

**SCA ST+**

**Les clés du succès**

**ECG, pensez à regarder derrière**

Dr Alexandre Guy – N Accueil - HEH



Samеди matin  
Membre d'une association agréée,  
le règlement par chèque est accepté.

Samеди matin

Cher confrère,

Je vous le dit en urgence M. STAMAT  
vous ne le HUS/36, aux ATCD de PTH  
et est jeune et ICC de la prostate  
mis à HTA et CLB actuellement  
géré. Il présente depuis mercredi  
des "coliques" fécales avec tout ça  
de tt ATB + fluidifiant de 4j n'a  
apporté aucune amélioration, une toilette  
et 1 bouillotte sur le bas ventre  
pour avec fentanyl

aujourd'hui, taux des seuils protente mais  
rêche mais notant essoufflement au repos  
survenu depuis 24h.

Il décrit 1 douleur au niveau des 2  
épaules irradiant dans les omoplates.  
Serait il i agi d'1 Pneumothorax ?  
On éliminerait 1 CP (les ailettes sur  
serps).

Je vous propose de faire 1 Rx pulmon  
+ Biologie.

± ECG

On s'en va maintenant, cord.

FR03301001



## Histoire de la maladie

- H 73 ans
- Syndrome grippal depuis 1 semaine
- Pic fébrile à 39°C ce jour
- Mis sous ATB (Amoxicilline) depuis 4 jours
- Apparition de douleur thoracique ce jour avec dyspnée de repos depuis 24H
- Antécédents
  - HTA, Dyslipidémie
  - ADK Prostatique en rémission

Adressé dans un SAU par son médecin traitant  
pour un bilan complémentaire

## Examen clinique

- TA 130/70, FC 85, T° 37.4°C, FR 19
- Douleur thoracique base médiane rythmée par respiration
- BDC réguliers, souffle systolique aortique 1/6
- Pas de signe IVG ni IVD
- Auscultation pulmonaire: doute sur un foyer e crépitants antéro basale droite
- Abdomen souple et indolore

ID: /

Nom: /

Sexe: Homme

Date naiss: /

Ans

Symptômes: /

10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 d 35 Hz 10 mm/mV

30-Sep-2012 5:32 PM

Medicament: /

cm

kg

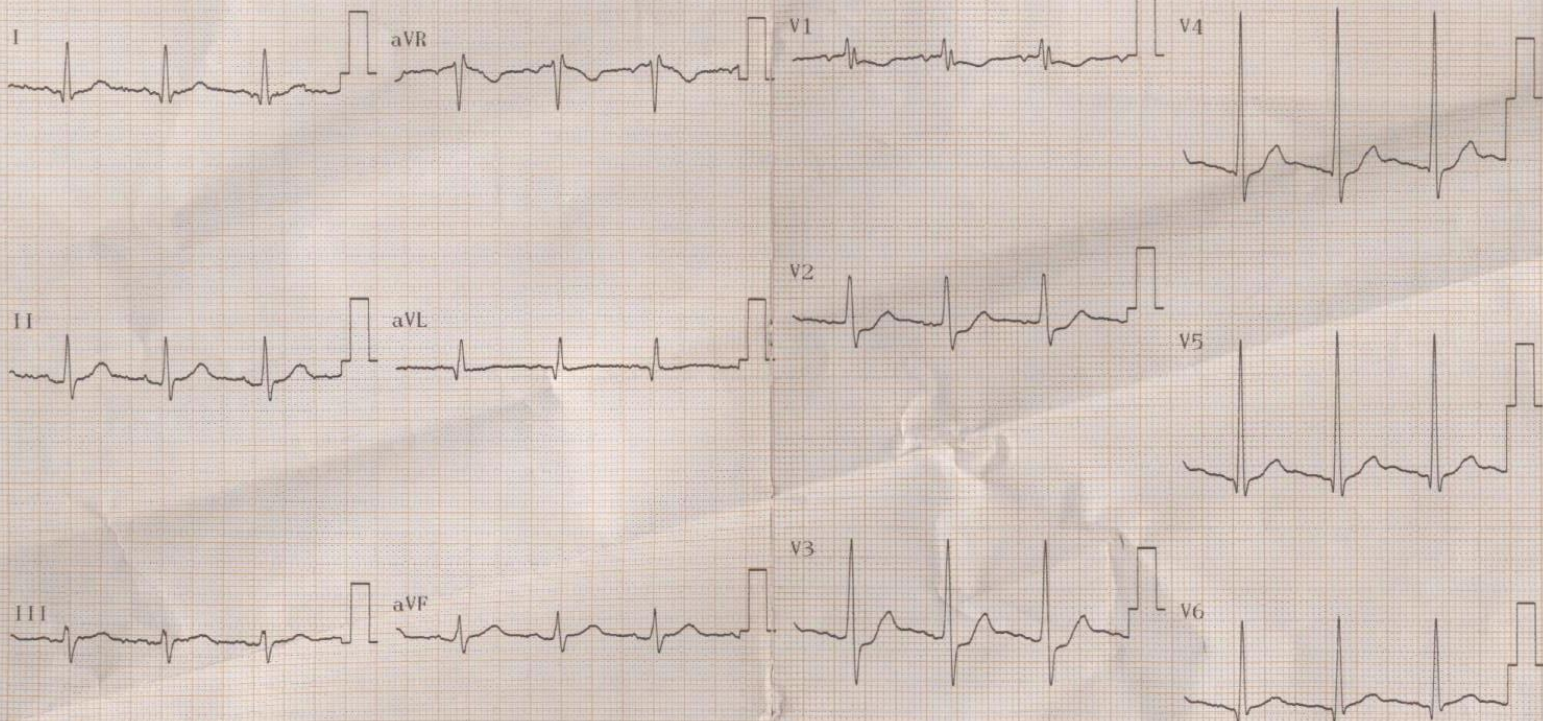
mmHg

95 bpm

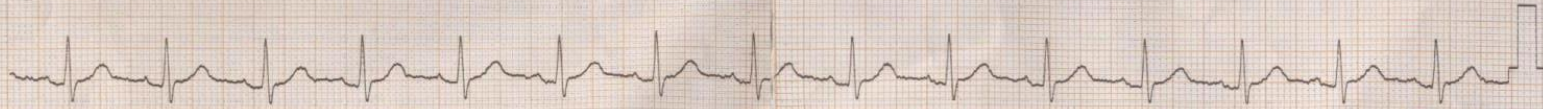
Historiqu: /

10 mm/mV

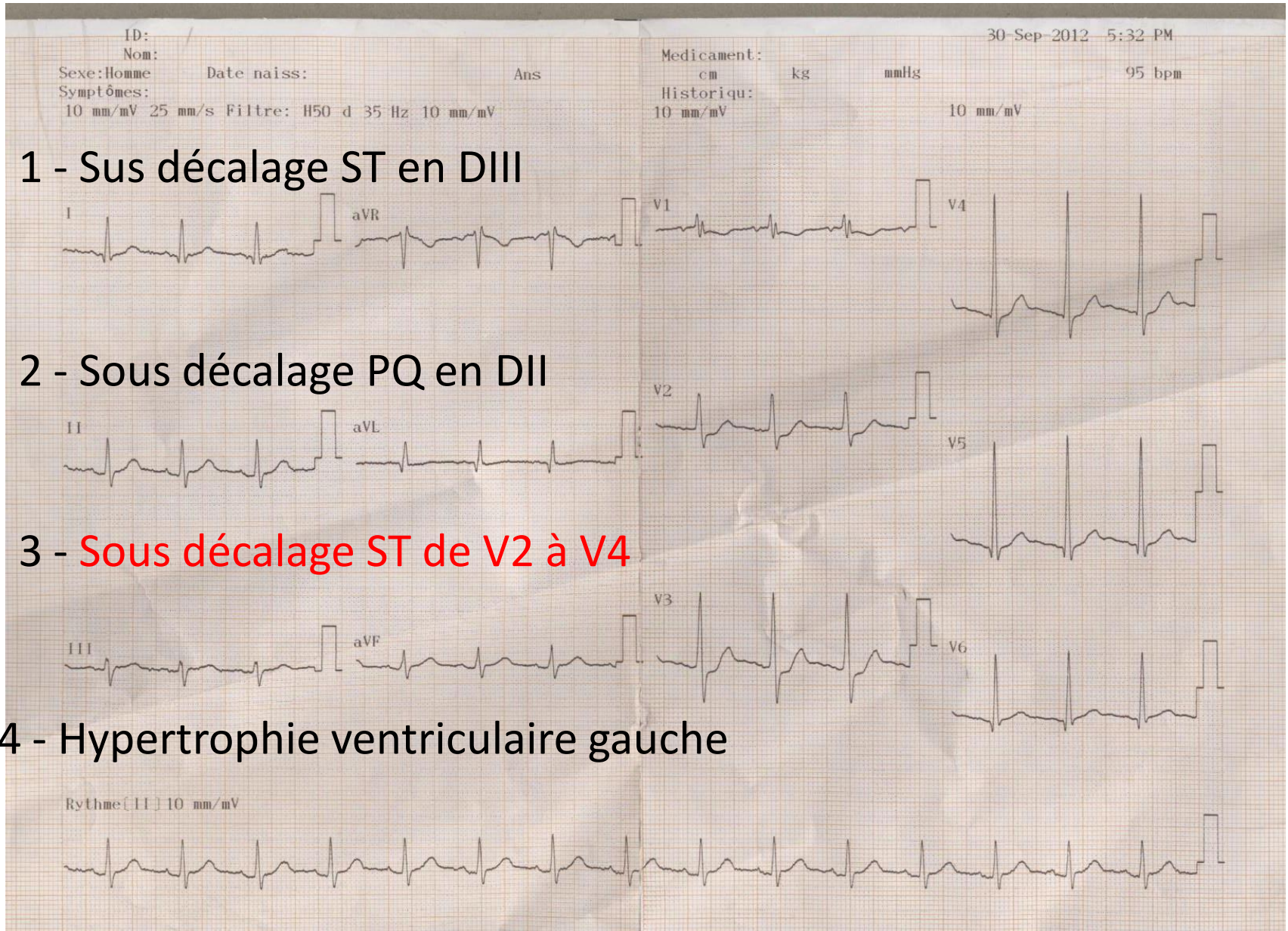
10 mm/mV

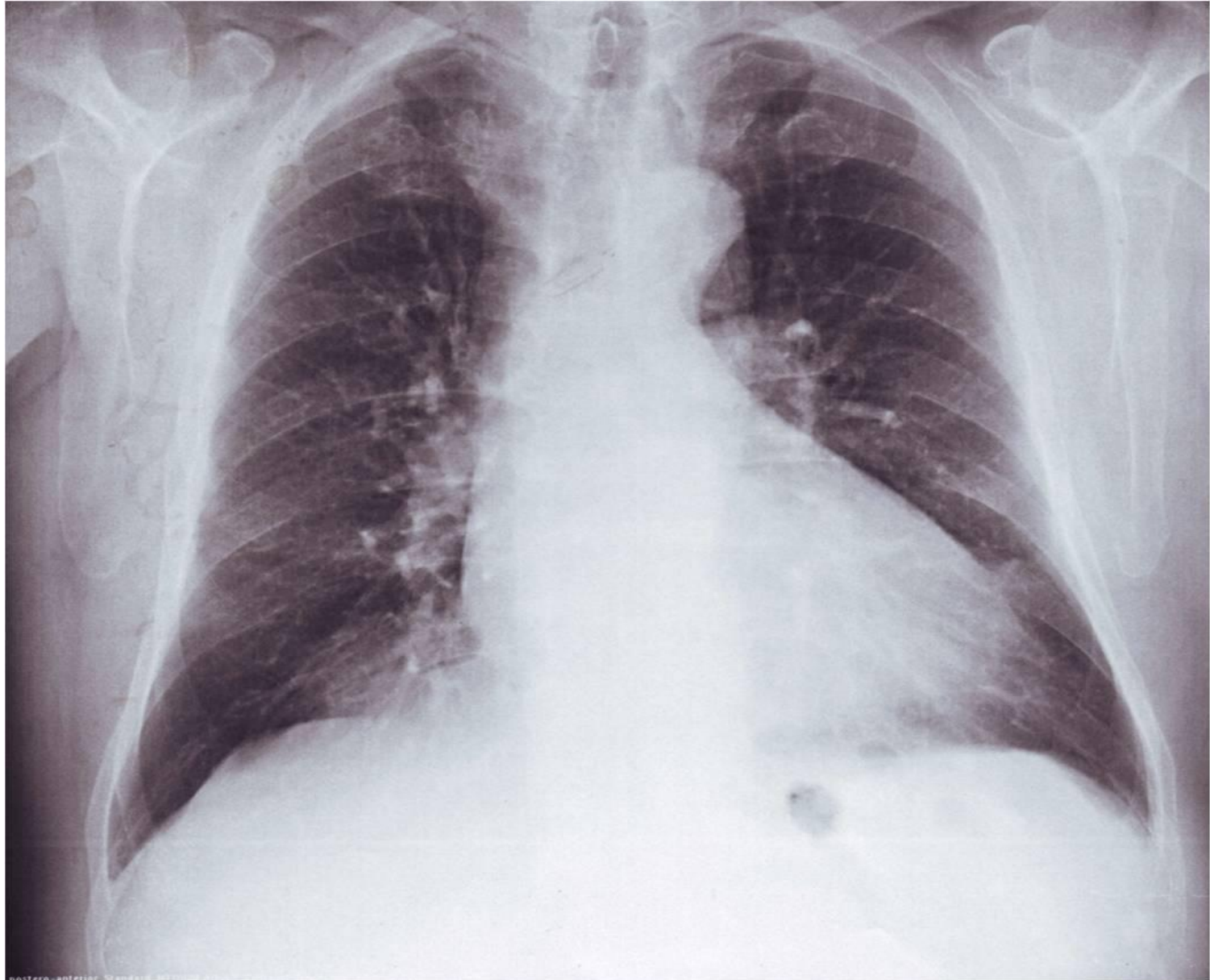


Rythme [11] 10 mm/mV



# Que voyez vous?





- La biologie

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| CRP                    | 133.5 mg/l             |
| Urée                   | 8.5 mmol/l             |
| Créatinine             | 105 µmol/l             |
| Troponine I            | 5 µg/l                 |
| TCA                    | 27.3                   |
| TP                     | 81%                    |
| Plaquettes             | 211 10 <sup>9</sup> /l |
| Hémoglobine            | 101 g/l                |
| <i>PCT</i>             | <i>0.3 µg/l</i>        |
| <i>LDL Cholestérol</i> | <i>1.02 g/l</i>        |

# Votre analyse?

---

- 1 - Syndrome inflammatoire d'origine bactérienne
- 2 - Infarctus de type II induit par anémie
- 3 - Embolie pulmonaire
- 4 - **Aucun des précédents**

# Quelles sont vos hypothèses diagnostiques?

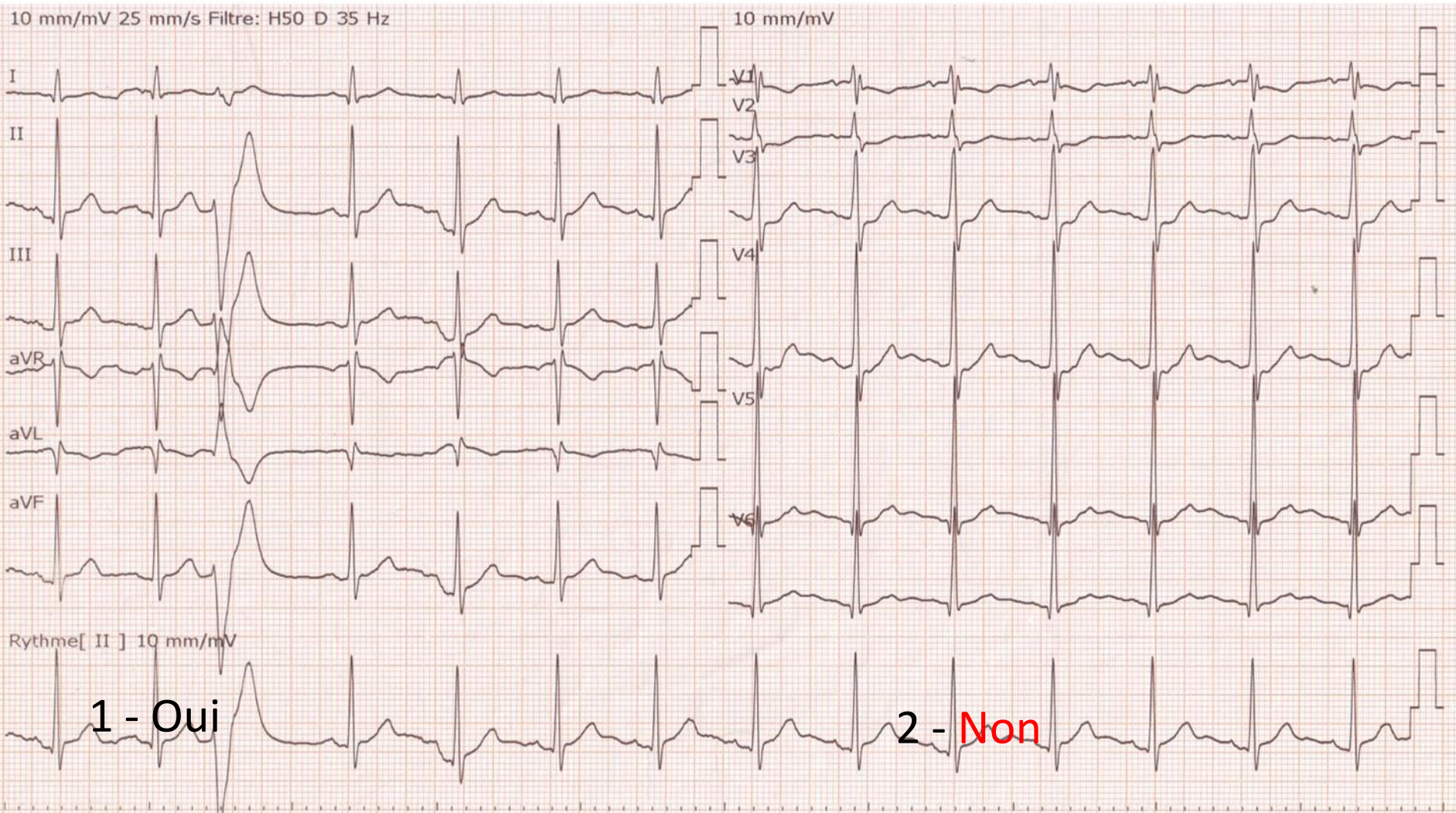
---

- 1 - Pneumopathie
- 2 - Péricardite
- 3 - Embolie pulmonaire tardive
- 4 - Syndrome coronarien aigue
- 5 - Les 4

- Patient stable
- Aucune plainte

L'IDE a fait l'ECG au patient, a posé le tracé devant vous avant d'aller faire celui de l'entrée suivante.

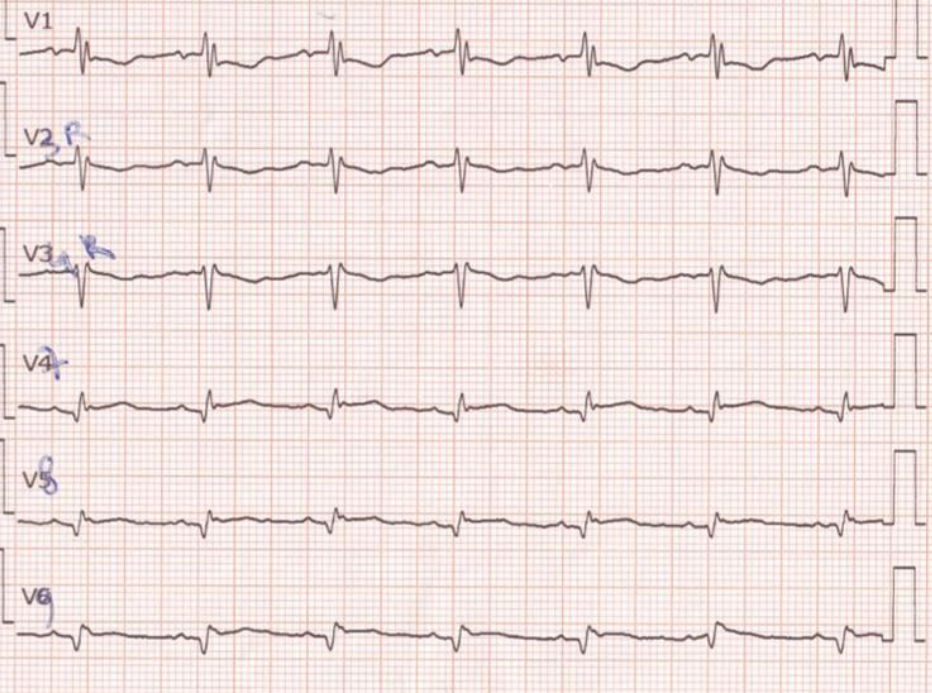
Elle vous demande: « est-ce que ça te va? »



axe P/QRS/T 38/70/75 °  
ampl RV5/SV1 0.23/0.34 mV (R + S 0.57 mV)  
10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 D 35 Hz

Rapport non confirmé  
Revu par:

10 mm/mV



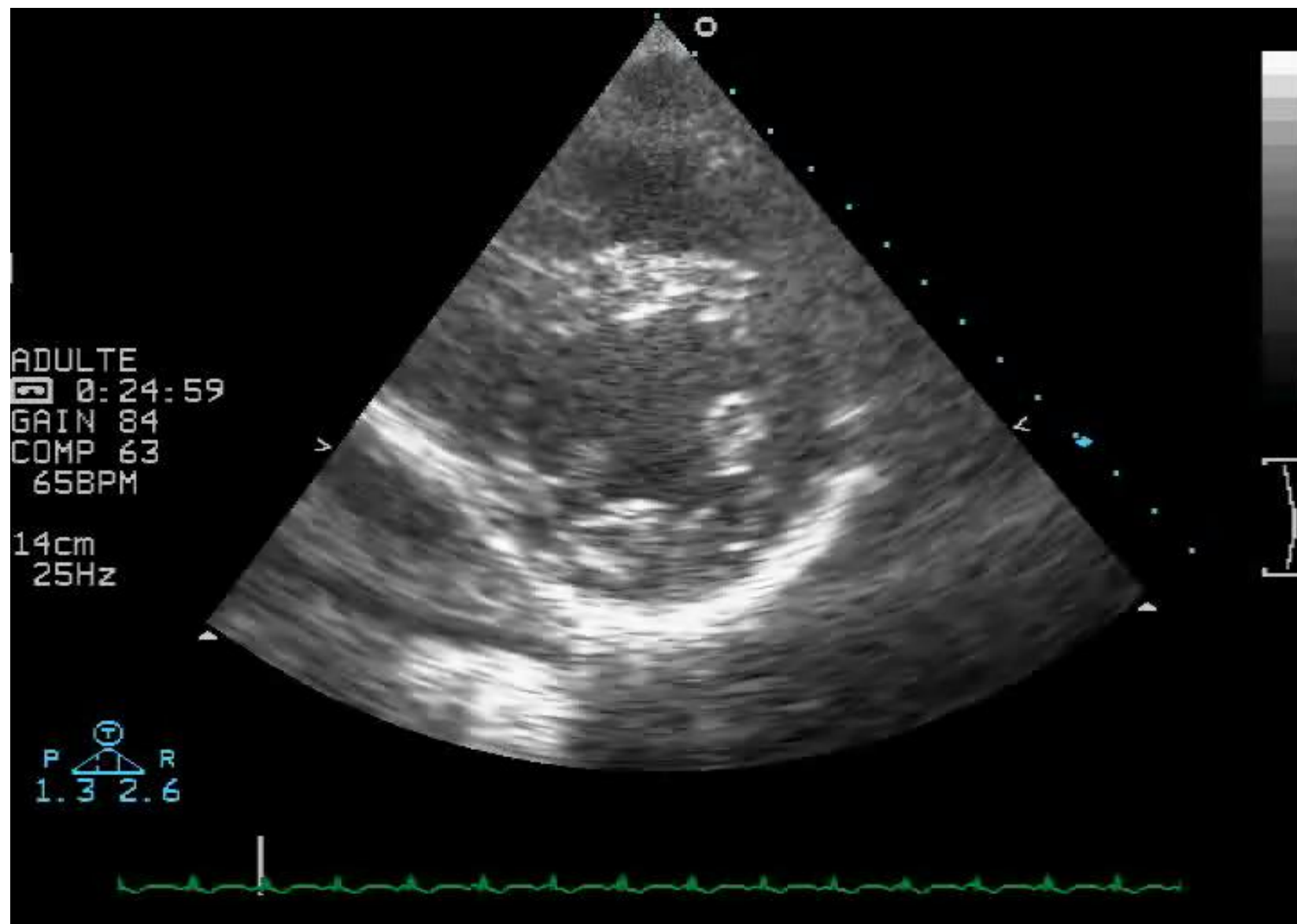
Rythme [ II ] 10 mm/mV



# Votre analyse?

---

- 1 - BBG incomplet
- 2 - Sus décalage en aVr
- 3 - Sus décalage en V7 V8 V9
- 4 - Sous décalage en V4 V5 V6

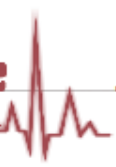


1 - Dysfonction systolique

2 - Trouble cinétique segmentaire antérieur

3 - Epanchement péricardique

4 - **Echographie normale**



1 - Pneumopathie

2 - Myopéricardite

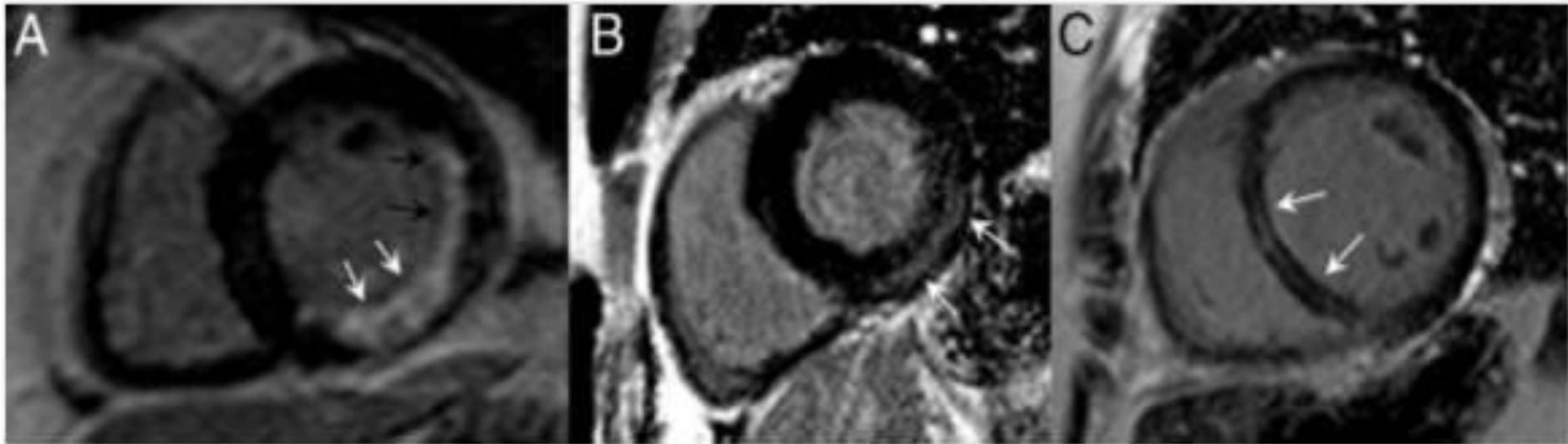
3 - Embolie pulmonaire

4 - Syndrome coronarien aigu de type I

5 - Syndrome coronarien aigu de type II sur pneumopathie

- 1 - Décoagulation
- 2 - Poursuite antibiothérapie
- 3 - Coronarographie
- 4 - Angio TDM
- 5 - IRM cardiaque
- 6 - Cycle troponine

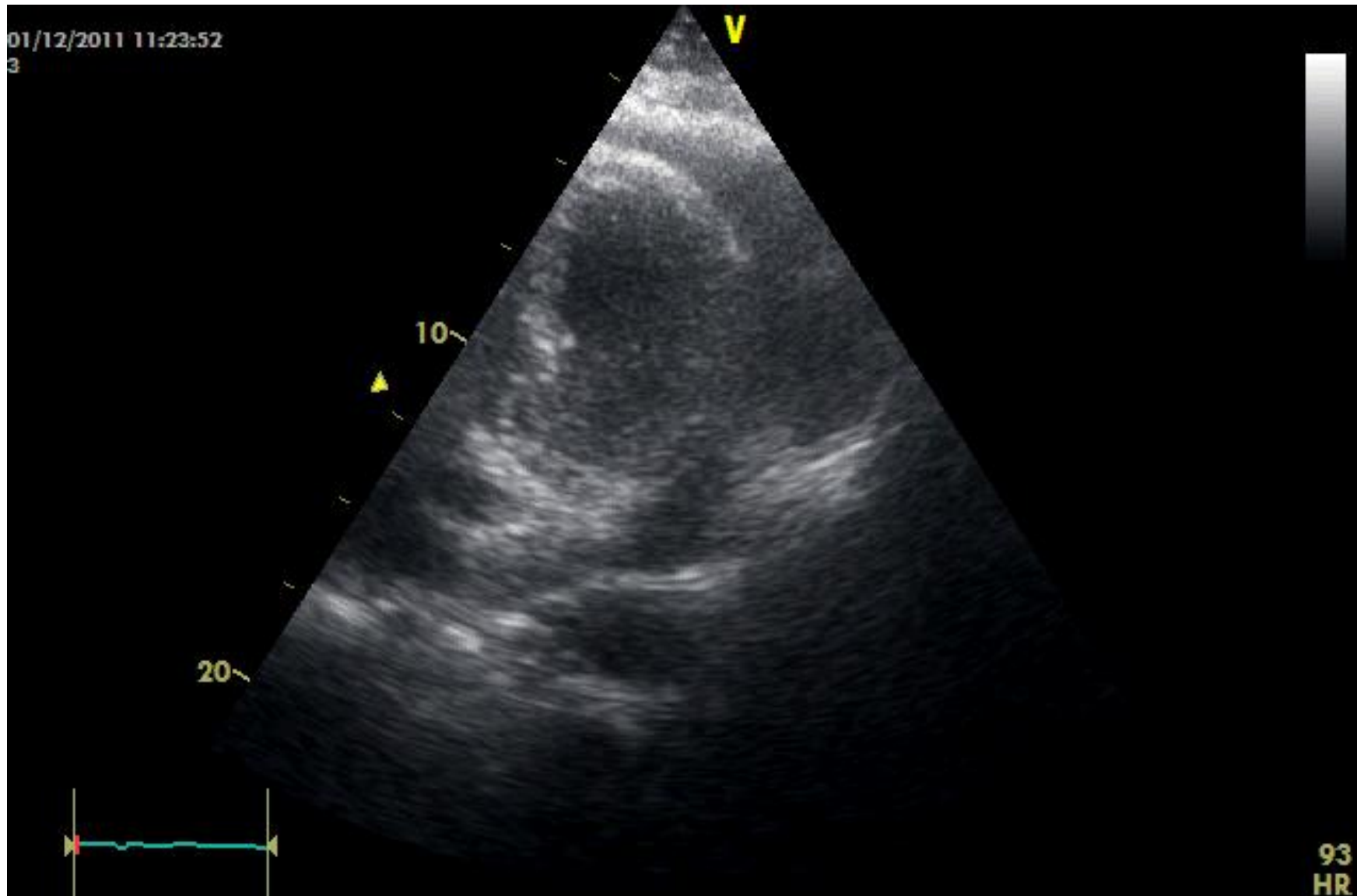
# IRM: distinguer myocardite et infarctus



## Diagnostic retenu: myopéricardite

- Mis sous Aspegic 3g/24H, Amoxicilline continuée
- Transfert service cardiologie conventionnel
- Patient asymptomatique
- Echographie à J+2
  - Fonction systolique conservée sans trouble cinétique segmentaire
  - VG non dilaté
  - Epanchement péricardique 4 mm en regard du ventricule droit
- IRM cardiaque dans les 72H

**Mais à J+3, dégradation rapide du patient**



Diagnostic de Tamponnade sur syndrome fissuraire VG

Prise en charge chirurgicale avec une coronarographie en chemin

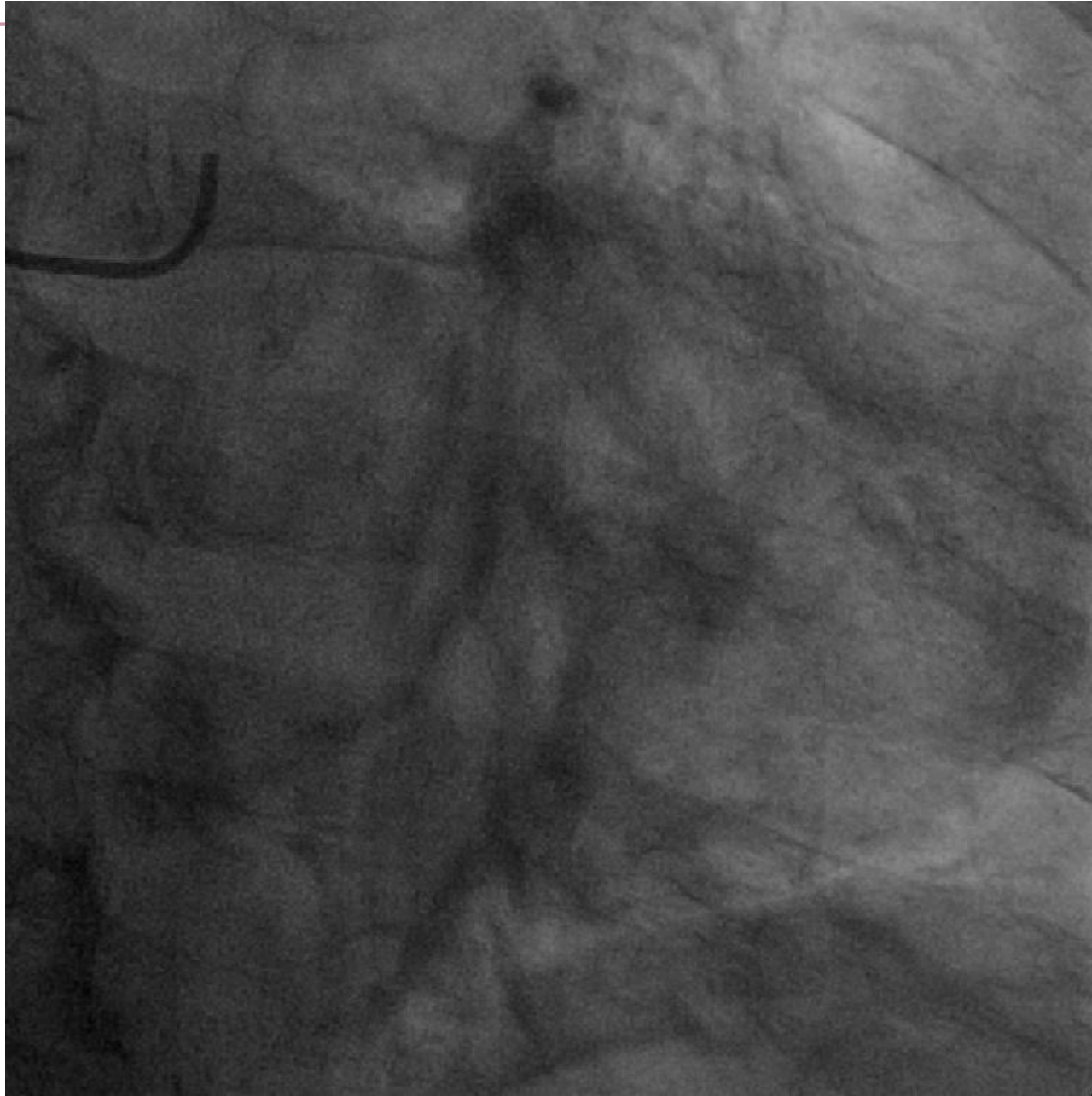
Coronaire droite très développée

Occlusion de l'artère circonflexe

RESCUE

RESCUE Cambridge University

FMC



**\*Installation de la CEC :**

- Entre une canule OD et une canule aortique. Intervention conduite en hypothermie modérée.
- Protection myocardique par cardioplégie cristalloïde antérograde dans la racine aortique (800 ml).

**\*Clampage aortique au ras du TABC, bascule du cœur.**

- L'exploration de la face latérale du cœur retrouve une rupture de la paroi libre de 0,5cm<sup>2</sup>, située à mi hauteur de la paroi latérale.
- On aveugle cette plaie par un point de Prolène 4/0 appuyé sur téflon.
- On complète par mise en place d'un patch de Goretex paroi épaisse que l'on suture à l'épicarde à distance de la rupture. Mise en place de colle biologique sous le patch. Hémostase correcte.

**\*Déclampage aortique** après manœuvres de purge des cavités cardiaques. (25mn de clampage).

**\*Défibrillation au premier CEE (200J).**

**\*Sevrage de la CEC** difficile après 59 mn sous Adrénaline et Dobutrex chez un patient en rythme sinusal.

**\*Hémostase satisfaisante, décanulation, protamination.**

- Attention équivalents ST sur ECG
  - ECG 18 dérivations
- Devant un ST+, IDM jusqu'à preuve du contraire
  
- Les troponines ne permettent pas une orientation diagnostic unique
- Une échographie transthoracique normale n'élimine pas un infarctus du myocarde