

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 ?

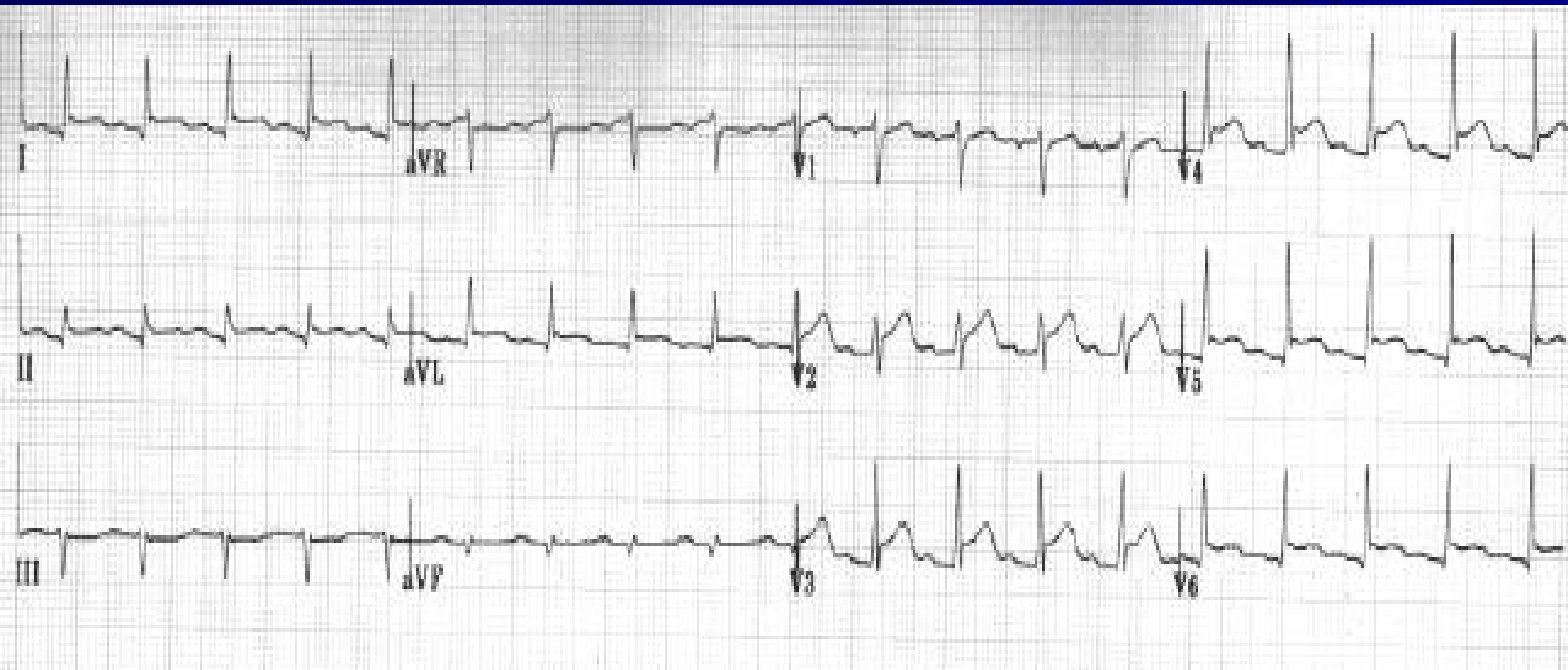
B. Cliché thoracique ?

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, fongique 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

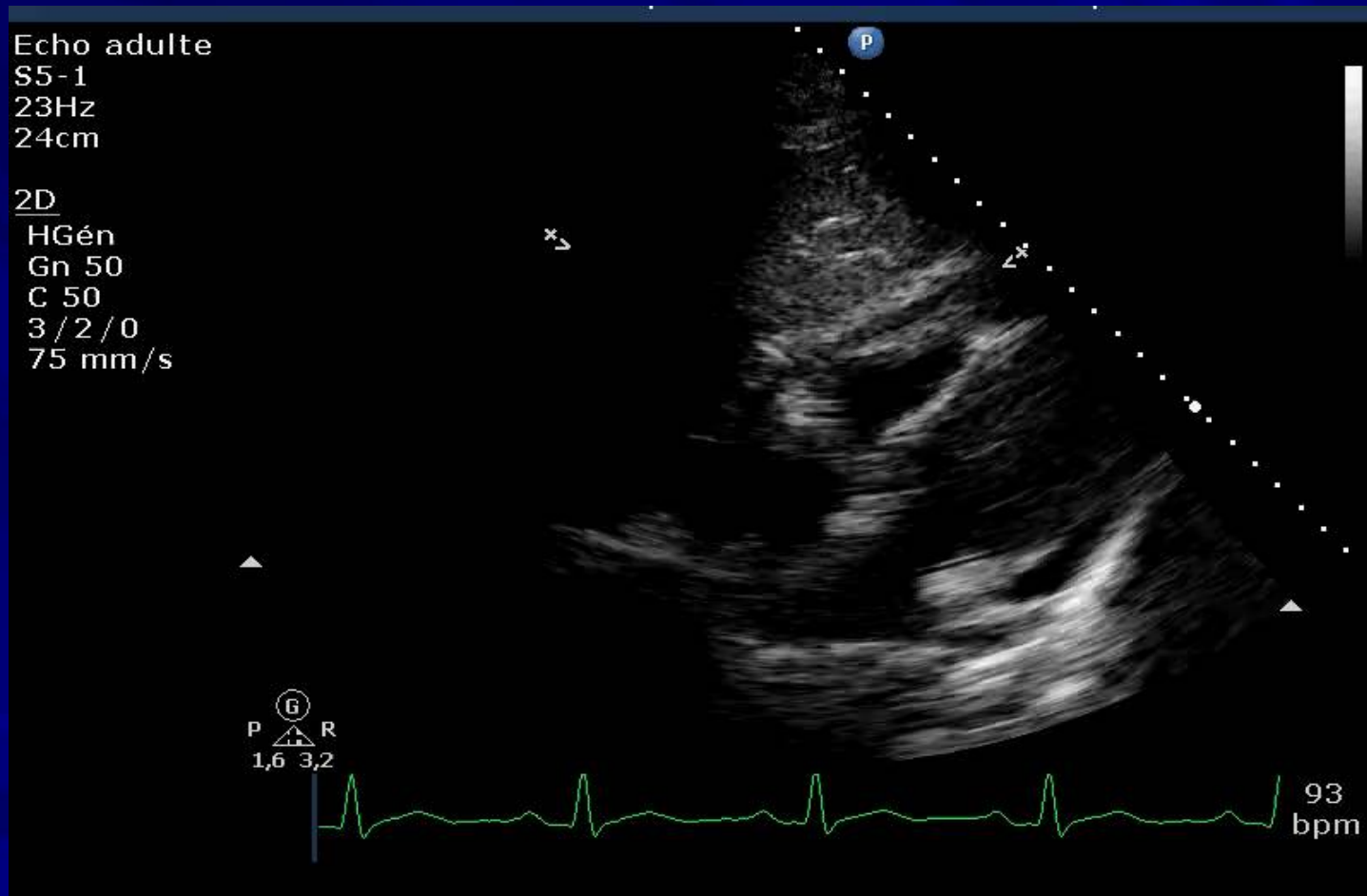
A. Sérologies virales

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 liquidien persistant après 6 semaines de **traitement bien conduit** pour analyse anatomopathologique (préférer la voie chirurgicale pour biopsie myocardique)

tamponnade

Echo adulte
S5-1
26Hz
21,0cm

2D
HGén
Gn 50
C 50
3 / 2 / 0
75 mm/s



Tamponnade après ponction

Echo adulte
S5-1
26Hz
21,0cm

2D
HGén
Gn 50
C 50
3 / 2 / 0
75 mm/s



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

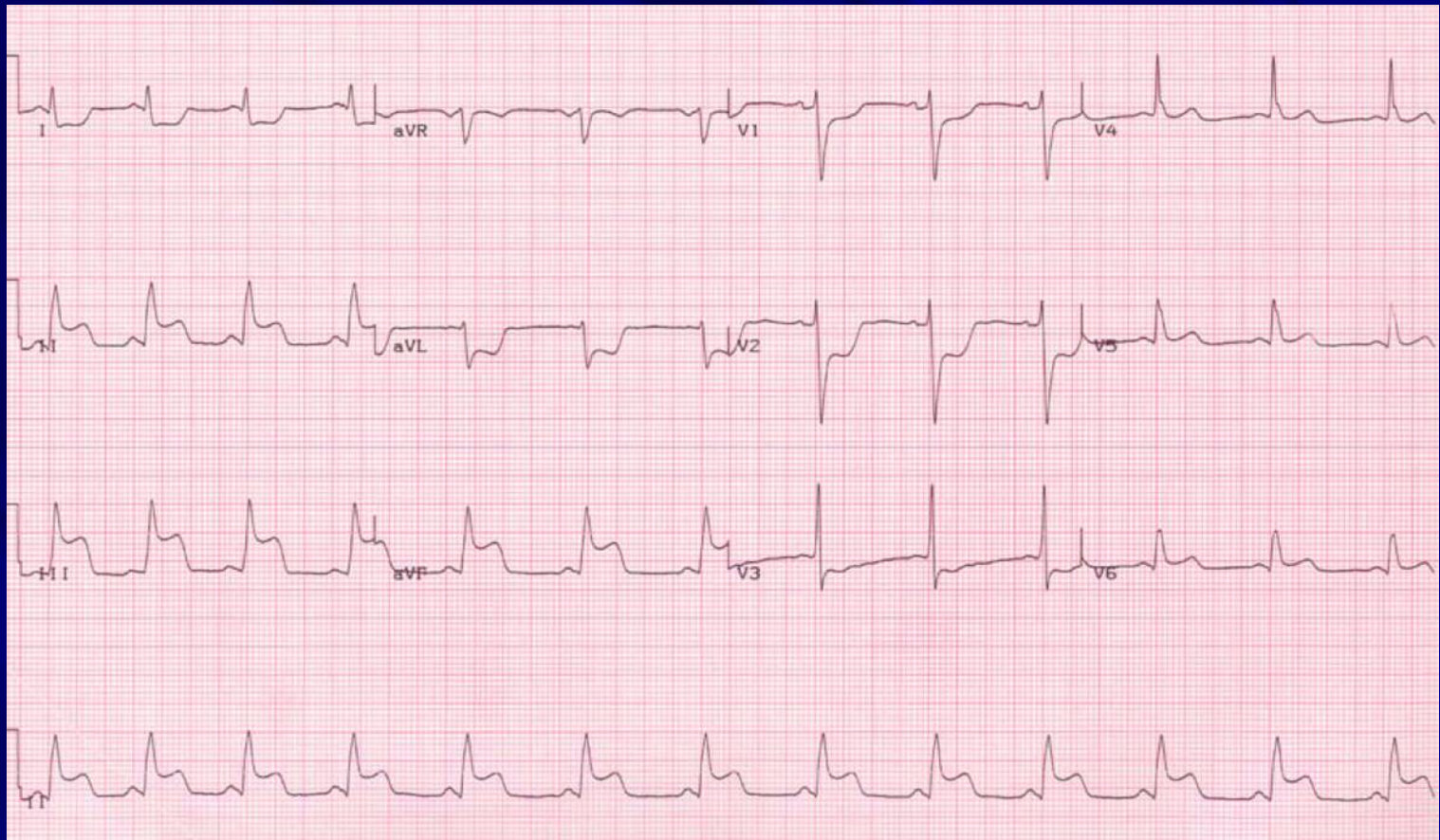
Cas clinique 2-

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.**



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

V4

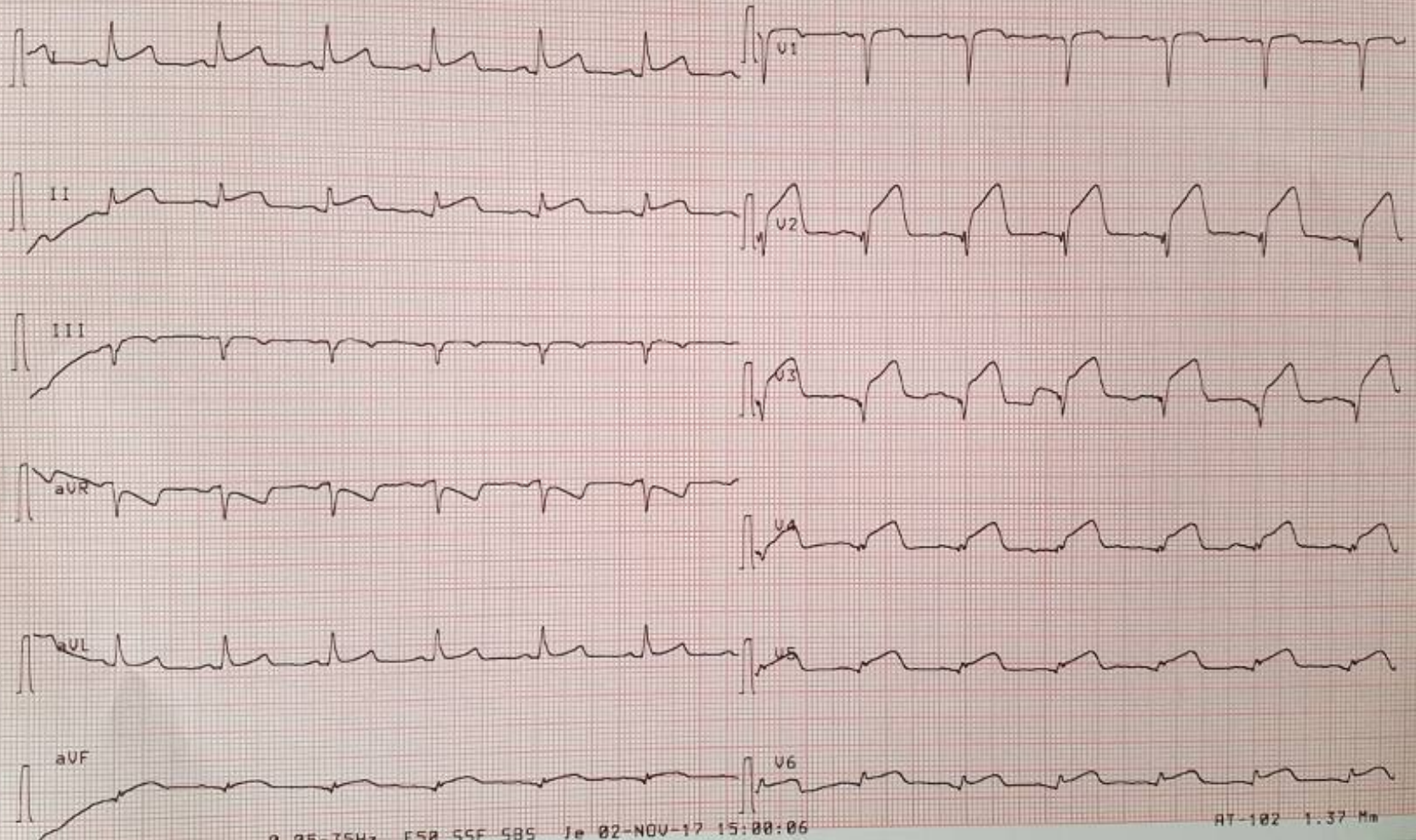
V5

V6

Quelles sont les autres étiologies du ST+ ?

10 mm/mV

10 mm/mV

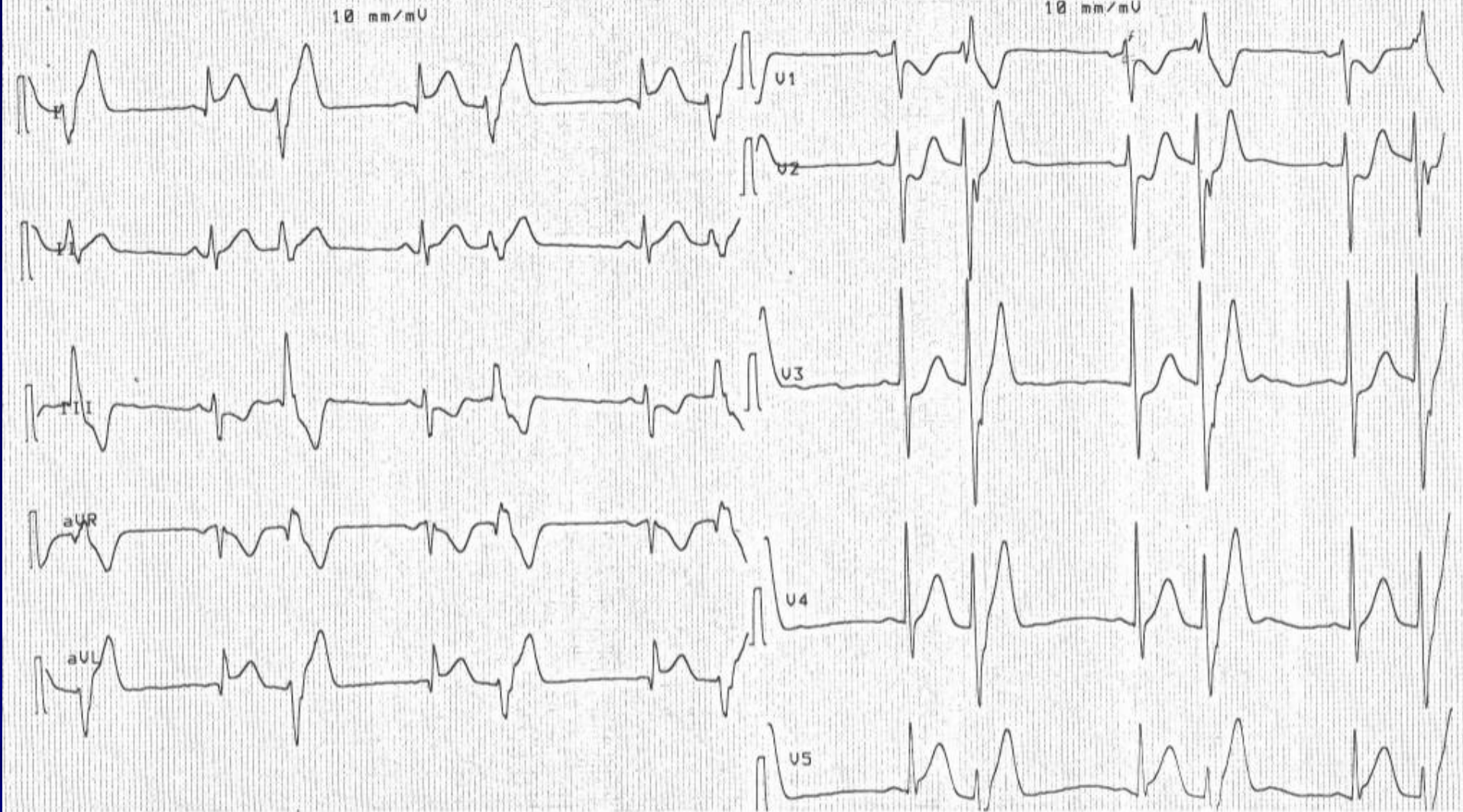


0.05-15Hz F50 55F 585 Je 02-NOV-17 15:00:06

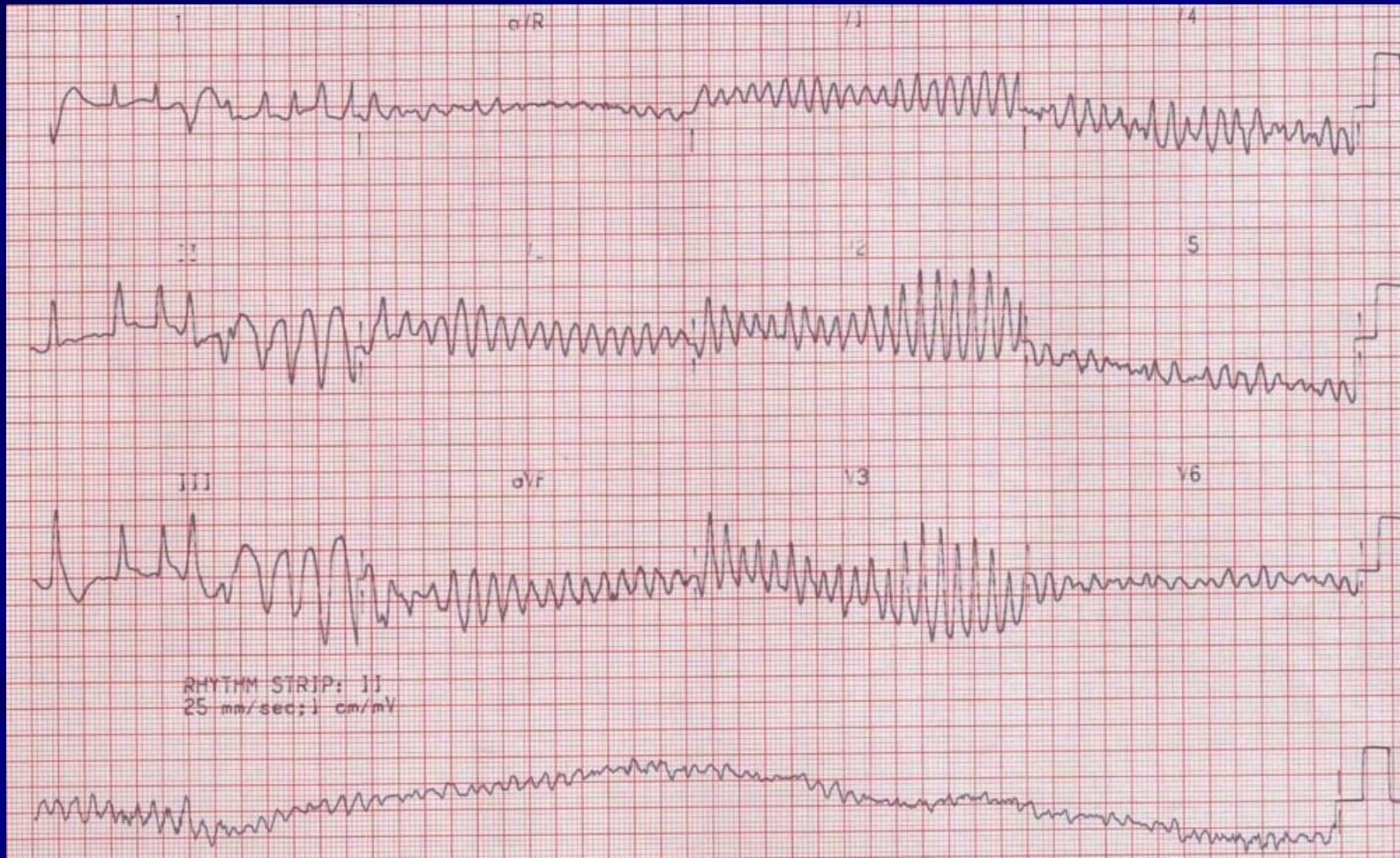
AT-102 1.37 Mm

10 mm/mV

10 mm/mV



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 ?



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. Évaluation 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

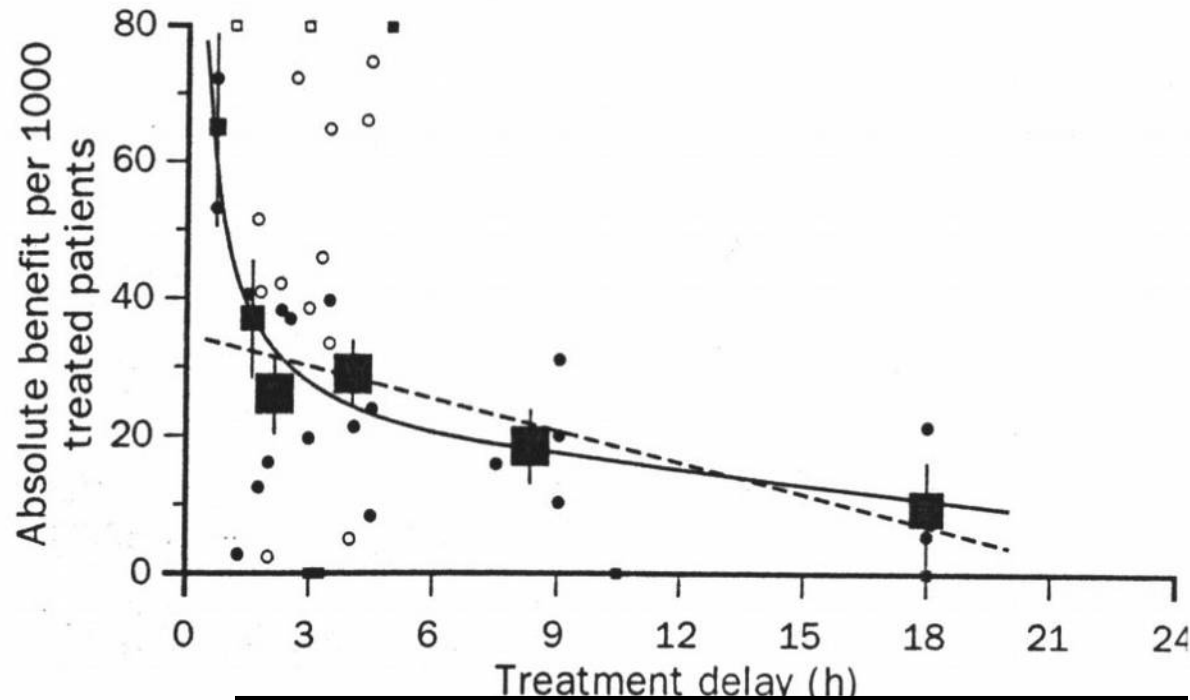


Figure 4: **Absolute 35-day mortality reduction versus treatment delay**

Small closed dots: information from trials included in ETT 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?**

- Angioplastie 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 > 90 min)

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)**

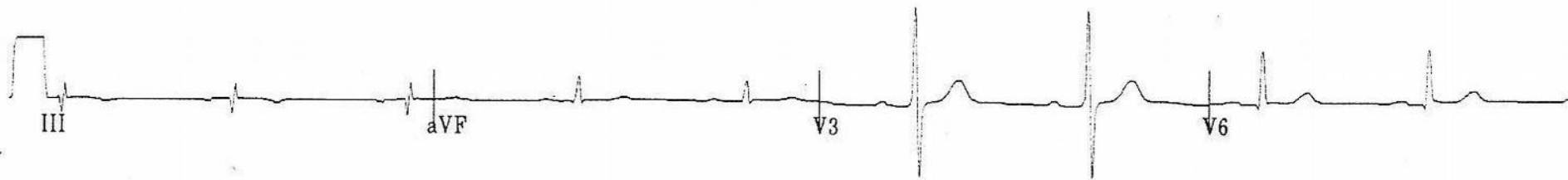
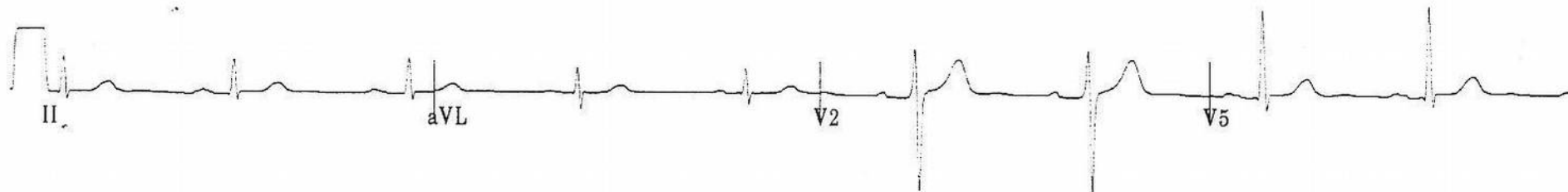
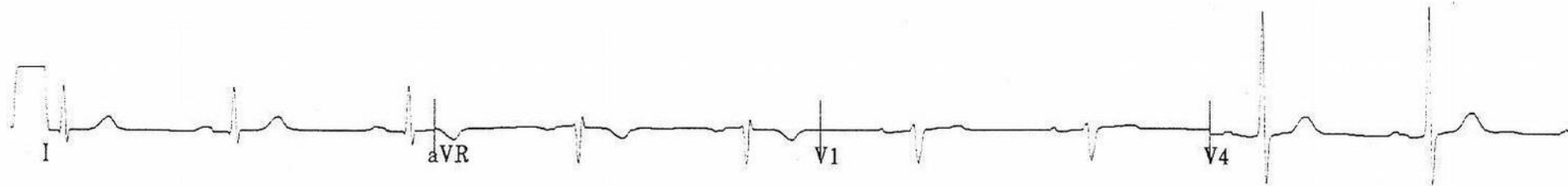
Quel est le traitement adjuvant mis en place par le SMUR avant le traitement curatif ?

- VVP
- O2
- scope
- Morphine IV
- Héparine ou HBPM
- Aspirine 250 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 coeur et poumons: normal
- artères périphériques et aorte abdominale: N
- PA: 155/90 mm Hg; Pouls 77/min

- Atcd: fumeur; dyslipidémie non traitée, hérédité 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:

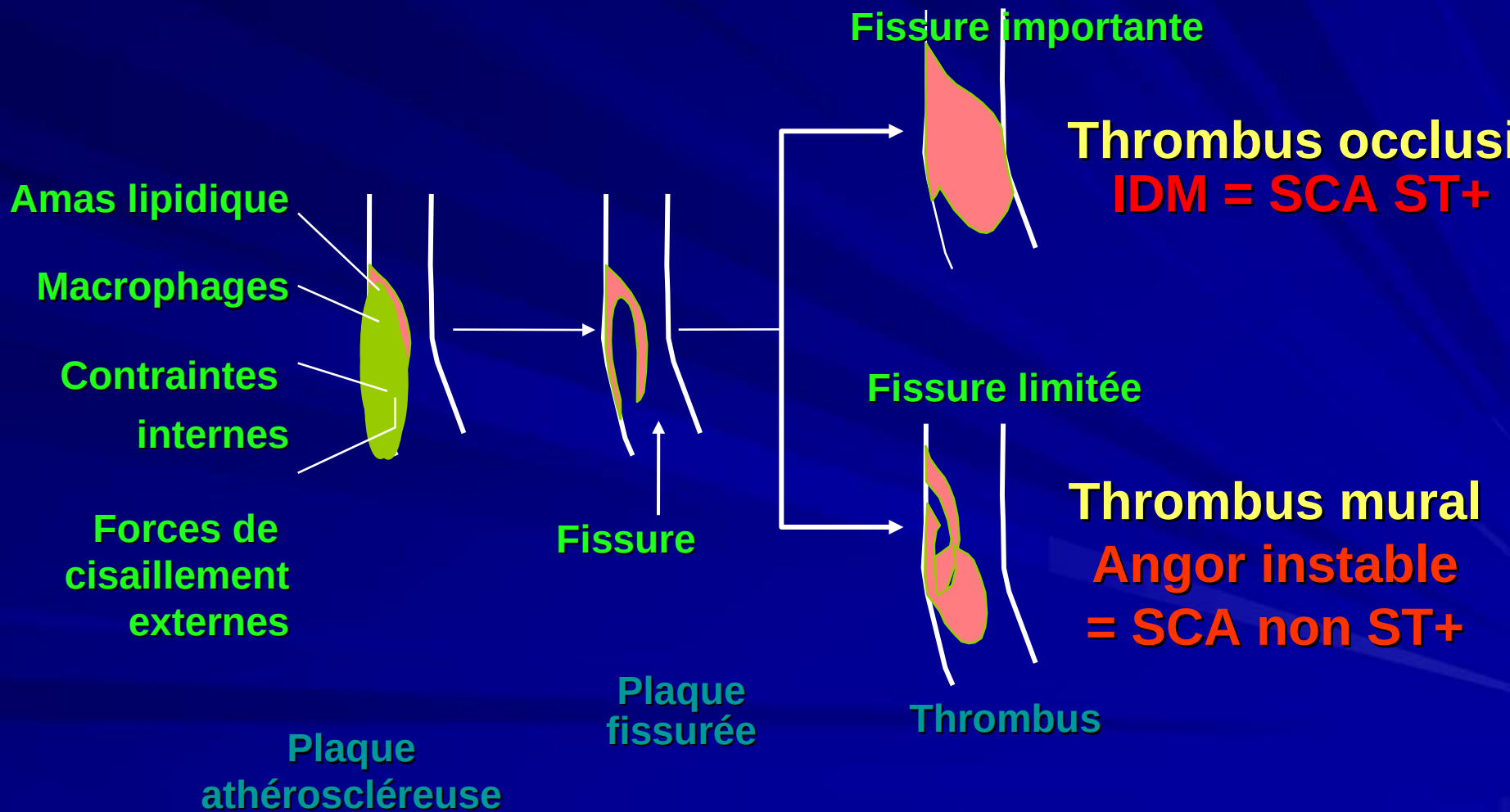
Le terrain

Les caractéristiques de la douleur

C'est potentiellement grave (risque vital).

Syndromes Coronariens Aigus:

Physiopathologie



**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.

Patients considérés à *bas risque* de progression vers l'infarctus ou le décès

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



Redoser la troponine 3h plus tard

Patients considéré à *bas risque* de progression 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 récurrence en attendant exploration +/- tt B-**



**Remise en cause du diagnostic
Epreuve d'ischémie pour diagnostic et pronostic**

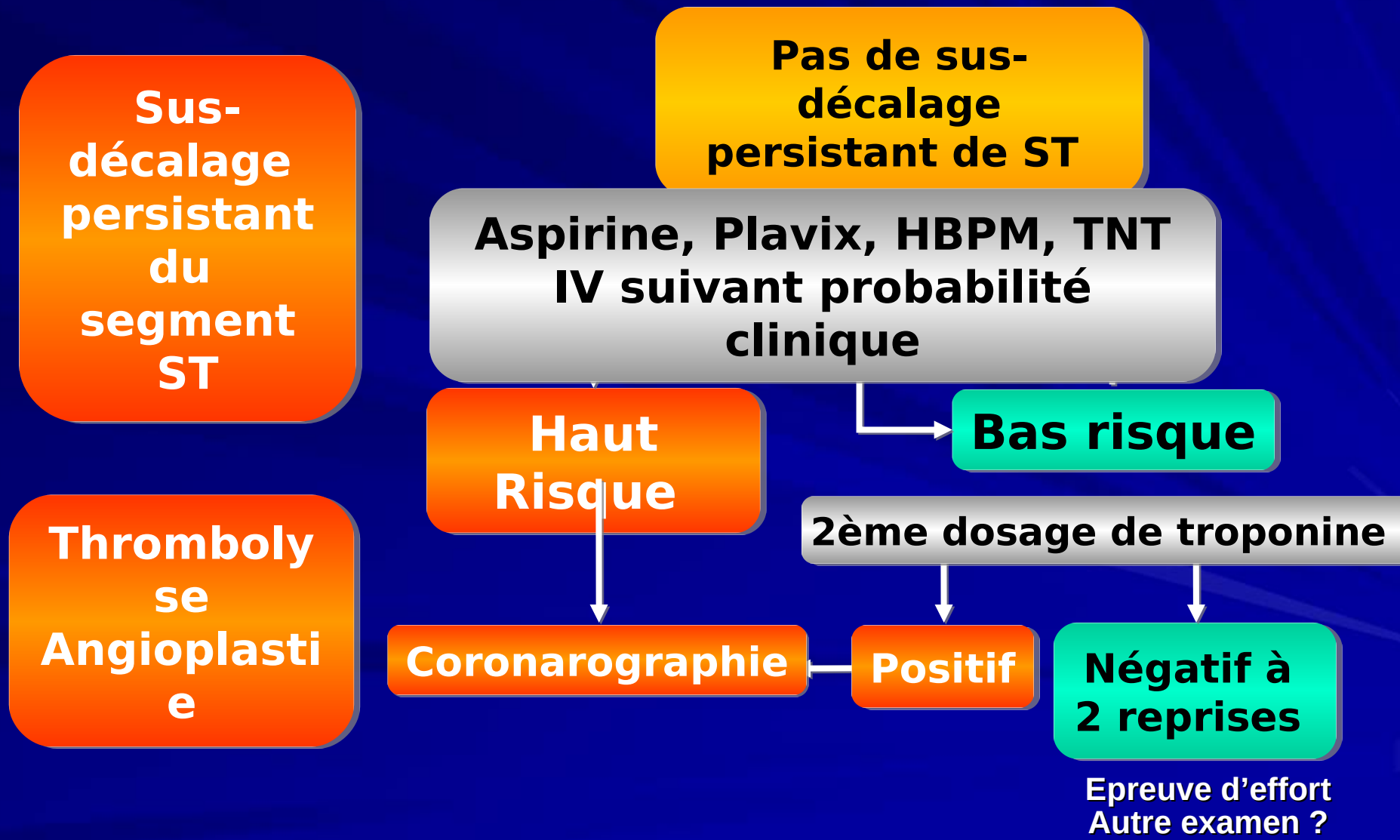
Patients considérés à *haut risque* de progression vers l'infarctus ou le décès

- Récidive de douleur thoracique
- Modifications du segment ST (*ST-* ou *ST+* transitoire)
- élévation de la troponine
- Instabilité hémodynamique
- Troubles du rythme (*FV, TV*)
- IDM récent

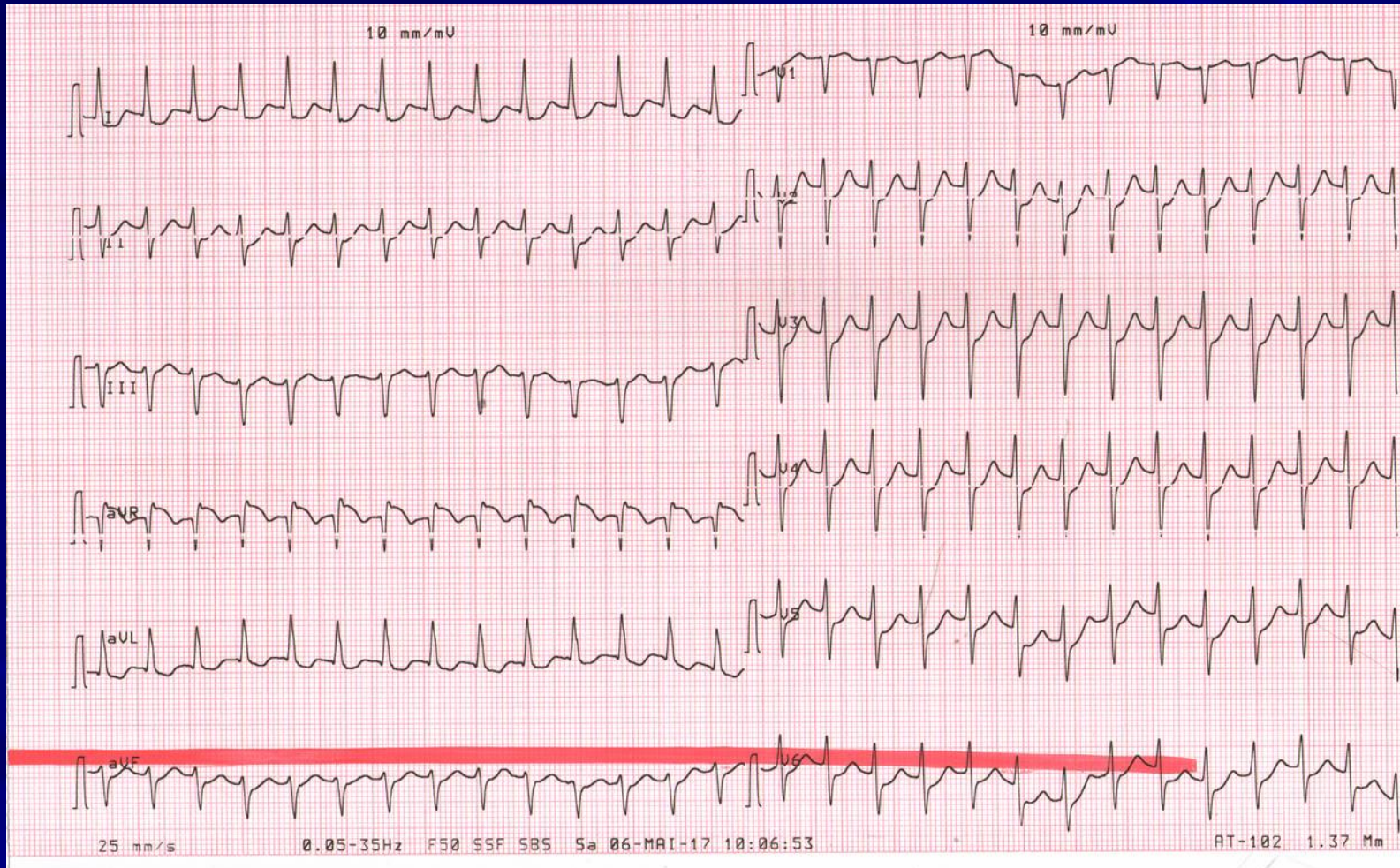
**Coronarographie
dans les 48h**

Suspicion clinique de SCA- synthèse

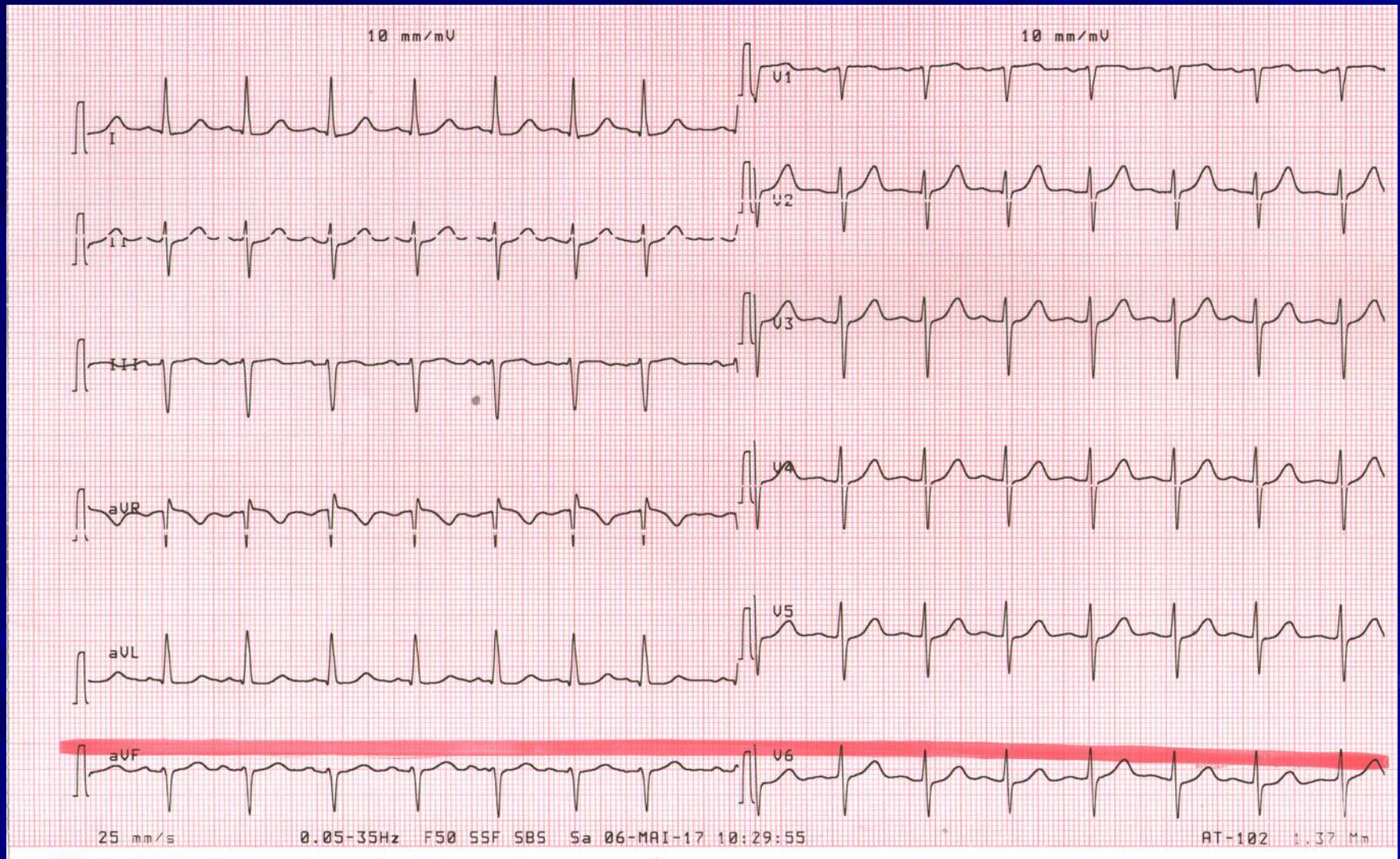
Examen clinique, surveillance de l'ECG, Biologie



Femme 65 ans, douleur thoracique



Même patiente, sédation DT

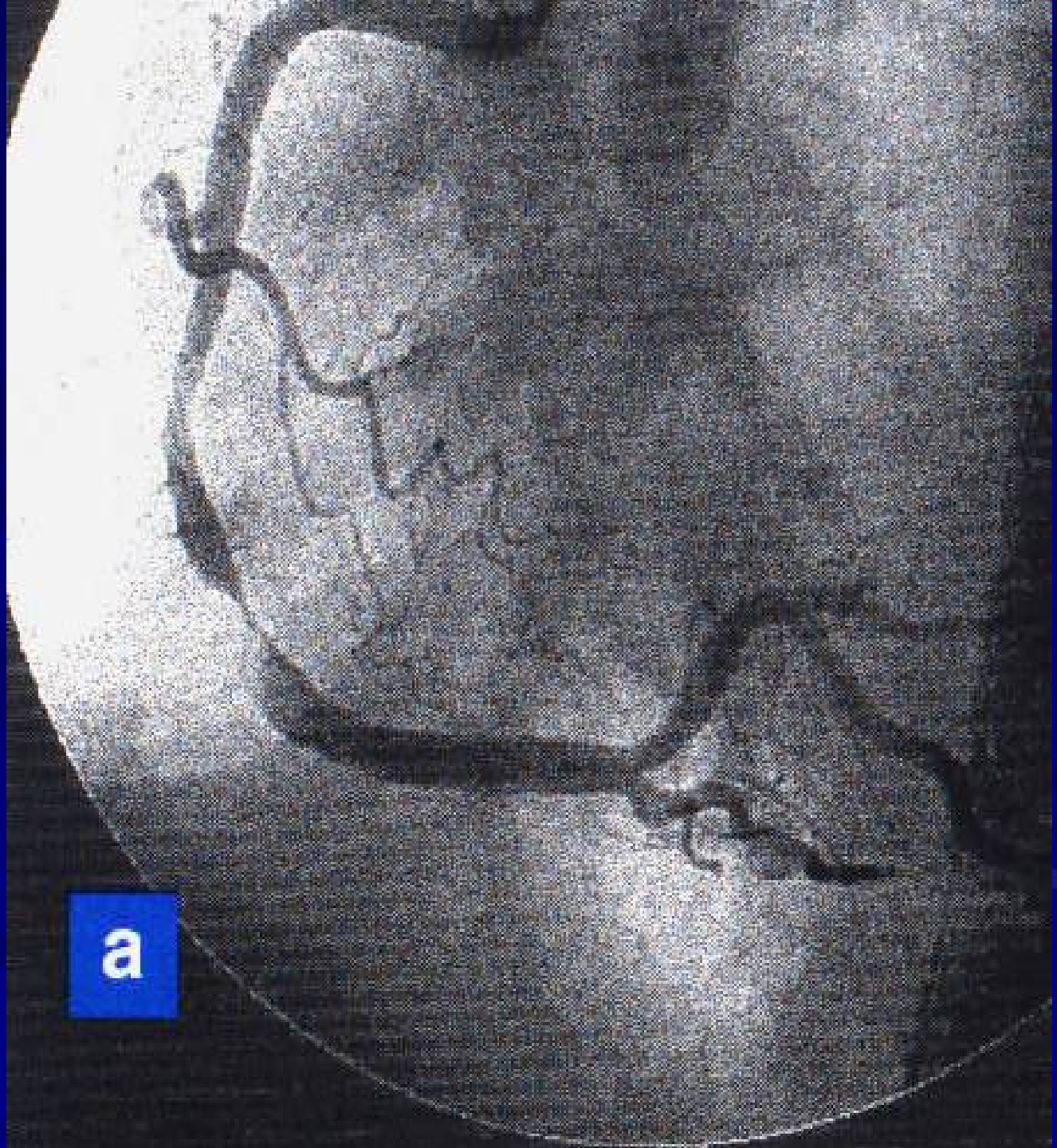


Cas clinique 3- Suite

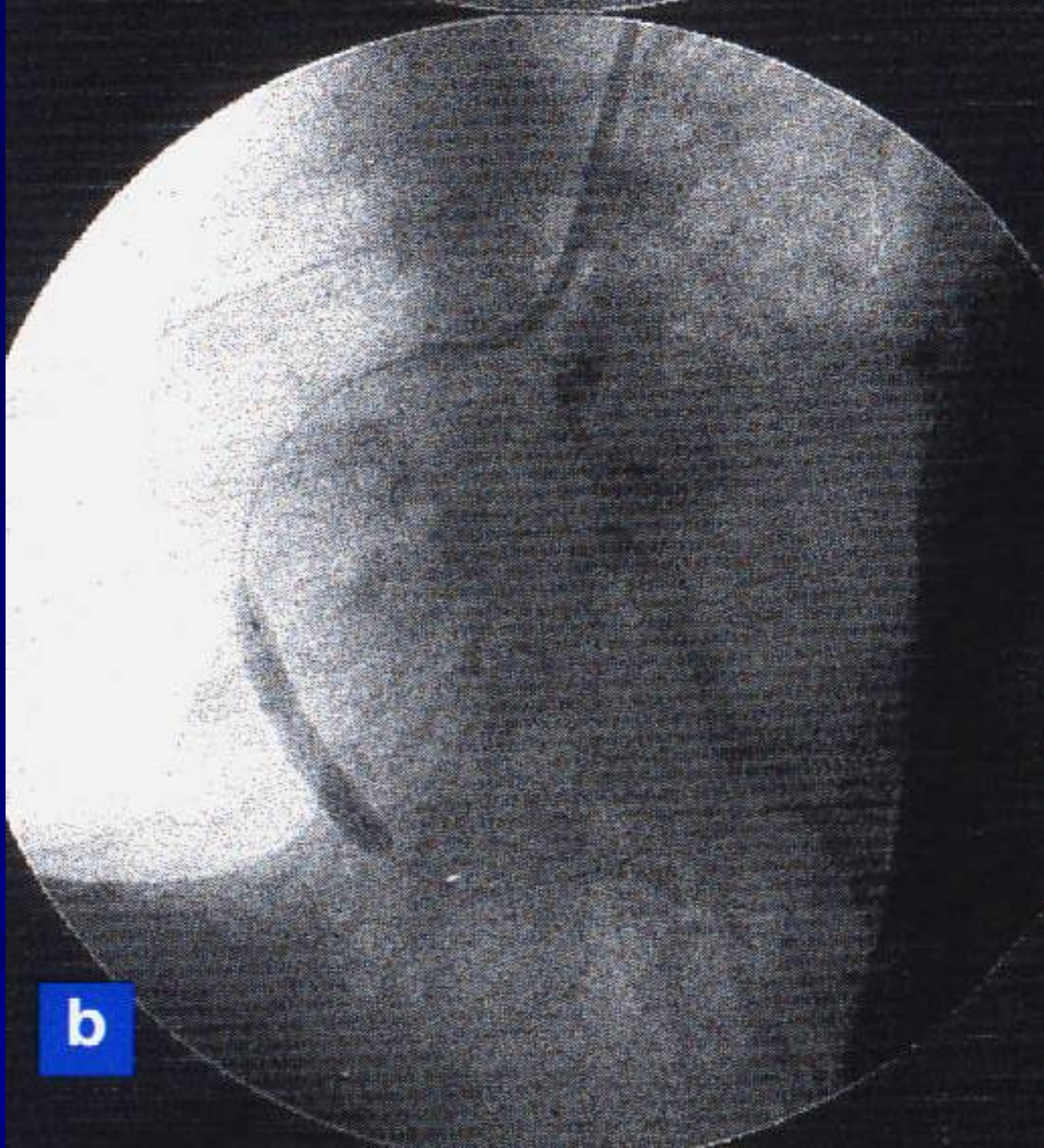
Récidive douloureuse avec ECG percritique

Que fait-on ?

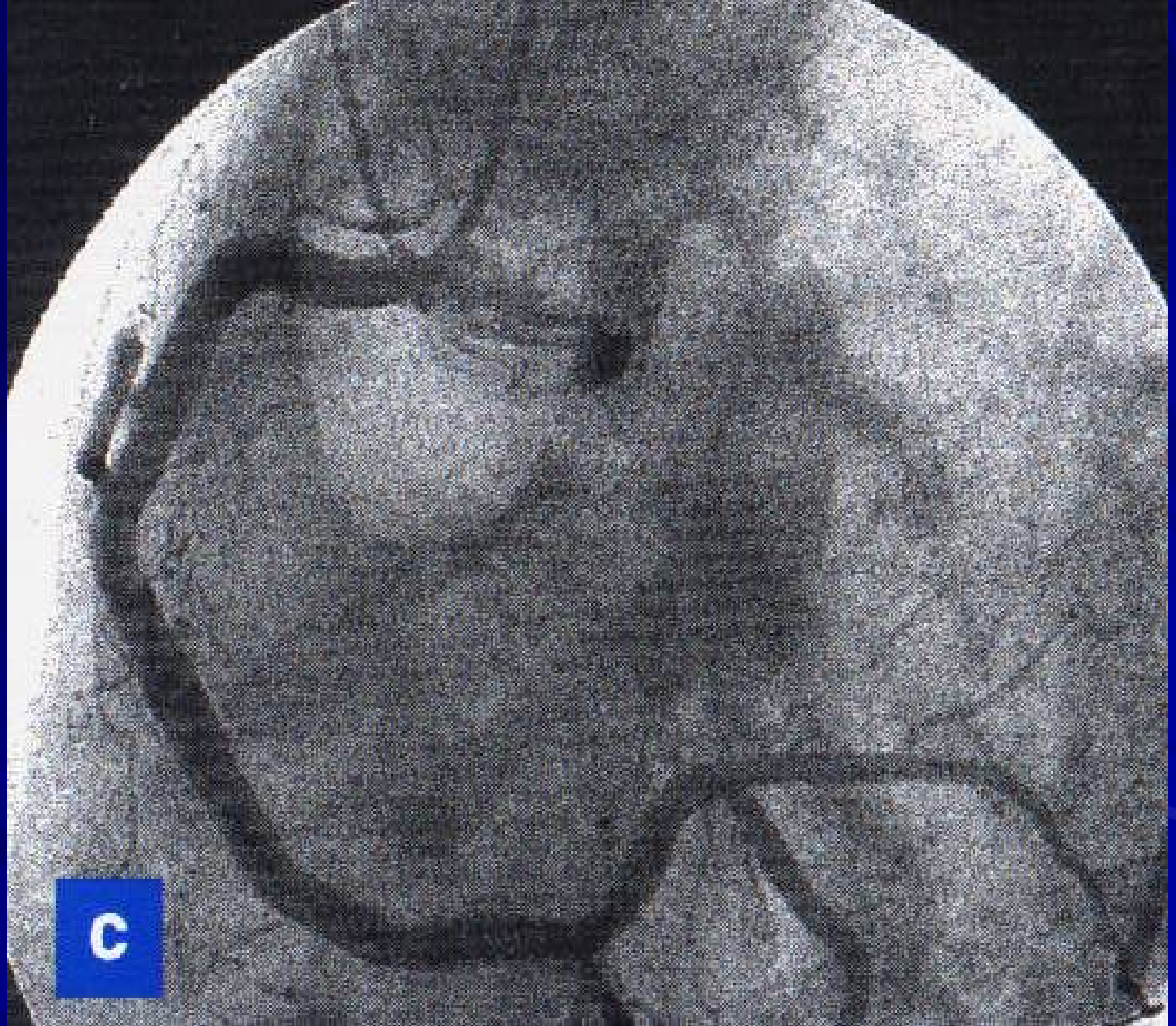




a



b



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