

## Les syndromes coronariens aigus :

Stratégie thérapeutique  
et

Accompagnement thérapeutique

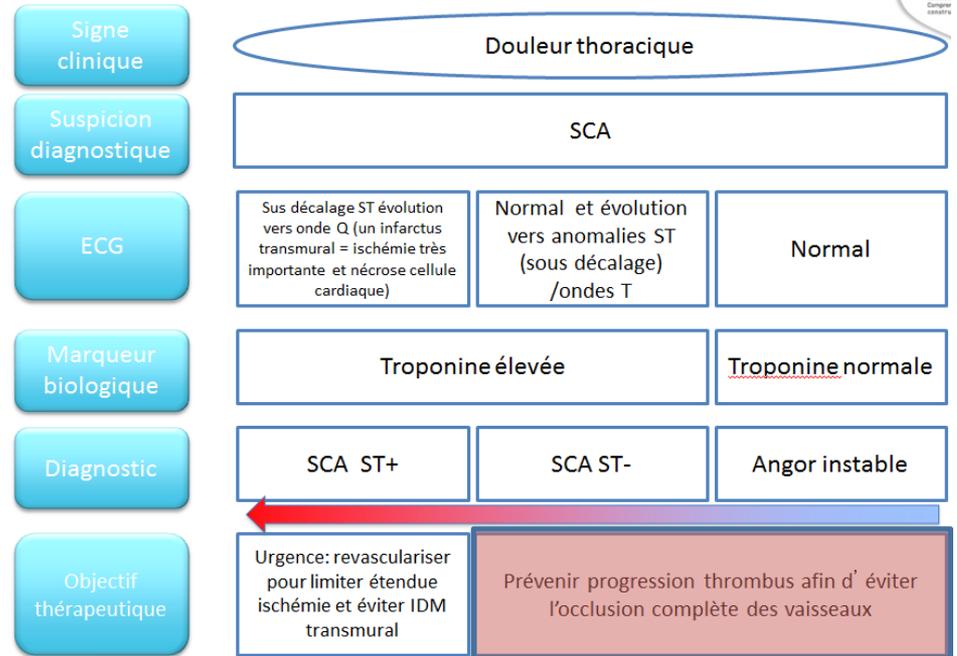
Dr M-C Chaumais

---

# Plan

1) Angor instable / SCA ST-

2) SCA ST+



# SYNTHESE : Angor instable et SCA ST-

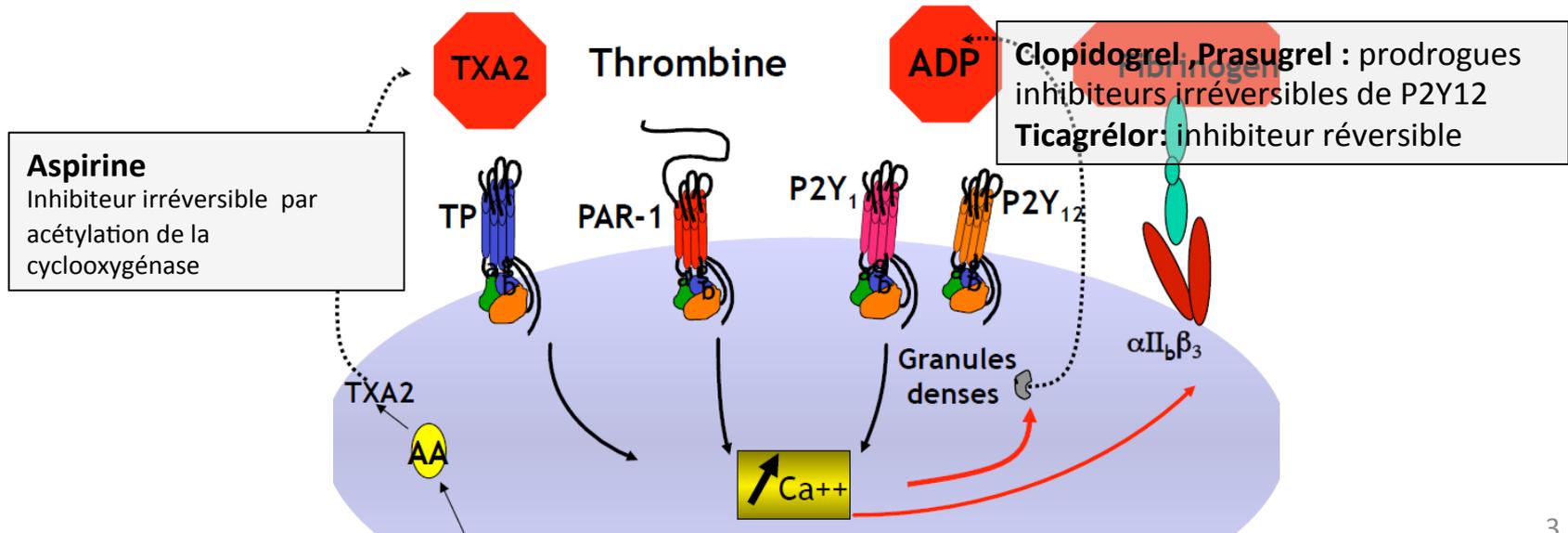
Examen clinique, ECG, enzymes cardiaques  
Pas de sus décalage ST

Aspirine + clopidogrel (ou ticagrelor ou prasugrel) (IV)  
Héparine non fractionnée (ou HPM)  
Bétabloquants (IV) + dérivés nitrés (IV)  
Statines

Repos, O<sub>2</sub> si hypoxie

Haut risque TIMI  $\geq 4$

Bas risque TIMI  $< 4$



# SYNTHESE : Angor instable et SCA ST-

Examen clinique, ECG, enzymes cardiaques  
Pas de sus décalage ST

Aspirine + clopidogrel (ou ticagrelor ou prasugrel) (IV)  
Héparine non fractionnée (ou HPM)  
Bétabloquants (IV) + dérivés nitrés (IV)  
Statines

Repos, O<sub>2</sub> si hypoxie

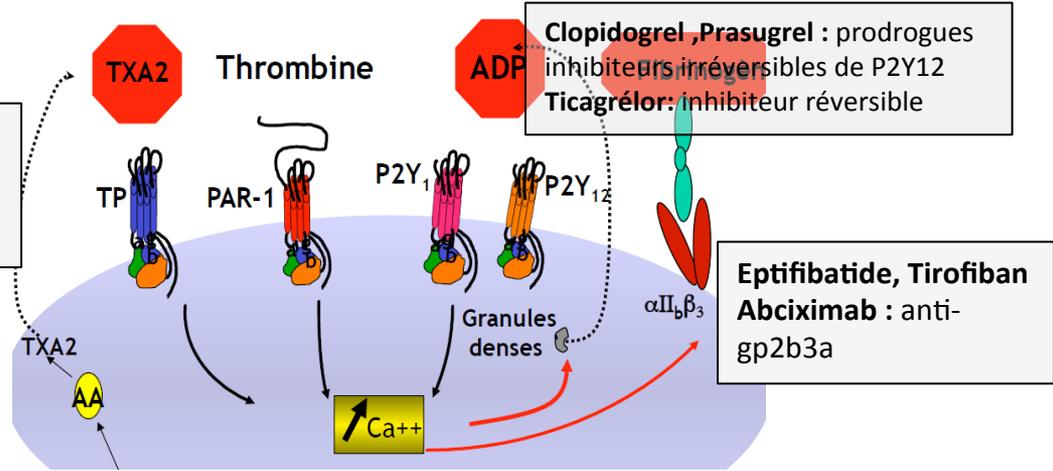
Haut risque TIMI ≥ 4

Bas risque TIMI < 4

Poursuite du traitement médical  
+ Anti GpIIb/IIIa  
+ Coronarographie

Angioplastie ou pontage  
et prise en charge médicale

**Aspirine**  
Inhibiteur irréversible par acétylation de la cyclooxygénase



Les fibrinolytiques n'ont pas leur place dans les SCA ST- car artère non occluse donc la dégradation de la fibrine est efficace

# SYNTHESE : Angor instable et SCA ST-

Examen clinique, ECG, enzymes cardiaques  
Pas de sus décalage ST

Aspirine + clopidogrel (ou ticagrelor ou prasugrel) (IV)  
Héparine non fractionnée (ou HPM)  
Bétabloquants (IV) + dérivés nitrés (IV)  
Statines

**Repos, O<sub>2</sub> si hypoxie**

**Haut risque TIMI ≥ 4**

**Bas risque TIMI < 4**

Poursuite du  
traitement médical

+ Anti GpIIb/IIIa  
+ Coronarographie

2ème dosage de  
troponine après 3h

Positif

2 fois négatif

Angioplastie ou pontage  
et prise en charge  
médicale

- **Stop héparine**

- **Relai par voie orale** : aspirine, clopidogrel, Bétabloquant, dérivé nitré (inhibiteur calcique) + statine

- **Suivi de la CRP** si > à 3 mg/L: x 8,6 le risque de récurrence

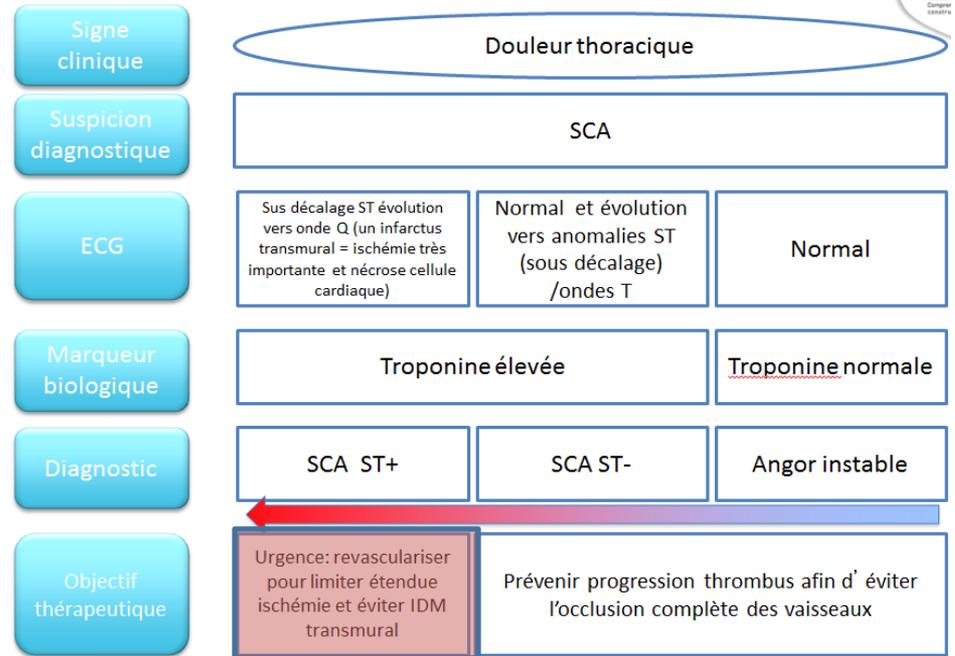
- **Epreuve d'effort et coronarographie** pour évaluer les risques après 2 à 3J de stabilisation => angioplastie? Pontage?

- **Traitement facteurs de risque** : diabète, HTA...

# Plan

1) Angor instable / SCA ST-

2) SCA ST+



# Stratégie thérapeutique

**1<sup>er</sup> Temps : SAMU - URGENCES**

## **L'angioplastie coronaire : Traitement de référence**

- ❖ **Doit être** réalisée par une équipe expérimentée dans un **délai de 120 minutes après le premier contact médical** (premier ECG diagnostic)
- ❖ Ce délai comprend le temps de transport, de transit intra-hospitalier, de préparation du patient ; il inclut également la ponction de l'artère et l'inflation du ballon + abciximab.
- ❖ **Assure une excellente reperfusion dans 90 % des cas**

# Stratégie thérapeutique

**1<sup>er</sup> Temps : SAMU - URGENCES**

## **La fibrinolyse**

Si angioplastie impossible

Réalisable dans pratiquement toutes les circonstances

Bénéficie d'une mise en œuvre extrêmement rapide (peu à Paris)

# Stratégie thérapeutique

**1<sup>er</sup> Temps : SAMU - URGENCES**

## La fibrinolyse

### **IDM de moins de 12 H**

à faire - dans les 90 minutes après l'appel

- dans les 30 minutes après l'admission à l'hôpital

- Seulement 60 à 65 % de reperméabilisation à 90 minutes
- Inutile après 12 h
- Association à : aspirine + Clopidogrel => améliore la perméabilité

**Efficacité jugée dans l'heure** qui suit l'administration : sédation de la douleur, régression du sus-décalage de ST

**En cas d'échec, coronarographie** : permet de réaliser une angioplastie dite de sauvetage

# Stratégie thérapeutique

1<sup>er</sup> Temps : SAMU - URGENCES

## La fibrinolyse

### CI absolues

- hémorragie cérébrale ou AVC (antécédents)
- accident ischémique cérébral de moins de 6 mois
- traumatisme, chirurgie de moins de 3 semaines
- ulcère gastro-duodénal évolutif
- trouble hémorragique connu

### CI relative

- Anticoagulant oral,
- grossesse,
- HTA réfractaire,
- plaie incompressible

# Stratégie thérapeutique

**1<sup>er</sup> Temps : SAMU - URGENCES**

## Angioplastie ou fibrinolyse

Si réalisable dans les 120 minutes après l'ECG qualifiant ⇒  
angioplastie enUSIC

Si angioplastie non réalisable dans les délais ⇒ fibrinolyse



Si succès coronaro  
de contrôle

Si CI à la fibrinolyse  
⇒ angioplastie



Si échec



Angioplastie de  
sauvetage

Si IDM de plus de 12 h : traitement médical

# Stratégie thérapeutique

## 1<sup>er</sup> Temps : SAMU - URGENCES

Arrêter le processus : reperfusion myocardique

Quelle que soit la technique de désobstruction choisie, la prescription d'un **antithrombine et d'antiagrégants plaquettaires** est impérative pour limiter le risque de réocclusion

**Aspirine**

+++



**Clopidogrel**

ou prasugrel  
ou ticagrelor



**Héparines**

HNF

(ou énoxaparine ou Fondaparinux)

300mg à 500mg IV  
Dès la prise en charge  
réduit de 15 % la  
mortalité globale

-300mg ( si fibrinolyse)  
-600 mg (si angioplastie)  
-puis 75 mg/J

Si t-PA ou reteplase, dose à définir

# Stratégie thérapeutique

## 1<sup>er</sup> 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 O<sub>2</sub> du myocarde

⇒ Morphine en SC ou IV

➤ Prise en charge de l'hypoxie (si Sa O<sub>2</sub> < 94 %)

⇒ Oxygénothérapie

➤ Soulager le VG si insuffisance ventriculaire gauche

⇒ Furosémide en IV

# Stratégie thérapeutique

## 2<sup>ème</sup> 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

# Stratégie thérapeutique

**3<sup>ème</sup> : HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE - AMBULATOIRE**

Réduire les complications :

- Prévenir les récives
- Prévenir la mort subite

**B** établoquants

**A** ntiagrégants plaquettaires

**S** tatine

**I** E C ou ARA II

**C** ontrôle des facteurs de risques

# Stratégie thérapeutique

**3<sup>ème</sup> : HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE - AMBULATOIRE**

Réduire les complications :

- Prévenir les récurrences
- Prévenir la mort subite



## Béta-bloquants

S'assurer que le patient soit « stable »

Attention à l'effet rebond si arrêt brutal du traitement

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

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

# Stratégie thérapeutique

## 3<sup>ème</sup> : HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE - AMBULATOIRE

Réduire les complications :

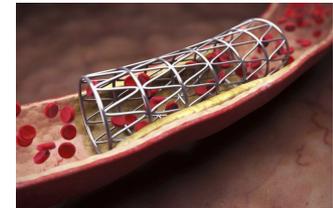
- Prévenir les récurrences
- Prévenir la mort subite



## Antiagrégants plaquettaires

Prévenir la thrombose du stent et des autres coronaires

- Toujours bithérapie antiagrégant plaquettaire (BAAP) au début, puis monothérapie à vie
- BAAP : aspirine 75 à 100 mg/j + clopidogrel (ou prasugrel ou ticagrélor)
- Durée : 12 mois (6 mois quand stent dans le cadre d'un angor stable)



## Anticoagulants oraux (AVK ou AOD)

- Risque hémorragique important
- Si association anticoagulant oral + AAP, la durée de la bithérapie AAP doit être la plus faible possible
- Après 1 an, anticoagulant seul, sans AAP

# Stratégie thérapeutique

**3<sup>ème</sup> : HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE - AMBULATOIRE**

Réduire les complications :

- Prévenir les récurrences
- 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

# Stratégie thérapeutique

**3<sup>ème</sup> : HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE - AMBULATOIRE**

Réduire les complications :

- Prévenir les récives
- Prévenir la mort subite



**I E C ou ARA II**

- recherche dose maximale tolérée progressive
- surveillance TA, créatininémie, kaliémie

# Stratégie thérapeutique

**3<sup>ème</sup> : HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE - AMBULATOIRE**

Réduire les complications :

- Prévenir les récives
- Prévenir la mort subite

## Contrôle des facteurs de risques

arrêt tabac,  
réadaptation cardiovasculaire,  
traitement du diabète

....

# Stratégie thérapeutique

1

**Reperfusion  
myocardique**

fibrinolyse  
ou angioplastie

**Antithrombotiques**

+IPP si Pb digestif antérieur  
car risque hémorragique

**Traitement de la douleur  
Correction hypoxie  
Soulager si IVG**

Morphine SC ou IV 5 mg  
Oxygène  
Furosémide si IVG

2

**Limiter l'évolution de la nécrose**

**β-bloquants  
IEC**

3

**Prévenir les complications**

**BASIC**

# Accompagnement thérapeutique

## Efficacité du traitement

Epreuve d'effort  
Absence de récurrence



## Prévention de la iatrogénie

Médicament	Effet indésirable	Prévention
<b>Antagonistes des récepteurs <math>\beta</math> adrénergiques</b>	Bradycardie Hypotension Effet rebond Bronchospasme	Posologie progressive Surveillance clinique Pas d'arrêt brutal Identifier si asthme ou BPCO (CI)
<b>Antiagrégants plaquettaires</b>	Saignements	Surveillance clinique IPP si besoin
<b>statines</b>	Crampes Rhabdomyolyse Douleurs abdominales	Surveillance clinique Identifications IAM (inhibiteurs enzymatiques)
<b>IEC</b>	Hyperkaliémie Altération de la fonction rénale Toux	Surveillance biologique Surveillance clinique

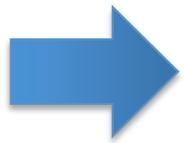
# Accompagnement thérapeutique

## Conseils aux patients



Identique à l'angor stable..

- . Nécessité d'une bonne observance
- . Compréhension de l'intérêt de chaque traitement
- . Suivi +++ (ex: arrêt de la bithérapie AAP en temps voulu)
- . Détection de signes cliniques évocateur d'une récurrence
- . Importance du contrôle des facteurs de risques cardiovasculaires



**Education thérapeutique du patient**

# En résumé

## Angor stable:

- . maladie chronique d' évolution lente
- . Traitement de crise / fond
- . Importance du traitement non médicamenteux
- . Risque d' évolution vers un SCA

## Angor instable:

- . Fait partie des SCA (ST- Tropo-)
- . Degré de sévérité à calculer par le score TIMI
- . Peut nécessiter une reperfusion
- . Risque d' évolution vers un SCA ST+

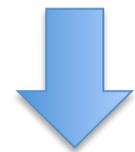
## Infarctus du myocarde:

- . Le plus sévère : SCA ST+
- . Existence d' une nécrose myocardique
- . Prise en charge en urgence
- . Risque d' évolution vers IC/ACFA/Mort subite

Importance des TTT

Importance d' une  
bonne observance

Importance du suivi



Augmentation de la  
survie