

# *SYNDROME CORONAIRE SANS SUS DECALAGE DE ST*

Dr M, BERREHAL  
Maitre assistant CHU Sétif  
Oct. 2018

# *INTRODUCTION*

- *Une situations cliniques secondaires à une **ischémie myocardique aiguë***
- *Secondaire à l'érosion de la plaque d'athérome coronaire, la thrombose surajoutée et l'embolisation distale secondaire*
- *Risque d'évoluer vers l'infarctus du myocarde*
- *Pronostic vitale,,,,,*

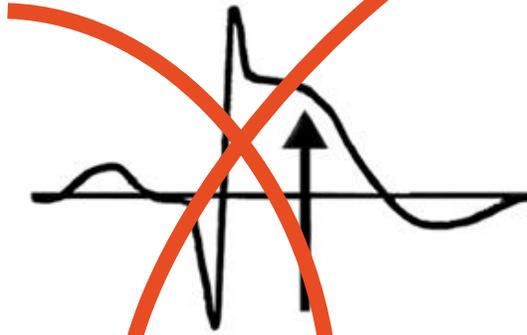
# *DEFINITION*

*Douleur thoracique aigue avec:*

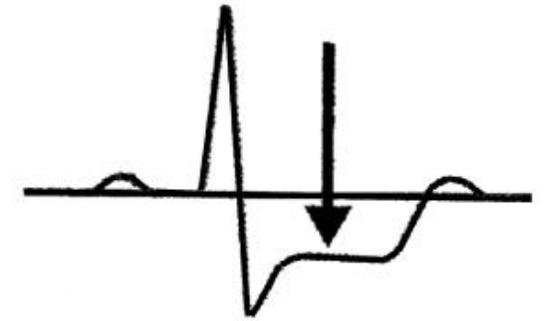
- *Un sous décalage persistant ou non du segment ST,*
- *Inversion des ondes T,*
- *Des ondes T plates*
- *Ou même un ECG normale.*

# DEFINITION

## Aspects ECG des syndromes coronaires aigus



1. SCA avec sus-décalage de ST



2. SCA sans sus-décalage de ST (sous-décalage de ST)



3. SCA sans sus-décalage de ST (ST iso-électrique, mais onde T négative)



4. SCA sans sus-décalage de ST (aspect normal de l'ECG)

# *PHYSIOPATHOLOGIE*

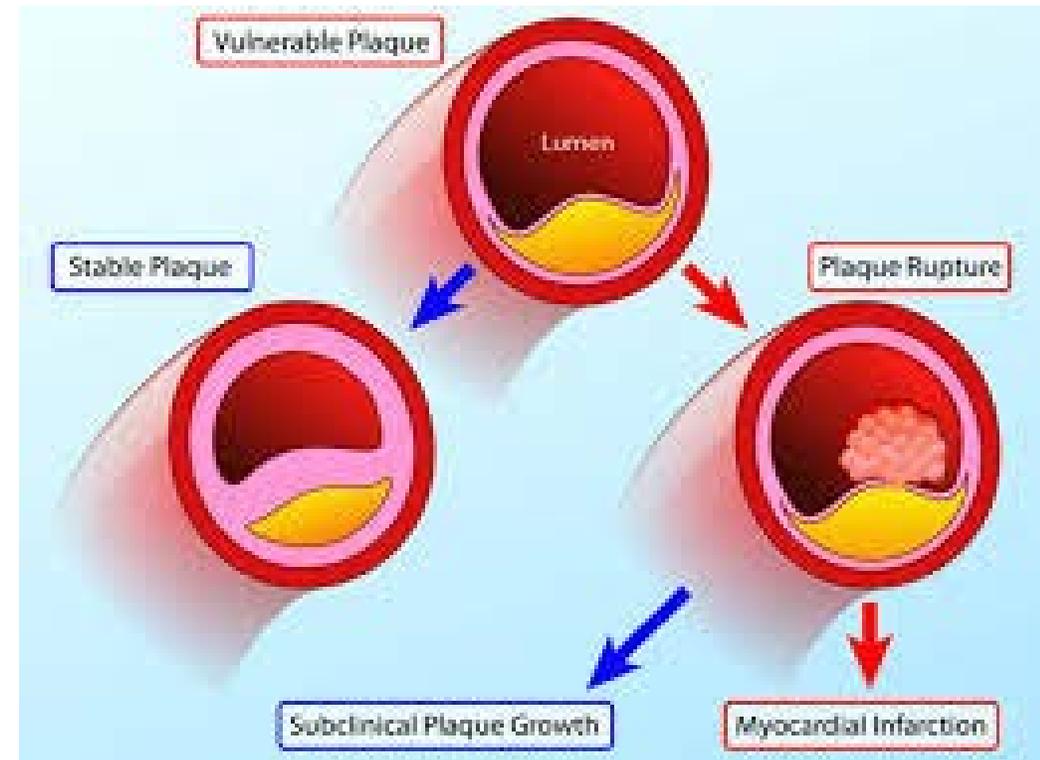
- *Une des manifestations de l'athérosclérose*
- *Érosion de la plaque d'athérome suivie d'une thrombose aiguë avec ou sans spasme surajouté entraînant une réduction brutal et critique du flux coronaire.*

# ETIOLOGIES

- *L'athérosclérose:++++*

*La plaque vulnérable est généralement petite avec une chape fibreuse mince et une charge lipidique importante.*

- *Dissection*
- *Artérite*
- *Traumatisme*
- *Drogue*
- *Anomalies congénitales.*



# *DIAGNOSTIC*

## *Le symptôme majeur: la douleur thoracique*

- *Douleur angineuse de repos prolongée (> 20 min)*
- *Angor de novo classe II à III de la SCC.*
- *Déstabilisation récente d'un angor stable avec au minimum un angor classe III (crescendo)*
- *Angor post IDM*

# *DIAGNOSTIC*

- *Rétrosternale,*
- *constrictive,*
- *Irradiant vers la mâchoire et le membre sup G,*
- *Intermittente ou continue*
- *Parfois à type de brûlure*
- *Peux être atypique et siéger au niveau épigastrique*

# *EXAMEN CLINIQUE*

## *Interrogatoire*

- *Caractéristique de la douleur*
- *Signes associés*
- *FDR cardiovasculaires*
- *Comorbidité*

# *EXAMEN CLINIQUE*

## *Examen physique*

- *Le plus souvent normal*
  - *Rechercher d'autres atteintes artérielles athéromateuses (Carotide, fémorale, Abdo et lombaire)*
  - *Eliminer un diagnostic différentiel*
  - *Signes d'insuffisance cardiaque*

# *EXAMENS COMPLÉMENTAIRES*

## *ECG*

- *C'est l'outil diagnostique de première ligne.*
- ***Un ECG à 12 dérivations doit être enregistré dans les 10 minutes suivant le premier contact avec un médecin et lu immédiatement par un médecin expérimenté.***
- *Cette démarche doit être répétée en cas de récurrence des symptômes, et après 6-9 et 24 heures, et avant la sortie de l'hôpital.*

# *EXAMENS COMPLÉMENTAIRES*

## *ECG*

*On peut trouver :*

- *Un sous décalage persistant ou non du segment ST,*
- *Inversion des ondes T,*
- *Des ondes T plates*
- *Ou même un ECG normale*

# *EXAMENS COMPLÉMENTAIRES*

## *ECG*

*Des dérivations ECG supplémentaires (V3R, V4R, V7-V9) sont recommandées lorsque les dérivations habituelles ne permettent pas de conclure*

# *EXAMENS COMPLÉMENTAIRES*

## *BIOLOGIE*

### *Troponines T et I :*

- *très spécifiques jouent un rôle important dans le diagnostic est la stratification du risque,*
- *l'élévation à 4-6 h, persiste 10-15 j.*
- *L'élévation des troponine permet la distinction parmi l'angor instable et le NSTEMI*

# *EXAMENS COMPLÉMENTAIRES*

## *BIOLOGIE*

- *Une prise de sang doit être rapidement effectuée pour le dosage de la troponine (troponines cardiaques T ou I).*
- *Le résultat doit être disponible en moins de 60 min.*
- *L'examen doit être répété 6-9 heures après l'évaluation initiale si les premiers dosages ne sont pas concluants ou après 3 heures si troponine ultrasensible,*
- *Un dosage répété après 12-24 h est conseillé si l'état clinique suggère toujours un SCA ST-*

# *EXAMENS COMPLÉMENTAIRES*

## *BIOLOGIE*

- *Myoglobine*
- *CKMB*
- *NFS*
- *Glycémie + Hba1c*
- *Bilan rénal*
- *Bilan lipidique*
- *Bilan thyroïdien si signes d'appelle*

# *EXAMENS COMPLÉMENTAIRES*

## *Téléthorax*

*permet d'éliminer certains diagnostics différentiels devant une DT, cardiopathie pré-existante (cardiomégalie ...).*

## *Echocardiographie*

*Un échocardiogramme est recommandé chez tous les patients pour évaluer leur fonction VG segmentaire et globale et pour porter ou éliminer les diagnostics différentiels*

# *EXAMENS COMPLÉMENTAIRES*

## *Epreuve de stress*

*(EE, scinti, echo de stress) : Chez les patients sans douleur récidivante, avec des données ECG normales, des dosages de troponine négatifs et un score de risque faible, une épreuve de stress non invasive recherchant une ischémie inductible est recommandée avant décision d'une stratégie invasive*

# *EXAMENS COMPLÉMENTAIRES*

## ***Coro scanner :***

*Un scanner coronaire doit être considéré comme une alternative à la coronarographie pour éliminer un SCA ST- lorsqu'il existe une vraisemblance faible à intermédiaire de maladie coronaire et que la troponine et l'ECG ne sont pas concluants*

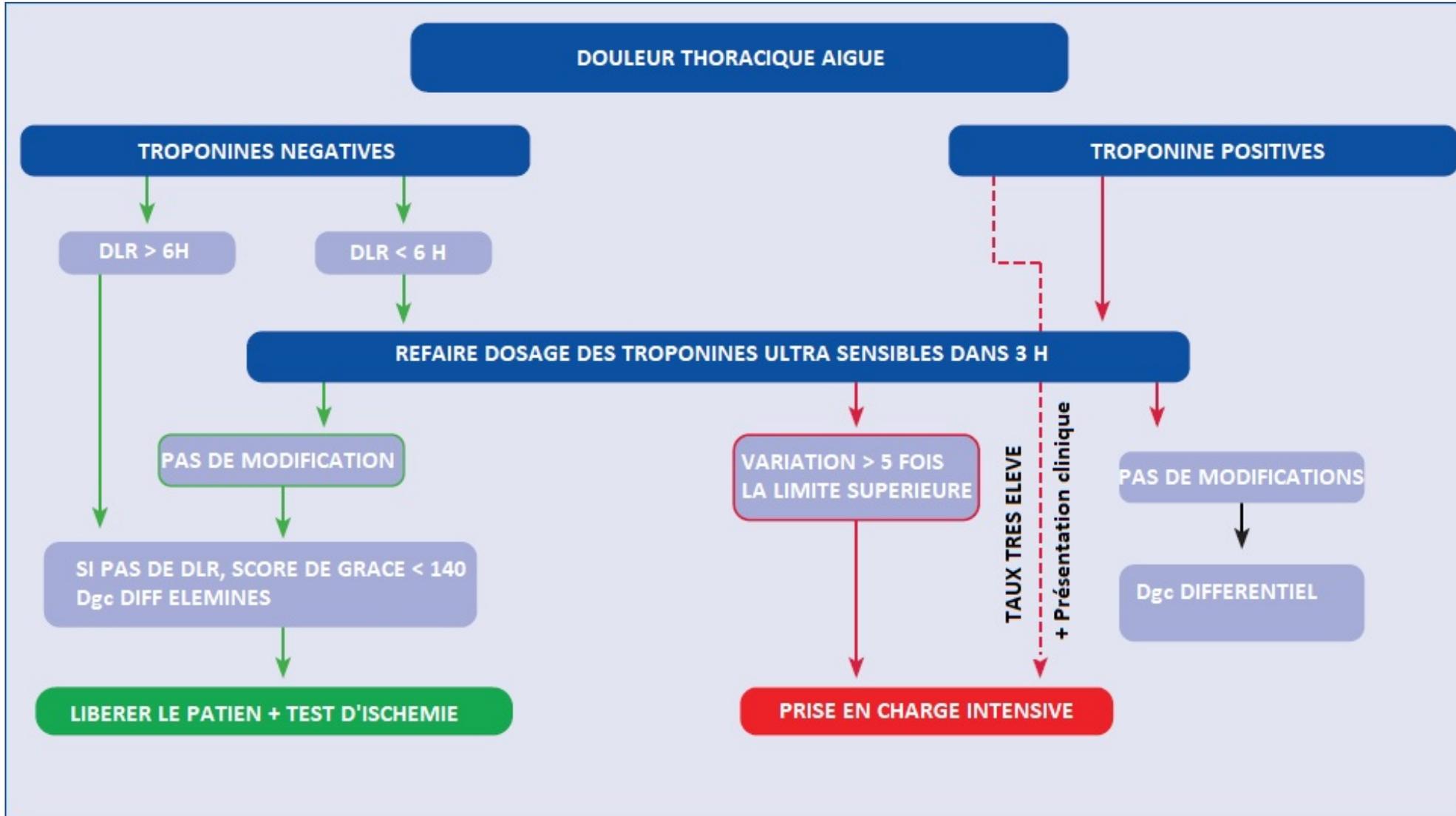
## ***Coronarographie :***

*Une coronarographie est indiquée chez les patients chez lesquels l'étendue du SCA ST- ou de la lésion responsable doit être déterminée*

# DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Cardiaques	Pulmonaires	Hématologiques	Vasculaires	Gastro-intestinales	Orthopédiques/infectieuses
Myocardites	Embolie pulmonaire	Crises de drépanocytose	Dissection aortique	Spasme oesophagien	Discopathie cervicale
Péricardites	Infarctus pulmonaire	Anémie	Anévrysme aortique	Oesophagite	Fracture de côte
Cardiomyopathies	Pneumonie		Maladie cérébro-vasculaire	Ulcère peptique	Blessure/inflammation musculaires
Valvulopathies	Pleurésie			Pancréatite	Herpès, zona
Cardiomyopathie de Tako-Tsubo					
Traumatisme cardiaque	Pneumothorax			Cholécystite	

# DEMARCHE DIAGNOSTIQUE



# ***PRISE EN CHARGE***

## ***Stratification du risque***

*La prise en charge d'un SCA sans sus-décalage permanent du ST doit être réalisée en évaluant le risque d'évolution de ce SCA vers l'infarctus du myocarde et/ou le décès.*

# *PRISE EN CHARGE*

## *Stratification du risque*

- *Chez les patients avec une suspicion de SCA ST -, le diagnostic et la stratification des risques à court terme d'ischémie/saignement doivent être basés sur l'histoire clinique, les symptômes, les signes physiques, l'ECG (répété ou par monitoring de ST continu) et les biomarqueurs*
- *Il est recommandé d'utiliser des scores de risque établis pour le pronostic et le saignement (GRACE, CRUSADE)*

# *PRISE EN CHARGE*

## *Stratification du risque*

### *Très haut risque*

- Instabilité hémodynamique ou choc cardio génique
- Angor réfractaire au traitement médical
- Arrêt cardiaque ou troubles du rythme majeurs
- Complication mécanique
- Insuffisance cardiaque aigue
- Instabilité électrique récurrente surtout si sus décalage non persistant de ST

# *PRISE EN CHARGE*

## *Stratification du risque*

### *Haut risque*

- Modification du taux des troponines
- Instabilité électrique
- Score de GRACE > 140

# *PRISE EN CHARGE*

## *Stratification du risque*

### *Risque intermédiaire*

- *Diabète*
- *Insuffisance rénale (DFG < 60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>)*
- *Fonction VG diminuée (fraction d'éjection < 40%)*
- *Angor post-infarctus précoce*
- *Antécédent d'angioplastie*
- *Antécédent de pontage aorto-coronaire,*
- *Score de risque GRACE > 109 et < 140*

# *PRISE EN CHARGE*

## *Stratification du risque*

### *Risque faible*

- *Aucun des critères précédents*

# *PRISE EN CHARGE*

## *Traitement*

- *Les patients avec un SCA ST - doivent être hospitalisés de préférence dans des unités spécialisées dans les douleurs thoraciques ou dans des unités de soins coronariens*
- *Hospitalisation d'urgence en USIC par transport médicalisé (SAMU).*
- *- Repos au lit*
- *- Scope, monitoring PA et FC, monitoring continu du segment ST*

# *PRISE EN CHARGE*

## *Traitement*

### *A. Traitement anti ischémique*

#### *1. B. bloquants :*

- Les patients sous traitement  $\beta$ -bloquant au long cours hospitalisés pour SCA ST- doivent poursuivre le traitement  $\beta$ -bloquant s'ils ne sont pas en insuffisance cardiaque*
- Le traitement  $\beta$ -bloquant oral est indiqué chez tous les patients avec dysfonction VG sans contre-indications*

# *PRISE EN CHARGE*

## *Traitement*

### *A. Traitement anti ischémique*

#### *2. Inhibiteurs calciques*

- Les bloqueurs des canaux calciques sont recommandés pour le soulagement des symptômes chez les patients recevant déjà des nitrates et des  $\beta$ -bloquants et chez les patients à  $\beta$ -bloquants contre-indiqués*
- Ils sont aussi recommandés en cas d'angor spastique*
  
- La nifédipine ou d'autres dihydropyridines ne sont pas recommandées, sauf en association avec les  $\beta$ -bloquants*

# *PRISE EN CHARGE*

## *Traitement*

### *A. Traitement anti ischémique*

#### *3. Nitrés*

- Les traitements nitrés oraux ou intraveineux sont indiqués pour soulager l'angor ; le traitement nitra intraveineux est recommandé chez les patients avec angor récidivant et/ou signes d'insuffisance cardiaque*
- 1 mg/h en IVSE, dose pouvant être augmentée si nécessaire et si la tension le permet (PAS doit être > 100 mm Hg).*

# PRISE EN CHARGE

## Traitement

### B. Traitement antiagrégant plaquettaire

#### 1. Aspirine

- *L'aspirine doit être prescrite à tous les patients sans contre-indication à une dose d'attaque initiale de 150-300 mg, et à une dose continue quotidienne de 75-100 mg au long cours indépendamment de la stratégie thérapeutique*

#### 2. Inhibiteurs du récepteur P2Y<sub>12</sub>

- *Un inhibiteur P2Y<sub>12</sub> doit être ajouté à l'aspirine aussitôt que possible et poursuivi pendant 12 mois, sauf contre-indications telles qu'un risque excessif de saignements*
- *Le clopidogrel (dose d'attaque de 300 mg, dose quotidienne de 75 mg) est recommandé chez les patients auxquels le ticagrelor ou le prasugrel ne peuvent être prescrits*

# *PRISE EN CHARGE*

## *Traitement*

### **B. Traitement antiagrégant plaquettaire**

- *Le ticagrelor (dose d'attaque de 180 mg, 90 mg deux fois par jour) est recommandé pour tous les patients à risque modéré à élevé d'événements*
- *Le prasugrel (dose d'attaque de 60 mg, dose quotidienne de 10 mg)*

**3. Anti GPIIb IIIa** uniquement si charge thrombotique élevée ( salle de cathétérisme)

# *PRISE EN CHARGE*

## *Traitement*

### **C. Traitement anticoagulant**

*L'anticoagulation est recommandée chez tous les patients en complément du traitement antiplaquettaire*

*L'énoxaparine (1 mg/kg deux fois par jour) est recommandée si le fondaparinux n'est pas disponible*

# PRISE EN CHARGE

## Traitement

### D. Revascularisation coronaire

- Patient à très haut risque → stratégie invasive immédiate < 2h
- Patient à haut risque → stratégie invasive précoce < 24 h
- Patient à risque intermédiaire → stratégie invasive < 72 h
- Patient à faible risque → stratégie invasive < 72h ou test d'ischémie

# PRISE EN CHARGE

## Traitement à la sortie

<b>Aspirine</b>	À continuer à vie
<b>Inhibiteurs P2Y12</b>	À continuer pendant 12 mois (sauf si risque élevé de saignement)
<b>β-bloquants</b>	Si fonction VG diminuée
<b>Inhibiteurs de l'IEC/ARA II</b>	Si fonction VG diminuée Peut être envisagé chez les patients sans diminution de la fonction VG
<b>Antagonistes de l'aldostérone/eplérénone</b>	Si fonction VG diminuée (FEVG ≤ à 35%) et soit diabète soit insuffisance cardiaque, sans dysfonction rénale significative
<b>Statines</b>	À doser pour atteindre l'objectif de niveaux de LDL-C < 1.8 mmol/L (< 70 mg/dL)
<b>Mode de vie</b>	Conseils sur les facteurs de risque, inscription dans un programme de rééducation cardiaque/ prévention secondaire

**MERCI**