestion documentaire 17/06/14		Date d'application : 19/06/2014

Indice	Objet – nature des modifications	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
A	Création	Dr MEFTHOUT, PH P. PICAUD, Cadre supérieur de santé 11/06/14 SIGNE	S. CHASSIN, CS USIC C. COROIR, CS Cardiologie 11/06/14 SIGNE	Dr P. GOUBE, Chef de service V.SMOLAREK, Adjointe à la Direction des soins 19/06/2014 SIGNE

1. **OBJET**

THEME : Information au patient en vue d'une coronarographie et/ou angioplastie coronaire
MOTS CLES : information patient, coronarographie, angioplastie coronaire

Remise au patient par le Cardiologue avec explications orales de l'information, et lui faire signer.

2. **DOMAINE D'APPLICATION**

Cardiologie conventionnelle, USIC, autres service CHSF

3. **DEFINITIONS**

USIC : Unité de Soins Intensifs de Cardiologie

IDE : Infirmier (ère)

4. **DOCUMENTS DE REFERENCE**

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 (JO du 9 août 2004) relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier et aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières.

Recommandations de la Société française de Cardiologie

Recommandations de l'Autorité de Sureté Nucléaire (ASN)

5. **DOCUMENTS ASSOCIES**


- Informations au patient et consentement en vue d'une coronarographie et/ou angioplastie coronaire
- Information au patient sur le risque ionisant

6. **PROPRIETAIRE DU DOCUMENT**

Service de Cardiologie et USIC

7. **DESTINATAIRES (ET UTILISATEURS)**

- Tous médecins devant informer un patient en vue d'une coronarographie et/ou angioplastie coronaire
- Toute IDE de cardiologie conventionnelle, USIC et autres services devant vérifier la présence de ce document signé par le patient dans le dossier patient

 <p>Centre Hospitalier de la Seine-Saint-Denis</p>	<p>INFORMATION PATIENT AVANT UNE CORONAROGRAPHIE ASSOCIEE OU NON A UNE ANGIOPLASTIE CORONAIRE</p>	<p>SERVICE DE CARDIOLOGIE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE IS/DIP/CARDIO/029/A page 3/9</p>
<p>Validation Direction Qualité</p>	<p>Responsable de la gestion documentaire 17/06/14</p>	<p>Date d'application : 19/06/2014</p>

Pourquoi vous propose-t-on ces examens ?

1. La coronarographie

La maladie des artères du cœur, appelée maladie coronaire ou cardiopathie ischémique, entraîne une souffrance du muscle cardiaque qui se manifeste sous différentes formes. Soit lors d'une situation d'urgence : c'est l'infarctus du myocarde ou la menace d'infarctus (appelée également Syndrome Coronaire Aigu (SCA)).

Soit par une situation moins urgente :


- la douleur thoracique à l'effort appelée angine de poitrine ou angor,
- l'insuffisance cardiaque (se traduisant par un essoufflement et/ou des œdèmes),
- parfois sans symptômes (c'est l'ischémie silencieuse détectée par le test d'effort),
- lors d'un bilan d'une maladie cardiaque.

Cette maladie coronaire peut être grave et évoluer éventuellement vers un décès. L'évolution peut être en grande partie freinée par un traitement adapté d'où l'importance de faire un diagnostic précis. La coronarographie permet de faire ce diagnostic avec un bilan exact des atteintes de vos artères coronaires : occluses ou rétrécies.

2. L'angioplastie coronaire :


Devant une maladie coronaire avérée, le cardiologue vous proposera un traitement médical associé, ou pas, à un geste de revascularisation des artères coronaires malades, soit par angioplastie, soit par pontage Aorto-coronaire.

L'angioplastie coronaire est une méthode non chirurgicale de revascularisation myocardique. Elle est réalisée par un cardiologue interventionnel et a pour but de rétablir la circulation sanguine en dilatant le rétrécissement de l'artère coronaire à l'aide d'un ballonnet gonflable associé le plus souvent à la mise en place d'une prothèse métallique, appelée Stent (ressort), ou en débouchant une artère occluse notamment lors d'un infarctus du myocarde.

 <p>Centre Hospitalier Île de France</p>	<p>INFORMATION PATIENT AVANT UNE CORONAROGRAPHIE ASSOCIEE OU NON A UNE ANGIOPLASTIE CORONAIRE</p>		<p>SERVICE DE CARDIOLOGIE</p> <p>CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE</p> <p>IS/DIP/CARDIO/029/A</p> <p><i>page 5/9</i></p>
<p>Validation Direction Qualité</p>	<p>Responsable de la gestion documentaire 17/06/14</p>		<p>Date d'application : 19/06/2014</p>

De plus le patient doit être traité par des médicaments antiplaquettaires (aspirine, clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor) et d'autres médicaments spécifiques à la maladie coronaire.

En cas de mise en place d'un stent, l'association de deux antiplaquettaires sera maintenue pendant plusieurs mois, voire d'avantage s'il s'agit d'un stent actif.

 <p>Centre Hospitalier Sud Francilien</p>	<p align="center">INFORMATION PATIENT AVANT UNE CORONAROGRAPHIE ASSOCIEE OU NON A UNE ANGIOPLASTIE CORONAIRE</p>	<p align="center">SERVICE DE CARDIOLOGIE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE IS/DIP/CARDIO/029/A</p>
<p>Validation Direction Qualité</p>		<p align="center">page 7/9 Date d'application : 19/06/2014</p>

2- L'angioplastie coronaire :

On peut observer les mêmes complications qu'au cours de la coronarographie avec quelques particularités :

- ✚ Echec d'angioplastie : le rétrécissement ou l'occlusion peut être impossible à franchir ou à dilater. La mise en place d'un stent n'est pas toujours possible.
La fréquence des succès et des complications dépend en grande partie de votre état (angine de poitrine stable ou instable, infarctus du myocarde récent, diabète...) et de l'aspect du rétrécissement. Dans les cas simples, le taux de complications et d'échec est d'environ 2%.
- ✚ Resténose : au niveau des zones qui ont été dilatées, va se produire une cicatrice. Il existe un risque de mauvaise cicatrisation aboutissant à la récurrence des symptômes. Une réapparition progressive du rétrécissement peut survenir (1 à 2 fois sur 10), en général dans les 6 premiers mois ; elle peut être traitée par une nouvelle dilatation.
- ✚ Thrombose : après une angioplastie, une association de deux antiagrégants plaquettaires est prescrite en général pour une durée de 6 à 12 mois. Ce traitement associe l'aspirine (Kardégic, Aspégic) à un autre médicament plus puissant qui peut être soit le Clopidogrel (Plavix), soit le Prasugrel (Efient) soit le Ticagrelor (Brilique). Toute décision d'interruption doit impérativement être prise en concertation avec votre cardiologue, car il existe un risque de caillotage (fermeture complète) de la coronaire qui a été dilatée et donc un risque d'infarctus.


Quels bénéfices peut-on attendre de ces examens ?

1- La coronarographie :

La coronarographie contribuera à déterminer la technique ou le traitement médicamenteux le plus appropriée à votre état et ainsi diminuer le risque de complications ultérieures et d'améliorer le confort de votre vie. La décision thérapeutique sera naturellement prise en accord avec vous-même et votre cardiologue.

2- L'angioplastie coronaire :

En permettant un apport de sang plus important au niveau du muscle cardiaque, l'angioplastie coronaire améliore l'évolution à long terme et notamment la sévérité de l'angine de poitrine.

 Centre Hospitalier de la Vallée de la Marne	INFORMATION PATIENT AVANT UNE CORONAROGRAPHIE ASSOCIEE OU NON A UNE ANGIOPLASTIE CORONAIRE	SERVICE DE CARDIOLOGIE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE IS/DIP/CARDIO/029/A <i>page 9/9</i> Date d'application : 19/06/2014
Validation Direction Qualité	Responsable de la gestion documentaire 17/06/14	

Ce document constitue une notice explicative des risques et bénéfices du geste de coronarographie et éventuellement d'angioplastie coronaire dont vous allez bénéficier

Il ne constitue pas une décharge de responsabilité de l'équipe médicale qui vous prend en charge et qui vous a commenté ces informations générales en les rapportant à votre situation particulière

Je reconnais que la nature de la coronarographie et de l'angioplastie coronaire ainsi que leurs risques et avantages m'ont été expliqués en terme que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posé.

Identification
du Patient

Identification
du Médecin

Fait à :
Deux exemplaires
Un remis au patient
Un conservé dans le dossier

Signature du médecin :

Le :

Signature du patient :

CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCILIEN

UNITÉ FONCTIONNELLE DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

116 Bd Jean Jaurès
91106 CORBEIL-ESSONNES
Tél 01.61.69.76.12 / FAX 01.61.69.30.78
cardio.interventionnelle@ch-sud-francilien.fr

CORONAROGRAPHIE

PROCEDURE N°: 19277, DATE: 19/01/2015

CHEBLI NADIA 10/09/1965

Taille: 158 cm. – Poids: 102 kg.

- **Opérateurs:** Dr DOUTRELANT Luc
- **Techniciens et infirmiers:** M. BERKANI JEROME, Mme BRITO PATRICIA, Mme TRELLU ISABELLE, Mme BONNEAU VERONIQUE
- **Indications:** Cardiomyopathie
- **Présentation clinique:**

Antécédents	Facteurs de risque	Histoire clinique
Cardiopathie idiopathique.	Surcharge pondérale.	Pas d'angor, Tests d'ischémie non réalisés.

- **Voie d'abord:** Aucun(e)
- **Degré d'urgence / Provenance:** Hospitalisé.
- **Quantité de contraste :** 45 ml
- **Salle :** Philips ALLURA FD 10
- **Dose totale :** 26290 mGy.cm². ; **Temps de scopie :** 6,16 min;

MATÉRIEL UTILISÉ

- STARTER J 150CM REF:49-118 (Boston Scientific) N° 10461823.
- INFINITI JL 3.5 4F REF:538-418 (Cordis) N° 17138242.
- INFINITI JR 4.0 4F REF:538-421 (Cordis) N° 17095418.
- ACIST AT-P 54 (ACIST Europe) N° 25514D.
- ACIST BT 2000 (ACIST Europe) N° 19114T.
- 5F REF:RS+A50G07SQ (Terumo) N° 140819.

ANGIOGRAPHIE CORONAIRE

Réseau coronaire gauche :

Le tronc commun est de longueur normale, sans sténose.

L'artère interventriculaire antérieure est de taille normale. Cette artère coronaire donne une branche diagonale. Cette artère ne présente pas de sténose significative sur l'ensemble de ses segments proximal, moyen et distal.

L'artère circonflexe est une artère coronaire de taille normale. Cette artère donne deux branches marginales significatives. L'artère circonflexe est indemne de lésion coronaire significative ainsi qu'au niveau de ses branches de division.

Réseau coronaire droit :

L'artère coronaire droite est de gros calibre et dominante. L'artère coronaire droite est indemne de sténose sur l'ensemble de ses segments.

CONCLUSION

Coronarographie normale.

Dr DOUTRELANT Luc

EXAMEN CLINIQUE :

Bruits du cœur réguliers, sans souffle. Murmure vésiculaire bilatéral et symétrique quelques crépitations aux bases, abdomen souple, pas d'œdème des membres inférieurs, pas de turgescence jugulaire.

ECG : rythme sinusal régulier à 70/min, bloc de branche gauche complet.

RADIOGRAPHIE THORACIQUE :

Cardiomégalie, parenchyme pulmonaire normal.

PRINCIPAUX RESULTATS BIOLOGIQUES :

Sodium : 142mmol/l. Potassium : 3,6mmol/l. Urée : 4,5mmol/l. Créatinine : 73 μ mol/l.

CRP : 2,2mg/l. Ferritine normale. Fer sérique normal. TSH à 3,1.

NFS plaquettes : Hb : 14,9g/dl. GB : 9 900 ; plaquettes : 312 000

HB1Ac à 6,3%.

ASAT : 31U/l. ALAT : 42U/l. GammaGT : 64U/l. Phosphatases alcalines : 93U/l.

Sérologie Hépatite B et C négative ainsi que Sérologie VIH négative.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Echographie cardiaque : VG très dilaté, volume télédiastolique à 260ml, hypokinésie globale ; FEVG à 15-20%. OG dilatée, IM minime. Profil mitral restrictif. Aorte non dilatée, sans fuite ni sténose. VD non dilaté, de fonction systolique altérée avec un TAPSE à 15 et onde S à 9. Veine cave inférieure fine et COMPLAINTES. Péricarde sec.

IRM cardiaque : VG dilaté, volume télédiastolique à 150cc/m², hypokinésie globale avec dyskinésie septale. Lame d'épanchement péricardique, FEVG calculée à 16%. FEVD calculée à 28%. VD non dilaté. Les séquences de perfusions ne montrent pas de défaut de perfusion au repos. Absence de prise de contraste au temps tardif. Conclusion : dysfonction bi-ventriculaire sévère sans étiologie retrouvée.

EVOLUTION :

L'évolution dans le service est favorable avec régression des signes d'insuffisance cardiaque, sans événement rythmique pendant la surveillance scopique.

Devant la découverte d'un diabète de type II non connu auparavant, un avis diabétologique par le Docteur PETIT a été effectué, recommandant un régime hygiéno-diététique seul. La patiente sera à réévaluer à la fin de son séjour en réadaptation cardiaque en vue de l'introduction d'un traitement antidépresseur, anti-sucre et une éducation diabétique sera à prévoir. Par ailleurs, la patiente présente également des apnées du sommeil dont le diagnostic est en attente, une polysomnographie est prévue en externe.

La patiente est transférée en SSR cardiaque.

CONCLUSION :

Poussée d'insuffisance ventriculaire gauche faisant découvrir une cardiomyopathie dilatée à coronaires saines avec dysfonction bi-ventriculaire sévère. FEVG à 15% à l'IRM cardiaque.

MODE DE SORTIE :

Transfert en SSR cardiologique.

TRAITEMENT DE SORTIE :

- CARDENSIEL 3,75mg : 1 le matin.
- ALDACTONE 25mg : 1 le matin.
- RAMIPRIL 5mg : 1 le matin et le soir.
- LASILIX 40mg : 1 le matin.

A faire en externe dans deux mois : hôpital de jour avec échographie cardiaque, bilan biologique complet, radiographie thoracique, avis diabétologique et discussion de l'indication de l'implantation d'un défibrillateur triple chambre en cas de persistance de la dysfonction ventriculaire gauche.

La patiente souhaite être suivie en Cardiologie au CHSF donc une consultation est à prévoir dans 3 mois.

Docteur IACOMI Otilia

Transfusion sanguine :

☐ oui

☒ non

Infection nosocomiale :

☐ oui

☒ non

Infection BMR :

☐ oui

☒ non

Le patient a été sensibilisé aux règles hygiéno-diététiques durant le séjour :

☒ oui

☐ non

Le patient a reçu des conseils pour l'arrêt de l'intoxication tabagique :

☐ oui

☒ non

Un dossier SCA a été remis au patient :

☐ oui

☒ non

La check-list du dossier SCA est dans le dossier du patient :

☐ oui

☒ non

Chef de service : Dr Pascal GOUBE, adresse Mail : pascal.goube@ch-surd-francilien.fr
PH : Drs AIT-YAHIA-BARRI-BERTHIER-DOUTRELANT-GARTENLAUB-MAHFOUD-NICOLLET-RADU-VERDAGUER
Assistants : Drs MEFTOUT- IOCOMI- REDA
Tél. secrétariat : 01.61.69.77.66
Fax secrétariat : 01.61.69.80.88
Adresse Mail : secre.cardio@ch-sud-francilien.fr

PÔLE MEDECINE DE SPECIALITES

SERVICE DE CARDIOLOGIE

Madame Nadia CHEBLI Née le : 10/09/1965 Adresse : 45 BOULEVARD DECAUVILLE 91000 EVRY Tél. : 06-10-40-38-00 () N° dossier (IPP) : 716326 N° Séjour : 4596039 Fait par : Docteur IACOMI Otilia / G.S. Le 27/01/2015	<u>DESTINATAIRES :</u> Madame le Docteur MUKENDI PAPA 41 RUE PAUL CLAUDEL 91000 EVRY
---	--

HOSPITALISATION DU 17/01/2015 AU 28/01/2015

Madame CHEBLI a été hospitalisée dans notre service pour un premier épisode de décompensation cardiaque gauche faisant découvrir une cardiomyopathie dilatée avec dysfonction bi-ventriculaire sévère.

MODE DE VIE :

Mariée, trois enfants.

ANTECEDENTS :

- Pas d'allergie.

FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE :

- Dyslipidémies.
- Obésité (poids à 98kg pour une taille de 1m58).

TRAITEMENT A L'ENTREE :

Aucun.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Patiente consultant aux urgences du CHSF pour une dyspnée d'effort et une douleur scapulaire gauche pour laquelle la patiente avait consulté son médecin traitant le jour même qui lui avait prescrit une troponine qui se révèle élevée.

Aux urgences, les constantes sont bonnes. L'ECG montre un bloc de branche gauche complet. La biologie montre un BNP à 1 500 avec des enzymes cardiaques normales.

Le patiente est donc hospitalisée en Cardiologie pour une poussée d'insuffisance ventriculaire gauche.



116 boulevard Jean Jaurès
91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex
Tél. standard : 01.61.69.61.69

Madame NADIA CHEBLI
45 BOULEVARD DECAUVILLE
91000 EVRY

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE RENDEZ-VOUS

DATE DE RENDEZ-VOUS : LE JEUDI 07 MAI 2015 à 15:45

Service : **CONSULTATION DE CARDIOLOGIE, Dr IACOMI OTILIA**
UF : **6402**

LES DOCUMENTS MEDICAUX NECESSAIRES

- Dernier courrier.
- Dernière(s) analyse(s) biologique(s),
- Dernière(s) ordonnance(s) valide(s)
- Carnet d'identification en cas de présence d'un stimulateur cardiaque.

<p>En cas d'impossibilité pour vous rendre à ce rendez-vous, merci de prévenir <u>dès que possible</u> le secrétariat de Cardiologie au 01 61 69 77 66</p>

Veillez vous présenter, **munie de cette convocation**, 15 minutes avant l'heure de votre rendez-vous à la **caisse** située au REZ DE CHAUSSEE, POLE C.

LES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS A FOURNIR

- Pièce d'identité valide : **en l'absence de pièce d'identité, la consultation ou l'examen complémentaire ne pourra être fait afin de garantir la sécurité des soins et d'éviter les erreurs d'identité.**
- Carte vitale et attestation de l'année en cours,
- Carte mutuelle,
- Carte CMU ou AME,
- Volet accident de travail le cas échéant.

Prévoir un moyen de paiement pour le règlement éventuel du ticket modérateur

**PÔLE MEDECINE DE SPECIALITE
SERVICE DE CARDIOLOGIE**

Chef de pôle

Chef de service

Dr P. GOUBE

N° RPPS 10001558252

pascal.goubé@ch-sud-francilien.fr

Médecins des hôpitaux

Dr F. AIT YAHIA

N° RPPS 10001631745

Dr R. BERTHIER

N° RPPS 10001632636

Dr L. DOUTRELANT

N° RPPS 10001501310

Dr E. NICOLLET

N° RPPS 10001585362

Dr M. MAHFOUD

N° RPPS 10100260784

Dr M. TOUSSAINT

N° RPPS 10000888429

Dr M. VERDAGUER

N° RPPS 10000875749

Praticiens Attachés

Dr V. BALADIER

N° RPPS 10000544451

Dr M. AL BARRI

N° RPPS 10004023569

Dr. R. BOUKHARI

N° RPPS 10004011531

Dr O. CHARANSONNEY

N° RPPS 10004012927

Dr N. DEBACHE

N° RPPS 10000871920

Dr F. DEPRET

N° RPPS 10000868983

Dr X. DESSENNE

N° RPPS 10000909571

Dr L. FOUQUERAY

N° RPPS 10000447887

Dr O. GARTENLAUB

N° RPPS 10001251478

Dr M.-H. MEJEAN

N° RPPS 10001639813

Dr B. OLIVIER

N° RPPS 10000897991

Dr M. RADU

N° RPPS 10004038591

Dr A. SCHERMAN

N° RPPS 10000880582

Dr J. TONET

N° RPPS 10003732459

Dr A. TOUBOUL

N° RPPS 10000867084

Assistant spécialiste

Dr B. MEFTOUT

Dr A. REDA

Cadre supérieur de santé

P. PICAUD

Secrétariat médical

01.61.69.77.66

Télécopie : 01.61.69.80.88

Bureau des RDV : 01.61.69.52.00

USIC

01 61 69 31 48

Télécopie : 01 61 69 37 04

Cadre de santé

Mme CHASSIN DE KERGOMMEAUX

01 61 69 37 01

HOSPITALISATION

01 61 69 31 65

service.cardio@ch-sud-francilien.fr



Madame CHEBLI NADIA

Né(e) le 10/09/1965

49 ans , Poids : Kg / Taille : cm

Traitement de sortie

Le 22/01/2015

RAMIPRIL ACT 2,5MG CPR

Posologie : 2.5 mg, Matin, Voie orale, pendant 3 Mois à partir du 22/01/2015,

LASILIX 40MG CPR SECABLE

Posologie : 40 mg, Matin, Voie orale, pendant 3 Mois à partir du 22/01/2015, Dose d'entretien dans l'insuffisance cardiaque.

Supplémentation potassique adaptée.

DIFFU-K 600MG GELULE

Posologie : 1 gélule, Matin, Voie orale, pendant 3 Mois à partir du 22/01/2015, Prise de préférence à la fin du repas

BISOCE 1,25MG CPR PELLICULE

Posologie : 3,75 mg, Matin, Voie orale, pendant 3 Mois à partir du 22/01/2015, Posologie d'installation progressive.

Surveillance FC, PA et symptômes d'aggravation de l'insuffisance cardiaque pendant la période de titration.

ALDACTONE 25MG CPR SECABLE

Posologie : 25 mg, Matin, Voie orale, pendant 3 Mois à partir du 22/01/2015, Avant initiation, vérifier que la kaliémie est inférieure à 5 mmol/L et que la créatininémie est inférieure à 220 µmol/L. En cours de traitement, surveillance régulière de la kaliémie et de la créatininémie.

En cas de kaliémie supérieure ou égale à 6 mmol/L et/ou de créatininémie supérieure à 350 µmol/L, arrêter la spironolactone.

Prescrit par le Docteur SAN SOVANNARITH

Service : 6400 CARDIOLOGIE HOSPIT COMPLETE

Médecin responsable :

