



# Un ecg à répétition pour un cœur brisé

Charles Collin

interne DESMU 5eme semestre

Service d'Accueil des urgences

Centre hospitalier de Cayenne

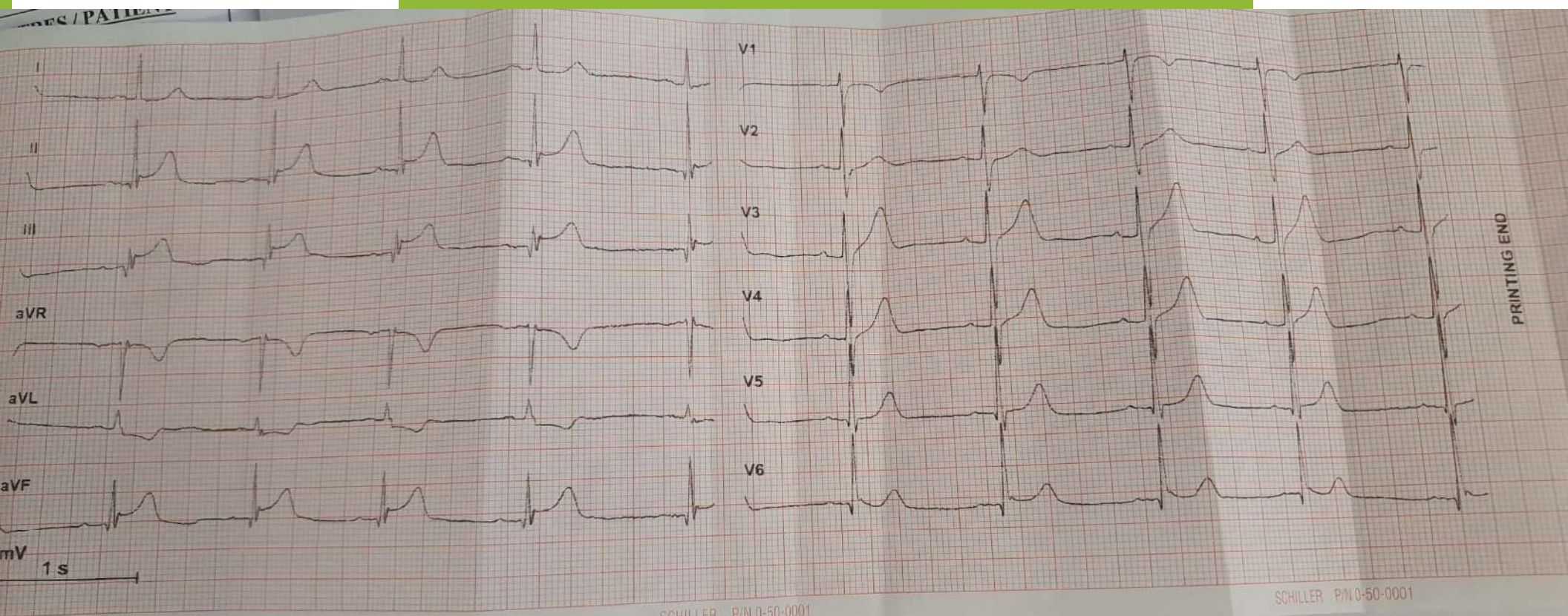
22 décembre 2022



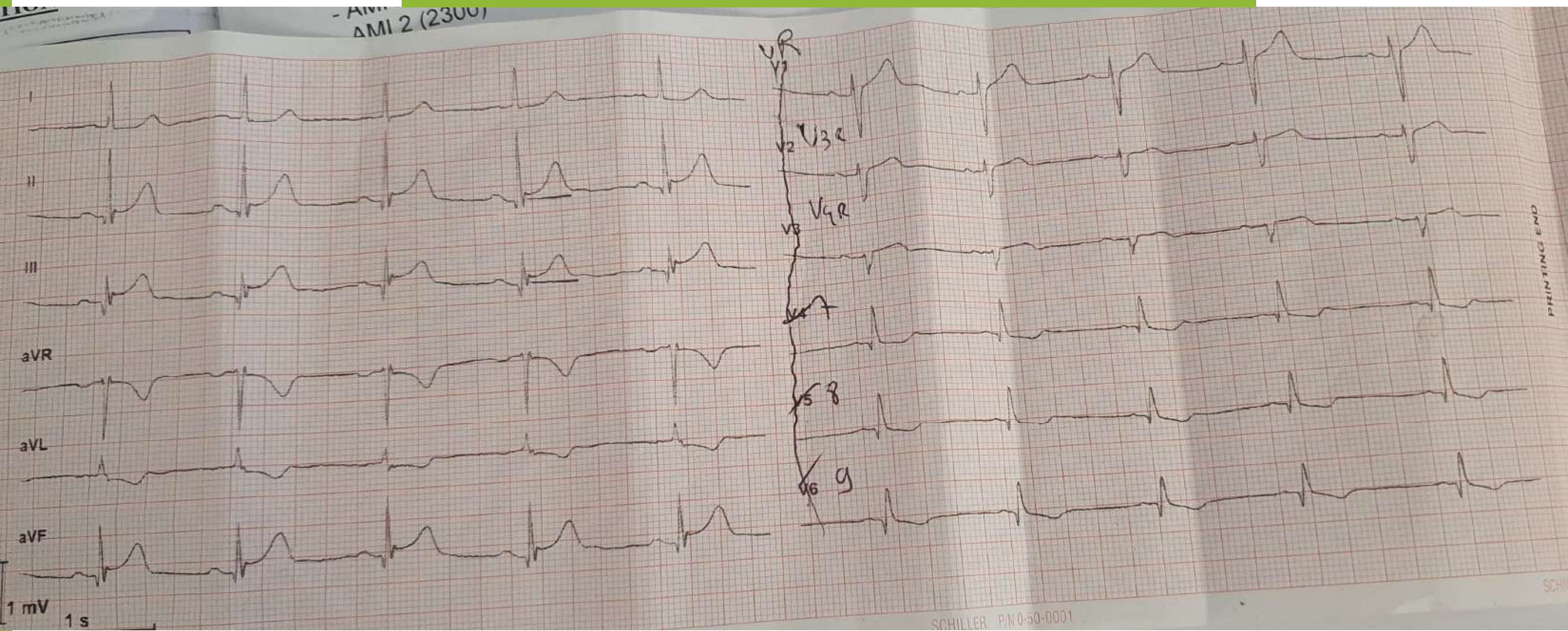
# Mr J.

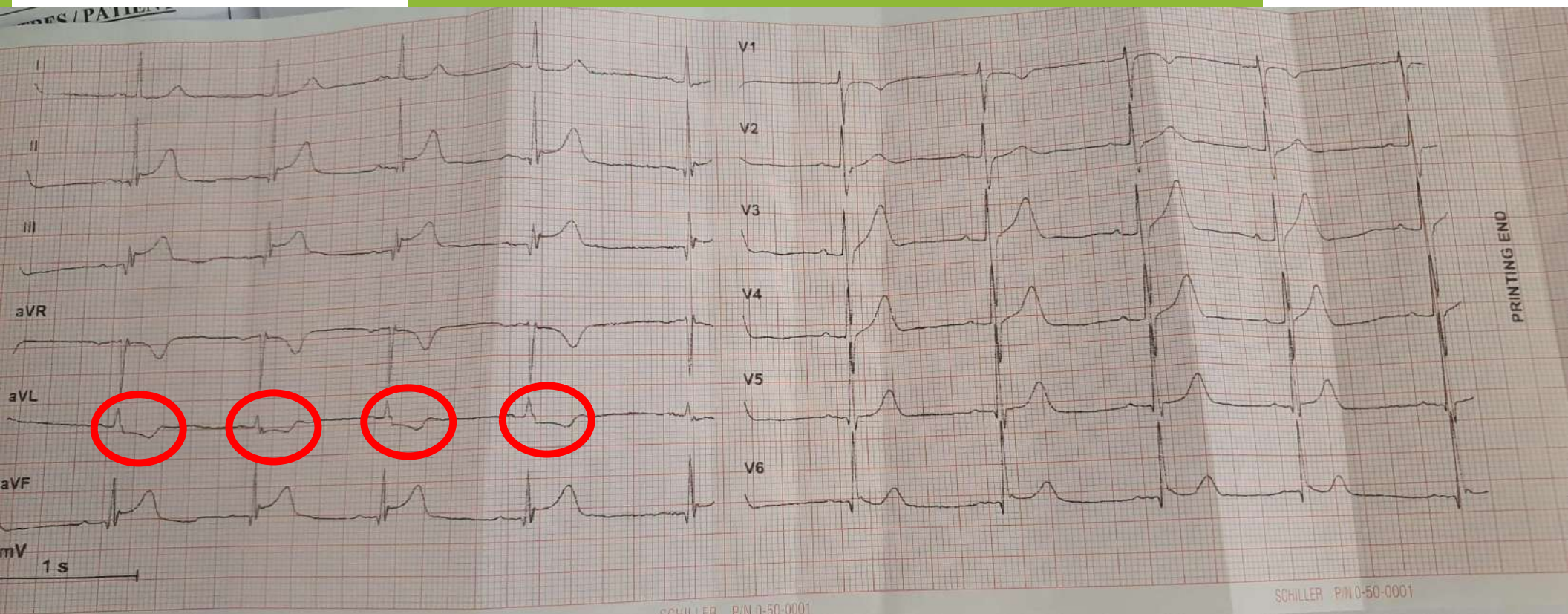
- Pris en charge par le smur
- Motif : Douleurs medio-thoraciques depuis 1h
- 45 ans, tabagisme 5PA, asthmatique
- ATCD fam : IDM possible chez sa mère 40 ans
- SDIS : TA 126/82 FC 62 Sat 96% AA FR 16 sueur froide douleur thoracique

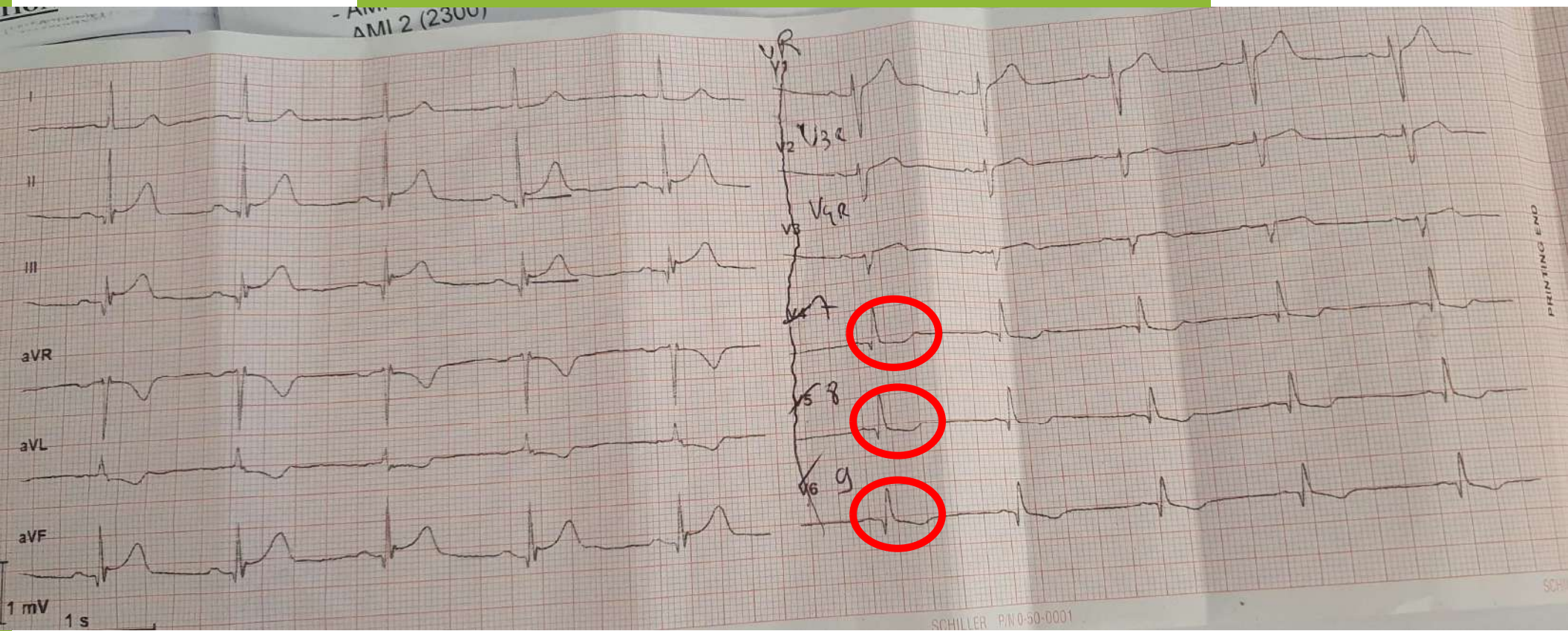
# 12 DERIVATIONS SMUR



# 18 DERIVATIONS SMUR



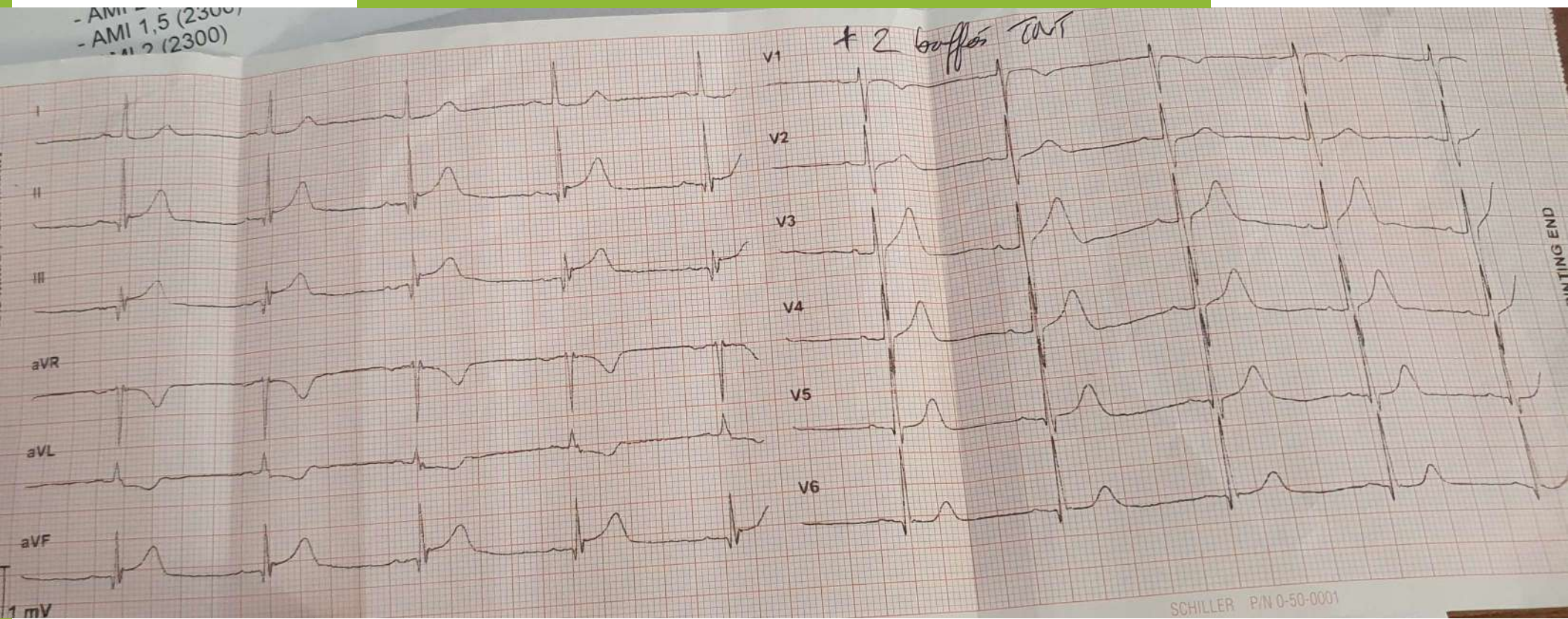




# Prise en charge SMUR

- Patient stable sur tous les plans sans précision
- Douleurs rétro-sternale irradiant dans les deux bras
- DiagnostiC de NSTEMI posé par le smur
- TTT administré : ASPEGIC 250mg + Morphine en titration 6 mg + perfalgan 1g
- E-FAST Echo : péricarde sec, pas de troubles cinétique, FEVG visu normale
- Test TNT : pas de modification de la douleur

# Test à la trinitrine



Pas de modification de l'ECG

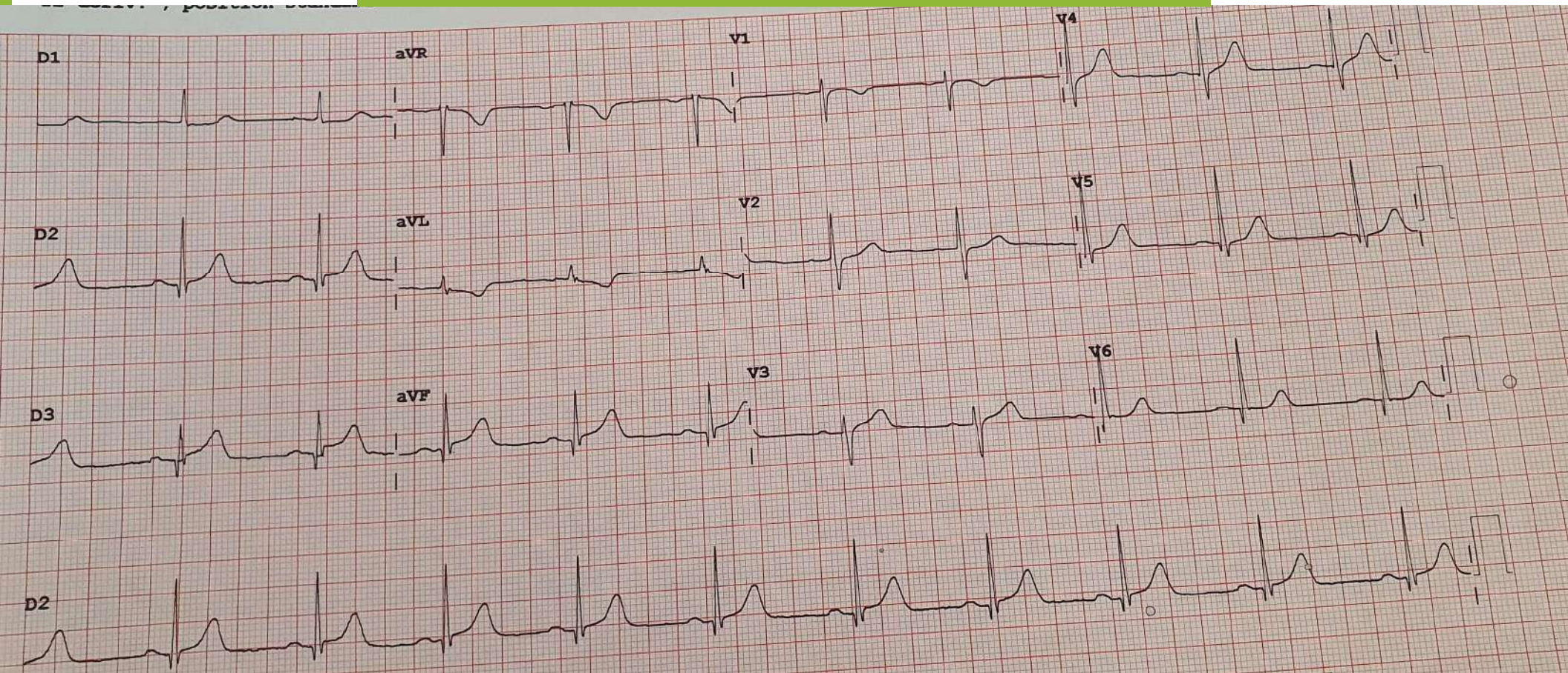
Charles Collin



# Arrivée a la sauv

- TA 119/80 FC 60 Sat 97 AA FR 14 T 36,7
- Appel du cardiologue
- ETT au lit par urgentiste : comparable avec SMUR sans troubles cinétiques
- Avis cardiologue : pas de ST+, ETT normale, faire cycle de troponine

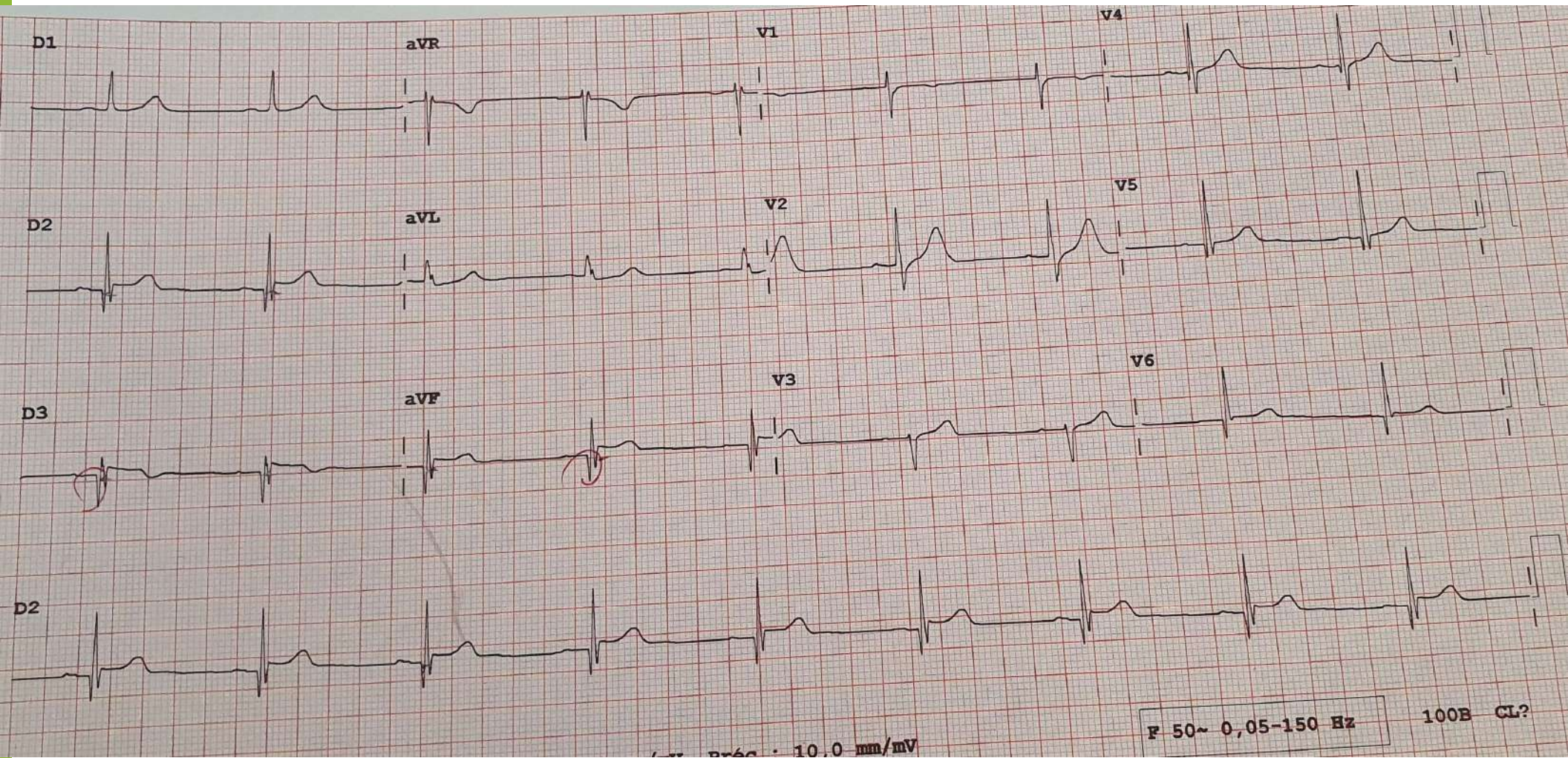
# ECG AU SAUV



## ECG SUPERPOSABLE

# Suite de la prise en charge

- Tropono H+1 : 0,010
- Persistance de la douleur
- Tropono H+4 : 0,048
- Avis cardio : Considérer NSTEMI
- TTT : ASPEGIC bolus + PLAVIX 75mg ; LOVENOX curative 0,8 ; IPP
- Prévoir Coro dans la semaine



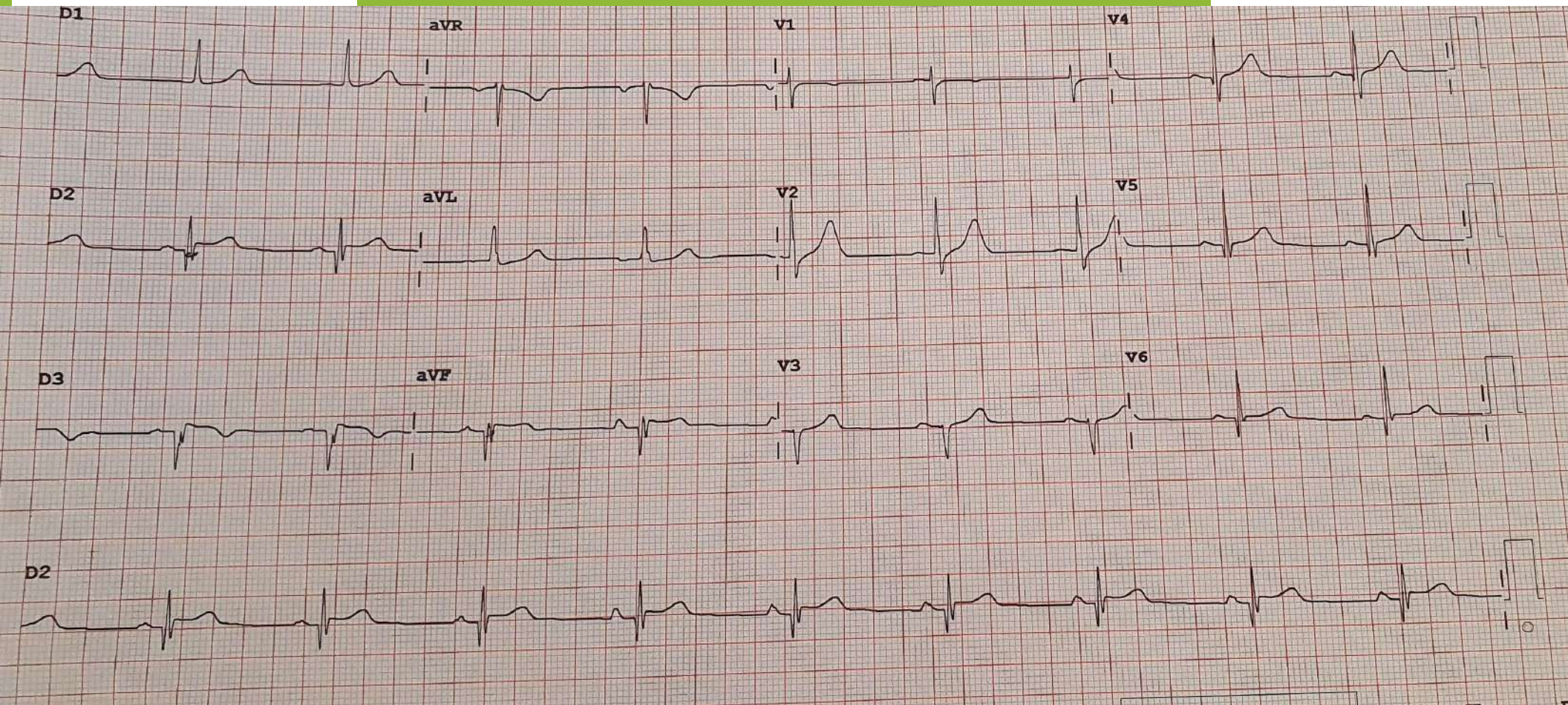
## Persistance des douleurs

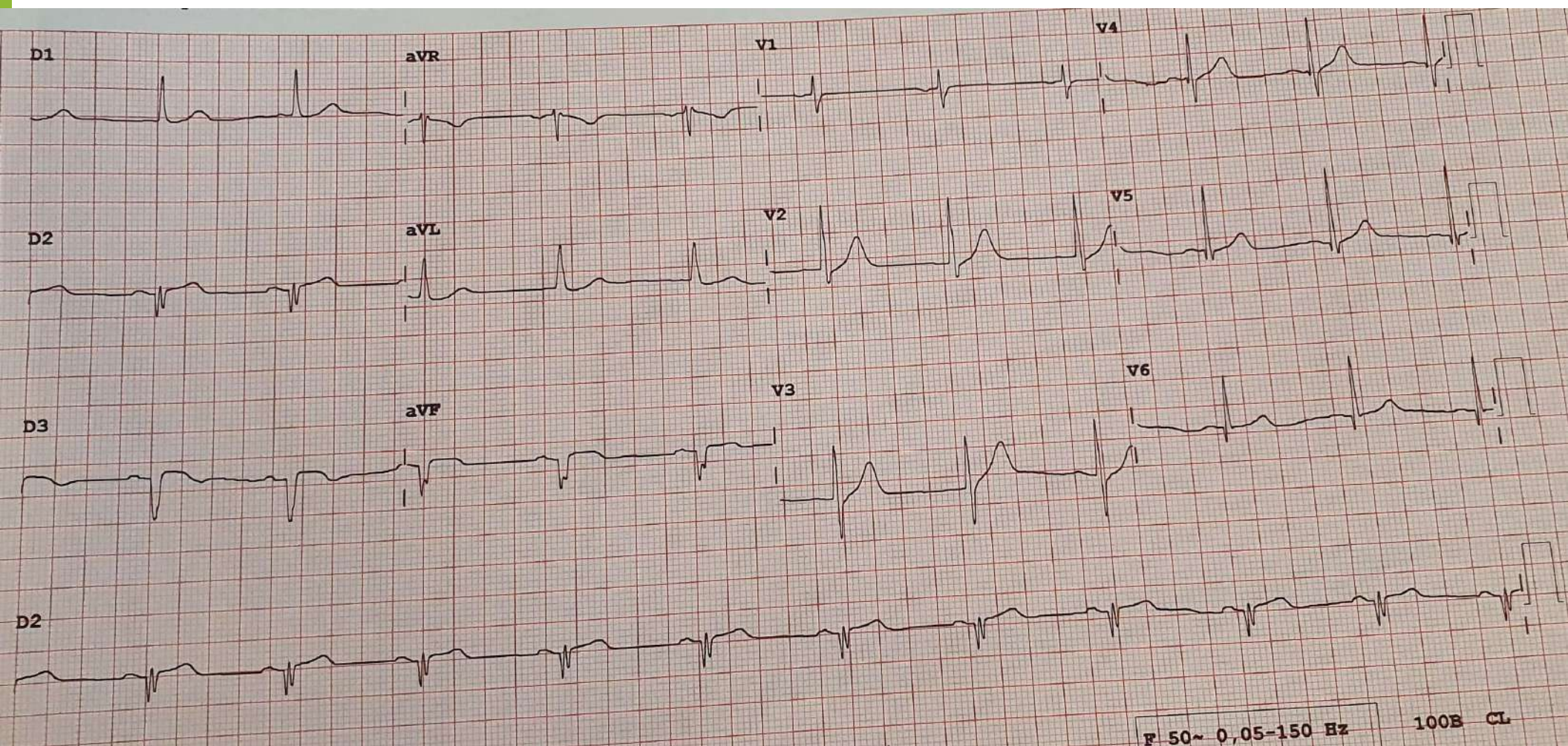
Charles Collin

12

# PERSISTANCE des douleurs

- Décision de nouvelle trovo H+7 : 0,344
- Rappel cardio : Considérer SCA ST+
- TTT : Thrombolyse metalyse 8,000 UI





H+3 de thrombolyse et troponine 3,000 ;  
hospitalisation en USIC

# Hospitalisation en usic

- Bonne évolution
- Coronarographie : sténose de l'artère coronaire droite moyenne ; pose d'un stent actif
- Rad à J5

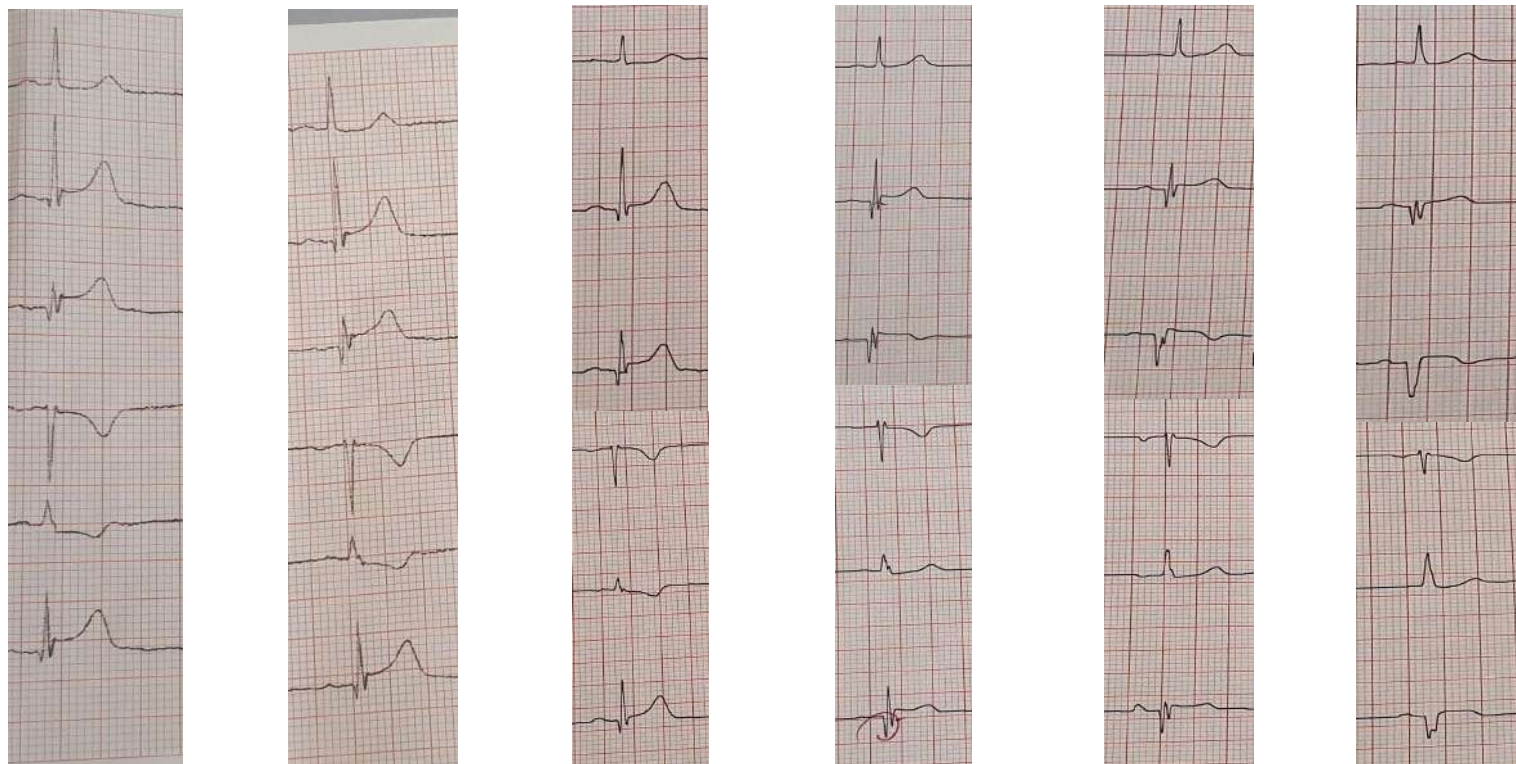
## TTT de sortie

BRILIQUE 90 1-0-1  
KARDEGIC 75 0-1-0  
BISOPROL 2,5 1-0-1  
TRIA TEC 1,25 1-0-0  
LASILIX 20 1-0-0  
Tahor 80 0-0-1  
Inexium 20 0-0-1  
Seresta 10 0-0-1  
RHD



# Evolutivité de l'ECG

- D1
- D2
- D3
- AVR
- AVF
- AVL



Heure	H-0	H+0	H+1	H+3	H+7	H+10
Troponine	?	?	0,010	0,048	0,344	3,000

22/12/2022

Charles Collin

17

# Nouvelles recommandations 2020 ESC

- Diagnostic et stratification du risque
  - Traitement invasif
  - Traitement anti-thrombotique

# Diagnostic et traitement invasif

- Suspicion de NSTEMI : Faire dosage de troponine ultra/hypersensible H0-h2 (H0-H1 2015)
- Si persistance clinique : refaire troponine H+5 (H+4 2015)
- Pas d'autres biomarqueurs (CPK, CPK-MB, co-peptine ou h-FABP)
- Place du coroscanner comme alternative de la coronarographie à probabilité faible ou moyen
- Dosage du BNP ou NT-pro bnp pour pronostique
- Calcul du score de GRACE

# Traitement invasif coronarographie

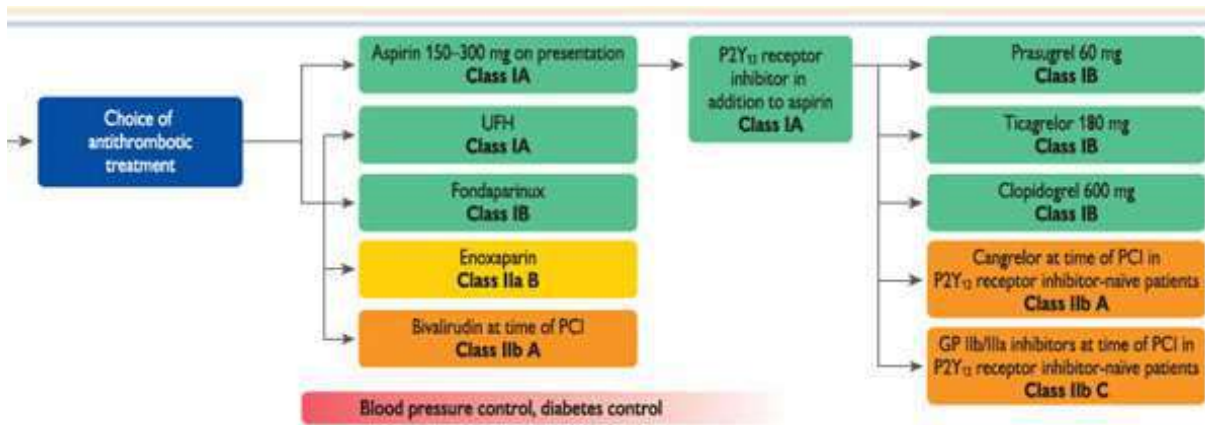
- **Une stratégie invasive immédiate (<2 h) est recommandée chez les patients présentant au moins un des critères de risque très élevé :**
  - Instabilité hémodynamique ou arrêt cardiaque
  - Douleur thoracique récurrente ou réfractaire malgré le traitement médical
  - Arythmies menaçantes
  - Complications mécaniques de l'infarctus du myocarde
  - Insuffisance cardiaque clairement liée au NSTEMI
  - Présence d'un sous-ST >1 mm dans > 6 dérivations avec un sus-ST sur aVR et/ou V1
- **Coronarographie dans les 24h pour tout patient avec un de ces critères (I)**
  - NSTEMI confirmé
  - Modifications dynamiques du segment ST suggérant une ischémie
  - Sus ST transitoire
  - Score de GRACE > 140

Âge (ans)		Créatinine (mg/dl)	
< 40 ans	0	0-0,39	2
40-49	18	0,4-0,79	5
50-59	36	0,8-1,19	8
60-69	55	1,2-1,59	11
70-79	73	1,6-1,99	14
≥ 80	91	2-3,99	23
		> 4	31
Fréquence cardiaque		Classe Killip	
< 70	0	I	0
70-89	7	II	21
90-109	13	III	43
110-149	23	IV	64
150-199	36		
> 200	46		
Pression artérielle systolique (mm Hg)		Mortalité intrahospitalière	Score de GRACE
< 80	63	Risque Bas	(mortalité %) ≤ 108 (< 1 %)
80-99	58	Intermédiaire	109-140 (1-3 %)
100-119	47	Haut	>140 (> 3 %)
120-139	37		
140-159	26		
160-199	11		
> 200	0		
		Mortalité à 6 mois	
		Risque Bas	≤ 88 (<3 %)
		Intermédiaire	89-118 (3-8 %)
		Haut	> 118 (> 8 %)
Arrêt cardiaque à l'admission	43		
Élévation des marqueurs cardiaques	15		
Modification du segment ST	30		

## Score de grace

- Modification de la stratégie invasif
- Si patient à très haut risque : coro <2H
- Grace > 140 : coro 24h
- Sinon revascularisation 72H

# Traitement antithrombotique



**ASPIRINE : 150-300mg PO 75-250mg IV**

## 1. Un des antiagrégants suivants :

- Clopidogrel PLAVIX® 300 ou 600 mg puis 75 mg/jour
- Prasugrel EFIENT® 60 mg puis 10 mg/jour (5 mg si poids < 60 Kg ou âge > 75 ans)
- Ticagrelor BRILIQUE® 180 mg PO puis 90 mg X 2/jour

## 2. Un des anticoagulants suivants avant et pendant l'ICP :

- Enoxaparine LOVENOX® Bolus de 0,5 mg/Kg
- HNF HÉPARINE : bolus IV de 70-100 U/kg quand un inhibiteur des GPIIb/IIIa n'est pas prévu, bolus IV de 50-70 U/kg avec un inhibiteur des GPIIb/IIIa
- Bivalirudine : bolus IV de 0,75 mg/kg, puis perfusion de 1,75 mg/kg/h pendant un maximum de 4 h après l'ICP
- Fondaparinux ARIXTRA® 2,5 mg en S/c



Merci à tous pour votre attention