

## **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**

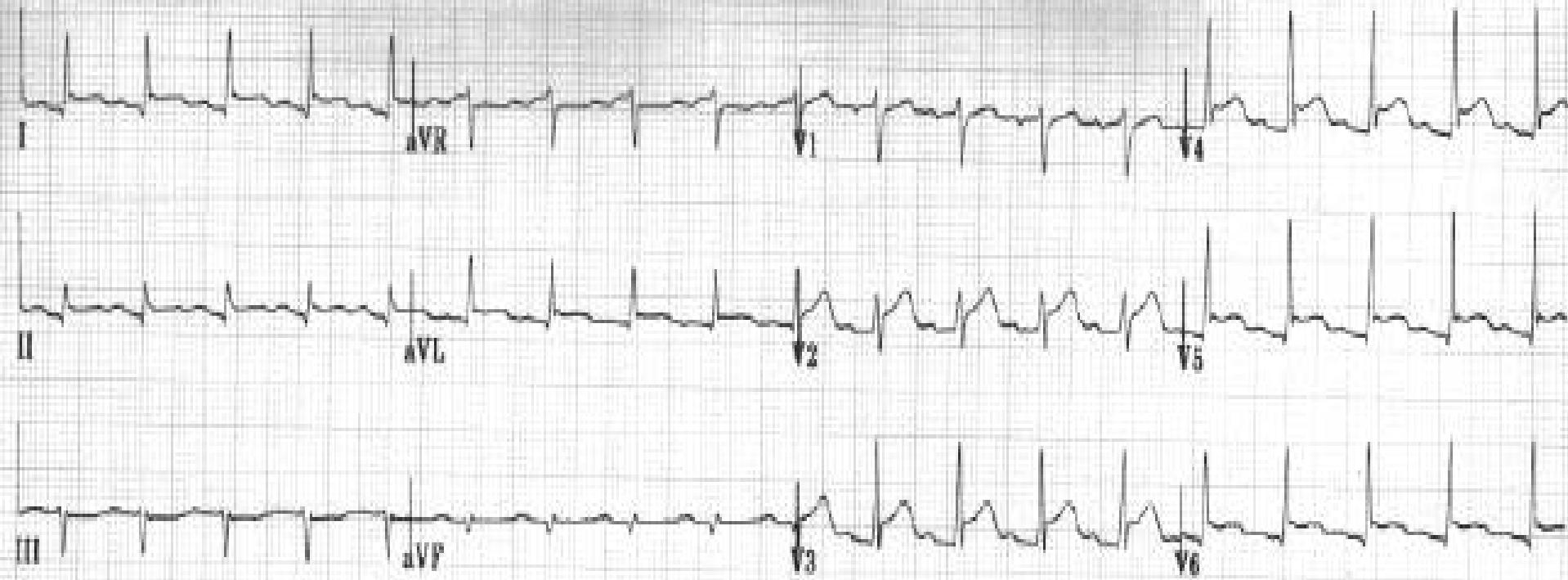
### **Vous êtes le médecin de garde en ville**

- 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**

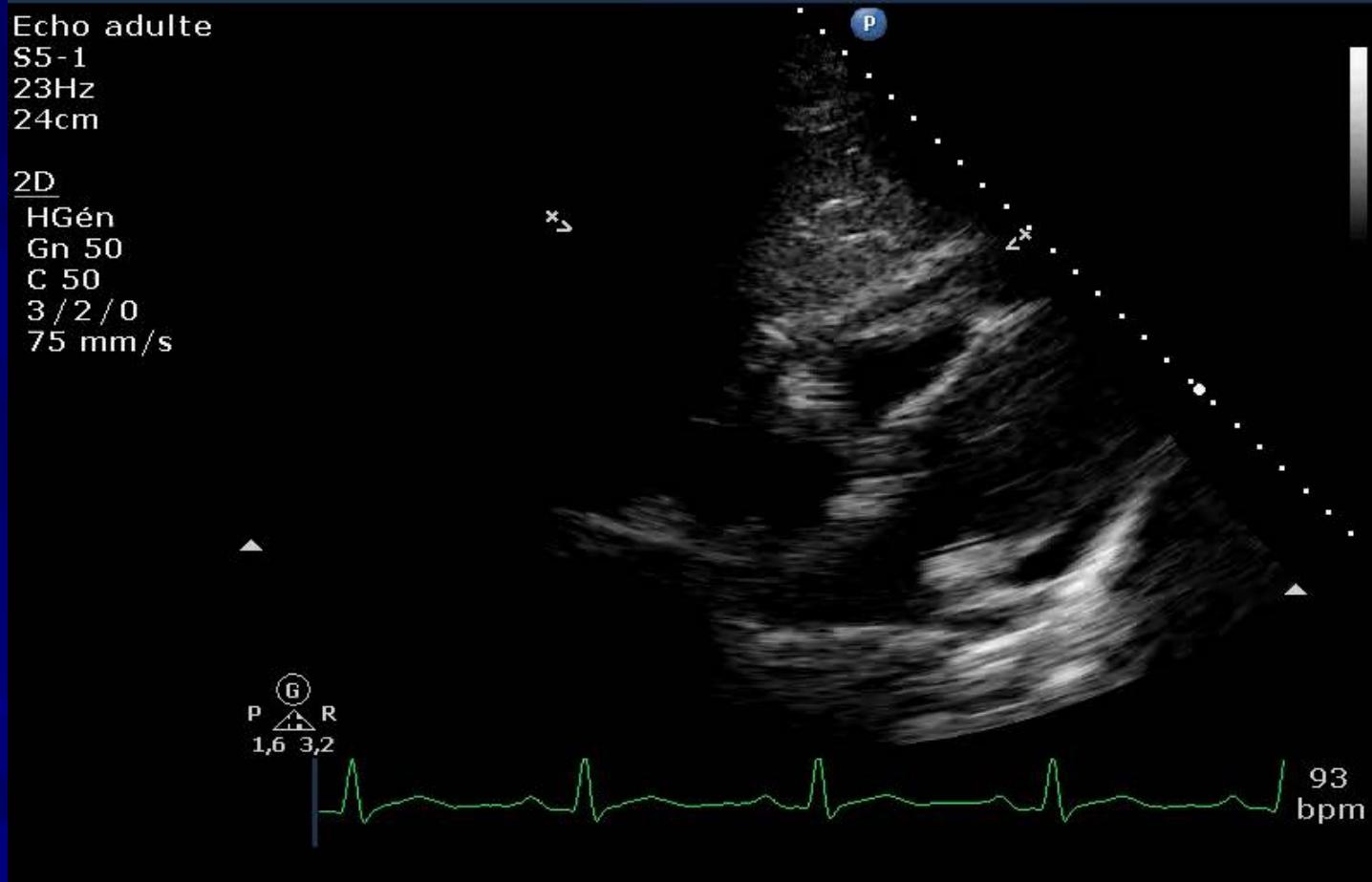
# Quelles sont les causes de péricardite ?

- 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 anatomo-pathologique (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

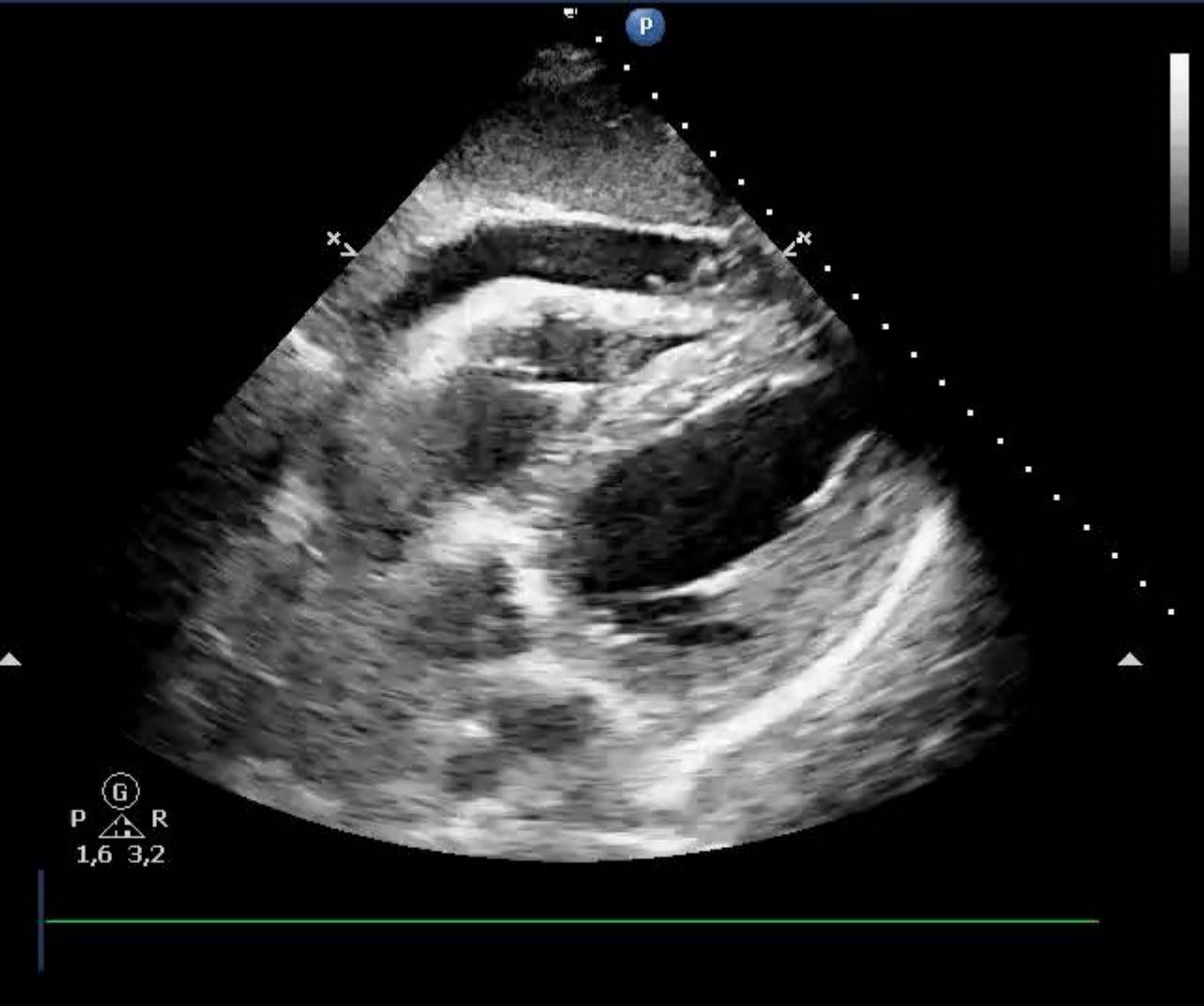
P G R  
1,6 3,2



# 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 ?

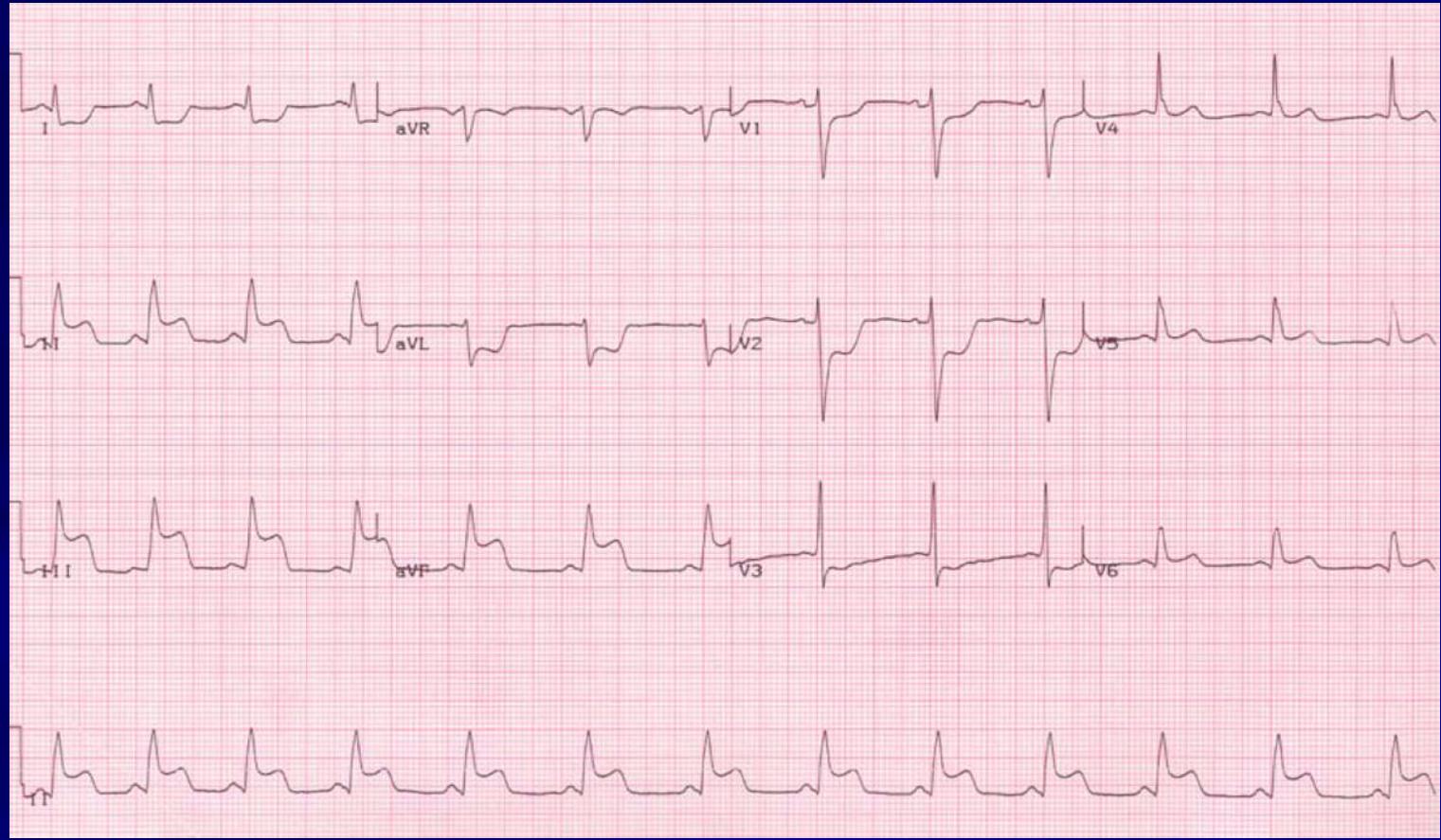
- A. récidive 25% des cas
- A. Épanchement 10 à 20% des cas pouvant évoluer vers la tamponnade <1% des cas.
- A. Constriction péricardique très rare

## **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.

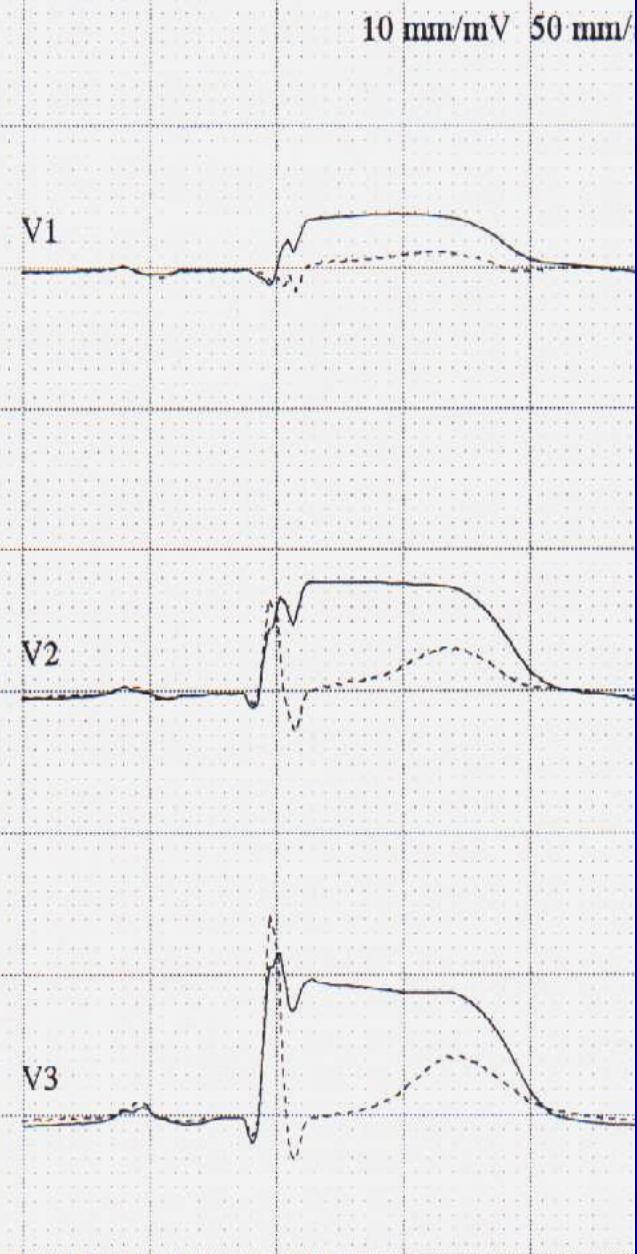
# Quelle(s) bonne(s) réponse(s) ?

- 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.

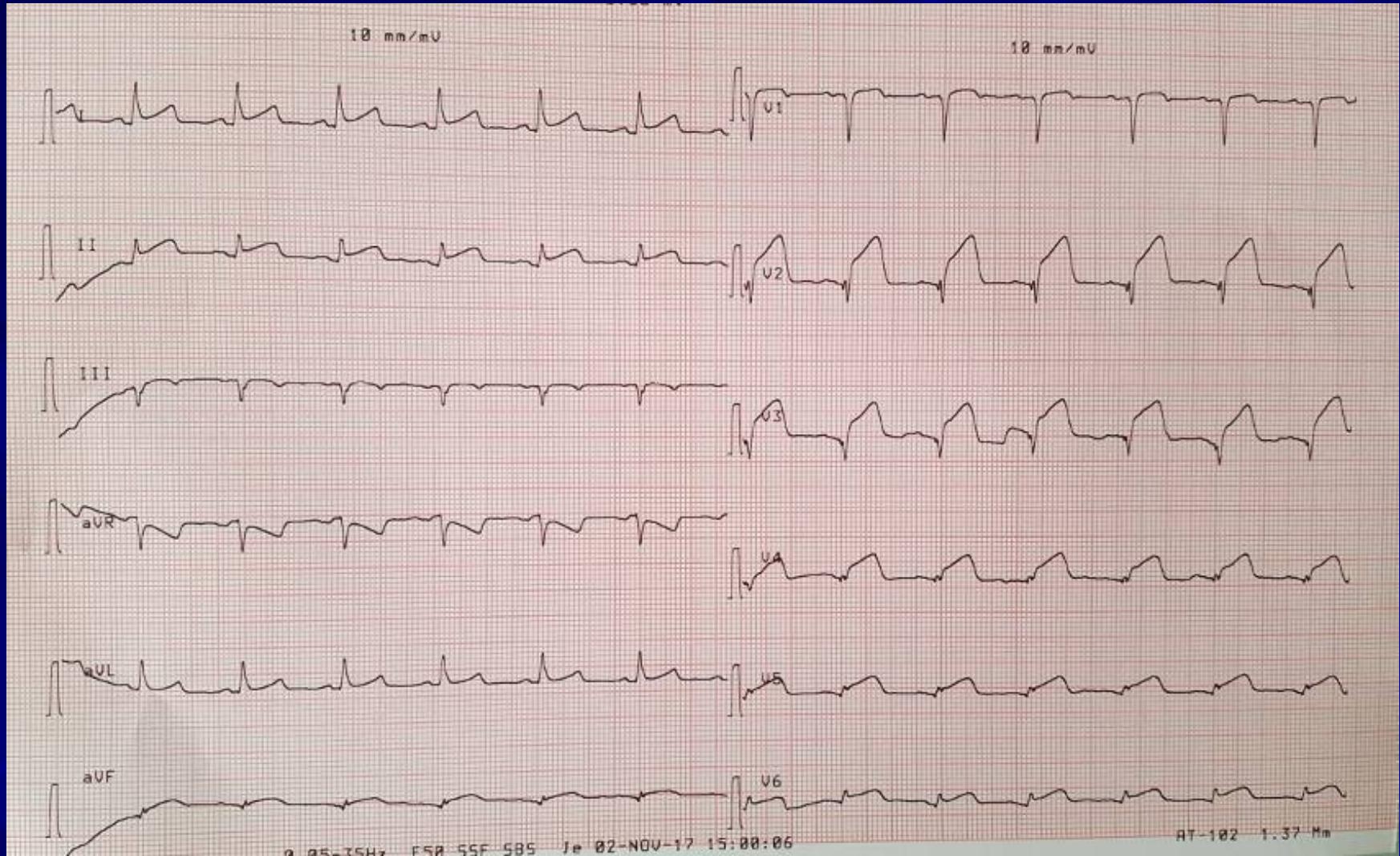
**Quel est votre diagnostic ?**

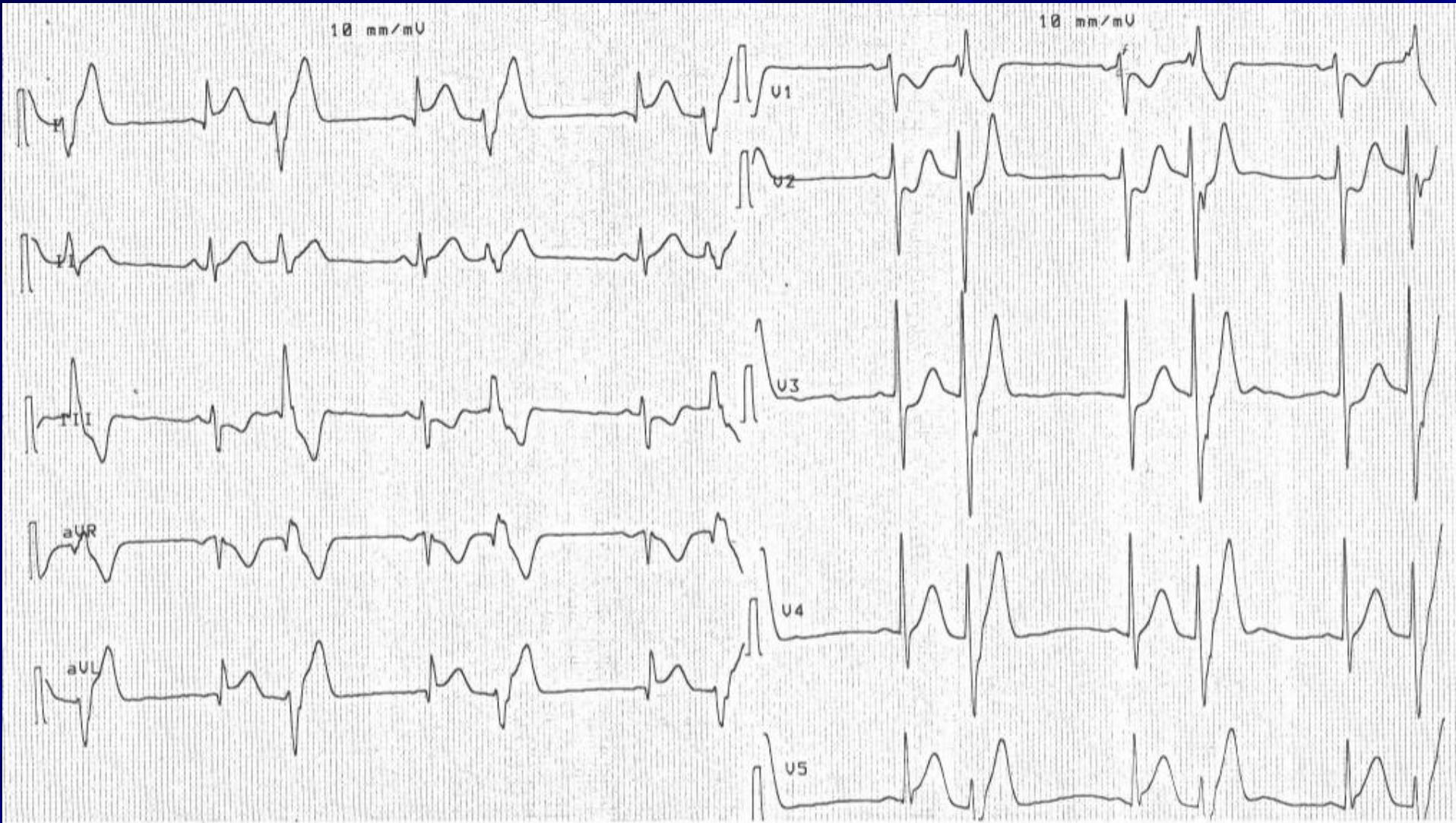


## ONDE DE PARDEE



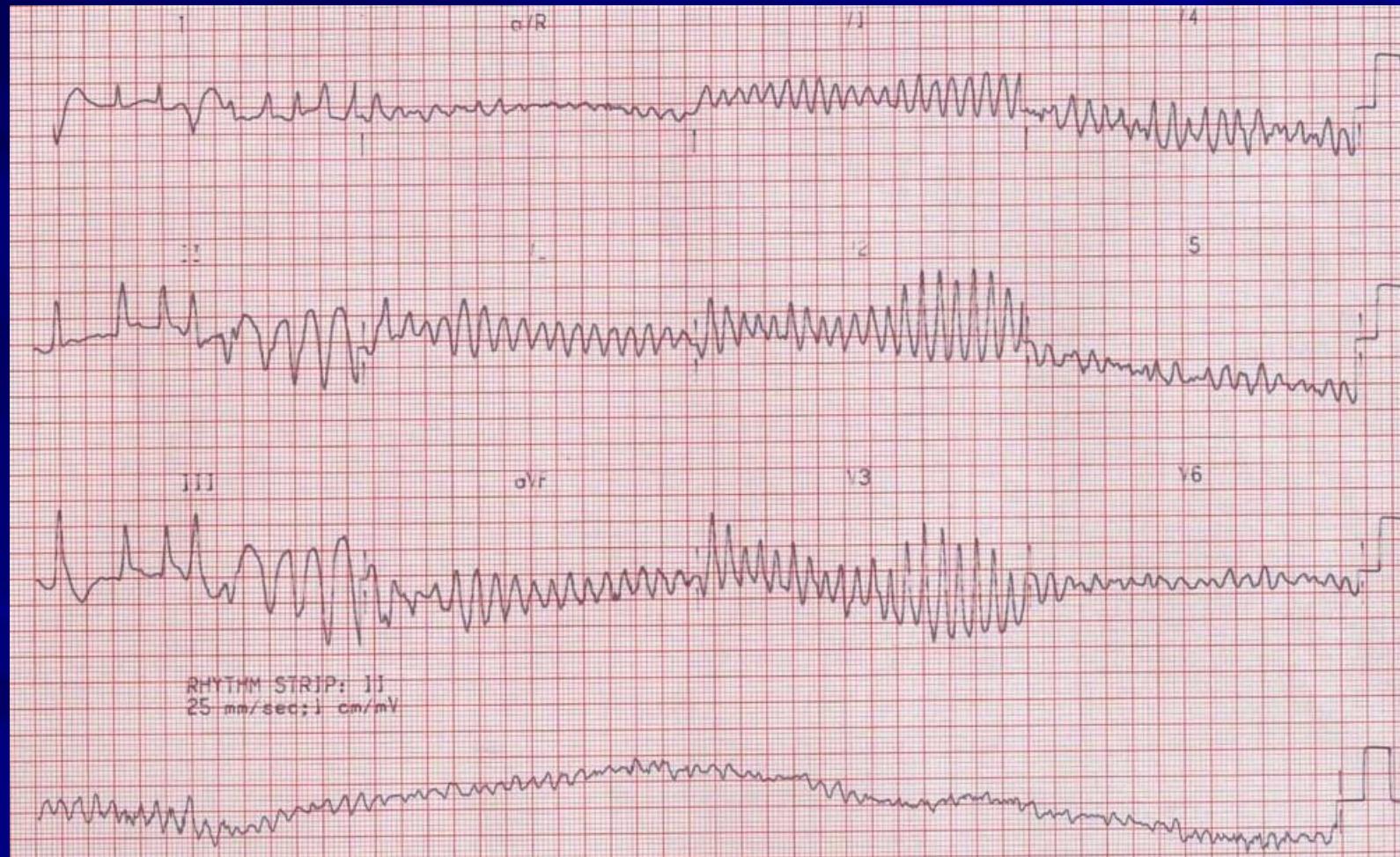
Quelles sont les autres étiologies du ST+ ?





**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 ?**



# **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

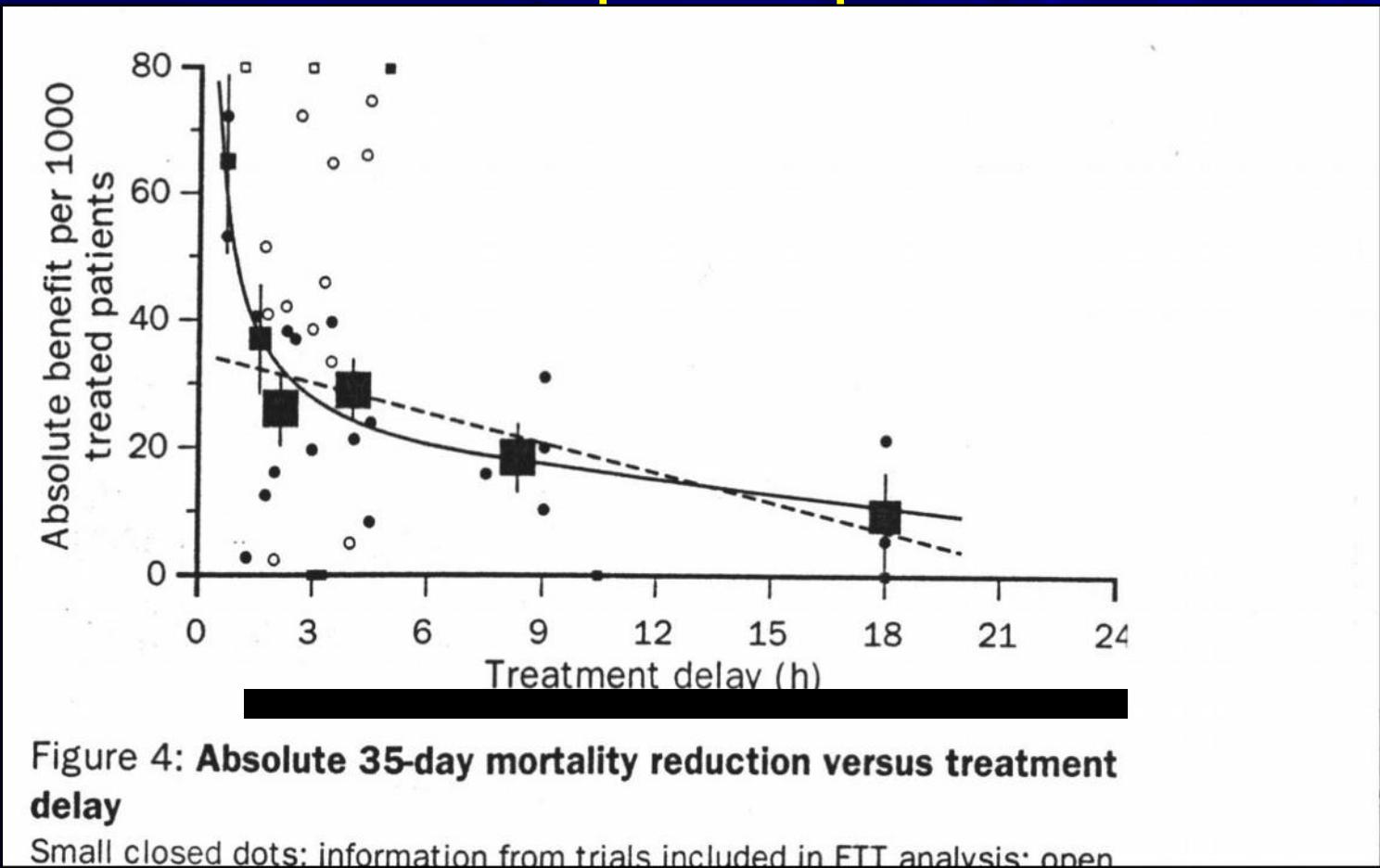
**C'est un SCA ST+ = extrême urgence**

# SCA ST+

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

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

# Efficacité de la reperméabilisation temps - dépendant



- 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>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)**

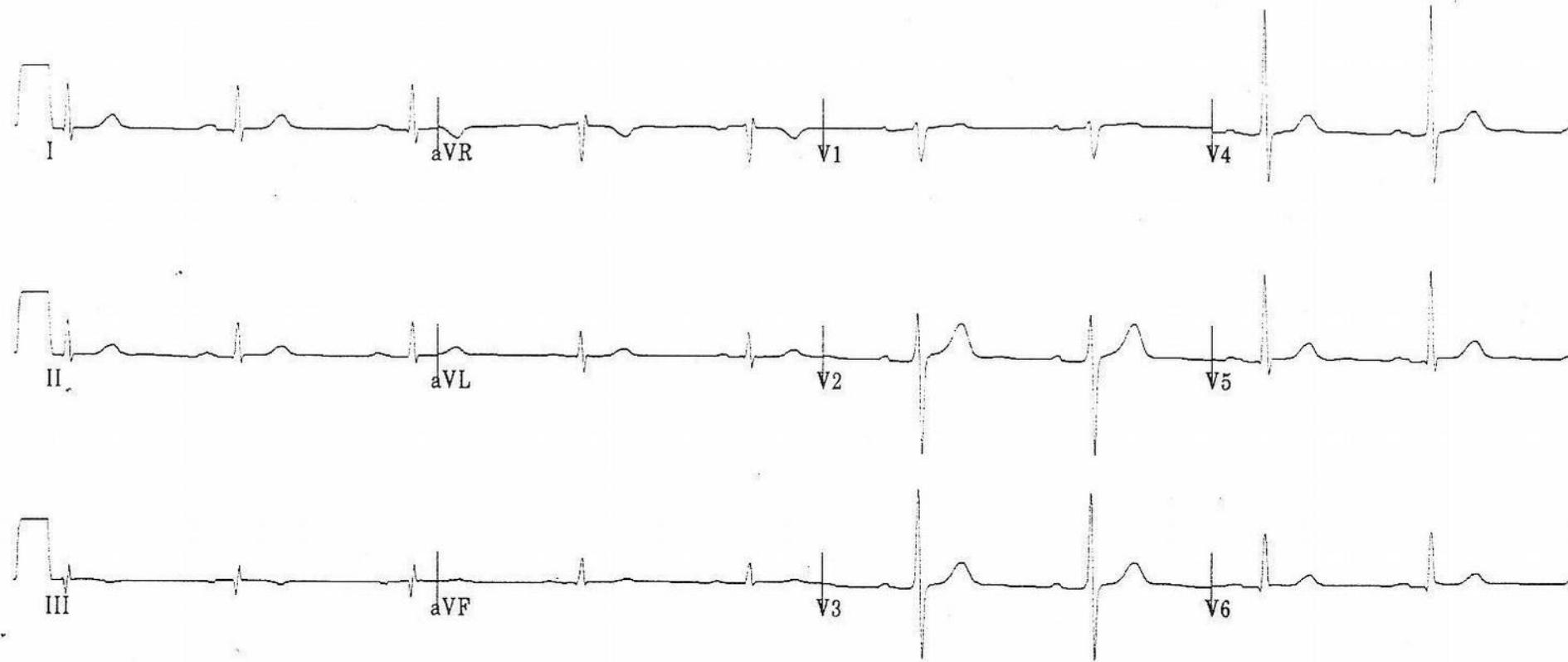
# Quel est le traitement adjuvant mis en place par le SMUR avant le traitement curatif ?

- VVP
- O2
- scope
- Morphine IV
- 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 ?

100 mmHg



# *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, 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:**

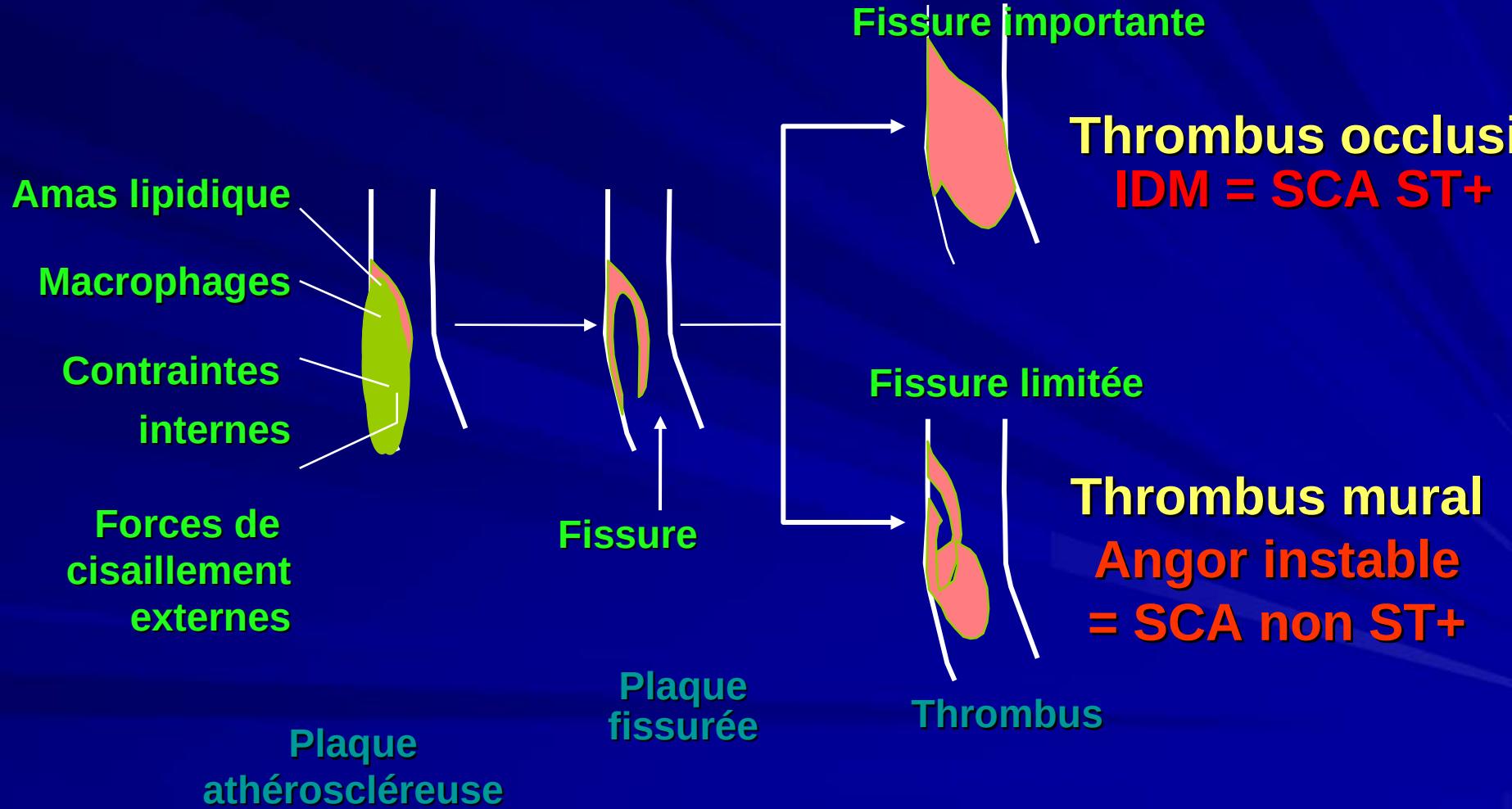
**Le diagnostic de SCA est probable devant:**

**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 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**

# **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 récidive 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**

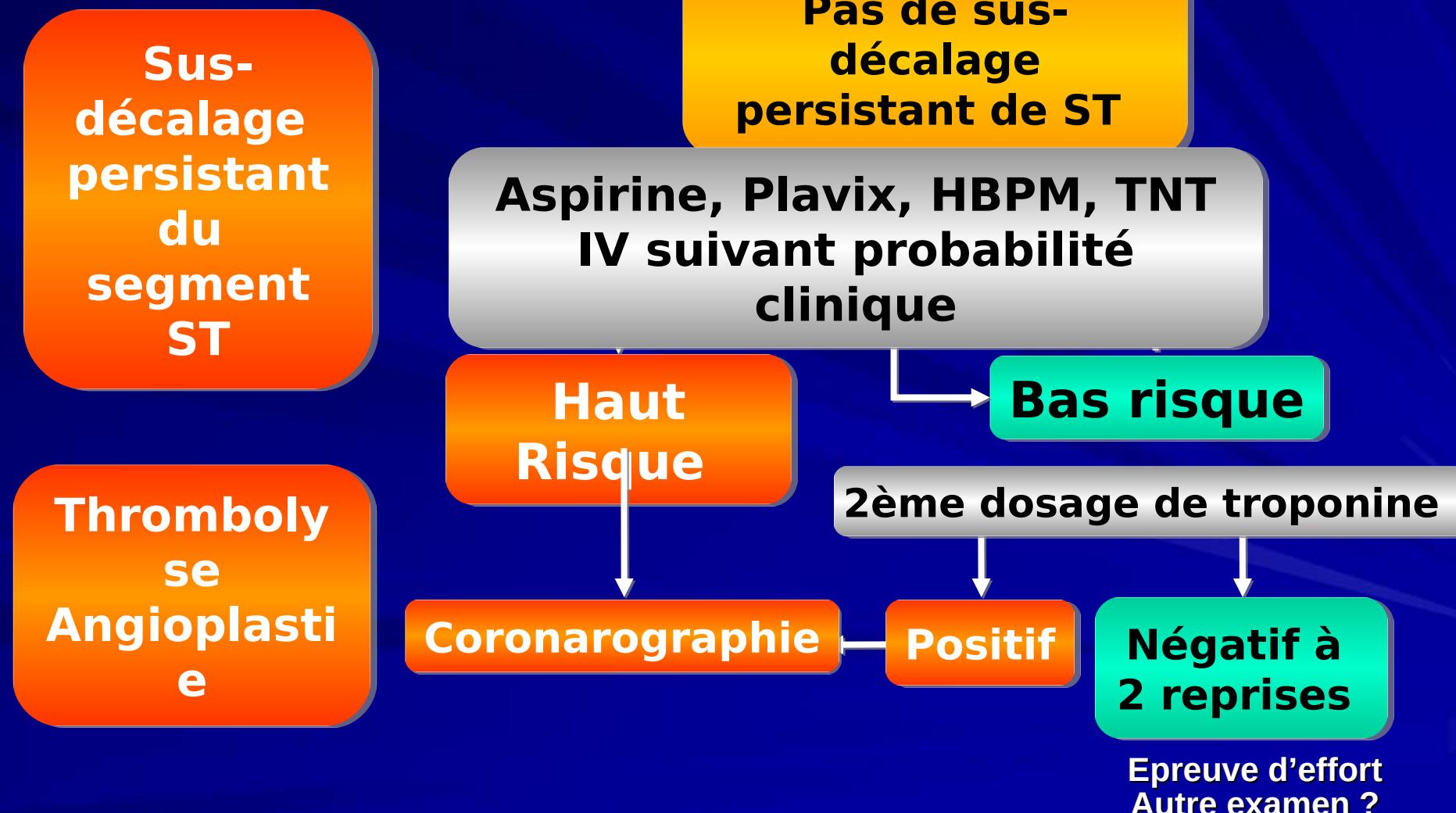
- Récidive de douleur thoracique
- Modifications du segment ST (*ST- ou ST+ transitoire*)
- Elévation de la troponine
- Instabilité hémodynamique
- Troubles du rythme (*FV, TV*)
- IDM récent



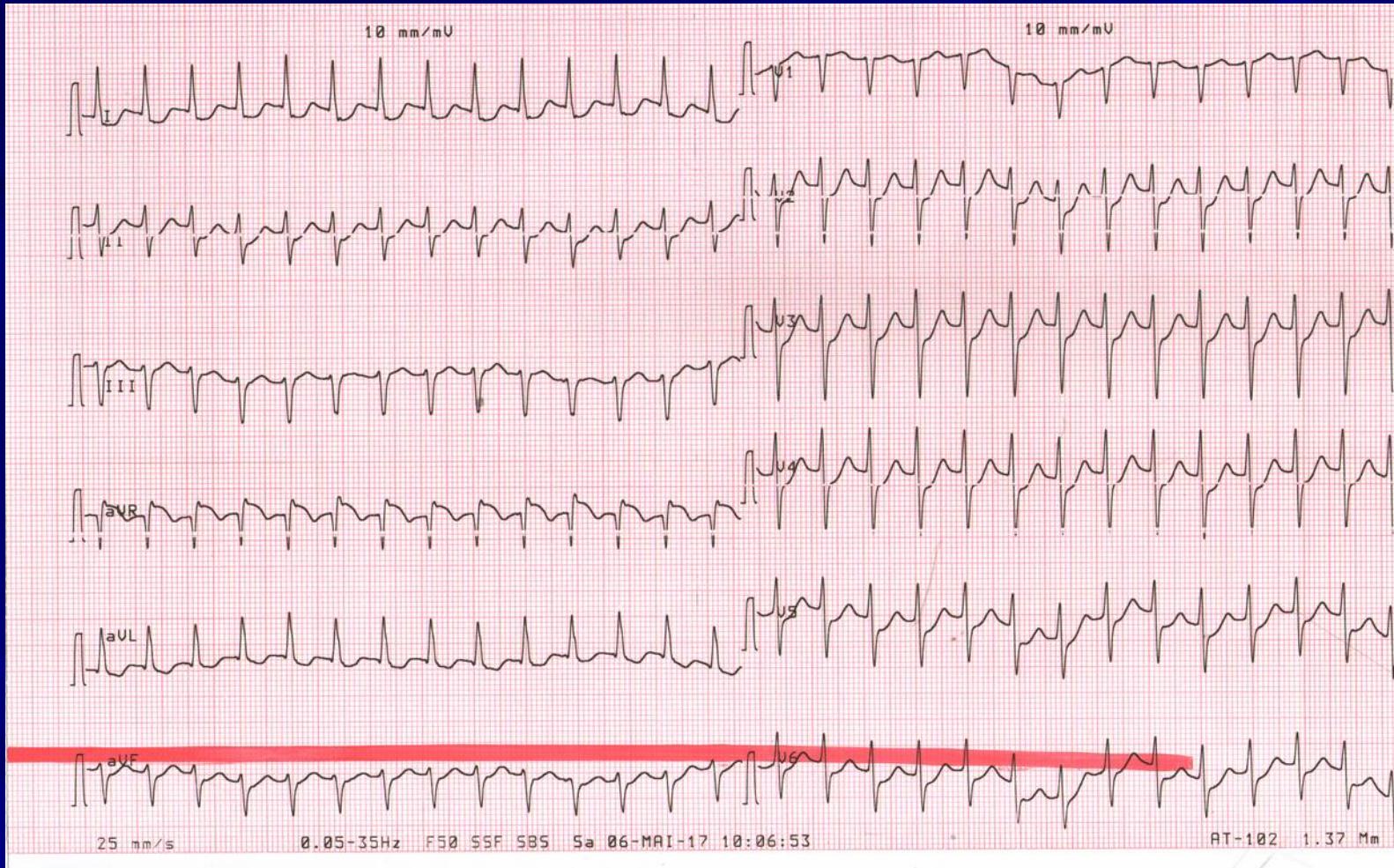
**Coronarographie  
dans les 48h**

# Suspicion clinique de SCA- synthèse

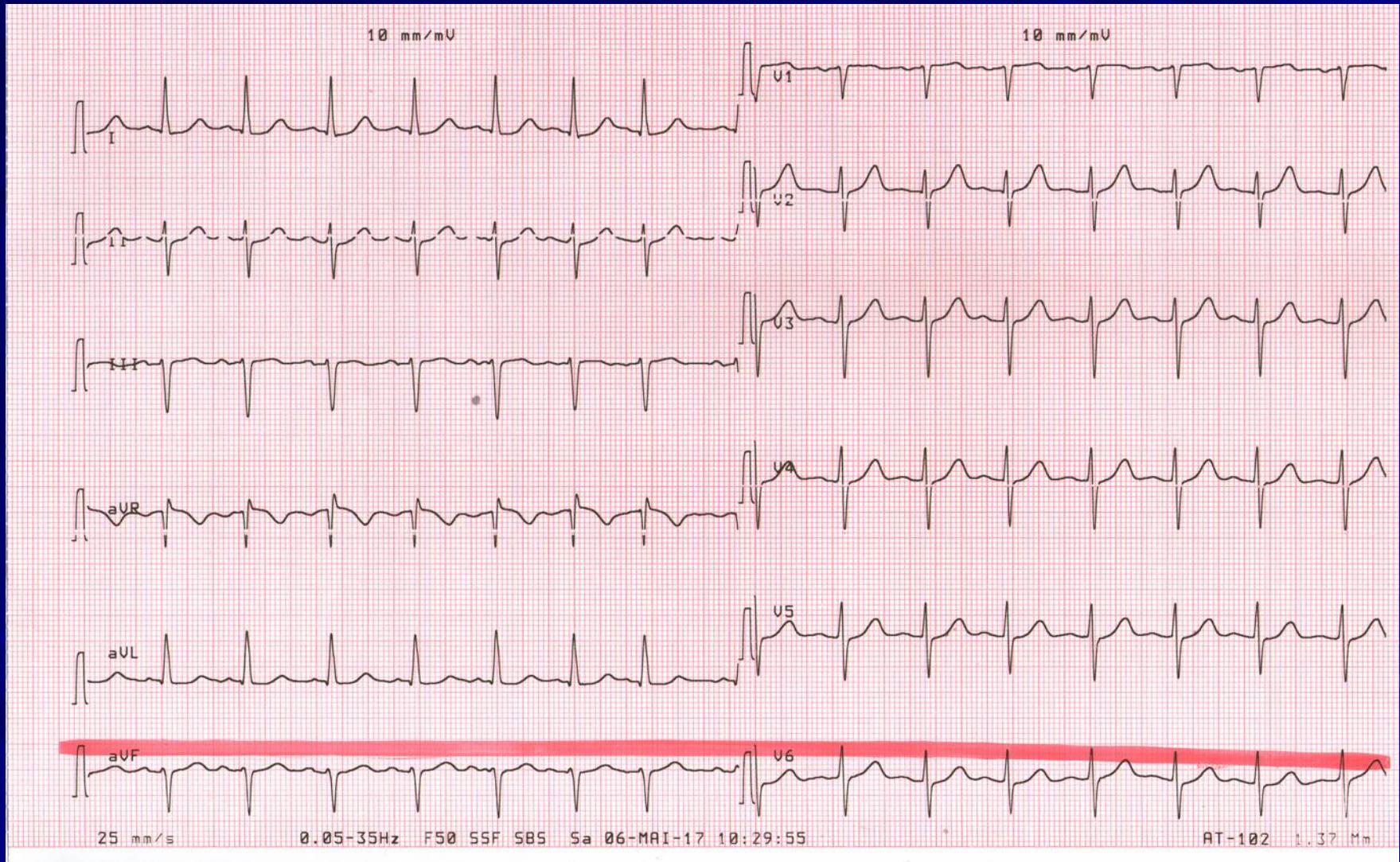
## Examen clinique, surveillance de l'ECG, Biologie



# Femme 65 ans, douleur thoracique

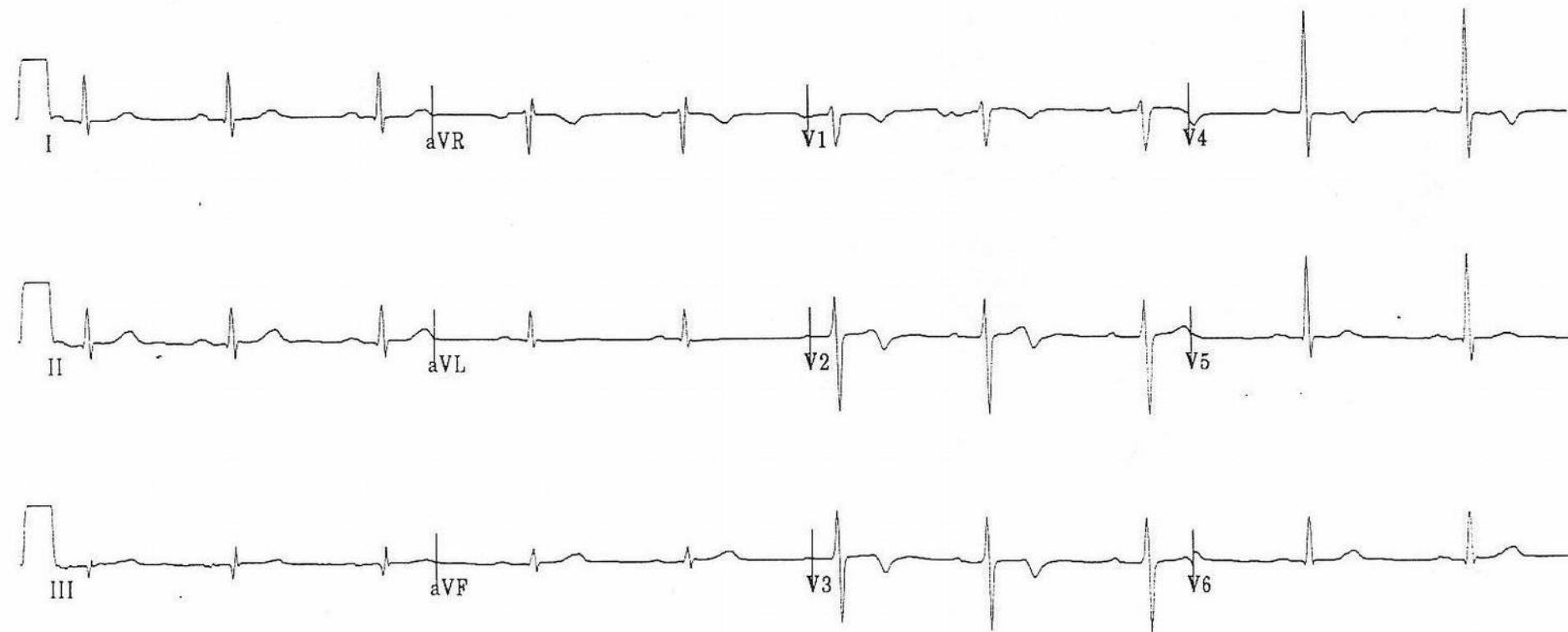


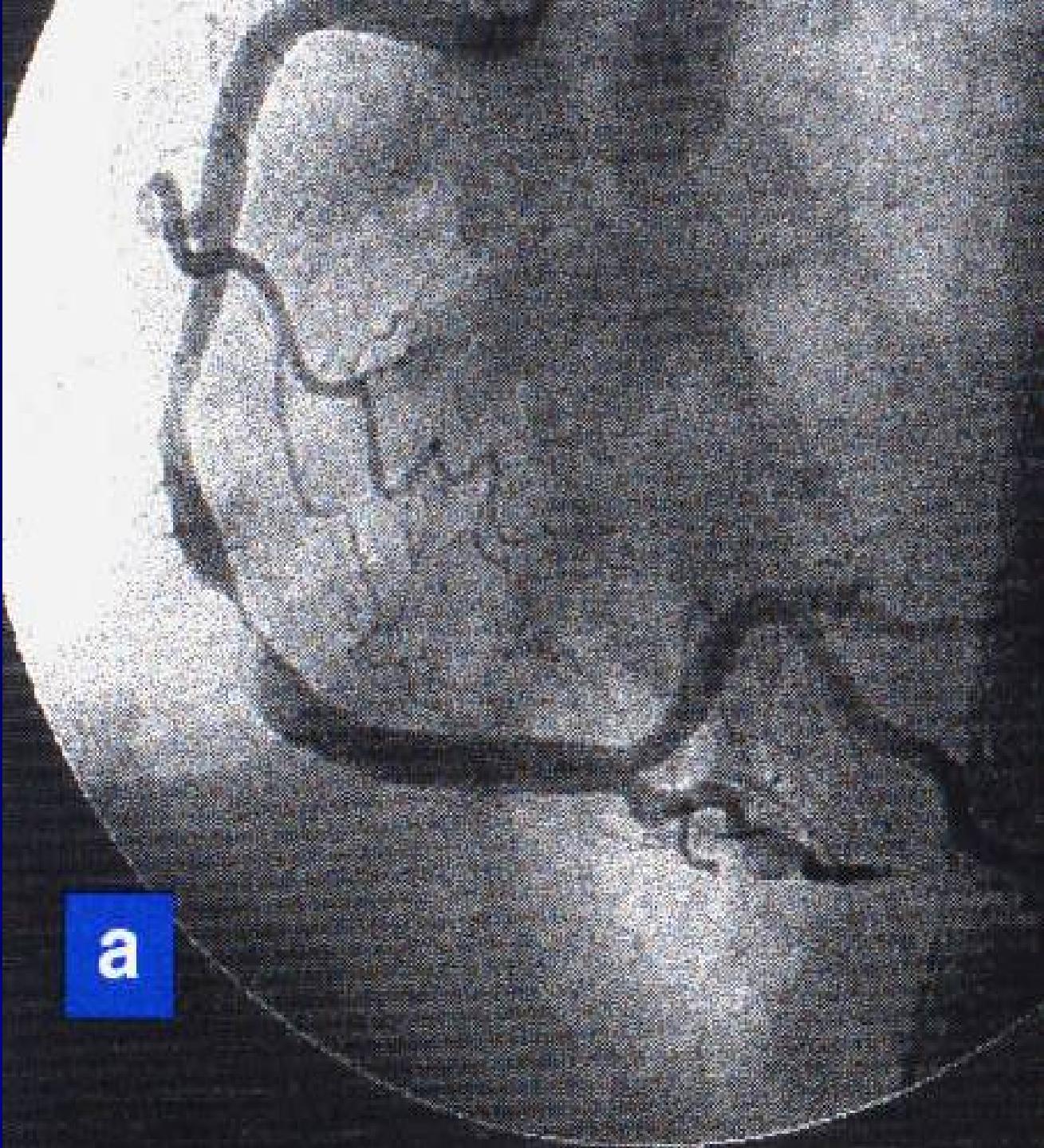
# Même patiente, sédation DT



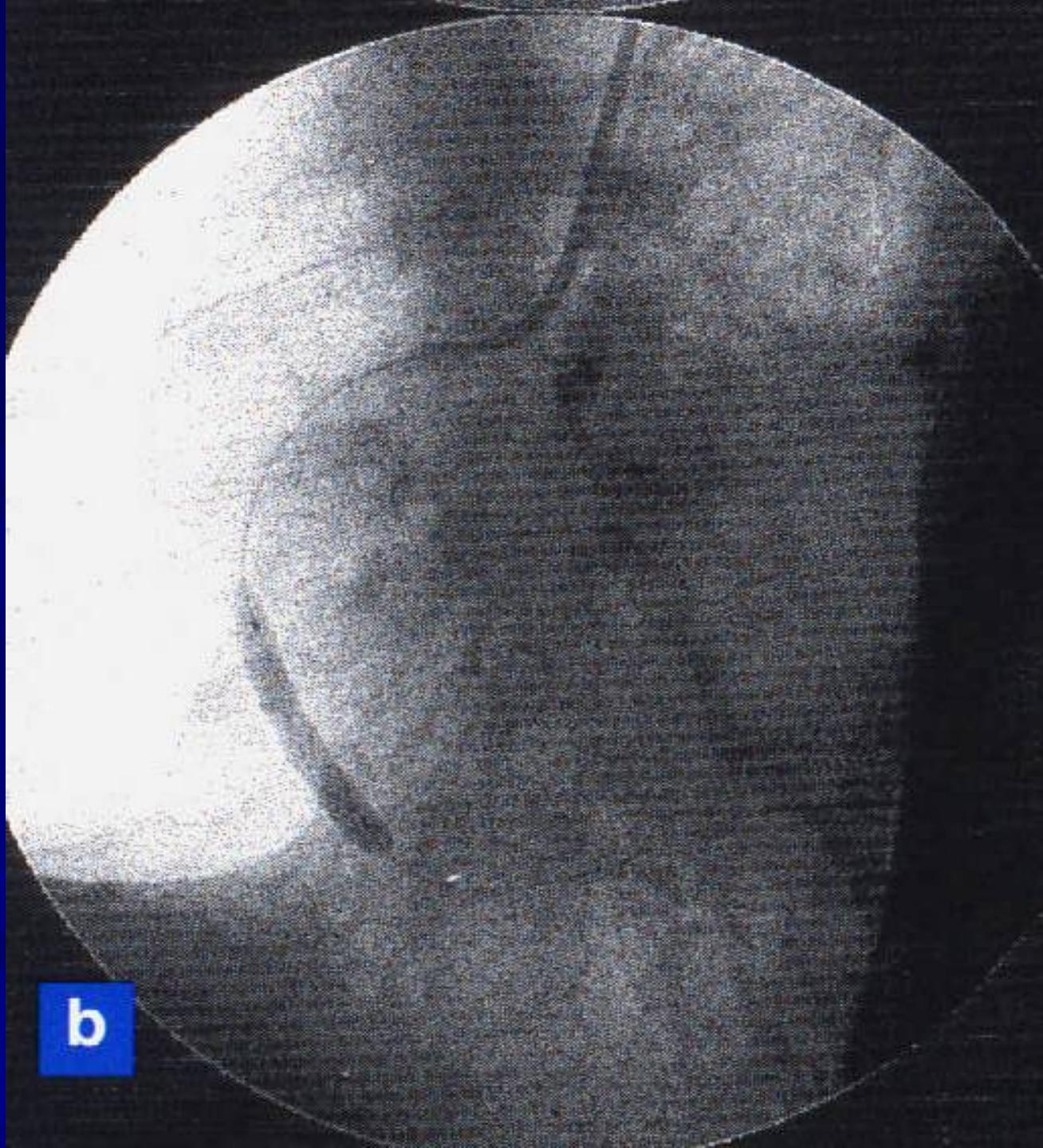
# Cas clinique 3- Suite Récidive douloureuse avec ECG percritique

Que fait-on ?

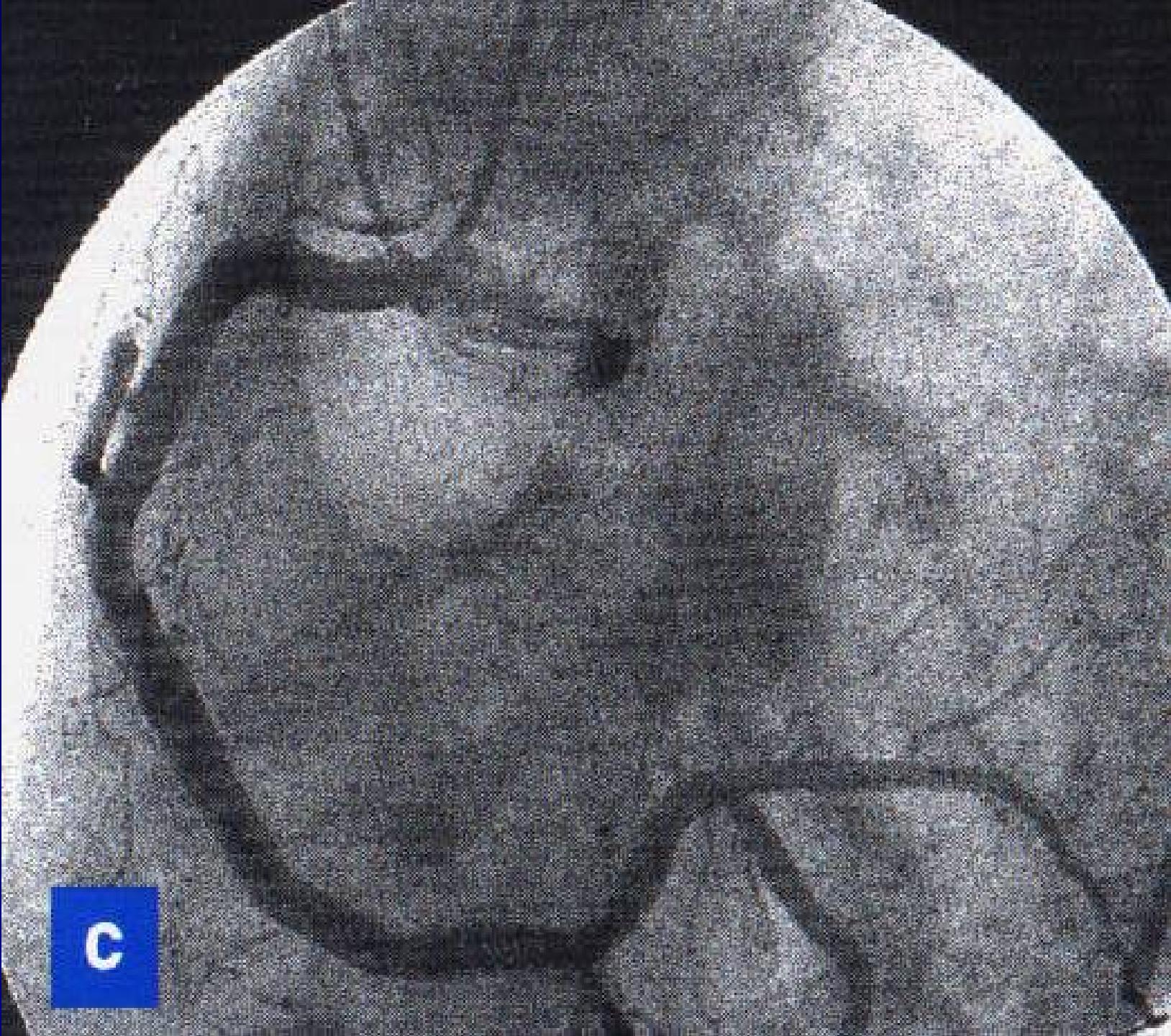




a



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