

Prise en charge des
syndromes coronariens
aigus
Ce que le généraliste doit
savoir

Michael Angioi
Unité d'HDI

Institut Lorrain du cœur et des vaisseaux
CHU de Nancy

Présentation

Dg initial

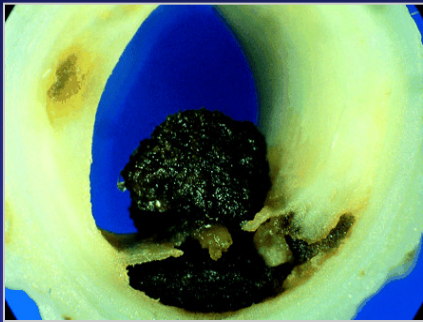
ECG

Marqueurs
bioch

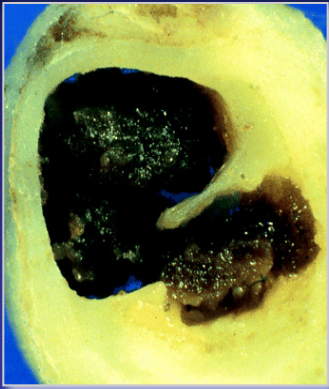
Dg final

DOULEUR THORACIQUE

Syndrome coronaire aigu



Davies MJ
Heart 83:361, 2000



SCA ST-

SCA ST+

NSTEMI

STEMI



Infarctus du myocarde

Unstable Angina

Q-

Q+

Classification des SCA

SCA avec élévation
persistante du ST



Infarctus Q

CPK > 2N
Troponines +



Reperfusion

SCA sans élévation
persistante du ST



Infarctus non Q

CPK > 2N ou
Troponines +



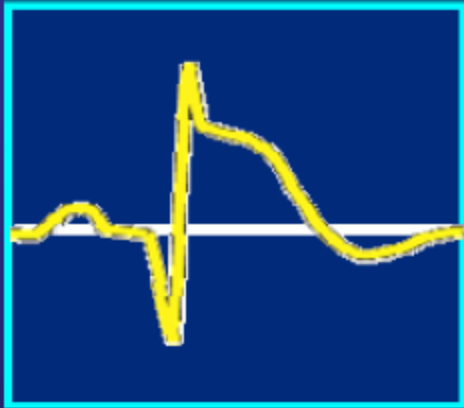
Traitements antithrombotiques
Stratégie invasive



Angor instable

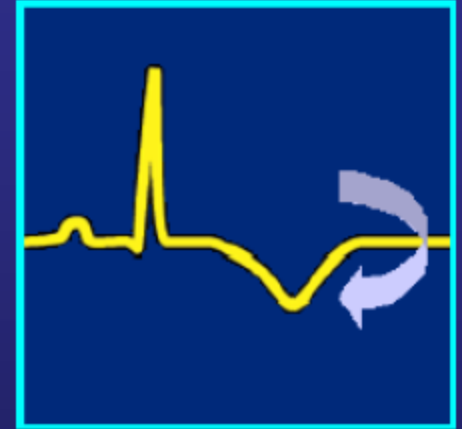
CPK < 2N
Troponines -

ACS with persistent
ST-segment elevation



Troponin or CK-mb elevated

ACS without persistent
ST-segment elevation



Troponin elevated or not

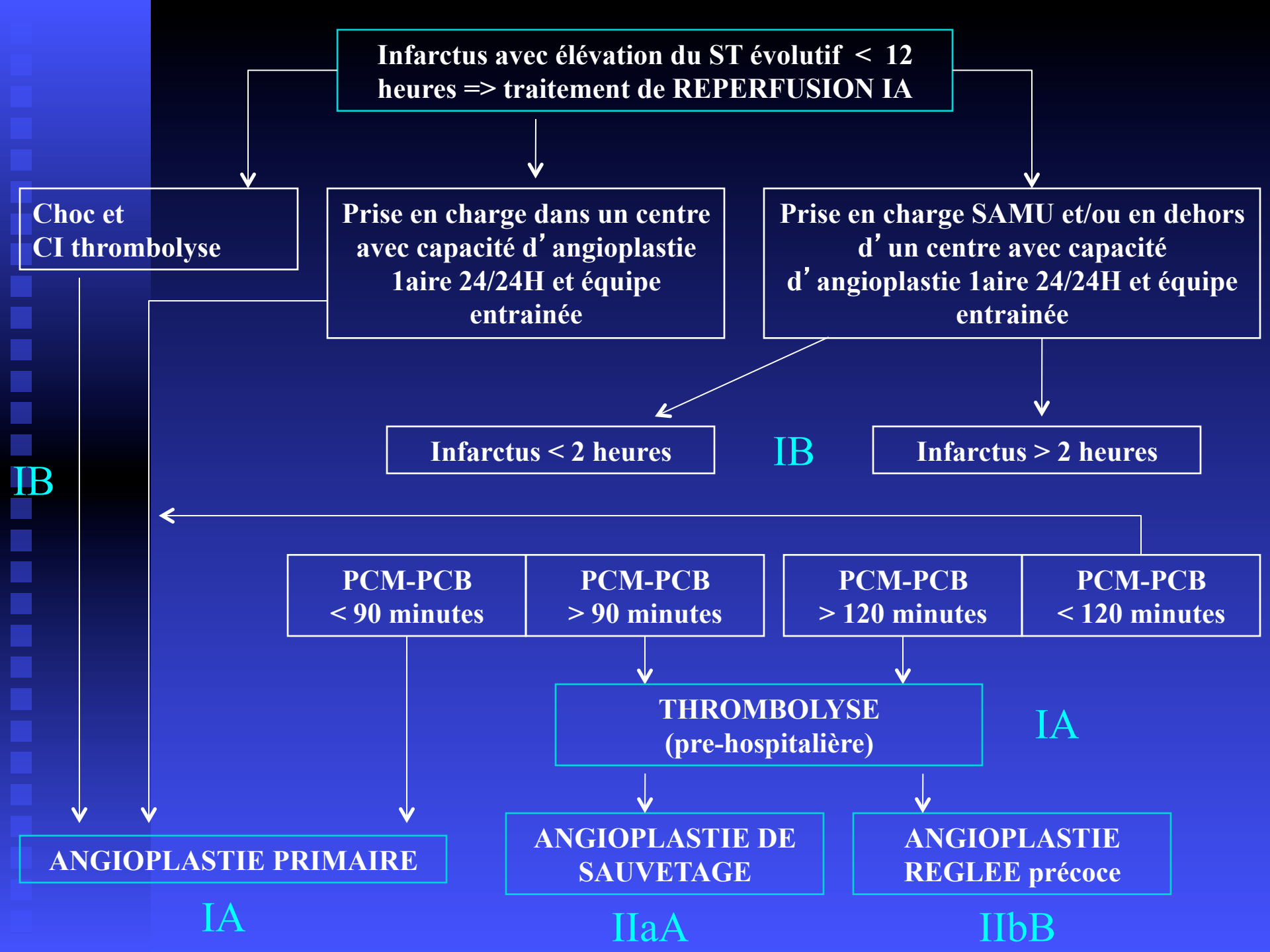
Myocardial infarction

Unstable angina

Infarctus avec élévation du ST

Principe de base : le temps c' est du muscle

- Un traitement de reperfusion est indiqué dans les 12 premières heures chez tout patient avec une douleur thoracique associée à une élévation du segment ST ou un bloc de branche gauche
- Recommandation unanime : IA



Syndromes coronariens aigus sans élévation du ST

- 
- Diagnostic positif
 - Diagnostic différentiel
 - Evaluation du risque
 - Adaptation de la stratégie thérapeutique au niveau de risque

Diagnostic

Suspicion SCA



- ECG
 - ◆ ECG multidérivation
 - ◆ monitoring ECG continu
- TnT, TnI
 - ◆ admission
 - ◆ répété H6-12 si négatif
- CK-masse, myoglobine
 - ◆ si douleur < 6 h
 - ◆ récidence ischémie post-IDM

Evaluation du risque

- Risque d' événements aigus thrombotiques
 - ◆ récidives douloureuses
 - ◆ sous-décalage ST
 - ◆ modifications dynamiques du ST
 - ◆ élévation des marqueurs de nécrose
 - ◆ thrombus angiographique
- Risque d' événements long-terme => maladie sous-jacente
 - ◆ clinique : âge, antécédents IDM, PAC, diabète, insuffisance cardiaque, HTA
 - ◆ biologiques :
 - ◆ insuffisance rénale
 - ◆ inflammation CRP, fibrinogène, IL-6
 - ◆ angiographique
 - ◆ FEVG
 - ◆ extension maladie coronaire

Etiologies non coronariennes d'élévation des troponines

- Insuffisance cardiaque sévère (aiguë ou chronique)
- Dissection aortique
- Maladie valvulaire aortique
- CMH
- Maladies inflammatoires du myocarde (myocardites, péricardites, endocardites)
- Crise hypertensive
- Ablation, biopsie, pacing
- Contusion myocardique
- Tachycardie, bradycardie
- EP, HTAP sévère
- Syndrome de ballonnisation apicale (Tako-Tsubo)
- Maladies de surcharges (amylose, sarcoidose, hémochromatose, sclérodermie)
- Hypothyroïdie
- Insuffisance rénale aiguë ou chronique
- Maladies neurologiques aiguës (AVC, hémorragies sous arachnoïdiennes)
- Toxicité médicamenteuse (adriamycine, 5FU, Herceptine)
- Venins de serpents
- Brûlures > 30 % surface corporelle
- Rhabdomyolyse
- Malades de réanimation sévères (sepsis et insuffisance respiratoire)

Diagnostics différentiels des SCA ST-

Cardiaques Myocardites Péricardites Cardiomyopathies Maladies valvulaires Syndrome de ballonisation apicale	Pulmonaires Embolie pulmonaire Infarctus pulmonaire Pneumonie Pneumothorax	Hématologiques Drépanocytose
Vasculaires Dissection aortique Anévrisme de l' aorte Coarctation aortique Maladie cérébrovasculaire	Gastro-intestinaux Spasme oesophagien Ulcère GD Oesophagite Pancréatite Cholécystite	Orthopédiques Discopathie cervicale Fracture de côtes Inflammation musculaire Chondro-costal

Risque de décès : score de risque GRACE

Terciles	Score GRACE	Mortalité hospitalière
Bas	<109	<1%
Intermédiaire	109-140	1-3%
Haut	>140	>3%

Terciles	Score GRACE	Mortalité à 6 mois
Bas	<89	<3%
Intermédiaire	89-118	3-8%
Haut	>118	>8%

Recommandations pour l'évaluation du risque

Court terme : IB : processus dynamique

- ECG
 - ◆ Disponible en 10 minutes lecture par médecin expérimenté (IC)
 - ◆ dérivations additionnelles V3R, V4R, V7-9 et répété si récidives, H6, H12, sortie (IC)
- TnI, TnT disponible en 60 minutes (IC), répété H6, H12 si négatif (IA)
- Score de risque (IB) => GRACE
- Echocardiographie pour diagnostic différentiel (IC)
- Si tout est négatif EE avant sortie (IA)

Long terme : IB

- Clinique : FC, PA, IC, diabète, ATCD
- ECG : ST
- Bio : Tn, Cl créat, BNP, pro BNP, CRP hs
- FE basse, TCG, tritronculaires
- Score de risque

1er contact

Diagnostic et risque

Stratégie invasive

Autre
diagnostic

Evaluation initiale

- Douleur
- Examen
- Probabilité de coronaropathie
- ECG (ST)

SCA
possible

Validation

- Réponse traitement
- Biochimie (Tn H0, 6, 12 et autres marqueurs)
- Monitoring ST
- Score risque
- Risque de saignement
- Diagnostiques diff (echo, Scan, IRM ...)

Urgente <120 minutes

- Angor réfractaire au traitement
- IC, hémodynamique instable
- Arythmie (TV, FV)

Précoce <72 heures

- Tn +, ST, T
- Diabète
- IR (Cl creat <60 ml/min/1.73m2)
- FE < 40%
- Angor post IDM précoce
- ATCD IDM, ATC < 6 mois, ponts
- Score GRACE intermédiaire ou élevé

Elective

- Pas de récurrence angineuse
- Pas d'IC
- ECG normal
- Tn normales

SCA ST +

Algorithme décisionnel SCA ST -

Et le scanner ? : reco ESC 2011

Multidetector computed tomography (CT) is not currently used for the detection of ischaemia, but offers direct visualization of the coronary arteries. Therefore, this technique has the potential to exclude the presence of CAD. Various studies reported high negative predictive values and/or excellent outcome in the presence of a normal scan.^{37–41} Accordingly, CT angiography, if available at a sufficient level of expertise, may be useful to exclude ACS or other causes of chest pain.

Non-invasive documentation of inducible ischaemia is recommended in low-risk patients without recurrent symptoms before deciding for invasive evaluation.

I

A

54, 55, 148