

# Syndrome Coronarien Aigu avec sus-décalage persistant de ST

Dr P. Cristofini



## 1 Le degré d'urgence

L'infarctus du myocarde (IDM) aigu est une urgence absolue diagnostique et thérapeutique. Elle impose l'hospitalisation en milieu spécialisé et la prise en charge par le SAMU.



## 2 Les messages

- Angor instable et infarctus du myocarde ont le même substrat physiopathologique et font désormais partie d'une entité commune : les syndromes coronariens aigus qui se différencient par les aspects électrocardiographiques et l'existence ou non de marqueurs biologiques de nécrose myocardique (troponines).
- On distingue ainsi (Figure 1) :
  - l'infarctus en voie de constitution avec sus-décalage de ST,
  - l'infarctus sans onde Q : douleur thoracique angineuse avec modification de l'onde T et/ou du segment ST sans sus-décalage prolongé et avec augmentation significative des marqueurs biologiques,
  - l'angor instable : idem précédemment sans modification des marqueurs,
- Le diagnostic d'angor instable est purement clinique.
- Toute douleur angineuse prolongée doit faire évoquer un IDM en voie de constitution.
- L'hospitalisation d'urgence est toujours justifiée au décours d'un épisode d'angor instable.

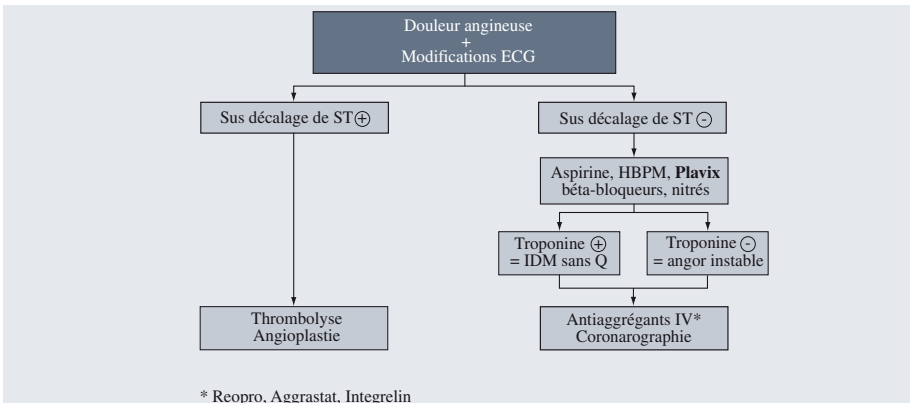


Figure 1 - Classification des syndromes coronariens aigus et orientations thérapeutiques



3

## Les médicaments, le matériel

- **Natispray fort** (0,40 mg), **Risordan 5**.
- **Aspégic** (flacon, amp inj IV à 1 g).
- **Morphine** (amp à 1 cg), **Nubain** (amp à 20 mg).
- **Xylocaïne** (IV amp inj de 2 % de 5 ml contenant 100 mg de **Xylocaïne**).
- **Atropine Aguetant** (0,1 %, amp inj à 1 mg).
- **Lasilix** (amp inj à 20 mg).

### UMH et hôpital

- **Actilyse** (flacon inj IV à 20 et 50 mg), **Streptase** (flacon inj IV à 1 500 000 UI), **Retepase** (flacon inj de 10 UI), **Métalyse** (flacon IV à 50 mg), **Lovenox** (sol inj SC et IV à 2 000 UI anti-Xa/0,2 ml et à 4 000 UI anti-Xa/0,4 ml), **Réopro** (sol inj IV à 2 mg/ml).



4

## La confirmation clinique du diagnostic

- Cliniquement, une douleur évocatrice de l'IDM est spontanée, rétrosternale, constrictive, prolongée, résistante à la **Trinitrine**.
- Valeur :
  - des antécédents : angor, dilatation ou pontage coronaire,
  - des signes d'accompagnement : pâleurs, sueurs, troubles digestifs,
  - des facteurs de risque cardiovasculaire (diabète, tabac, hypertension, hyperlipémie) mais leur absence à l'anamnèse ne doit en aucun cas faire récuser le diagnostic.
- Moins évocateurs sont : un malade agité, fébrile, douleur punctiforme modifiée par les temps respiratoires.
- Dans tous les cas, la certitude du diagnostic repose sur l'ECG.



5

## Le protocole de traitement

### À domicile

- Obtenir la confirmation diagnostique par l'électrocardiogramme.
- Éliminer une douleur d'angor par la **Trinitrine** sublinguale, chez un patient allongé et si la pression artérielle systolique > 100 mmHg.
- Appeler le SAMU. En cas de forme hyperalgique d'emblée : un antalgique intraveineux : **Morphine** (1 cg dilué dans 10 cc de glucosé à 5 %). Injection de 2 cc de cette solution toutes les 5 mn jusqu'à sédation de la douleur.
- **Aspirine** per os ou IV (250 mg à 500 mg).
- En cas de nausée, d'hypotension, de bradycardie (fréquente en cas de nécrose inférieure) : lever les jambes, **Atropine Aguetant** IVD 1 mg.
- En cas d'insuffisance ventriculaire gauche : **Burinex** (4 mg IVD) ou **Lasilix** (40 mg IVD).
- **Ce qu'il ne faut jamais faire** :
  - toute injection intramusculaire,
  - quitter le malade avant l'arrivée du SMUR.

### En SMUR puis en USIC

- Surveillance constante : mise sous scope.
- Mise en route du traitement spécifique visant à limiter la taille de la nécrose : thrombolytiques et bêtabloqueurs :
  - **le traitement thrombolytique** : d'autant plus indiqué que le délai est court (inférieur à 12 heures), qu'il n'existe pas de contre-indication, on peut utiliser au choix : **Actilyse** (70 à 100 mg en 90 min dont un bolus initial de 15 mg), **Streptase** (1 500 000 UI en 30 à 60 min), **Retepase** (10 unités en bolus IV administrées à 30 mn d'intervalle), **Métalyse** (30 à 50 mg en fonction du poids et

bolus IV unique). L'étude ASSENT 2 a démontré sur plus de 16 000 patients, la parfaite équivalence en termes de morbi-mortalité entre la **Métalyse** et l'**Actilyse**, mais dans l'étude ASSENT 3, lorsqu'il est associé du **Lovenox** à la **Métalyse**, cette stratégie s'avère supérieure à l'**Actilyse**,

- l'héparine non fractionnée fait partie du protocole de thrombolyse avec les produits fibrinolytiques. L'utilisation préhospitalière du **Lovenox** n'est pas recommandée (excès d'hémorragie intracranienne),
  - un **bêtabloqueur injectable en l'absence de contre-indication** (bradycardie inférieure à 50, hypotension inférieure à 100 mmHg, BAV des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> degrés, antécédents d'asthme). Une ampoule de **Ténormine** de 5 mg en intraveineuse lente.
- Les traitements associés :
- dérivés nitrés (**Risordan** injectable, **Lénitral** injectable), contre-indiqués en cas d'hypovolémie, de malaise vagal, d'infarctus du ventricule droit,
  - l'oxygénothérapie (facultative en l'absence d'insuffisance ventriculaire gauche),
  - **Xylocaïne** intraveineuse en cas d'extrasystolie ventriculaire > 6/min (bolus 1 mg/kg, 30 mg/kg/24 h),
  - le **Plavix**, en association à l'aspirine et à un régime thrombolytique standard, chez les patients de moins de 75 ans, améliore la perfusion de l'artère responsable de l'infarctus et diminue le risque de récurrence ischémique.

### Pour information

- La thrombolyse préhospitalière, quand elle est réalisable, permet un gain de temps d'une heure environ et apporte un bénéfice indiscutable sur les patients vus très précocement (1<sup>re</sup> heure).
- La coronarographie avec angioplastie directe est le traitement de choix en cas de contre-indication au traitement thrombolytique ou de choc cardiogénique. Certains la proposent d'emblée en cas de disponibilité du plateau technique, d'autant que la nécrose paraît étendue. La reperfusion coronaire par angioplastie directe pratiquée par des cardiologues expérimentés est plus complète que par thrombolyse mais la technique est limitée par des problèmes de faisabilité. Dans ce cas, elle est facilitée par l'utilisation précoce d'un inhibiteur des récepteurs plaquettaires GIIb/IIIa (**Réopro**) qu'il est possible de débiter en période de préhospitalière selon un protocole défini en accord avec les cardiologues interventionnels.
- L'association d'inhibiteurs des récepteurs plaquettaires GIIb/IIIa à des doses réduites de thrombolytiques n'a pas démontré sa supériorité en termes de mortalité par rapport au traitement thrombolytique à doses pleines.



6

## Les premiers examens paracliniques

- L'ECG est l'examen de base de tout sujet souffrant d'une douleur thoracique.
- Les examens biologiques ne sont jamais indispensables au diagnostic d'urgence :
  - enzymes : CPK (début de l'ascension vers la sixième heure), SGOT, LDH,
  - le dosage de la myoglobine est rapide, sensible mais peu spécifique,
  - l'augmentation de la troponine est plus tardive mais plus spécifique,
  - hémostase (TP, TCA, plaquettes) pour suivre le traitement thrombolytique,
  - numération formule sanguine.
- Radiographie du thorax : intérêt pour dépister l'insuffisance ventriculaire gauche débutante.
- L'échographie cardiaque : localisation précise et taille de la nécrose, diagnostic des complications mécaniques.



7

## Les trucs du métier, les pièges qu'il faut éviter

### Les trucs

- Il faut faire un électrocardiogramme systématique devant toute douleur épigastrique (fréquente dans les nécroses inférieures).
- Éviter tout retard à la réanimation, le pronostic en dépend.

### Les pièges

- Évoquer un infarctus du myocarde devant une douleur évocatrice prolongée même si l'ECG n'est pas contributif (bloc de branche gauche, pacemaker).
- Chez le coronarien connu, *a fortiori ponté* ou dilaté, il faut être très large dans les indications de réhospitalisation car les modifications électriques sont parfois trompeuses.
- La nécrose basale pure par occlusion d'une branche marginale de la circonflexe, s'exprime par un sous-décalage isolé en dérivations antéro-latérale : faire V7 V8 V9 où s'inscrivent les signes directs (sus-décalage de ST) et ne pas conclure trop vite à un SCA sans sus-décalage (cf. chapitre précédent).
- En cas de douleur vue précocement : refaire des tracés rapprochés.



### Les correspondances thérapeutiques

- Une bouffée de **Natispray** est équivalente à 1 cp de **Natirose** et à 1 cp de **Risordan 5**.
- **Lasilix** : 2 amp à 20 mg = **Burinex** : 1 amp à 2 mg.