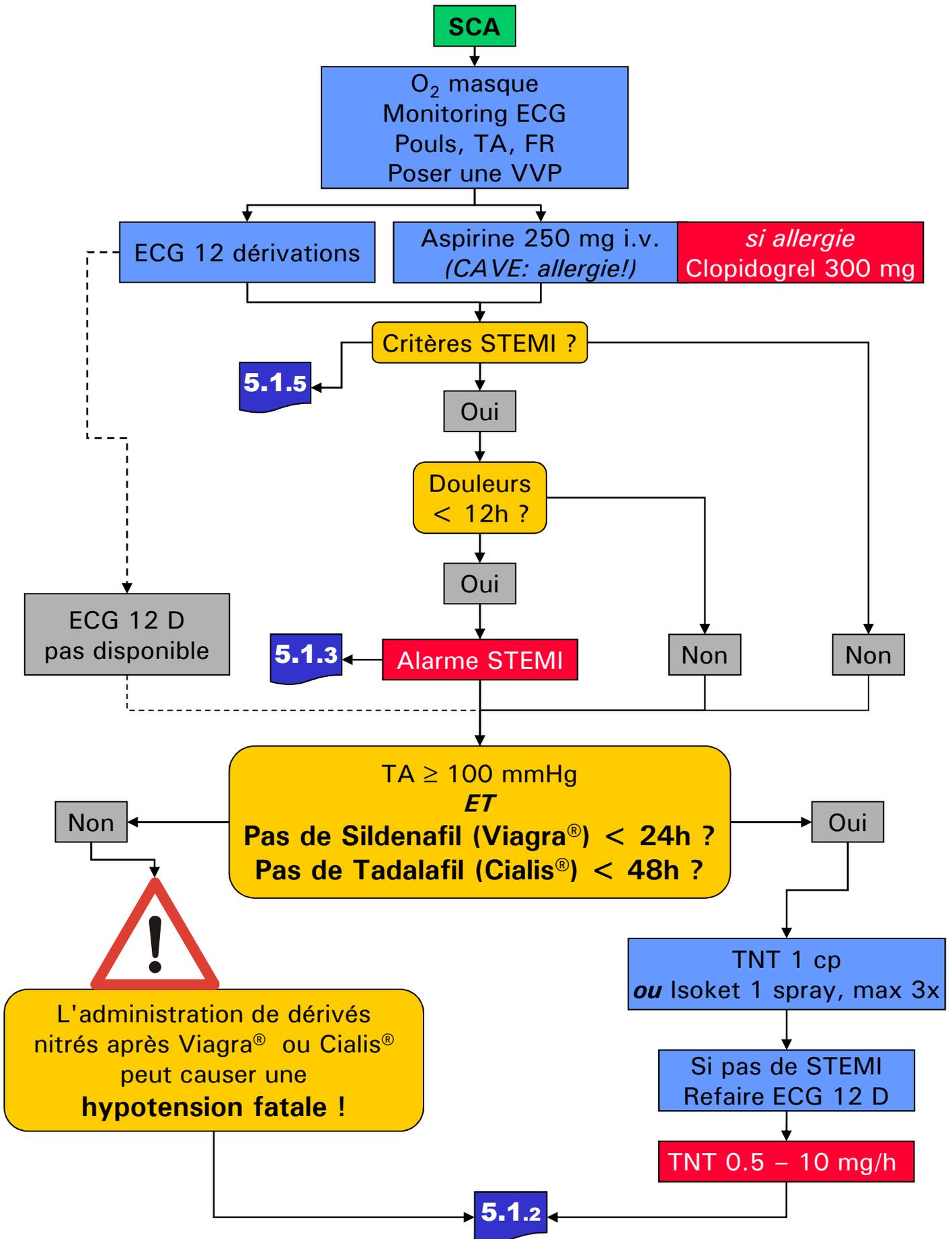


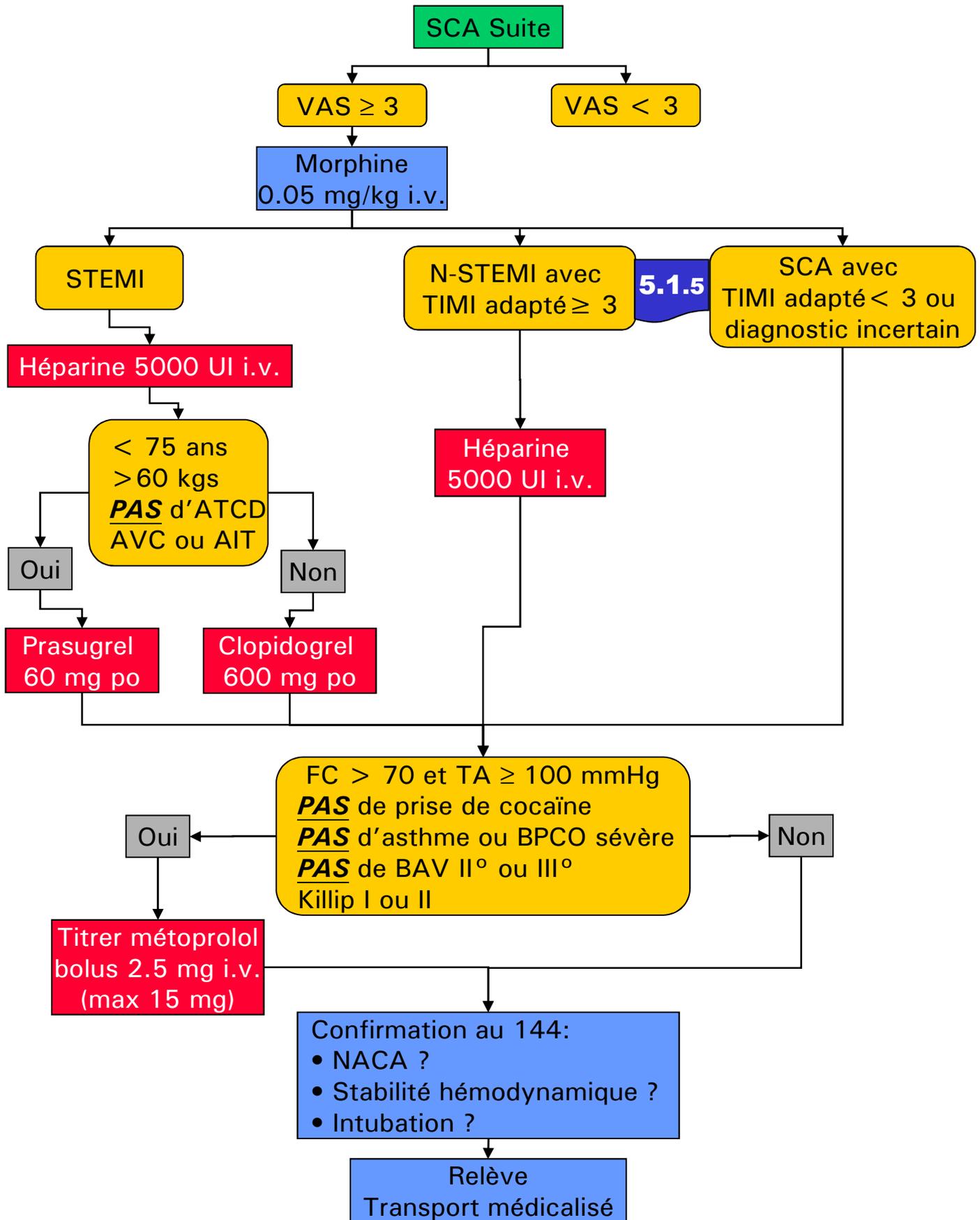
Syndrome coronarien aigu

5.1.1



Syndrome coronarien aigu

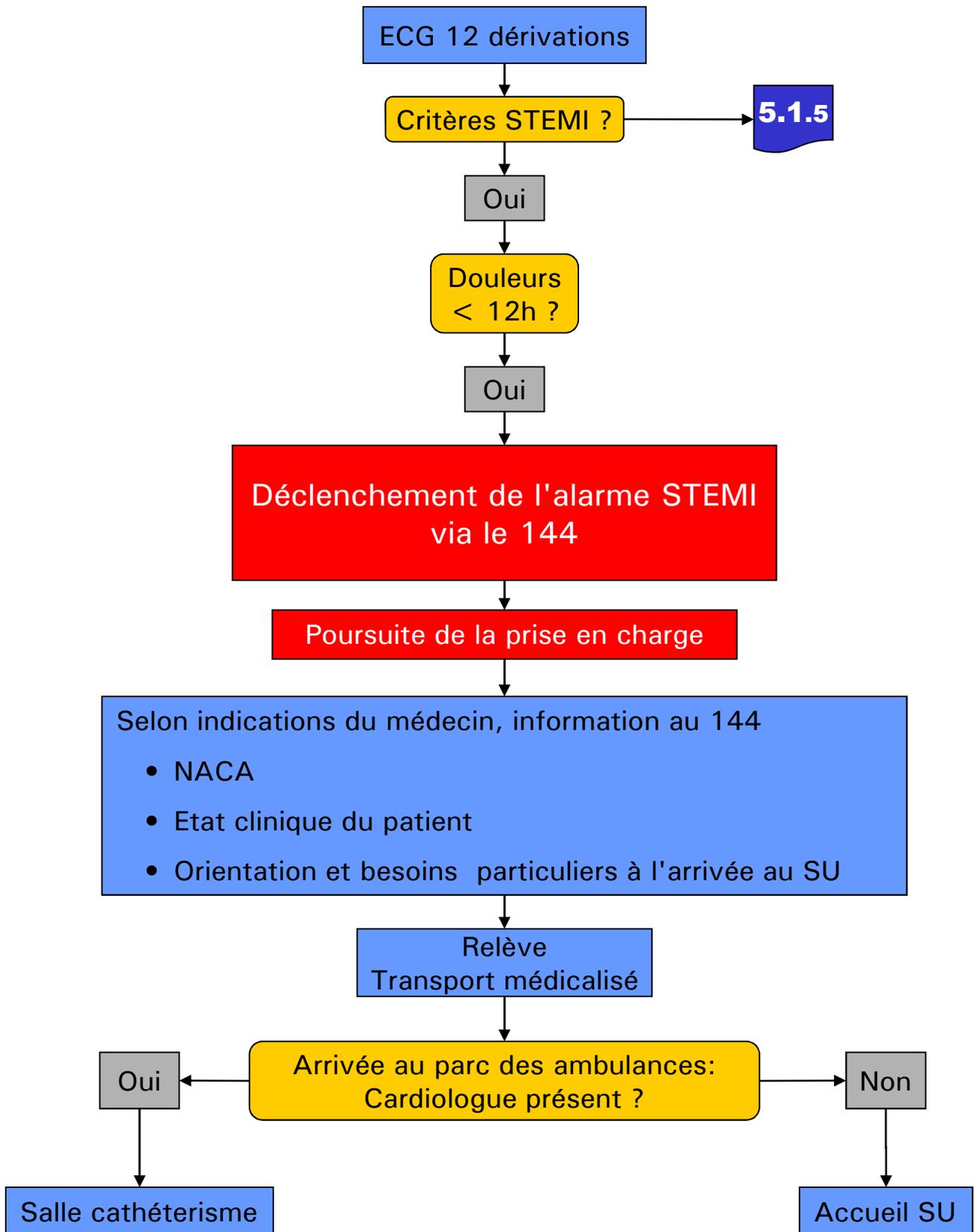
5.1.2



Envisager un ECG 12 pistes à chaque étape si non réalisé avant.

5.1.1

Schéma d'alarme STEMI



Syndrome coronarien aigu

L'anamnèse et l'examen clinique sont les points clés. Ils permettent de diagnostiquer une maladie coronarienne dans 84% des cas¹.

Si le patient utilise l'un de ces trois gestes pour décrire la douleur, la probabilité qu'elle soit d'origine cardiaque est de 77%².



Certains éléments anamnestiques influencent la probabilité d'être en présence d'un syndrome coronarien aigu³:

Augmentation de la probabilité:

- irradiation dans les deux bras
- sudations

Diminution de la probabilité:

- douleur d'emblée respirodépendante
- douleur reproductible à la palpation
- douleur dépendante de la position
- douleur en pointe de qq secondes
- douleur *continue* sur > 24 heures

Evoquer une dissection aortique lors de douleur en « coup de couteau », d'emblée maximale, pouvant migrer par la suite. Elle peut s'accompagner d'un syndrome neurologique (carotides, Adamkiewicz) et d'une asymétrie des pouls (ou tensions).

En cas de doute sur l'origine coronarienne, en l'absence d'un diagnostic alternatif, toujours traiter le patient comme si l'origine coronarienne était avérée. Tout patient avec une douleur thoracique doit bénéficier d'un ECG 12 dérivations dès que possible⁷, celui-ci permettant d'accélérer sensiblement la prise en charge hospitalière. L'ECG devrait être réalisé avant l'administration de nitrés, de manière à pouvoir mettre en évidence une ischémie transitoire.

Lorsque l'ECG remplit les critères STEMI³, demander immédiatement au 144 de lancer l'alarme STEMI (demande d'ouverture de la salle de cathétérisme).

Syndrome coronarien aigu

Critères ECG pour un STEMI⁴:

↑ST nouveaux au niveau du point J:

- ≥ 0.2 mV en V1-V3
- ≥ 0.1 mV dans les autres dériv.

dans ≥ 2 dérivations contiguës

Ou BBG nouveau

Classes de Killip⁵:

I: Pas de décompensation cardiaque
 II: B3, râles de stase
 III: Œdème aigu du poumon
 IV: Choc cardiogène

Score de TIMI⁶ adapté (adaptation SMUR = sans valeur de troponine):

- ✓ Age ≥ 65 ans
- ✓ ≥ 3 facteurs de risque parmi:
 - Anamnèse familiale
 - Hypertension
 - Hypercholestérolémie
 - Diabète
 - Tabagisme actif
- ✓ Utilisation d'aspirine dans les 7 derniers jours
- ✓ ≥ 2 épisodes d'angor sur les dernières 24 heures
- ✓ Maladie coronarienne connue, ou évidence d'une atteinte d'autres artères
- ✓ Modification du ST (sus- ou sous-décalage) de 0.5 mm pour < 20 minutes

Au vu du bénéfice attendu, l'aspirine doit être administrée précocement⁸, sauf en cas d'allergie avérée (donner alors du clopidogrel 300 mg p.o.). Les antiagrégants et les anticoagulants peuvent être administrés même en cas de diagnostic différentiel de dissection aortique (il ne s'agit pas d'une hémorragie et une anticoagulation sera initiée pour le traitement chirurgical!).

Les patients présentant un STEMI ou un N-STEMI avec risque intermédiaire ou haut (score de TIMI modifié ≥ 3) doivent bénéficier d'une anticoagulation par 5000 UI d'héparine i.v. Une antiaggrégation renforcée par une thiényridine est réservée aux STEMI, les N-STEMI pouvant bénéficier du ticagrelor (Brilique[®])¹³ en intra-hospitalier. Les patients présentant un STEMI et qui ne sont pas dans une catégorie de risque hémorragique accru, c'est-à-dire les patients de < 75 ans, > 60 Kgs et sans ATCD d'AVC ou d'AIT peuvent recevoir du prasugrel⁹ 60 mg, qui a l'avantage sur le clopidogrel d'avoir un début d'action plus rapide et un niveau d'inhibition plaquettaire plus élevé et plus constant, au prix toutefois d'un risque hémorragique augmenté chez les > 75 ans, < 60 Kgs ou avec ATCD d'AVC/AIT.

Syndrome coronarien aigu

En l'absence de contre-indication (OAP, choc cardiogène, BAV II ou III, consommation de cocaïne, COPD **sévère** ou asthme instable), l'administration d'un β -bloquant est bénéfique. Elle doit être prudente chez le patient âgé ou lors d'insuffisance cardiaque. On vise une fréquence < 70 /minute avec une $TA_{\text{systolique}} > 100$ mmHg.

90% des patients avec un infarctus aigu font des troubles du rythme dans les 24 premières heures. Toutefois, il n'y a pas de raison d'instaurer un traitement préventif des troubles du rythme malins.

4.5% des patients présentent une fibrillation ventriculaire, le pic étant maximal dans la première heure. 50% des décès lors d'infarctus surviennent dans les deux premières heures¹⁰.

Pour ces raisons, le transport doit s'effectuer avec un **médecin à bord**, le patient sous **monitoring**, en étant prêt à traiter toute complication (médicaments prêts, patches de défibrillation en place). Les patients présentant un BBD ont un pronostic plus réservé.

Alarme STEMI

Avant de quitter le site, confirmer au 144 le NACA, la stabilité du patient et la réalisation ou non d'une intubation. Ces informations sont essentielles pour préparer l'arrivée du patient à l'hôpital.

Si le cardiologue est présent dans le garage, la salle de cathétérisme est prête, et le patient peut y être transféré **sans passer par le CAU**.

S'assurer que l'équipe ambulancière remonte par les urgences afin de procéder à l'enregistrement du patient.

Références:

1. Goldman L, Circulation, 66:945, 1982
2. Edmondstone WM, BMJ, 311:1660-1, 1995
3. Panju AA, JAMA, 280-1256-63, 1998
4. AHA, Circulation, 112:IV-89-110, 2005
5. Doukky R, J Invasive Cardiol, 14:215-20, 2002
6. Cannon CP, N Engl J Med, 344:1879-87
7. Ferguson JD, Am J of Emerg Med, 21(2):136-42, 2003
8. Eisenberg MJ, Arch Intern Med, 156:1506-10, 1996.
9. Wiviott SD et al NEJM 357: 2001-2015, 2009
10. Perron AD, Emerg Med Clin N Am, 23:1065-82, 2005
11. Hamm W et al, Eur Heart J. Sep 21 [Epub ahead of print], 2011