

Les syndromes coronariens aigus : Principe de prise en charge

Dr M-C Chaumais

- Signe clinique
- Suspicion diagnostique
- ECG
- Marqueur biologique
- Diagnostic
- Objectif thérapeutique

Douleur thoracique

SCA

| | | |
|---|---|--------|
| Sus décalage ST évolution vers onde Q (un infarctus transmural = ischémie très importante et nécrose cellule cardiaque) | Normal et évolution vers anomalies ST (sous décalage) / ondes T | Normal |
|---|---|--------|

| | |
|------------------|-------------------|
| Troponine élevée | Troponine normale |
|------------------|-------------------|

| | | |
|---------|---------|----------------|
| SCA ST+ | SCA ST- | Angor instable |
|---------|---------|----------------|

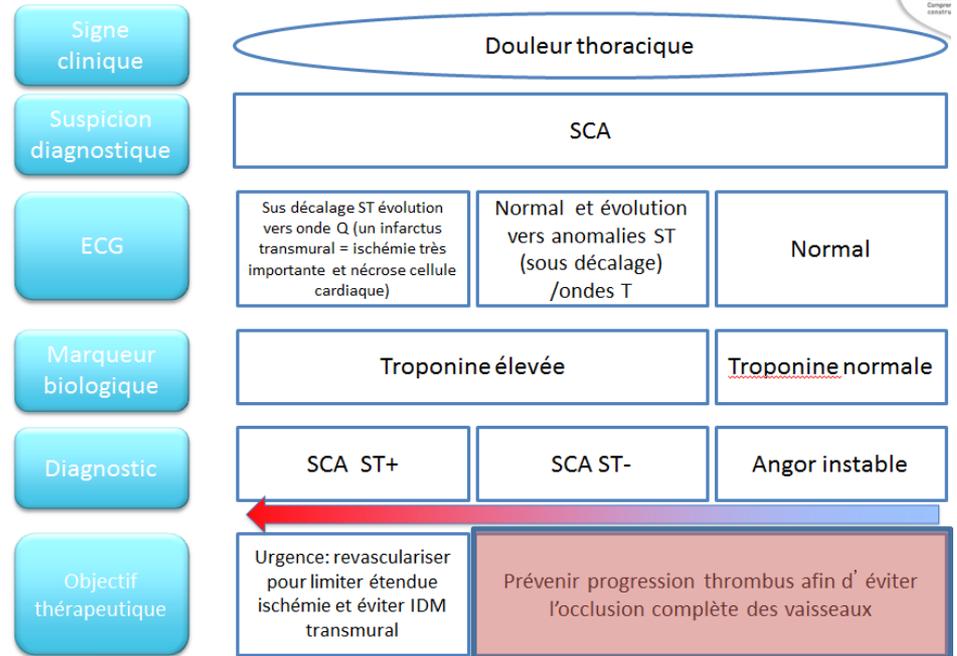
| | |
|--|--|
| Urgence: revasculariser pour limiter étendue ischémie et éviter IDM transmural | Prévenir progression thrombus afin d'éviter l'occlusion complète des vaisseaux |
|--|--|



Plan

1) Angor instable / SCA ST-

2) SCA ST+



- **Physiopathologie :**

- érosion , fissuration ou rupture d'une plaque d'athérome
- Mise à nu du sous-endothélium => activation plaquettaire et de la cascade de la coagulation => thrombus mural plaquettaire

- **Manifestation clinique :**

- Crises fréquentes, plus longues
- Crises moins sensibles à la TNT
- Angor spontané, de repos

- **Physiopathologie :**
 - érosion , fissuration ou rupture d'une plaque d'athérome
 - Mise à nu du sous-endothélium => activation plaquettaire et de la cascade de la coagulation => thrombus mural plaquettaire
- **Manifestation clinique :**
 - Crises fréquentes, plus longues
 - Crises moins sensibles à la TNT
 - Angor spontané, de repos

Objectif thérapeutique commun :

Prévenir la progression du thrombus afin d'éviter l'occlusion complète des vaisseaux

Principes de prise en charge

pathologie aigue => traitement curatif

Evaluation du risque

Risque cardiovasculaire à court terme

Traitements

Médicamenteux

- Anti-ischémiques : antagonistes des récepteurs β adrénergiques, dérivés nitrés, inhibiteurs des canaux calciques
- Anti-thrombotiques: antiagrégants plaquettaires, Héparines, anti-Gp2b3a encadrant la revascularisation
- Statines

Non médicamenteux
revascularisation

Score TIMI

Paramètre composite : score de 0 à 7

- Âge \geq 65 ans 1 pt
- \geq 3 facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, diabète, tabac...) 1 pt
- sténose coronaire connue $>$ 50 % 1 pt
- sous décalage du segment ST 1 pt
- angor sévère (\geq 2 épisodes/24 h) 1 pt
- prise d'aspirine au cours des 7 derniers jours 1 pt
- élévation de troponine Ic, myoglobine 1 pt

| Score TIMI | 0 - 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 à 7 |
|--|-------|-------|--------|--------|-------|--------|
| Risque cardiovasculaire à cours terme (14 j) : | | | | | | |
| - mortalité | 4,7 % | 8,3 % | 13,2 % | 19,9 % | 26,2% | 40,9 % |
| - IDM non fatal | | | | | | |
| ischémie récidivante | | | | | | |

 Haut risque \geq 4

Traitements médicamenteux disponibles :

Anti-ischémiques

❖ Les dérivés nitrés :

Trinitrine

Dinitrate d'isosorbide

Spray sublingual

ou

Dinitrate d'isosorbide

voie IV

❖ Les antagonistes des récepteurs β adrénergiques:

Ex: acebutolol

metoprolol

voie orale

ou

Ex: atenolol

voie IV

❖ Les inhibiteurs de l'influx calcique :

En cas de contre-indication aux bêtabloquants, d'échec de la bithérapie bêtabloquant-dérivé nitré on préfère alors les bradycardisants (vérapamil, diltiazem)

Traitements médicamenteux disponibles : Anti-thrombotiques

❖ L'aspirine :

doit être prescrite chez tous les patients (250 mg en IV puis 75-100 mg PO)

❖ Les inhibiteurs directs ou indirects du récepteur P2Y12 :

- Toujours en association à l'aspirine
- Clopidogrel / Prasugrel / Ticagrelor
- dose de charge puis dose d'entretien

L'association des antiagrégants plaquettaires: Réduit de 20 % le risque relatif de survenue d'IDM, AVC, décès d'origine CV par rapport à aspirine seule



Traitements médicamenteux disponibles : Anti-thrombotiques

❖ Anti GPIIb/IIIa :

Voie IV, courte période (48 à 72h)

- uniquement chez les patients à **haut risque** (revascularisation)
- en association : avec l'aspirine + clopidogrel + héparine
- eptifibatide / tirofiban /abciximab

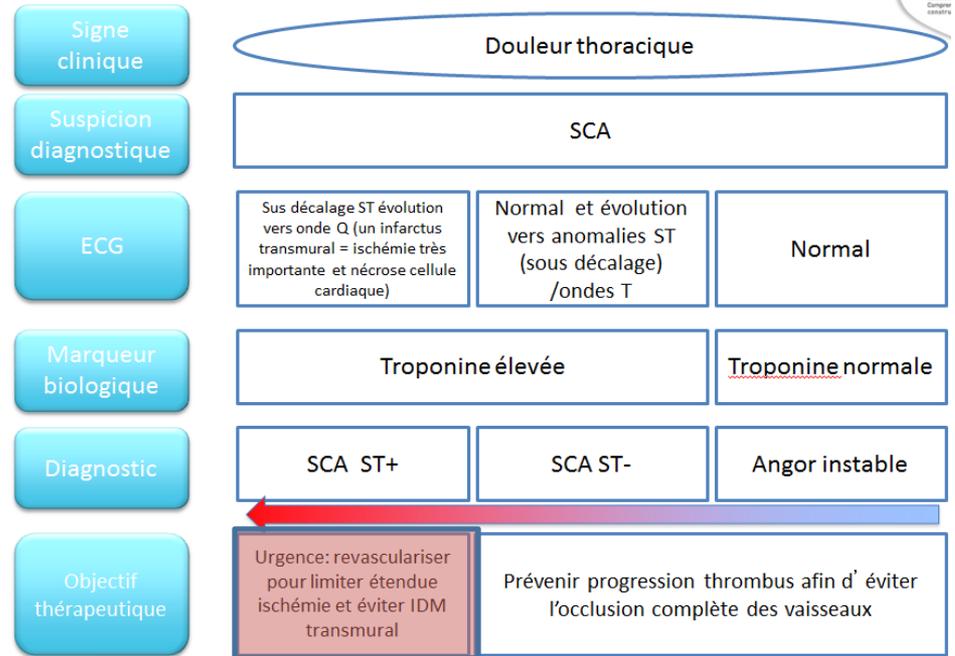
❖ Les héparines:

Héparines non fractionnées (HNF) en IV ou HBPM en SC
Enoxaparine / daltéparine

Plan

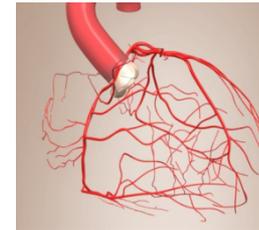
1) Angor instable / SCA ST-

2) SCA ST+



- **Physiopathologie :**

- Obstruction complète de la lumière érosion artérielle => necrose myocardique
- Taille de l'infarctus dépend de la localisation de l'occlusion de l'artère, de la durée, de l'existence de colatérales



- **Manifestation clinique :**

- Douleur bras gauche irradiant à la mâchoire
- Résiste à la trinitrine

Objectif thérapeutique :

revasculariser pour limiter étendue ischémie et éviter IDM transmural



Réduire la mortalité

Principes de prise en charge

pathologie aigue grave=> urgence thérapeutique

1^{er} Temps : SAMU - URGENCES

Arrêter le processus : reperfusion myocardique

2^{ème} Temps : HOPITAL SOINS INTENSIFS

Limiter l'étendue de la nécrose

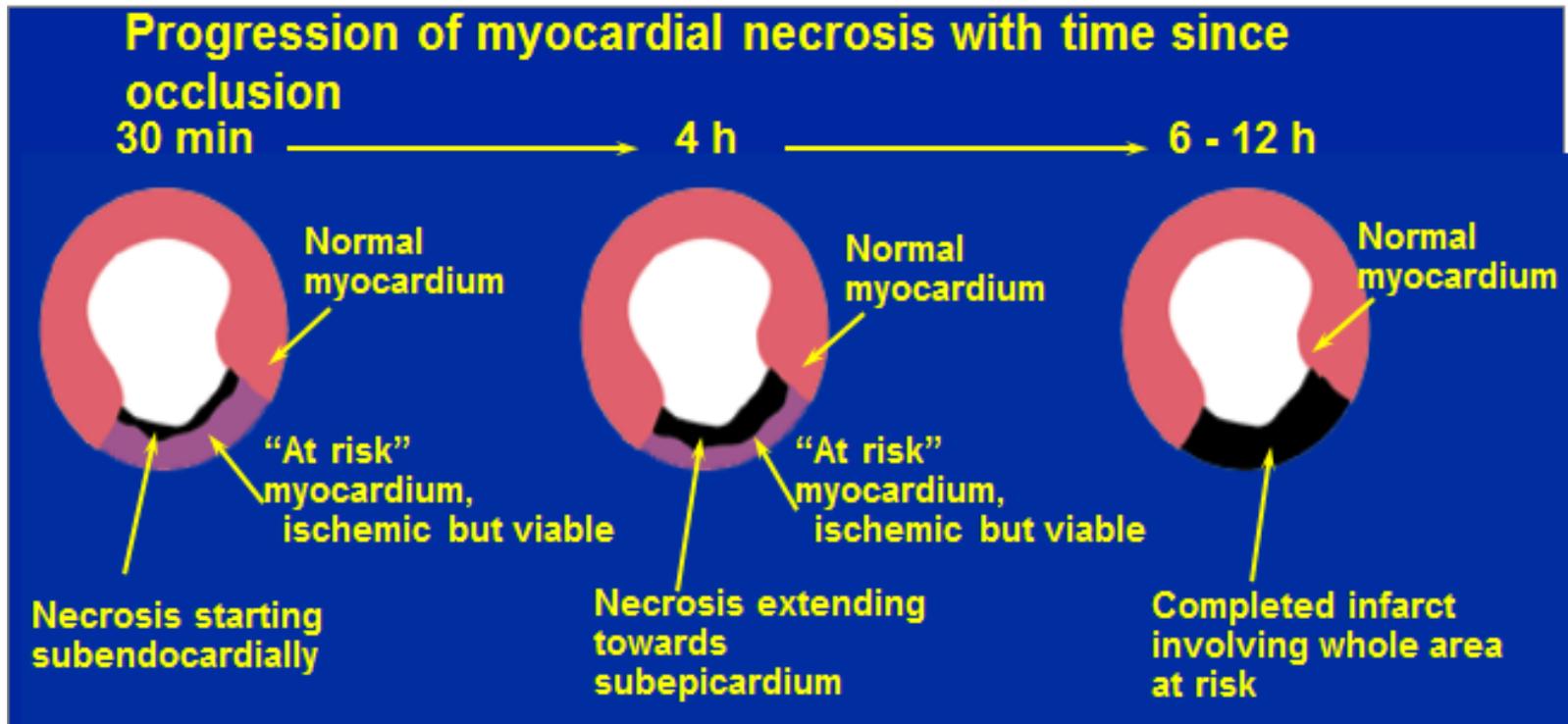
3^{ème} : HOSPITALISATION CONVENTIONELLE - AMBULATOIRE

Réduire les complications

Principes de prise en charge

1^{er} Temps : SAMU - URGENCES

Arrêter le processus : reperfusion myocardique



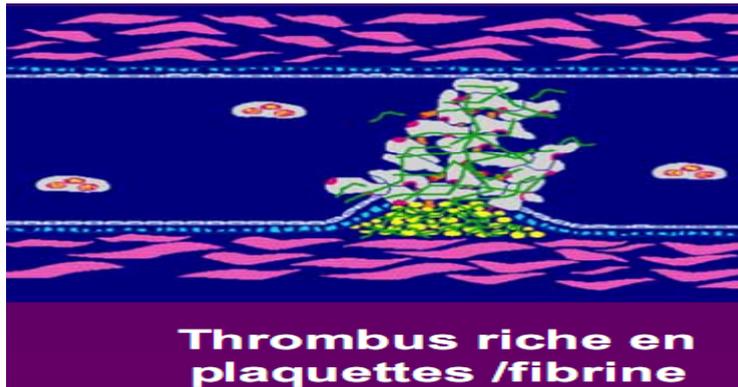
si occlusion complète et prolongée (12h) d'une artère coronaire :
nécrose par progression transmurale

Principes de prise en charge

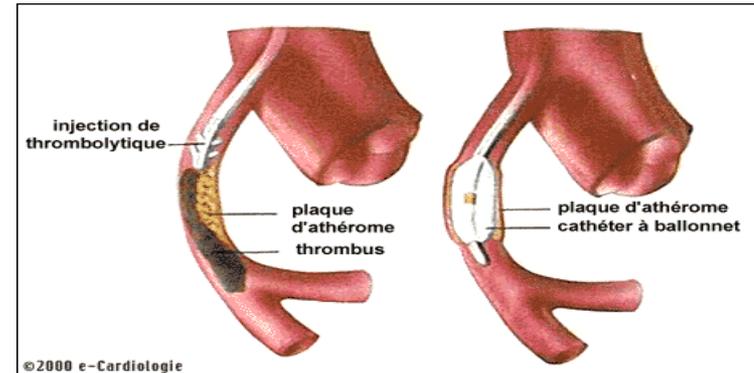
1^{er} Temps : SAMU - URGENCES

Arrêter le processus : reperfusion myocardique

Réouverture précoce de l'artère responsable de la nécrose : objectif prioritaire lorsque le patient est admis dans les 12 heures après le début des symptômes



Fibrinolyse



Angioplastie coronaire

Principes de prise en charge

1^{er} Temps : SAMU - URGENCES

Arrêter le processus : reperfusion myocardique

Associé à la reperfusion myocardique :

➤ Prise en charge de la douleur

⇒ activation du système nerveux sympathique : ↑ besoins en O₂ du myocarde

⇒ Morphine en SC ou IV

➤ Prise en charge de l'hypoxie (si Sa O₂ < 94 %)

⇒ Oxygénothérapie

➤ Soulager le VG si insuffisance ventriculaire gauche

⇒ Furosémide en IV

Principes de prise en charge

2^{ème} Temps : HOPITAL SOINS INTENSIFS

Limiter l'étendue de la nécrose

Evolution de la nécrose :

- troubles du rythme précoces : supraventriculaires, ventriculaires
- IC aiguë
- récidive d'IDM par ré-obstruction



Traitements médicamenteux

- Antagonistes des récepteurs beta adrénergiques
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion

Principes de prise en charge

2^{ème} Temps : HOPITAL SOINS INTENSIFS

Limiter l'étendue de la nécrose

❖ Les antagonistes des récepteurs β adrénergiques:

| Efficacité clinique |
|--|
| - Réduit la mortalité cardiovasculaire |
| - Réduit la mortalité globale |

- Réduit la mortalité cardiovasculaire
- Réduit la mortalité globale



-si CI : vérapamil sauf si IC



Pas de β -bloquants en cas de défaillance cardiaque aigüe

Principes de prise en charge

2^{ème} Temps : HOPITAL SOINS INTENSIFS

Limiter l'étendue de la nécrose

❖ Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion:

| Efficacité clinique |
|-----------------------|
| - Réduit la mortalité |



Principes de prise en charge

2^{ème} Temps : HOPITAL SOINS INTENSIFS

prise en charge des complications dues à la nécrose

- **troubles ventriculaires** (induits lors de la reperfusion) : anti-arythmiques
- **troubles supra ventriculaires (ACFA)** → retour en rythme sinusal : amiodarone
- **correction des facteurs favorisants** : hypokaliémie, hypoxémie, acidose métabolique
CI des antiarythmiques la

Principes de prise en charge

3^{ème} : HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE - AMBULATOIRE

Réduire les complications :

- Prévenir les récurrences
- Prévenir la mort subite

B établoquants

A ntiagrégants plaquettaires

S tatine

I E C ou ARA II

C ontrôle des facteurs de risques

Principes de prise en charge

3^{ème} : HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE - AMBULATOIRE

Réduire les complications :

- Prévenir les récurrences
- Prévenir la mort subite



Béta-bloquants

efficaces à long terme sur la survie, les récurrences et les arythmies ventriculaires sévères surtout chez les patients à risque élevé

ex: **Propranolol, métoprolol, acebutolol - timolol traitement à vie** ; intérêt de plus si HTA, IC stabilisée (classe < 4)

• **Si CI : $\beta^- \Rightarrow$ verapamil**

Principes de prise en charge

3^{ème} : HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE - AMBULATOIRE

Réduire les complications :

- Prévenir les récurrences
- Prévenir la mort subite



Antiagrégants plaquettaires

Prévenir la thrombose du stent et des autres coronaires

Anticoagulants oraux (AVK ou AOD)

- réservés **si fibrillation auriculaire**
- limitent les récurrences comme l'aspirine mais risque hémorragique

Principes de prise en charge

3^{ème} : HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE - AMBULATOIRE

Réduire les complications :

- Prévenir les récives
- Prévenir la mort subite



Statine

Même si absence de dyslipidémie

À forte dose

Objectif : LDL cholestérol $< 0,7$ g/L soit $< 1,8$ mmol/L

Principes de prise en charge

3^{ème} : HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE - AMBULATOIRE

Réduire les complications :

- Prévenir les récives
- Prévenir la mort subite



I E C ou ARA II

Obligatoire quelle que soit la tension artérielle

ex: captopril, lisinopril, ramipril, trandolapril , perindopril

Principes de prise en charge

3^{ème} : HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE - AMBULATOIRE

Réduire les complications :

- Prévenir les récurrences
- Prévenir la mort subite

Contrôle des facteurs de risques

arrêt tabac,
réadaptation cardiovasculaire,
traitement du diabète

....

Les syndromes coronariens aigus

Dr M-C Chaumais