Cher Confrère,

***Monsieur*** né le (82 ans), a été hospitalisé dans le service de cardiologie du 02/04 au 05/04 pour la prise en charge de troubles du rythme à type de FA lente.

**Dans ses antécédents on note** :

* ACFA paroxystique non anti coagulée et suivie par cardiologue
* HTA traitée
* Polype de la vessie/tumeur maligne en 2015 multi-opéré et suivi par l’urologue. Il effectue un contrôle par an par cystoscopie
* Remplacement valvulaire aortique par une prothèse mécanique

**Traitement à l’entrée** :

* KARDEGIC 75 1 sachet le midi
* CORDARONE 20 1cp le matin
* CARDENSIEL 2.5 1/2cp le matin

**Histoire de la maladie** :

Le patient a présenté un épisode d’arythmie traité selon l’avis de son cardiologue en cas d’épisode similaire par 4 comprimés de CORDARONE en une prise. Mais cette fois-ci il persiste la sensation de dyspnée et de palpitations, le patient consulte aux urgences le 02/04.

Il décrit un nouvel épisode d’arythmie (récidive survenant fréquemment), mais cette fois-ci associé à une dyspnée progressivement croissante et une sensation d’oppression thoracique.

A l’examen, il n’y a pas de douleur thoracique, les bruits du cœur sont irréguliers, un souffle systolique est perçu, le patient est bradycarde, il n’y a pas de signe d’insuffisance cardiaque gauche ou droite (pas d’OMI, pas de turgescence jugulaire, pas de reflux hépato-jugulaire), pas de signe de TVP.

L’auscultation pulmonaire est bilatérale et symétrique sans bruit surajouté, la saturation est à 98% en air ambiant.

Au niveau neurologique, il n’existe pas de trouble de la conscience et pas de signe focalisation.

Le reste de l’examen est normal.

L’ECG montre une ACFA lente à 50bpm, un axe gauche.

La biologie montre une hémoglobine à 121g/l, des plaquettes à 143giga/l. Pas de trouble ionique, une fonction rénale à 107µmol/l, pas de syndrome infectieux.

*Bilan cardiaque* : troponine négative et NT-pro-BNP à 5997ng/l (norme inférieure à 1800).

L’ETT retrouve une FEVG normale à 59%, une insuffisance mitrale de grade I, un gradient moyen prothétique aortique à 12mmHg sans fuite, des pressions artérielles pulmonaires normales, des cavités non dilatées.

Le patient est donc hospitalisé dans le service de cardiologie pour la prise en charge de l’ACFA lente.

Dans le service, un traitement par diurétique (FUROSEMIDE 20mg) est débuté, ainsi qu’un traitement anticoagulant par XARELTO 15mg le soir. La CORDARONE est arrêtée et le patient est scopé.

Aucune anomalie rythmique n’est enregistrée au scope mis à part une bradycardie autour de 50bpm probablement encore liée à la prise des 4 comprimés du 01/04.

Le traitement par bêtabloquants et CORDARONE est repris pour la sortie et sera à réévaluer d’ici quelques semaines par le médecin traitant ou le cardiologue.

La biologie montre une hémoglobine à 116g/l, une diminution des NT-Pro-BNP à 1460, une créatinine à 100µmol/l, pas de trouble ionique et pas de syndrome infectieux biologique.

**Donc**, Monsieur a été hospitalisé pour une FA paroxystique avec décompensation cardiaque. Une adaptation du traitement quotidien a dû être réalisée avec l’introduction d’un traitement anticoagulant par XARELTO 15mg, la diminution de la dose de CORDARONE à 1/2cp 5 jours/7 et l’utilisation transitoire de FUROSEMIDE compte tenu du bilan biologique (NT-Pro-BNP).

A la sortie, le patient est en rythme sinusal autour de 53bpm, probablement lié à la prise des 4cp de CORDARONE le 01/04

Le traitement de sortie sera à réévaluer en fonction de la fréquence cardiaque dans les prochaines semaines par le médecin traitant ou son cardiologue.

**Traitement de sortie** :

* XARELTO 15mg 1cp le soir
* CARDENSIEL 1.25mg 1cp le matin
* CORDARONE 200mg 1/2cp du lundi au vendredi.

Bien confraternellement.