

Cas clinique 1-

Vous êtes un médecin SOS

Vous êtes envoyé consulter un patient pour DT

Il se plaint d'une douleur thoracique évoluant depuis le début de soirée (20h), allant en s'aggravant.

Cas clinique 1- Suite

Vous êtes le médecin de garde en ville

- À votre arrivée, douleur importante
- 52 ans, pas d'antécédent médical notable, ni facteur de risque cardiovasculaire.
- sportif (course à pied, foot...).
- Constantes sont normales
- Examen clinique est sans anomalie.
- Que faites-vous ?

Quel examen complémentaire est justifié en urgence et pourquoi ?

A. ECG ?

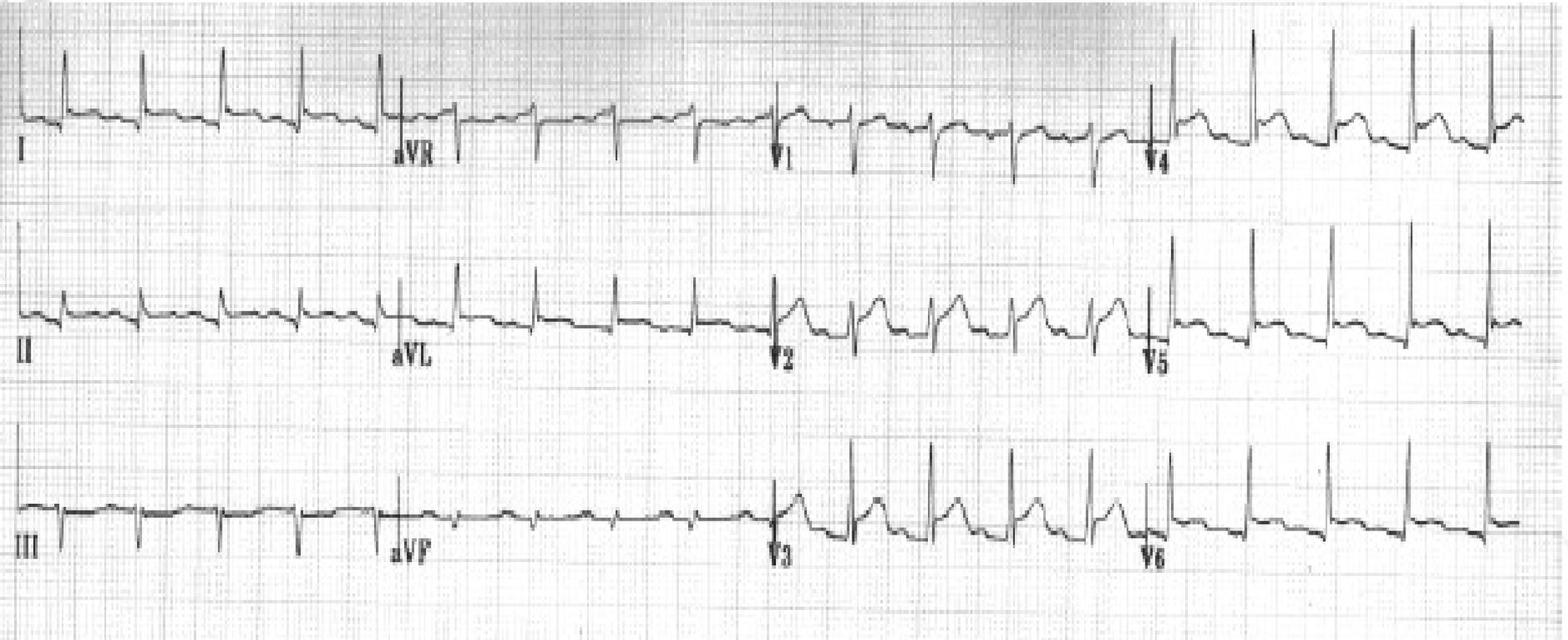
B. Cliché thoracique ?

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 ?

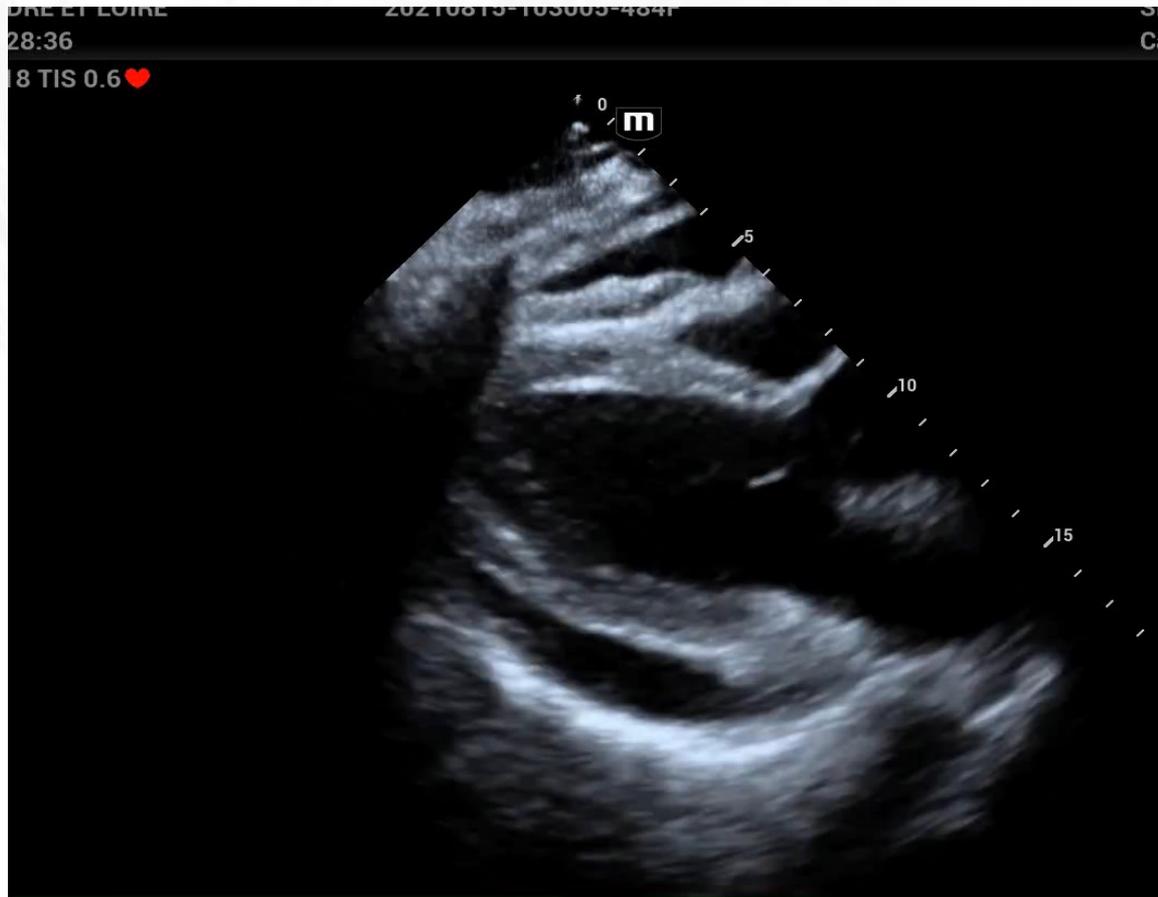
A. Troponine (dépistage myopéricardite)

A. échocardiographie

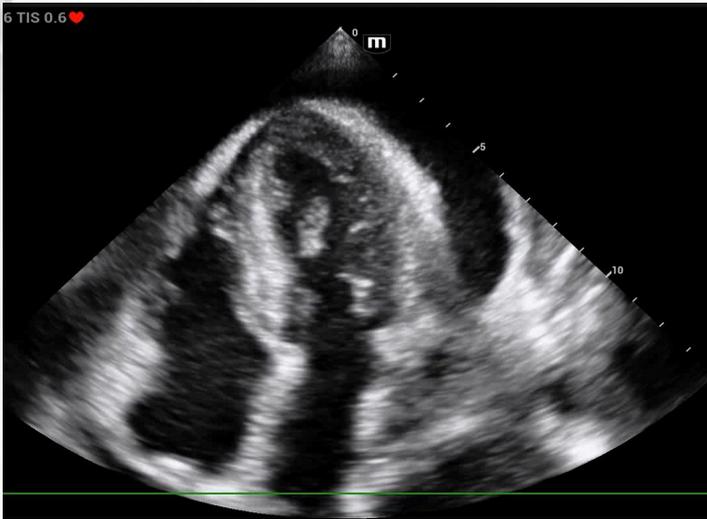
A. NFS, CRP, Cliché thoracique

A. Ponction péricardique

Échographie : épanchement



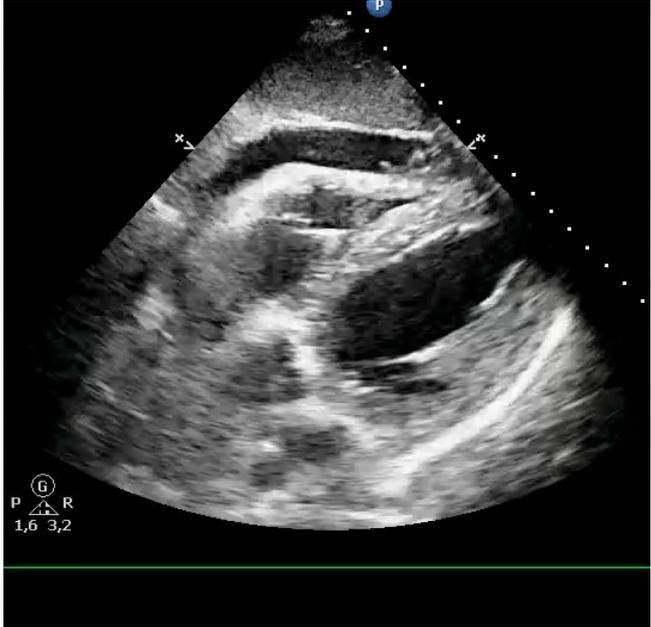
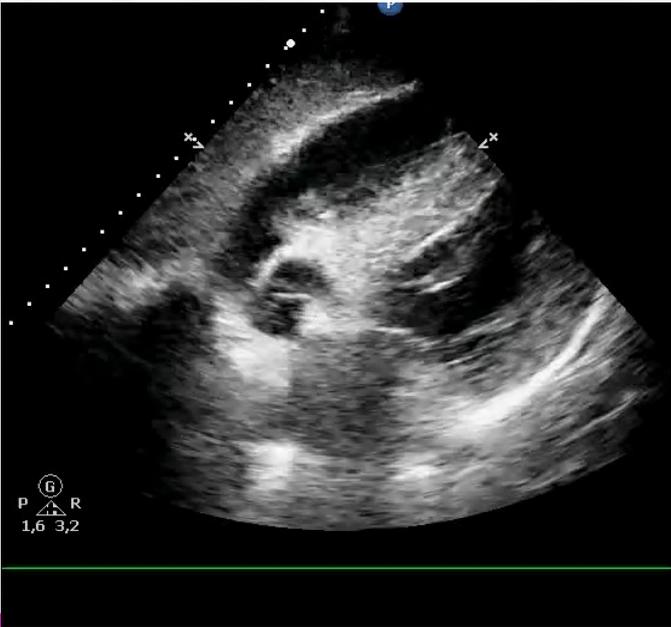
Échographie



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



Quel traitement pour un premier épisode de péricardite aiguë bénigne ?

- A. AINS (ou aspirine) jusqu'à disparition de la douleur et normalisation ECG.
- B. repos
- C. Colchicine 1mg/j pendant trois mois

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

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

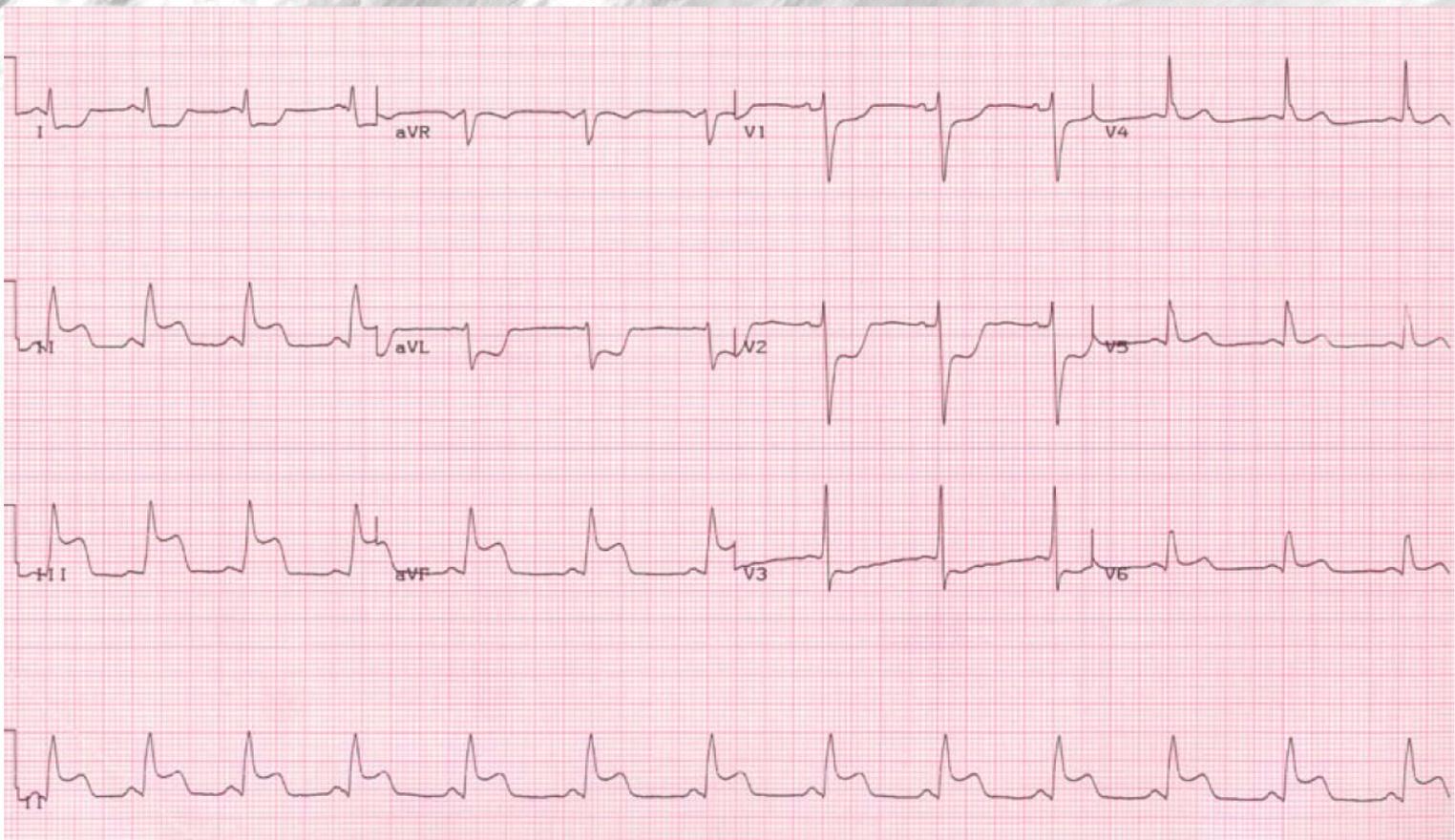
Cas clinique 2-

Vous êtes le médecin de régulation du SAMU

- Appel d'un homme de 47 ans qui se plaint d'une douleur thoracique depuis ½ 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.

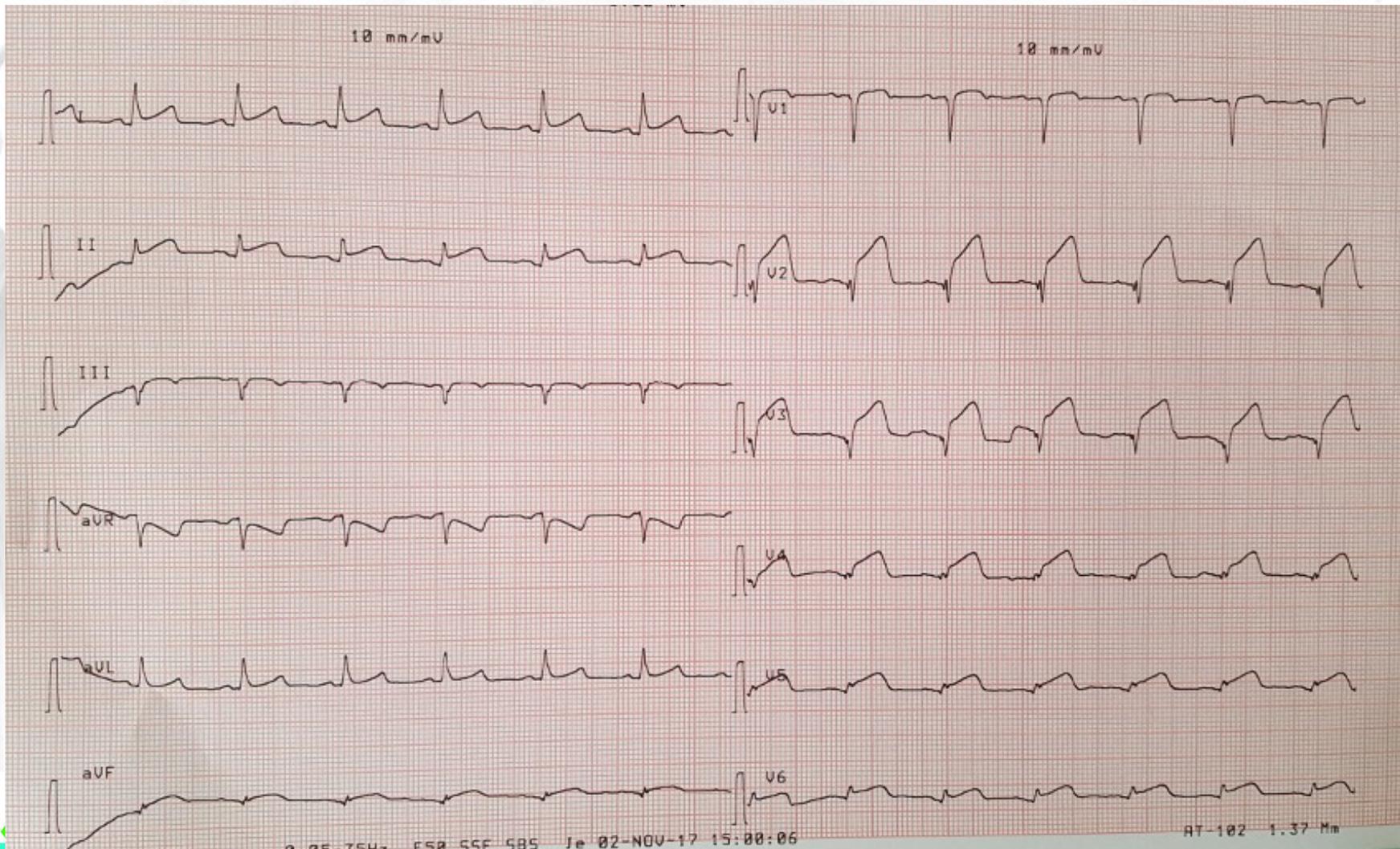


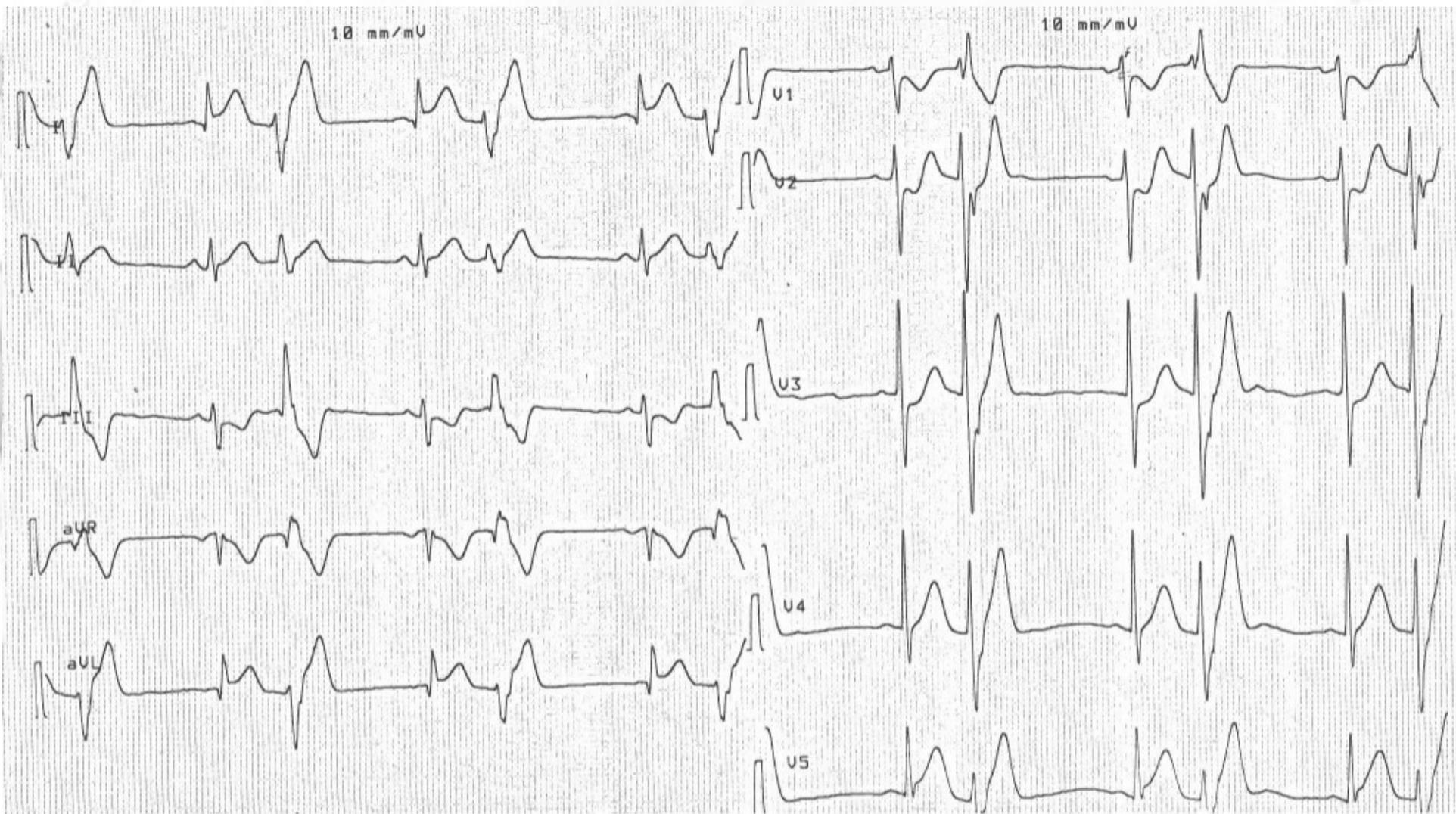
A votre arrivée, le patient a toujours mal.

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

Tracé ECG 1 heure après le début de la douleur.

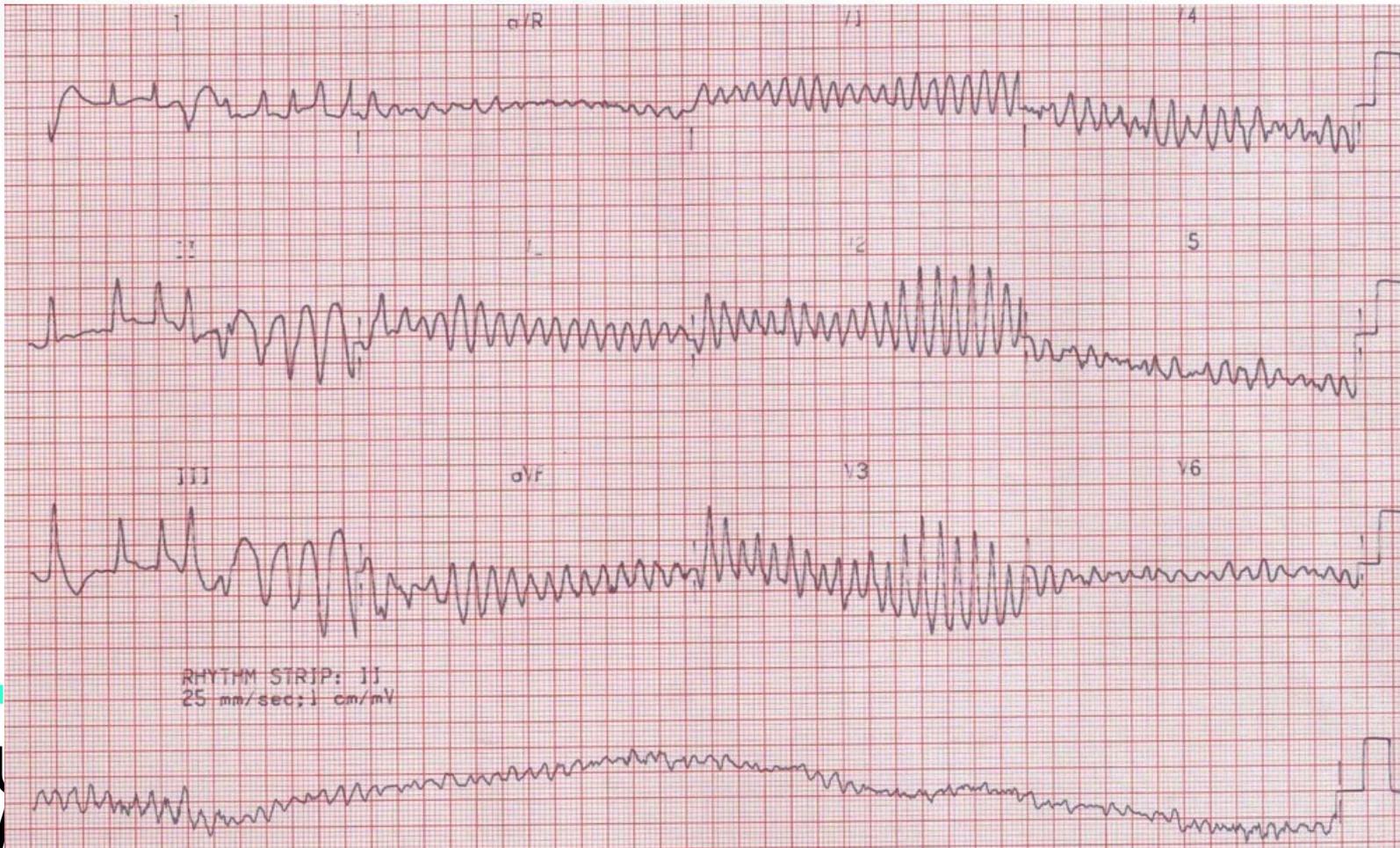
CHU Nantes Quel est votre diagnostic ? **Nantes Université**





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 ?



CHU
N

es
Université

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

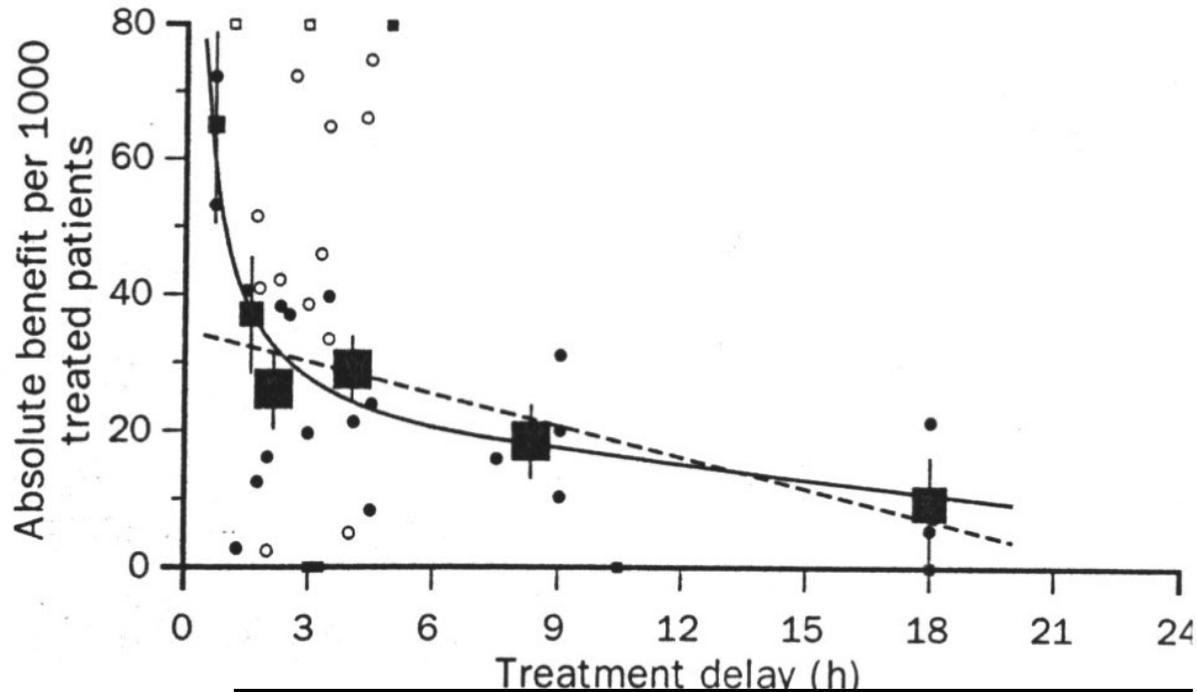


Figure 4: **Absolute 35-day mortality reduction versus treatment delay**

Small closed dots: information from trials included in 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?

- 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 ?

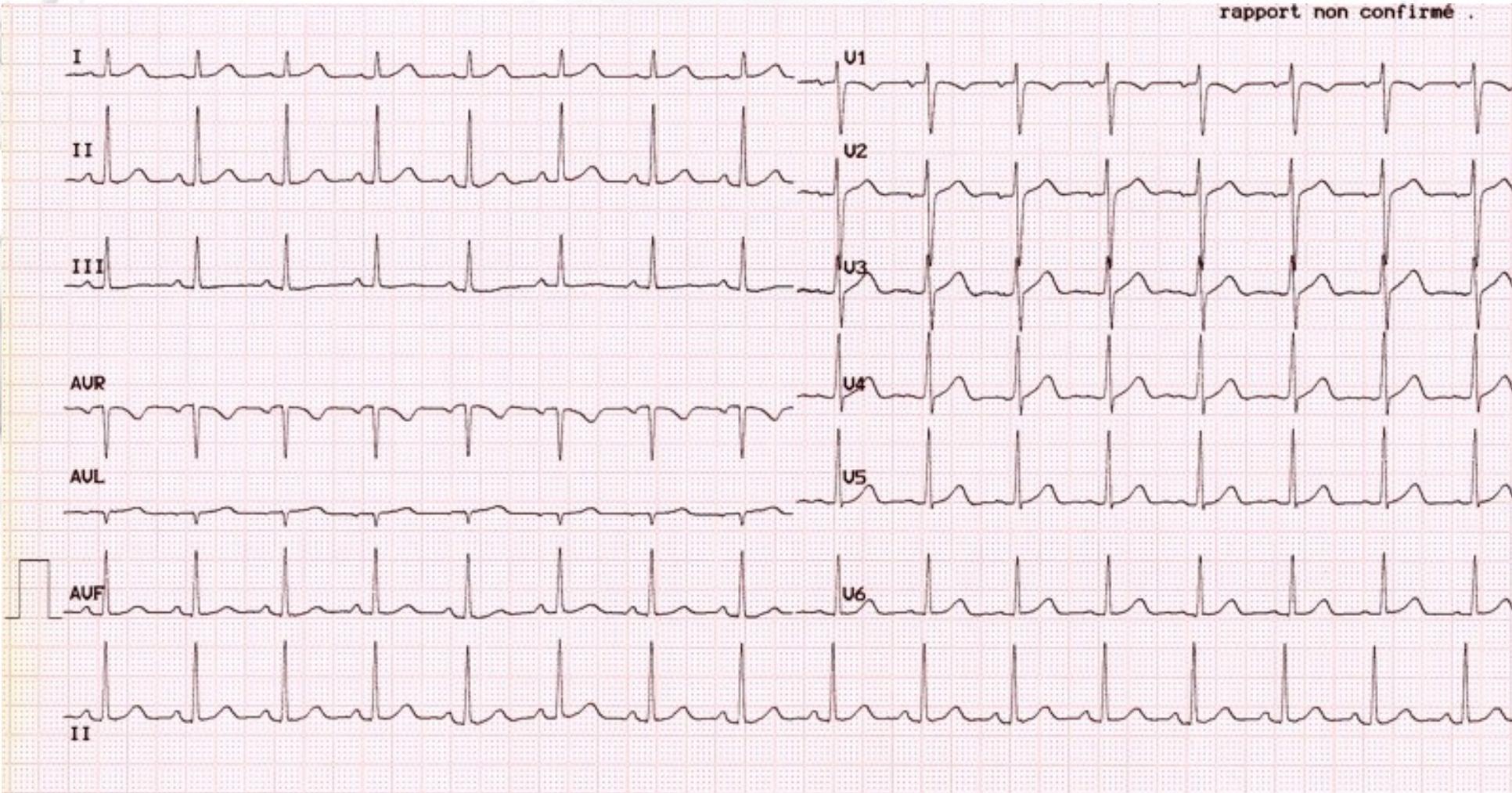
- VVP
- O2 si SpO2 < 95%
- scope
- Morphine IV
- Héparine ou HBPM
- Aspirine 250 mg IV
-

Cas clinique 3-

Vous êtes le médecin de garde aux urgences

- Patient 58 ans 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 ?

rapport non confirmé .



Examen clinique et antécédents

- 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
CHU essenti de douleur auparavant

NANTES

 **Nantes**
Université

Réponse ?

La bonne réponse est D:

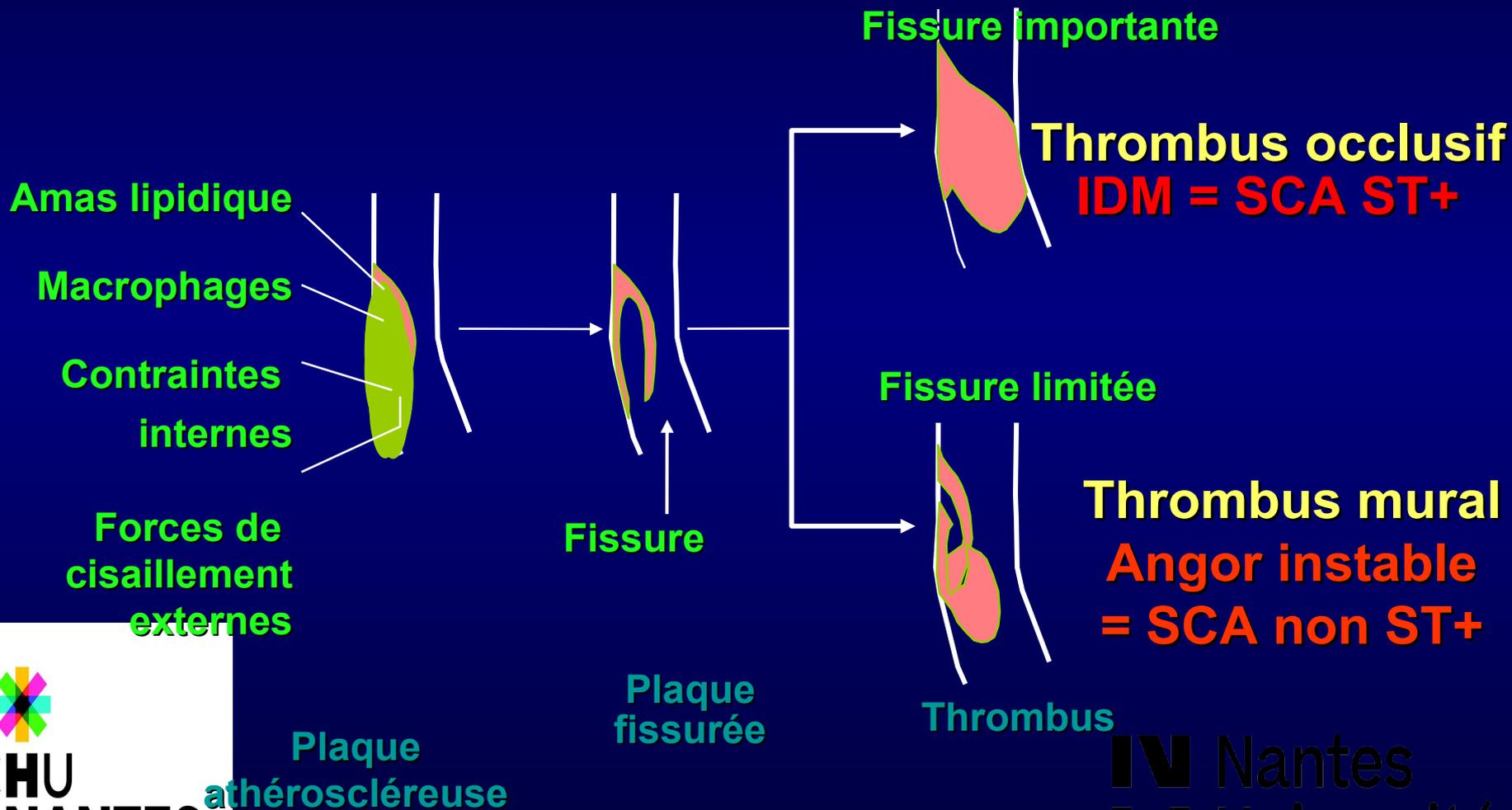
Le diagnostic de SCA est possible devant:

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 micromole/l

Na 140, K 3,9,

TP 100%, TCA 30 s

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 H1 ou 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**



**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

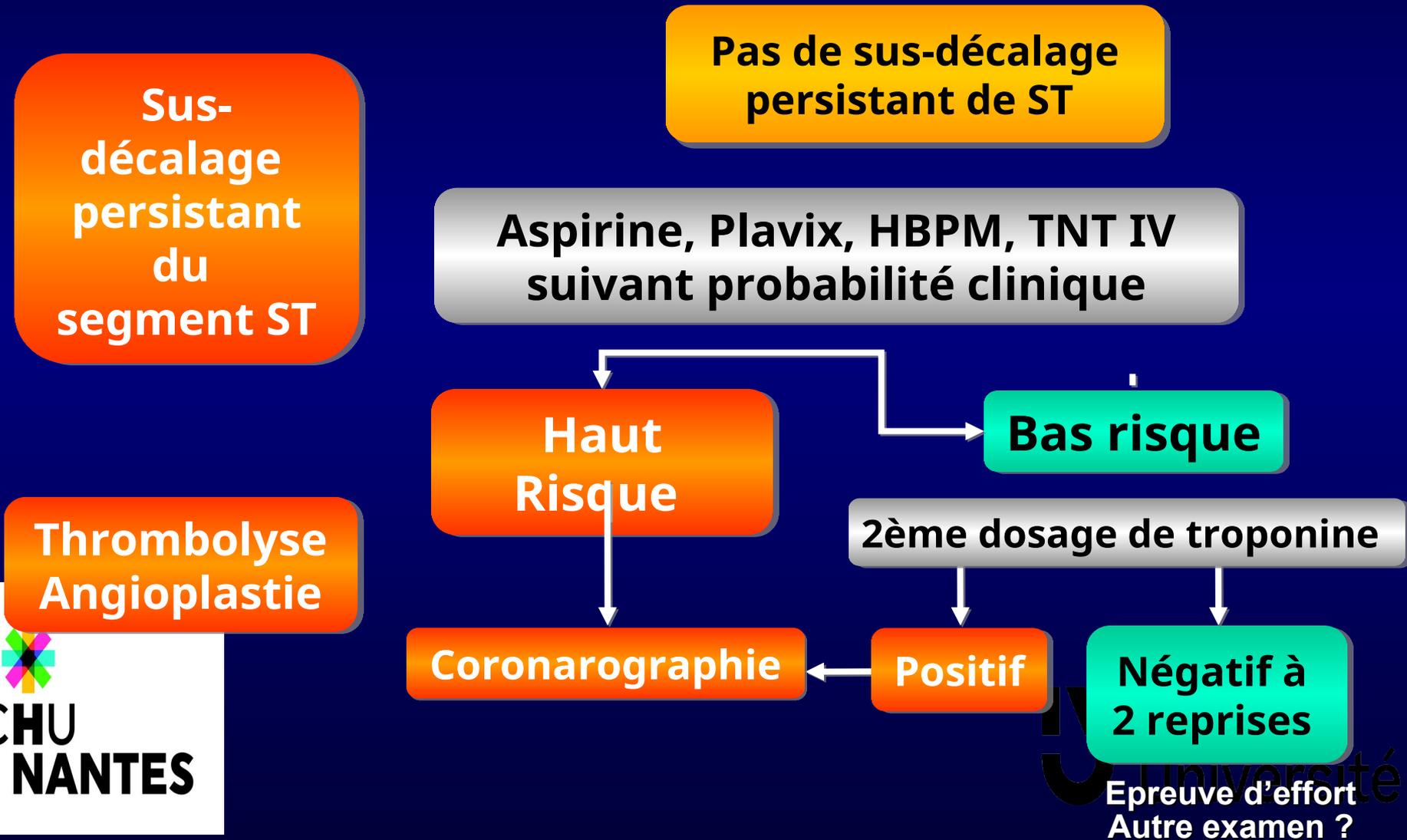
- Récidive de douleur thoracique
- Modifications du segment ST (*ST- ou ST+ transitoire*)
- Élévation de la troponine
- Instabilité hémodynamique

Troubles du rythme (*FV, TV*)

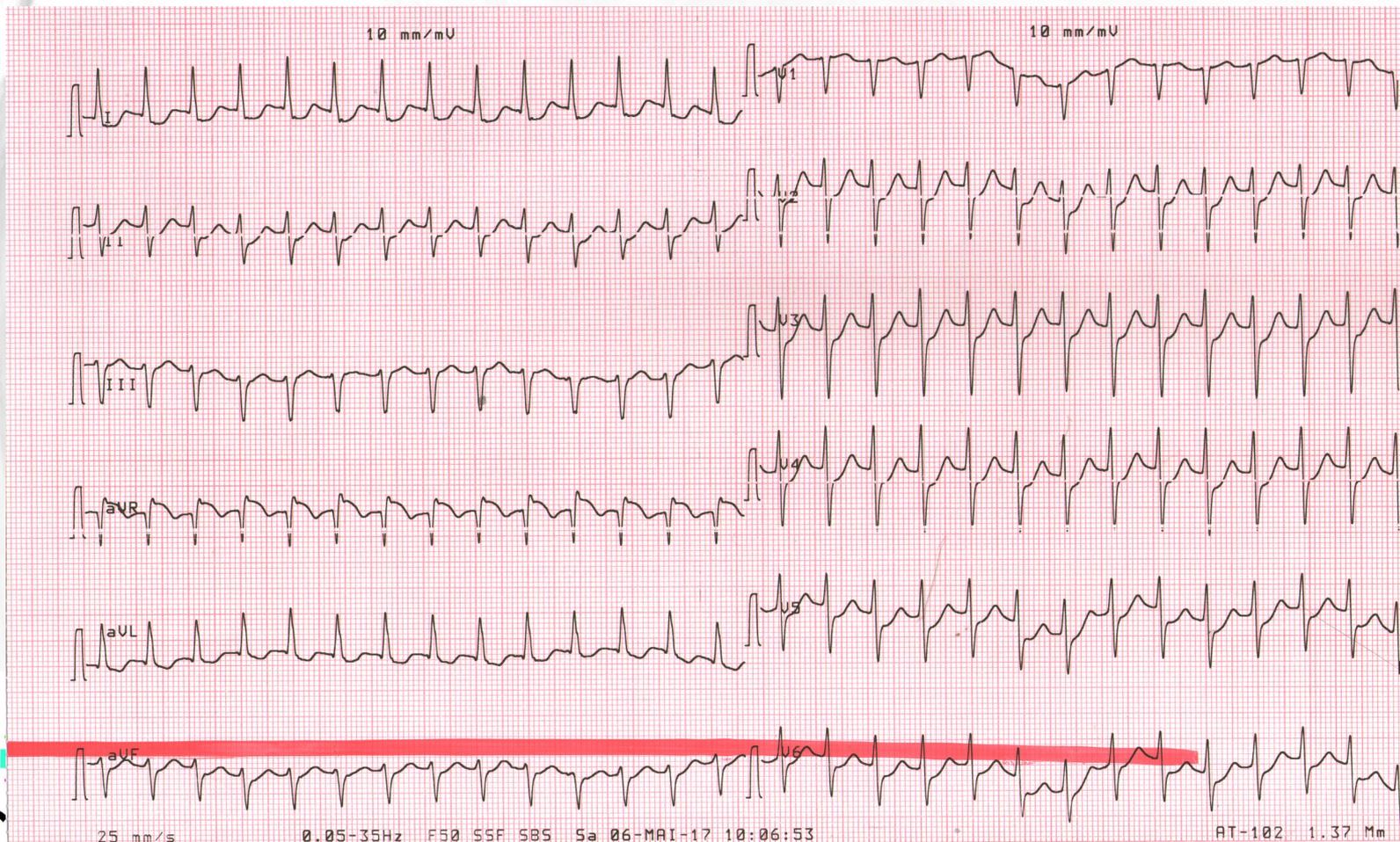
**Coronarographie
dans les 48h**

Suspicion clinique de SCA- synthèse

Examen clinique, surveillance de l'ECG, Biologie



Femme 65 ans, douleur thoracique

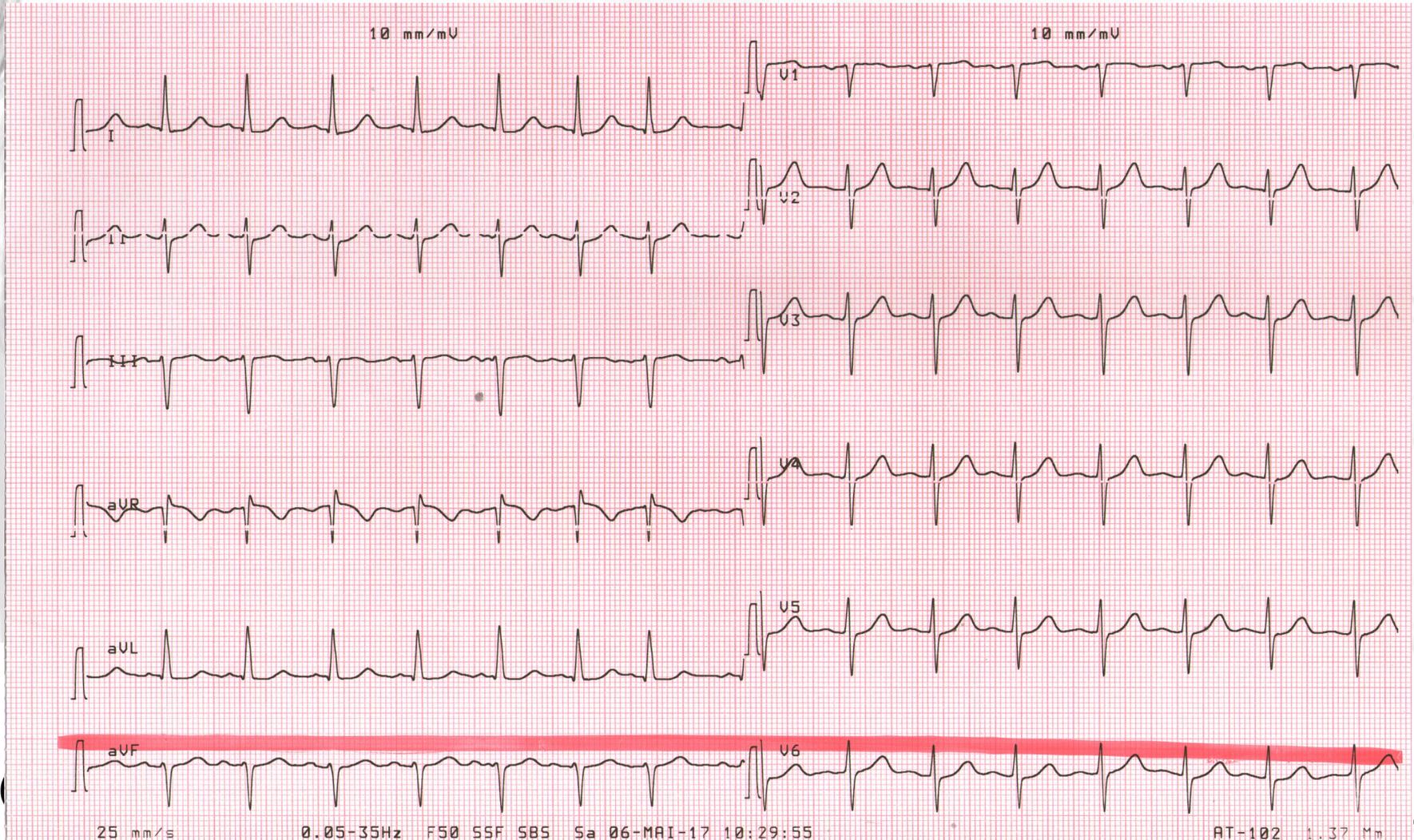


C

NANTES

ites
Université

Même patiente, sédation DT



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 facteurs de risque
=tabac,hta,dyslipidémie,diabète,sédentarité