

Simplifier la PEC des SCA non ST+

INFARCTUS ! Oui, mais lequel ?

Dr Brahim HARBAOUI – Cardiologue
Hôpital de la Croix Rousse

Dr Eric ROUSSEL – Urgentiste
L'Hôpital Nord-Ouest Villefranche

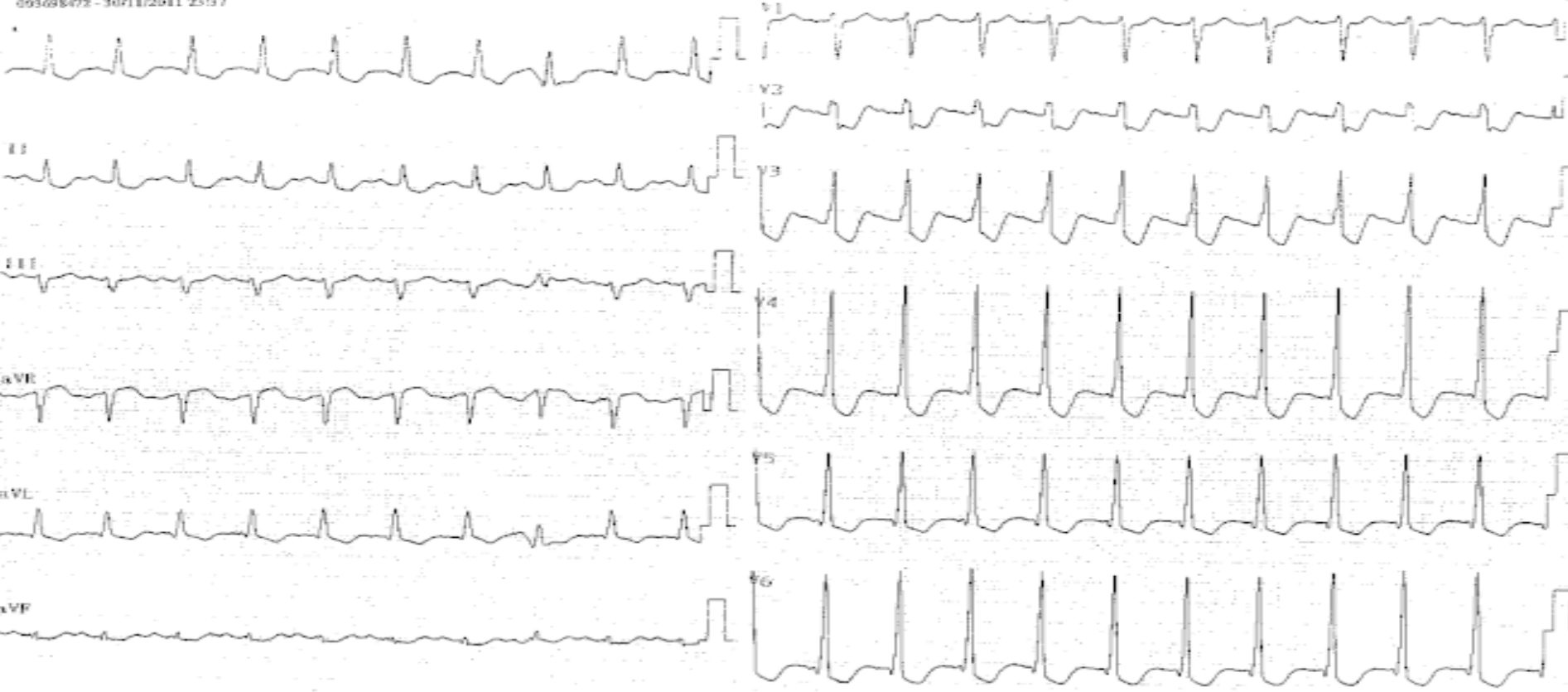
- Homme, 64 ans
- Consulte le 30/11/2011 à 23h30 pour douleurs thoraciques
- Antécédents et FRCV :
 - HTA
 - Tabagisme (80 PA) sevré depuis 10 ans
 - Dyslipidémie
 - 2008 : IDM → 4 stents nus (1^{ère} et 2^{ème} marginale + CD x2)
 - 09/2011 : Angioplastie bi iliaque (2 stents)
 - 09/2011 : REUP
- Ttt : PLAVIX 75 – KARDEGIC 75 – INEGY – MONOTILDIEM 200

- Douleurs thoraciques constrictives fluctuantes
- Malaise lipothymique dans la soirée

- G15 ; TA=12/6 ; FC=124 ; SaO₂=87% (AA) ; EN=10
- Pâleur cutané-conjonctivale
- Auscultation CP normale (sauf tachycardie)
- Pas de signe d'IC

ECG à la PEC

018179989 - U - 0250
[REDACTED]
093695473 - 30/11/2011 23:37
Mus
H50 d 35 Hz
Historique:
10 mm/mV
1. Dec 2011 09:18
120 bpm



1350K 03-01 02-52 Service:

Exam: CH VILLEFRANCHE sur SAONE S.A.U.

Votre analyse?

(Plusieurs réponses possibles)

1 - ACFA avec BBD

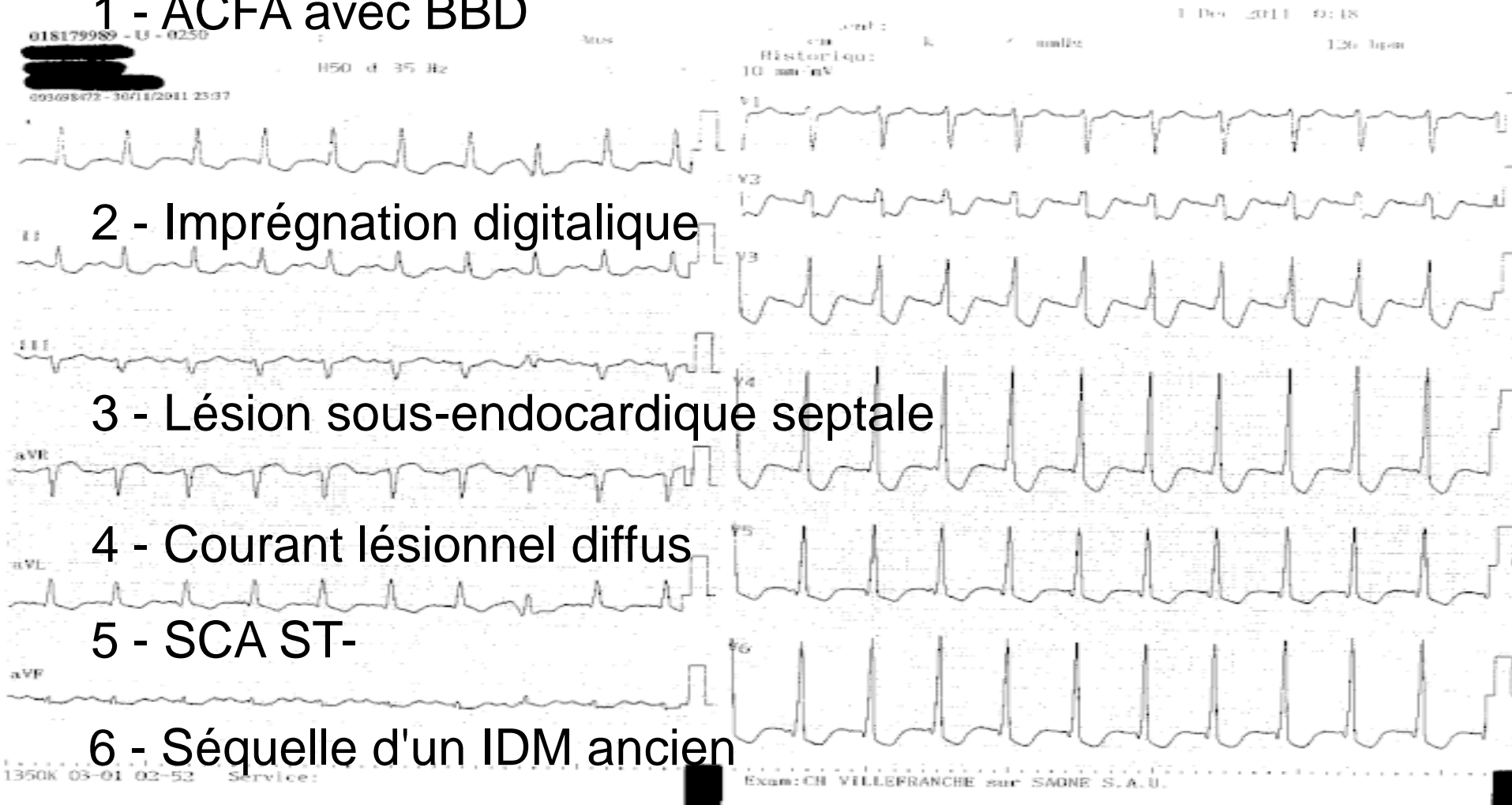
2 - Imprégnation digitalique

3 - Lésion sous-endocardique septale

4 - Courant lésionnel diffus

5 - SCA ST-

6 - Séquelle d'un IDM ancien



1 - Hemocue

2 - NFP

3 - Troponine T HS

4 - Pro-BNP

5 - D Dimères

6 - CRP

7 - Iono/créatinine

8 - Coagulation (TP, TCP, Fibrinogène)

HEMOCUE=4,7 (contrôle=4,8)

Troponine HS = 46 (N<14)

Hb=47 ; VGM=66 ; CCHM=272

ProBNP=3115

Urée=8,2 ; créatinine=134 ;

K=3,6 ; RA=22 ; Ca=2,22

TP=85% ; TCA : P/T<1 ; Fibrinogène normal

CRP=26

- 1 - Pas de SCA
- 2 - Anémie sévère, microcytaire, hypochrome
- 3 - SCA non ST+, type I
- 4 - SCA non ST+, type II
- 5 - SCA non ST+, type IVb

- 1 - Oxygénothérapie
- 2 - Amiodarone IV
- 3 - AAP (*2) + HBPM/HNF
- 4 - Transfert rapide sur table de coronarographie
- 5 - Transfusion sanguine
- 6 - Thrombolyse

1 - 2 CGR

2 - 4 CGR

3 - 4 CGR + 2 PFC

4 - 4 CGR + 1 CP

5 - 4 CGR + 500cc Ringer

6 - 4 CGR + 1 CP + 500cc Ringer

- CGR n°1 : Accélérateur + réchauffeur
- CGR n°2 : Réchauffeur

- TA=12/8 ; FC=92 ; SaO2=97% (O2 : 12l/mn)
- HEMOCUE=6,8
- Nette diminution des douleurs thoraciques (EN=2)
- Pas de dyspnée
- Auscultation pulmonaire normale

ECG APRES 2 CGR

018179989 - U - 0250

Inst: Après 2 CGR

Medicament:
 Historique: 101 bpm

33998472 - 30/11/2011 23:37



Rappel : ECG à la PEC

018179989 - U - 0250

[REDACTED]

093698472 - 30/11/2011 23:37

H50 d 35 Hz

1 Dec 2011 0:18

126 bpm

Historique
10 mm/mV



1350K 03-01 02-53 Service:

Exam: CH VILLEFRANCHE sur SAONE S.A.U.

- 1h00 : Début des transfusions
- 4h30 : Après 3 CGR
 - Toux + crépitants KILLIP 2-3
 - TA=13/8 ; FC=96 ; SaO2=93% (O2 : 12l/mn)
 - Pas de dyspnée, pas de douleur thoracique
 - 40 mg LASILIX IV → Diurèse abondante (2,5 l.)
- 6h00 : Fin transfusion (4 CGR)

- Patient asymptomatique (EN=0)
- Constantes hémodynamiques normales
- Régression des signes d'OAP

- Biologie (fin de transfusion) :
 - Troponine HS=217
 - Hb=90
 - Urée=7,8 ; créatinine=117 ; Ca=2,18

- 1 - Retour à domicile
- 2 - Hospitalisation en USIC
- 3 - Coronarographie rapide (dans le matinée)
- 4 - Coronarographie sans urgence
- 5 - Pas d'indication de coronarographie
- 6 - Epreuve d'effort

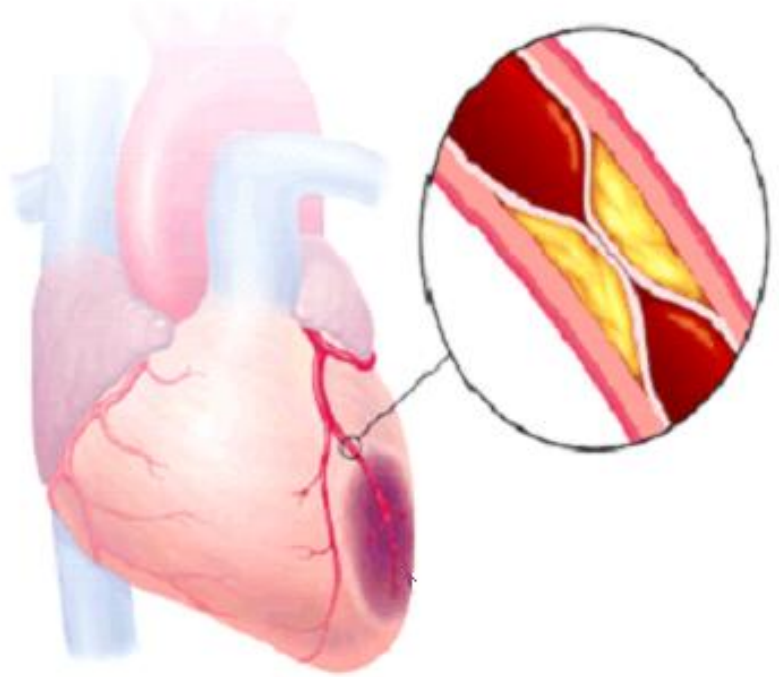
- **HospitalisationUSIC :**
 - Élévation de la Troponine HS jusqu'à 550
 - ETT : FEVG=50%, akinésie latérale
 - Arrêt du PLAVIX
 - Programmation de la coronarographie sans urgence

- **Gastroscopie** : Lésion néoplasique étendue de la petite courbure

- **Importance état cardiologique** : Chirurgie ? 5-FU ? Hydratation ?

Infarctus de type 1

évènement coronarien primaire / complication plaque d'athérome
érosion/rupture/dissection d'une plaque



« Mismatch » Apports/besoin O₂, en présence de lésions coronaires (patient à risque)

Sans HVG ni rétrécissement aortique

Diminution des apports

Anémie
Hypoxie
Bradycardie extrême
Hypotension
Hyperviscosité (Mie Vaquez)
Spasme
Embolie

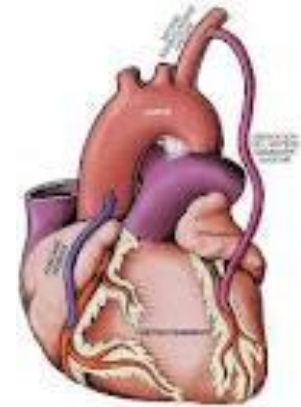
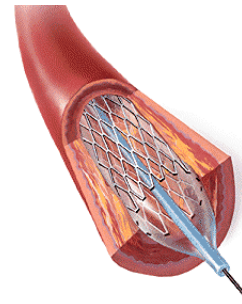


Augmentation des besoins

Hyperthermie/Sepsis
Tachycardie
Inotropes
Stress
Froid
Effort intense
Hypertension

-40 à 50% des SCA ST-
-Traitement ≠ des guidelines conçues pour les types 1

- **Type 3** : Mort subite ou ACR ischémique, Ischémie ou nécrose documentée (clinique, ECG, biologie, ana-path)
- **Type 4** : IDM en relation avec une angioplastie coronaire
 - 4a : Lié à la procédure
 - 4b : Thrombose de stent
- **Type 5** : IDM en relation avec PA



MERCI de votre attention !