

Cas clinique 1- Vous êtes le médecin de garde en ville

- Il est minuit, bien au chaud dans votre lit douillet quand soudain, le téléphone sonne...
- Monsieur Alex Térieur se plaint d'une douleur thoracique constrictive évoluant depuis le début de soirée (20h), allant en s'aggravant.
- Vous êtes à 5 minutes. Que faites-vous ?

Cas clinique 1- Suite

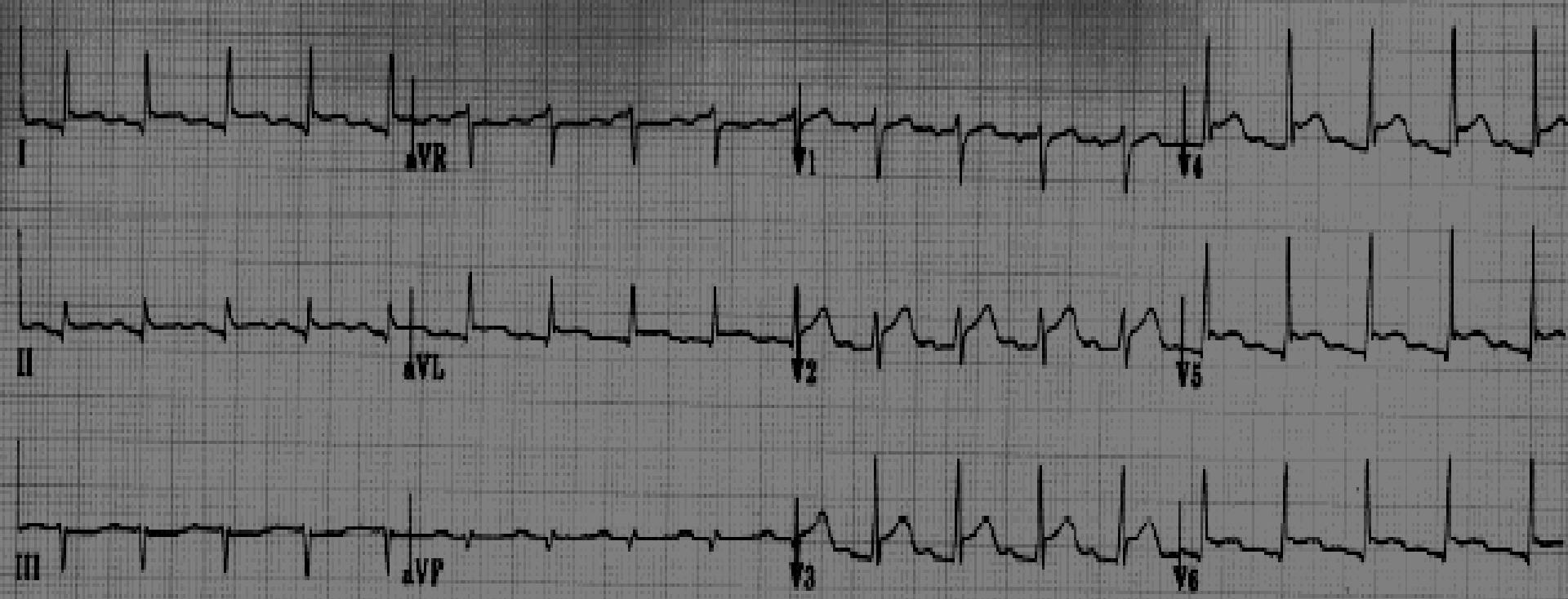
Vous êtes le médecin de garde en ville

- A votre arrivée, il a manifestement mal.
Il est assis dans son lit et respire superficiellement.
- Vous apprenez qu'il a 52 ans, pas d'antécédent médical notable, ni facteur de risque cardiovasculaire.
Il est sportif (course à pied, foot...).
- L'examen clinique est sans anomalie.
- Que faites-vous ?

Quel examen complémentaire est justifié en urgence et pourquoi ?

- A. ECG ?**
- B. Cliché thoracique ?**
- C. Echographie cardiaque ?**
- D. Troponine ?**
- E. Aucun ?**

ECG



Quel est votre diagnostic ?

Quelles sont les 2 caractéristiques de la douleur thoracique évocatrices du diagnostic de péricardite aiguë ?

Douleur thoracique inspiratoire et positionnelle

Quelles sont les 2 caractéristiques des modifications ECG évocatrices du diagnostic de péricardite aiguë ?

- Sus-décalage ST diffus (sans image en miroir) concave vers le haut
- Sous-décalage PQ

Pour mémoire, triade diagnostique inconstante: douleur thoracique, ECG, syndrome inflammatoire

Quelles sont les causes de péricardite ?

A. Péricardite aiguë idiopathique (98%)

A. causes infectieuses (virale, purulente, bK, fungique et parasitaire)

A. causes cardiaques (IDM phase précoce ou tardive=Dressler, dissection aortique, insuffisance cardiaque avancée, causes iatrogènes=post-chir, post KT, AVK).

A. Causes générales (cancer primitif rare ou secondaire, rxthérapie, chimiothérapies, insuffisance rénale, hypothyroïdie, maladies de système

Quel bilan pour un premier épisode de péricardite aiguë bénigne ?

A.troponine

A.Sérologies virales

A.échocardiographie

A.NFS, CRP, Cliché thoracique

A.Ponction péricardique

Sous costale épanchement

Quelle est la place du drainage péricardique dans le traitement d'une péricardite aiguë ?

A. En cas d'épanchement péricardique mal toléré (tamponnade)

A. En cas d'épanchement liquidiens persistant après 6 semaines de traitement bien conduit pour analyse anatomopathologique (préférer la voie chirurgicale pour biopsie myocardique)

tamponnade

Tamponnade après ponction

Quel traitement pour un premier épisode de péricardite aiguë bénigne ?

A.repos

A.AINS (ou aspirine) jusqu'à disparition de la douleur et normalisation ECG.

A.Colchicine 1mg/j surtout si récidive mais possible en bithérapie d'emblée ou monothérapie si CI AINS +++

Quels sont les complications évolutives potentielles d'une péricardite aiguë ?

A.récidive 25% des cas

A.Épanchement 10 à 20% des cas pouvant évoluer vers la tamponnade <1% des cas.

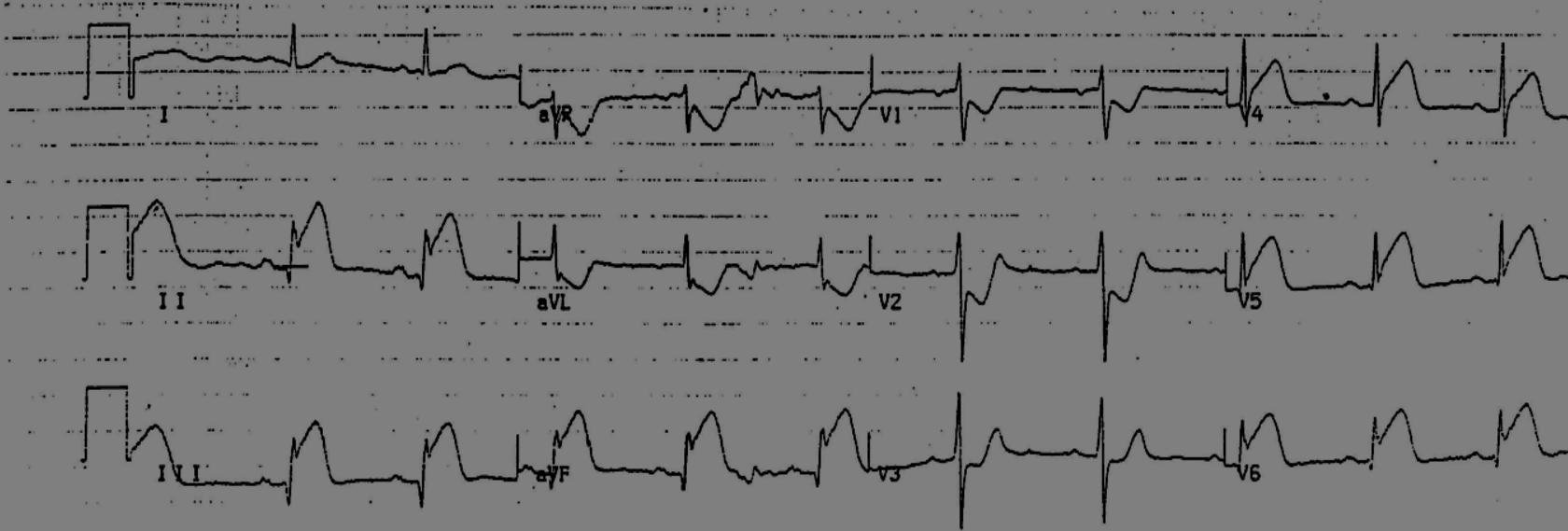
A.Constriction péricardique très rare

Cas clinique 2- Vous êtes le médecin de régulation du SAMU

- Appel d'un homme de 47 ans (Alex Térieur) qui se plaint d'une douleur thoracique depuis $\frac{1}{2}$ heure.
- Il s'agit d'une douleur rétrosternale constrictive sans irradiation.
- Pas d'antécédent médical
- Pas de facteur de risque sauf tabac
- Il ajoute qu'il a fait une épreuve d'effort tout à fait normale il y a 2 mois dans le cadre d'un certificat pour la pratique du triathlon.

Quelle(s) bonne(s) réponse(s) ?

- A. Vous le rassurez en lui disant que ce n'est pas cardiaque puisque son épreuve d'effort récente était normale.
- A. Vous lui dites que ce n'est probablement pas cardiaque car la douleur n'irradie pas dans le bras gauche.
- A. Vous déclenchez les pompiers.
- A. Vous déclenchez le médecin de garde.
- A. Vous déclenchez le SMUR.



ECG 5

tracé n°5

A votre arrivée, le patient a toujours mal.

L'examen clinique est normal. TA 130/80, pouls 80.

Tracé ECG 1 heure après le début de la douleur.

Quel est votre diagnostic ?

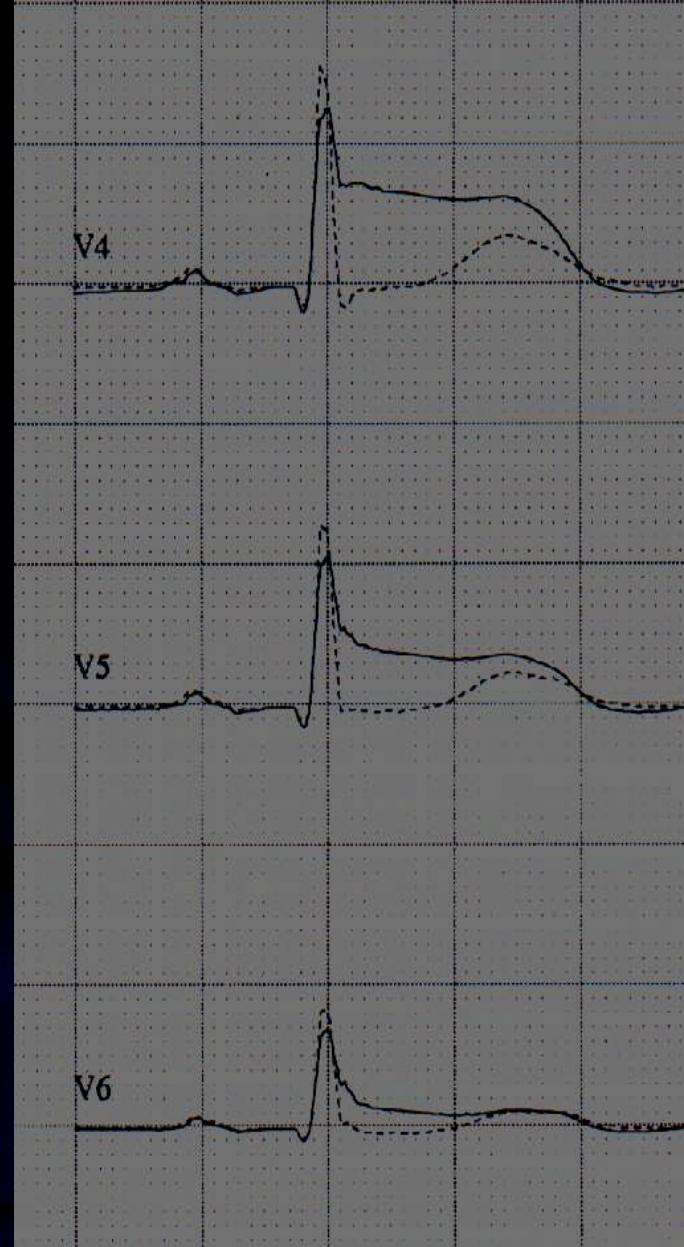
10 mm/mV 50 mm/s

V1

V2

V3

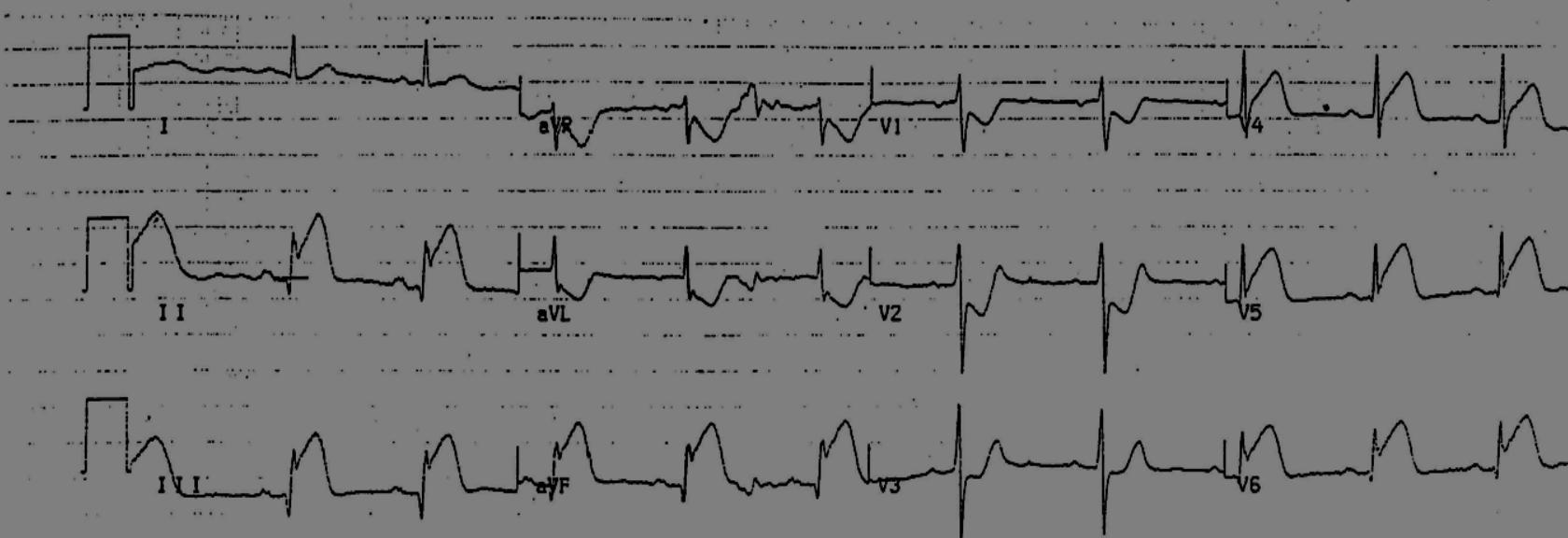
ONDE DE PARDEE



Quelles sont les autres étiologies du ST+ ?

Alors que l'équipe du SMUR effectue le conditionnement, le patient perd connaissance et on ne perçoit plus le pouls carotidien.

Que se passe t-il (tracé scope) et que faut-il faire ?



trace n°5



Quelle est la place du dosage de la troponine dans le contexte d'un SCA ST+ ?

- A. Orientation vers fibrinolyse ou angioplastie
- B. Confirmation du diagnostic
- C. Aucun intérêt
- D. Evaluation de la masse nécrosée en fonction du pic

C'est un SCA ST+ = extrême urgence

SCA ST+

Deux solutions pour un objectif
(=déboucher l'artère coronaire)

- La thrombolyse
- L'angioplastie primaire
+/- antiG2bIIIa

Efficacité de la reperméabilisation temps - dépendant

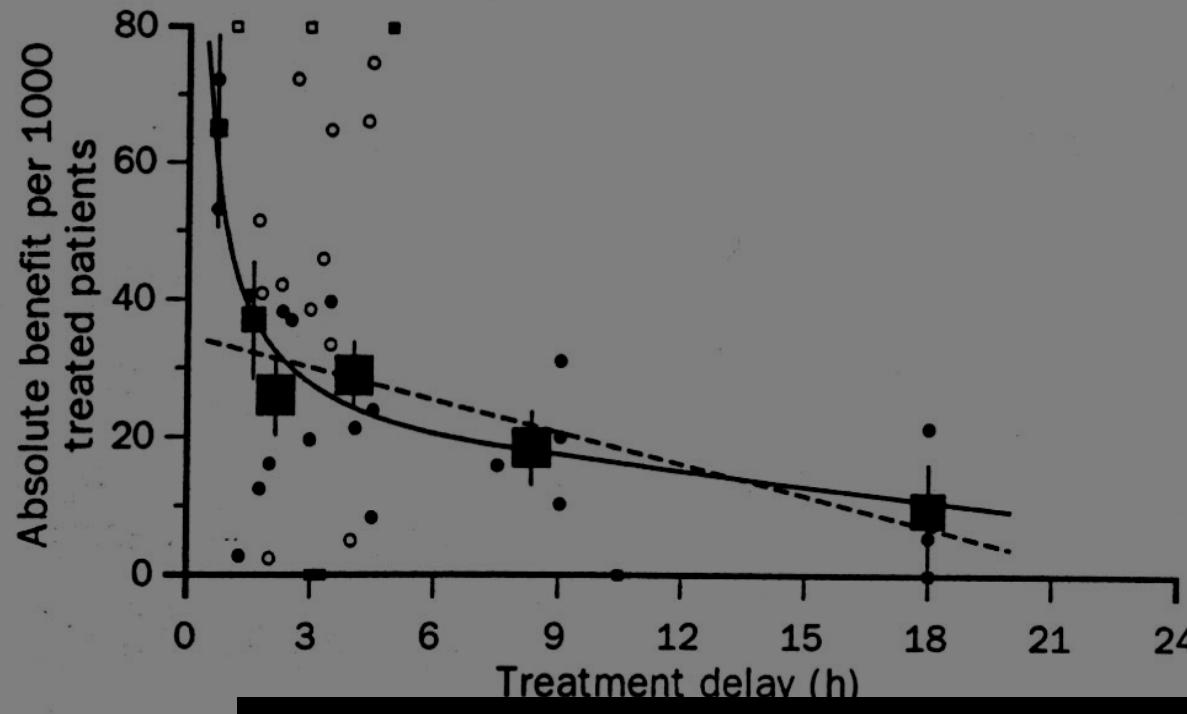


Figure 4: Absolute 35-day mortality reduction versus treatment delay

Small closed dots: information from trials included in FTT analysis; open

- 65 vies sauvées / 1000 patients traités dans la 1ère heure
- 37 / 1000 dans la 2ème heure
- 26 / 1000 dans la 3ème heure

**Sachant que vous êtes à St Herblain,
qu'il n'y a pas de contre-indication à
une fibrinolyse, quelle option
choisissez-vous et pourquoi?**

- A.Fibrinolyse ?
- B.Angioplastie primaire ?

Sachant que vous êtes à St Herblain, qu'il n'y a pas de contre-indication à une fibrinolyse, quelle option choisissez-vous?

- Angoplastie primaire car 90% de succès avec cette technique sans complication hémorragique
- Avec la fibrinolyse, 60% de désobstruction à 90 minutes et risque hémorragique plus important

Si vous aviez été à Fontenay le Comte, cela aurait-il changé votre choix thérapeutique ?

- Fibrinolyse car délai SAMU-salle coro > 60 min
donc délai SAMU-ballon > 90 min
- Puis **transfert** vers centre de coro par **SAMU** pour **angioplastie secondaire** en cas de suspicion d'échec de fibrinolyse
- L'**angioplastie primaire** aurait été une perte de myocarde (délai SAMU-ballon>90min)

Nouvelles recommandations

**Angioplastie de première intention si
premier contact médical – ballon est
inférieur à 90 mn**

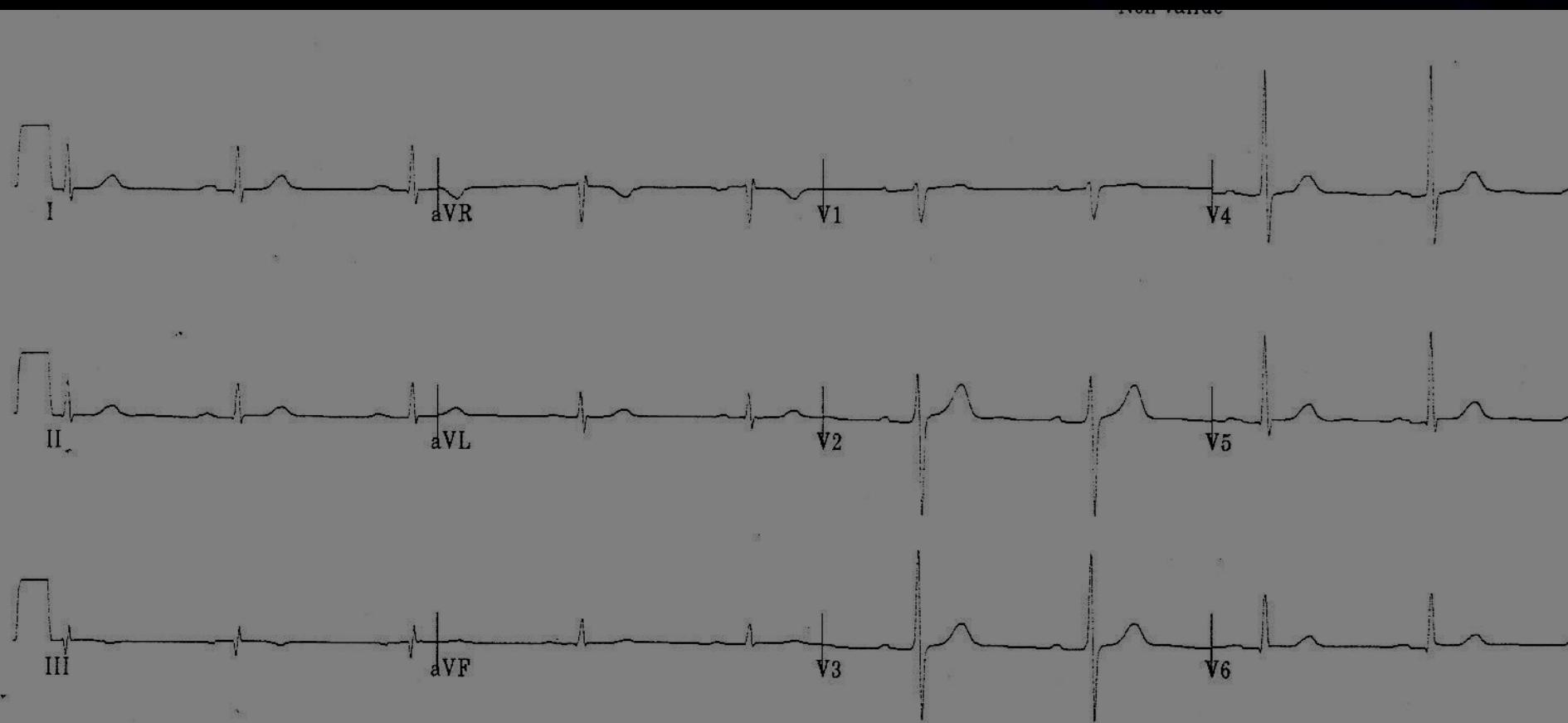
**(Donc délai SAMU-salle de coro inférieur à 60
min voire moins)**

Quel est le traitement adjuvant mis en place par le SMUR avant le traitement curatif ?

- VVP
- O2
- scope
- Morphine IV
- Trinitrine IV
- Héparine ou HBPM
- Aspirine 500 mg IV
- clopidogrel 600 mg per os ou prasugrel 60 mg ou ticagrelor

Cas clinique 3- Vous êtes le médecin de garde aux urgences

- Mr Alain Térieur se présente pour une douleur thoracique constrictive qui a duré $\frac{1}{4}$ d'heure.
- Est-il priorisé sachant qu'il n'a plus mal ?



Examen clinique et atcd...

- Poids: 95 kg Taille: 170 cm
- Examen cœur et poumons: normal
- artères périphériques et aorte abdominale: N
- PA: 155/90 mm Hg; Pouls 77/min

- Atcd: fumeur; dyslipidémie non traitée, hérité coronarienne

Parmi les propositions suivantes, laquelle retenez-vous ?

A.C'est grave car on a pas de diagnostic.

A.C'est probablement pas grave. Retour à domicile.

A.C'est probablement pas grave, mais on le garde pour des examens complémentaires.

A.C'est grave car c'est très probablement un syndrome coronarien aigu (SCA).

A.C'est probablement pas cardiaque car il n'a jamais ressenti de douleur auparavant

Réponse ?

La bonne réponse est D:

Le diagnostic de SCA est probable devant:

Le terrain

Les caractéristiques de la douleur

C'est potentiellement grave (risque vital).

Quels sont les deux examens paracliniques simples réalisables aux urgences qui vont permettre de définir la conduite à tenir

- ECG
- troponine

Résultats des examens 1 heure après l'admission:

GB 9000

Hg 12,7

Plaquettes 165 000

Créatininémie 85 micromols/l

Na 140, K 3,9,

TP 100%, TCA 30 s

La troponine US 10.

ents considérés à *bas risque de* gression vers l 'infarctus ou le décès

- ◆ pas de récidive douloureuse pendant la période d 'observation
- ◆ Pas de doublement de la tropo US à H3
- ◆ Pas de sous-décalage de ST



Redoser la troponine 3h plus tard

ents considéré à *bas risque* de
rgression vers l 'infarctus ou le décès

Pas de modification ST sur ECG

Troponine non augmentée



**Arrêt de l 'héparine si déjà débutée
Nitré en cas de récidive en attendant exploration +/- tt B-**

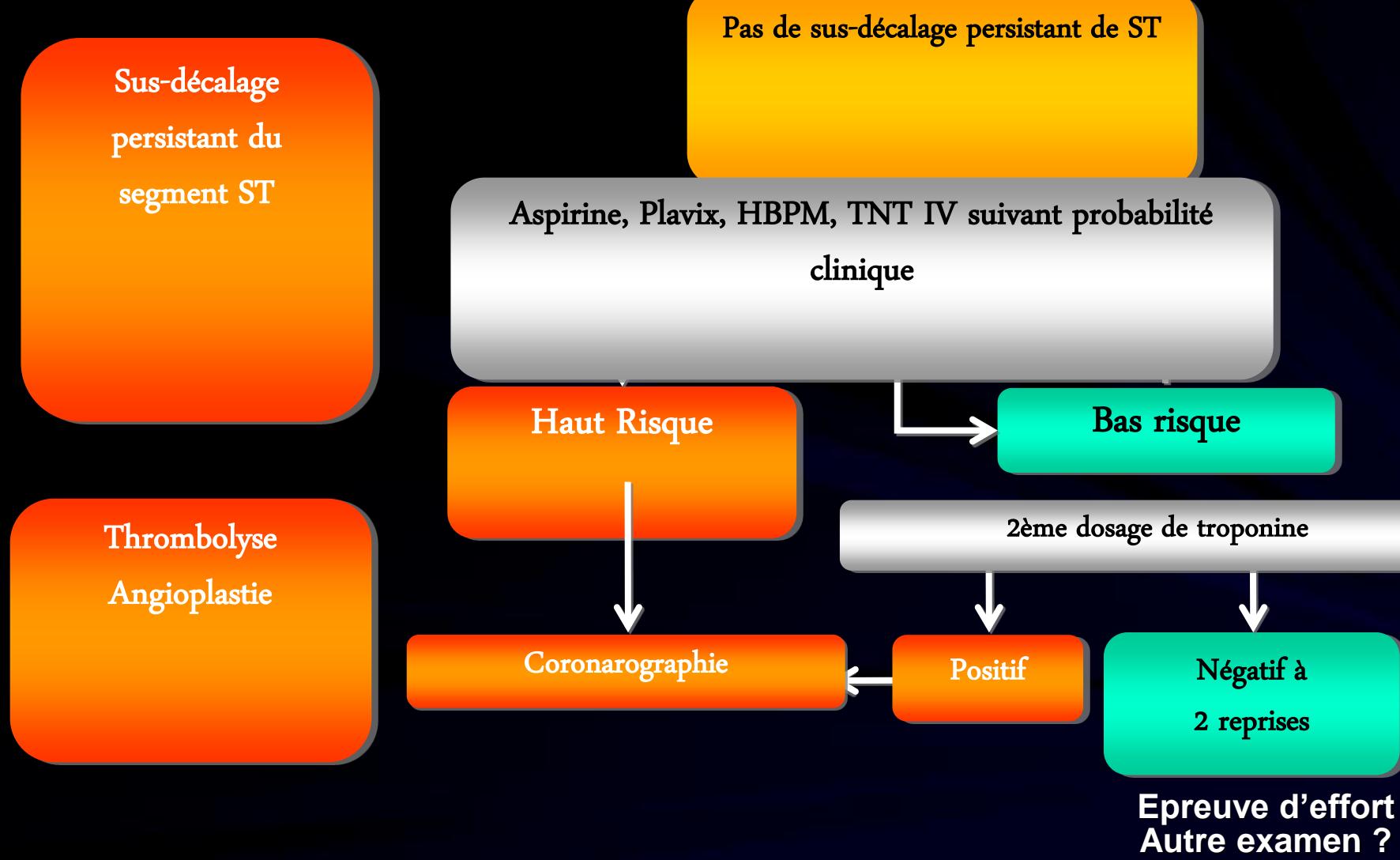


Remise en cause du diagnostic

Epreuve d ischémie pour diagnostic et pronostic

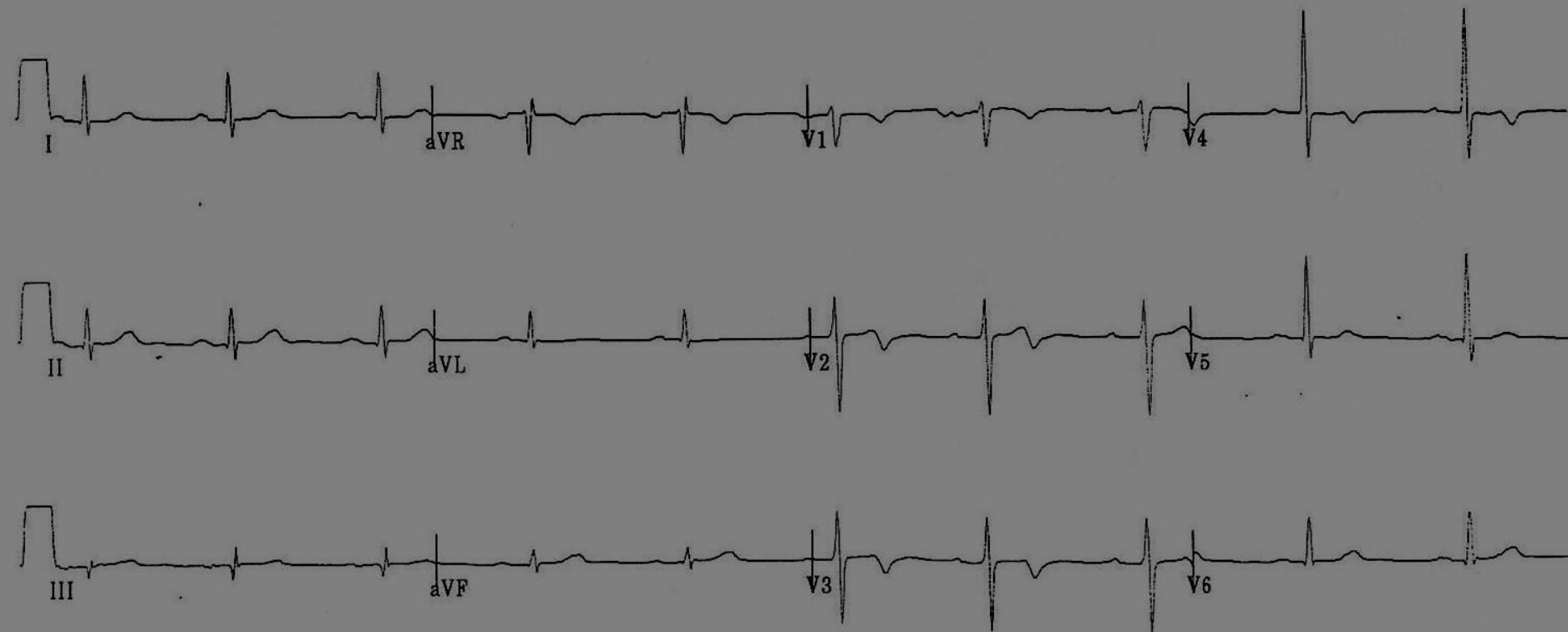
Spécificité clinique de SCA- synthèse

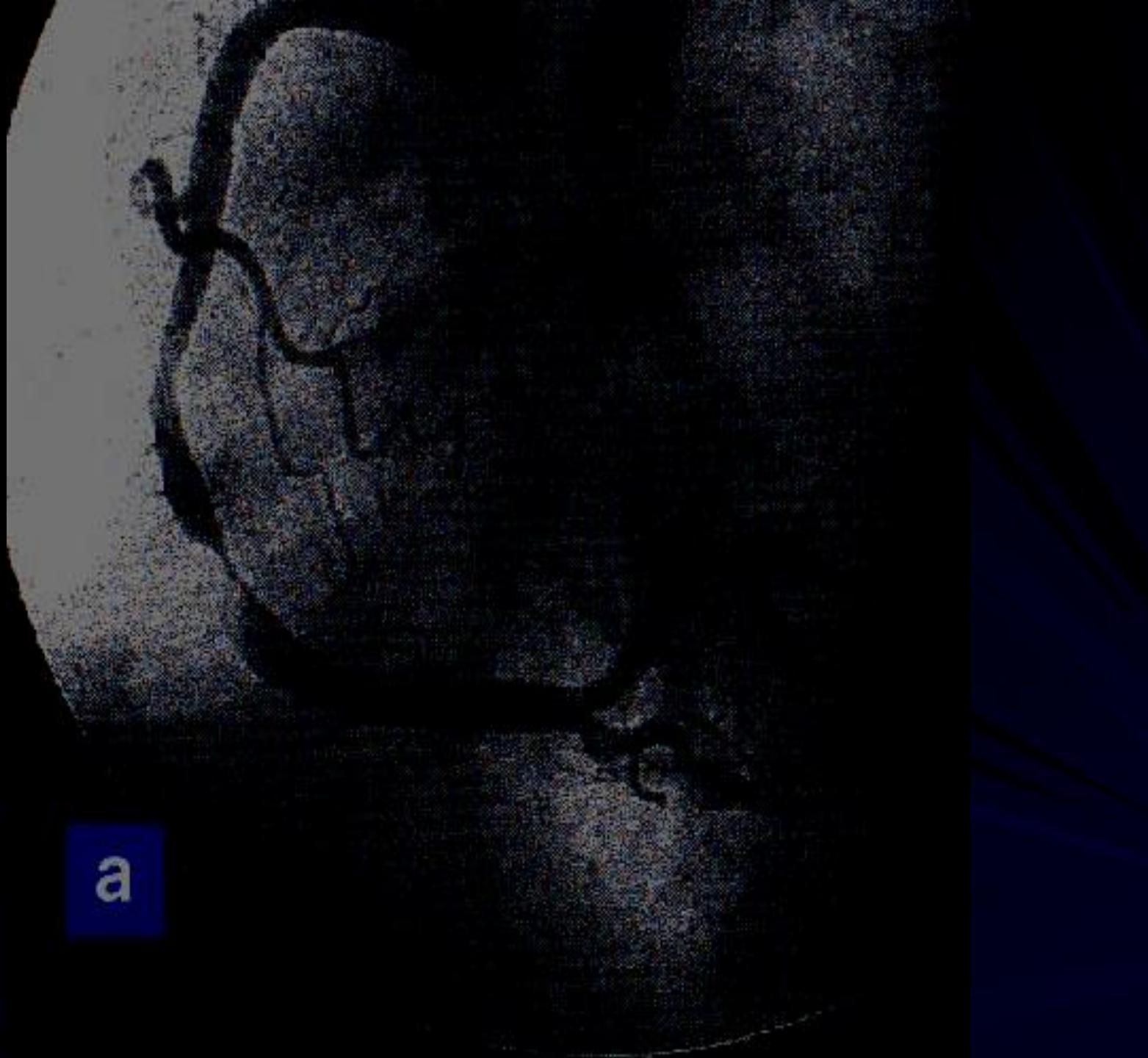
Examen clinique, surveillance de l'ECG, Biologie



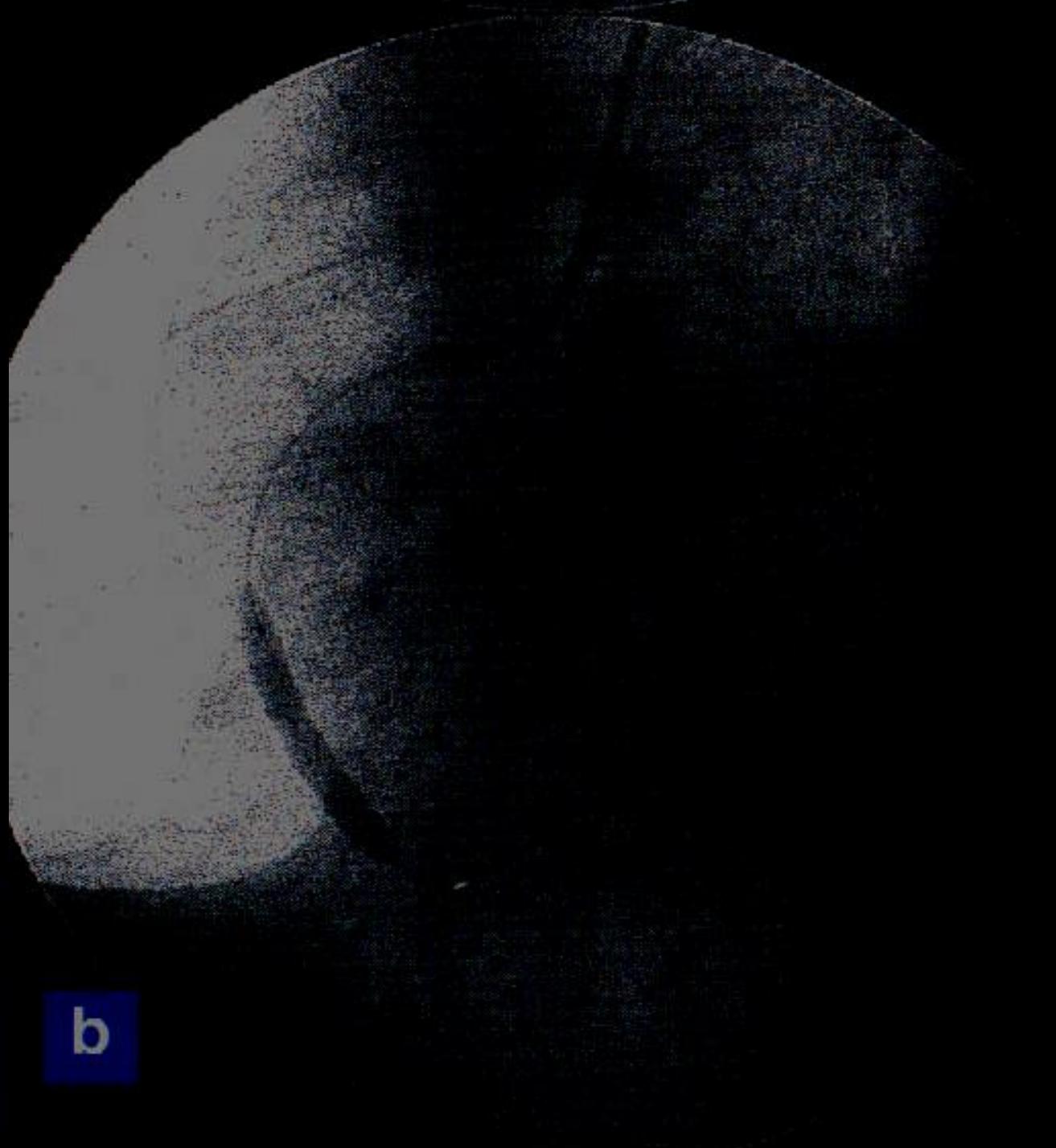
Cas clinique 3- Suite Récidive douloureuse avec ECG percritique

Que fait-on ?





a



C

Go-Home messages

- ECG devant toute douleur thoracique suspecte avant la troponine +++
- SCA ST+ = coro en extrême urgence
- SCA non ST+ = Coro dans les 48 heures
- Penser aux fdr
=tabac,hta,dyslipidémie,diabète,sédentarité