# Maladie chronique

## Cas clinique 1 - Insuff. cardiaque

① Echocardiographie → Fraction Ejection

② FE

< 40% | > 40%

| | I | II | III | IV |
|---|---|---|---|---|
| IEC | + | + | + | + |
| BO | | + | + | + |
| Diurétiques symptomatique | | | | |
| Antialdos. | | | + | + |

- Opathie ischémique → Antiaggrégants
  → Statine (LDL > 1)

- Opathie rythmique = uniquement < Cordarone / BO
  ↳ Suit pas | Flécaïne / Rythmodan

  ↓ ne va servir qu'à ralentir le rythme cardiaque (déjà BO)
  ↓ Si FA chronique = ∅ amiodarone

- Défibrillateur implantable

$\boxed{\text{Réponse}}$ . Ajouter un BO (Cardensiel)
4 semaines après l'épisode de DO

- Réévaluer la posologie du diurétique
  clinique / TA / biologique

- Périndopril 4 mg/j = posologie optimale dans l'insuff cardiaque (Surveillance PA, K+, créat.) +/- Tonx
- Surv. ~~Ato~~ Statine → Myalgie
  → TGO/TGP - EAL, CPK
- Aspégic → Tolérance (Gastralgie, Méléna)
  ↳ Discuter les AVK

③ AINS

④ Risques → insuff. rénale → Hospitalisat°
HK+

⑤ Education thérapeutique

⑥ Stimulateur multisite

## Cas clinique 1 - Cancer

1 - Mammographie

2 - Annonce = ∅ diagnostic de certitude
Voir ce que le radiologue a dit
nécessité biopsie

3 - ∅ décision Oq ⇒ renvoi aux spécialistes

4 - Bilan d'extension ⇒ Scinti, Echo, RT, BHép.
ACE - Ct 15-3 ⇒ référence

5 - Chimiolpie
Holopie