

## Recommandations locales pour le syndrome coronaire aigu au pavillon des urgences

*Local recommendations for acute coronary syndrome in emergency ward*Khaled DEBBICHE<sup>1</sup>, Sami MENASRI<sup>2</sup>, Mahdia BENKAOUHA<sup>1</sup>, Dalila AZIZI<sup>1</sup>, Ismail RECHACHI<sup>1</sup>, Mourad SAHLI<sup>1</sup><sup>1</sup> Établissement public hospitalier Kaïs – Algérie<sup>2</sup> Centre Hospitalo-Universitaire de Batna – AlgérieDOI: <https://doi.org/10.48087/BJMSlgacs.2018.5130>**Correspondance à :**

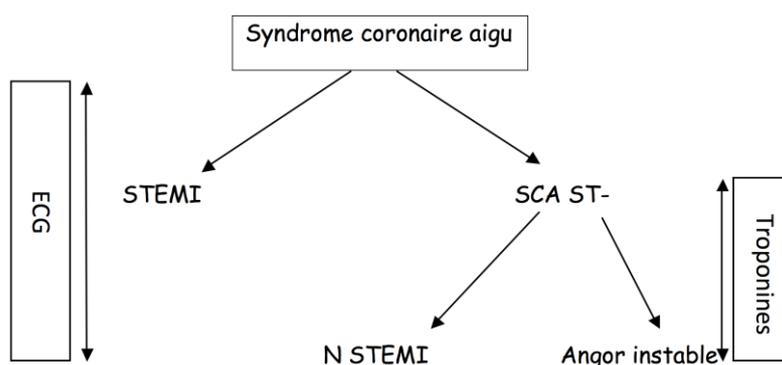
Sami MENASRI

[s.menasri@hotmail.fr](mailto:s.menasri@hotmail.fr)

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

**Généralités**

Le syndrome coronaire aigu regroupe un ensemble de présentations caractérisées par la survenue de douleur thoracique aiguë de type angineux ou équivalents. La différence entre les différents sous-groupes se fait selon l'ECG à la présentation et le dosage des enzymes cardiaques (figure 1).



**Figure 1.** Arbre décisionnel diagnostique dans le syndrome coronaire aigu.

Le médecin généraliste ou urgentiste doit éliminer les diagnostics différentiels devant une douleur thoracique (pleuropulmonaire, musculosquelettique, vasculaire, digestive, douleur extra thoracique irradiées vers le thorax, douleur d'origine psychogène, etc.). La douleur thoracique doit être prise plus au sérieux devant les patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaires (HTA, diabète de type II, tabac, obésité, âge, dyslipidémie, sexe masculin, hérédité coronaire).

Certains terrains doivent attirer plus d'attention quant à la présentation vu leurs plaintes non spécifiques et qui doivent être prises pour un syndrome coronaire aigu jusqu'à preuve du contraire. Ces présentations atypiques s'appellent les équivalents ischémiques (épigastralgie, dorsalgie, douleur thoracique droite, syncope, dyspnée aiguë, OAP, plus rarement vomissement), d'où l'intérêt d'examiner le patient dans son contexte de facteurs de risque cardiovasculaire.

**Définitions**

Le terme infarctus du myocarde est un terme vague qui repose sur les symptômes, ECG, enzymes cardiaques, échocardiographie, scintigraphie myocardique ou IRM cardiaque. Ainsi, il peut être classé en 5 classes, selon la 3<sup>ème</sup> définition universelle de l'infarctus du myocarde. Ce qui importe au médecin au pavillon d'urgence, c'est de diagnostiquer rapidement un infarctus du myocarde en voie de constitution et prendre une décision rapide de la faisabilité d'un geste de recanalisation. La symptomatologie et l'électrocardiogramme jouent un rôle pivot dans la prise en charge.

Le terme d'infarctus du myocarde (IDM) n'est plus utilisé à la présentation au pavillon d'urgence, et doit être abandonné. Le terme utilisé de nos jours à travers le monde est STEMI qui est un acronyme de (*ST Elevation of Myocardial Infarction*) signifiant un infarctus de myocarde avec sus-décalage du segment ST, excluant ainsi les autres types d'infarctus qui ne relèvent pas des taches courantes du médecin urgentiste.

Le STEMI présente une grande urgence médicale qui engage le pronostic vital immédiat du patient, qui doit être considéré comme un patient à très haut risque notamment les premières 24 heures. Les gestes doivent être codifiés par l'équipe médicale et paramédicale, voire automatiques, vu l'évolution incertaine de la maladie qui garde un taux de mortalité élevée à travers le monde malgré les avancées scientifiques.

## L'électrocardiogramme

C'est l'examen clé chez tout patient se présentant pour douleur thoracique, il doit être fait par un infirmier qualifié et entraîné et présenté au médecin pour une interprétation sans trop tarder. Un ECG doit être fait et interprété dans un délai ne dépassant pas les 10 minutes après la présentation du malade.

Le diagnostic de STEMI repose uniquement sur la douleur thoracique ou équivalent et l'ECG, et la prise en charge qui s'en suit en dépend entièrement. Le dosage des enzymes cardiaques est indiqué mais il n'est pas nécessaire au diagnostic ou à la conduite ultérieure. Le STEMI étant diagnostiqué par les symptômes et l'ECG, le tracé électrique doit enregistrer un sus-décalage du segment ST.

Ce sus-décalage doit répondre à certains critères pour qu'il soit significatif, car il existe des variantes normales et des pathologies cardiaques ou extra cardiaques qui donnent ce même aspect électrique : Exemple du sportif, sujet maigre, sujet de race noire, les cardiomyopathies, les péricardites, syndromes de la repolarisation précoce, les myocardites, l'angor de Prinzmetal...etc.

Les critères suivants sont nécessaires au diagnostic :

- La mesure du sus-décalage se fait au niveau du point J,
- L'anomalie électrique doit toucher au moins deux dérivations contigües (du même territoire),
- en V2 V3 : Age < 40 ans : ST+ > 2,5mm hommes et > 1,5mm femmes  
Age > 40 ans : ST+ > 2 mm hommes et > 1,5mm femmes
- Les autres dérivations : ST+ > 1 mm (en l'absence de BBG ou HVG)

Il existe d'autres critères ECG pour le diagnostic de STEMI qui sont encore controversés, et sont utilisés par les cardiologues ; on recommande de laisser ces décisions aux médecins les plus expérimentés (cardiologues, réanimateurs, internistes, médecins généralistes expérimentés), c'est l'exemple de STEMI sur BBG, BBD, pacemaker, ST+ postérieur, lésion du tronc commun gauche ou tritonculaire.

Une fois le diagnostic de STEMI posé, le patient doit être placé dans une unité de soins intensifs avec un monitoring rapproché des fonctions vitales. Les règles et les manœuvres de réanimation habituelles sont applicables aux moindres complications. Le territoire touché peut conditionner le pronostic :

- V1V2V3 antéro-septal : mauvais surtout s'il est accompagné de miroir inférieur.
- V1V2V3V4 antéro-septo-apical : plus mauvais.
- V1 a V6 : Antérieur très mauvais
- V1 a V6 avec DI AvL : Antérieur étendu : le pire
- V5V6 ou DI AvL : latéral plus ou moins bénin
- DII DIII AvF : inférieur plus ou moins bénin (si ventricule droit n'est pas touché).
- V7V8V9 : postérieur pronostic lié à l'atteinte VD.
- Toutes les dérivations : STEMI circonférentiel, extrêmement rare, on le trouve dans la littérature.

## Recanalisation

La recanalisation est le geste de désobstruer une artère bouchée quel que soit l'état du myocarde d'aval, et ne doit pas être confondue avec la reperfusion qui est un geste de recanaliser une artère avec un myocarde viable. La recanalisation peut se faire par voie chimique (Thrombolyse), ou par voie mécanique (ATL primaire). L'ATL primaire est le geste interventionnel urgent dans la salle de cathétérisme cardiaque qui permet de franchir mécaniquement la thrombose de l'artère responsable du STEMI, et il se fait pendant une coronarographie. La non disponibilité de cette technique à notre niveau la rend inenvisageable dans la prise en charge du STEMI dans les hôpitaux de khenchela, quoique supérieure à la thrombolyse, elle n'est pas le moyen exclusif de recanalisation.

Deux questions doivent être posés par le médecin urgentiste au moment de poser le diagnostic de STEMI : (1) suis-je dans les délais de thrombolyse ? (2) y a-t-il une contre-indication à la thrombolyse ? Le délai de la thrombolyse est compté par les heures écoulées depuis le début de la douleur et est représenté par la lettre H ; il ne doit pas dépasser H12. On rappelle qu'ils existent des contre-indications absolues à la thrombolyse, qu'il faut apprendre par cœur, et d'autres qui sont relatives, c'est à dire que c'est au médecin de prendre la décision.

Contre-indications absolues à la thrombolyse :

- 1- Antécédent d'hémorragie intracrânienne ou un AVC de nature inconnue.
- 2- AVC ischémique datant de moins de 6 mois.
- 3- Lésion/néoplasie/malformation du SNC.
- 4- Traumatisme majeur récent/chirurgie/blessure à la tête, datant de moins de 1 mois.
- 5- Hémorragie gastro-intestinale datant de moins de 1 mois.
- 6- Troubles hémorragiques connus (sauf menstruation).
- 7- Dissection aortique.
- 8- Ponction non compressible datant de moins de 24 h (exemple. Biopsie du foie, ponction lombaire...).

Les contre-indications relatives seront discutées au cas par cas selon le patient et le médecin.

En cas de présence de plusieurs spécialistes (Cardiologue / interniste /réanimateur/médecin généraliste expérimenté) à la garde, mieux vaut consulter un autre avis sur l'ECG avant de procéder à la thrombolyse. Les moyens technologiques récents peuvent accélérer la discussion du cas entre les médecins et aident à la prise des décisions les plus justes (envoyer la photo de l'ECG par messagerie électronique Mail, Skype, Viber, Facebook Messenger, Tweeter, MMS, FaceTime...etc.) ; ainsi, un médecin dans un hôpital X peut discuter le cas avec un autre médecin dans un hôpital Y.

Le délai maximum depuis l'interprétation de l'ECG jusqu'au début de la thrombolyse ne doit pas dépasser les 10 minutes.

## Prise en charge au pavillon des urgences (PU)

Après avoir placé le patient dans une salle équipée en soins intensifs, une mise en condition selon les protocoles habituels au PU est nécessaire, le monitoring hémodynamique et électrocardiographique est crucial.

Les doses de charge des antiagrégants plaquettaires doivent être administrées immédiatement : Aspirine orale ou IV (150-250 mg) en plus du Clopidogrel oral (300 mg = 4 cp de 75 mg). Il faut savoir qu'il existe d'autres antiagrégants plaquettaire puissants autres que clopidogrel (Prasugrel, Ticagrelor, Cangrelor) qui ne sont pas de pratique courante car il n'y a pas de centre de coronarographie dans la wilaya et ils sont plus adaptés à l'ATL primaire. Si le patient est déjà sous Clopidogrel ou âgé de plus de 75 ans, donner un seul comprimé de 75 mg.

La dose de charge d'héparine doit être administrée immédiatement peu importe sa forme (HNF /HBPM). Pour des raisons de disponibilité, maniabilité et simplicité, on conseille l'utilisation de l'HBPM la plus répandue dans nos hôpitaux, l'Enoxaparine (Lovenox\*) 0,35 ml IV juste avant le début de la thrombolyse suivi de 0,35 ml en s/c après la fin de la thrombolyse. L'adaptation de la dose d'héparine selon la fonction rénale et l'âge du patient sera faite par le médecin du service dans lequel le patient sera transféré.

Les fibrinolytiques ou thrombolytiques les plus utilisés sont : Altéplase (Actilyse\*) et Ténecteplase (Metalyse\*) et sont disponibles dans la pharmacie de l'hôpital, ils ont le même pouvoir fibrinolytique. L'Altéplase a l'inconvénient d'être administrée en 90 min par la seringue électrique après une dose de charge, mais a l'avantage de donner au médecin plus de maîtrise sur les complications hémorragiques, car son effet se dissipe dès l'arrêt de la Seringue. La Ténecteplase a l'avantage de donner au médecin plus de confort avec une seule dose de poids IV, mais a l'inconvénient de n'être plus réversible après l'avoir administré.

On recommande au médecin urgentiste d'utiliser Ténecteplase et de laisser l'Altéplase aux médecins les plus habitués à son utilisation. La fréquence d'enregistrement de l'électrocardiogramme doit être comme suit :

- ECG de l'admission du malade,
- ECG du début de la thrombolyse,
- ECG à 30 min de la thrombolyse,
- ECG à 60 min de la thrombolyse,
- ECG à 120 min de la thrombolyse.

Les ECGs doivent, bien entendu, être datés et identifiés au nom du malade, avec une vitesse et étalonnage standards, et doivent être numérotés de 1 à 5 par ordre chronologique de leur enregistrement. Les critères de succès de la thrombolyse sont estimés à 60 minutes du début de la thrombolyse et sont :

- Disparition de la douleur ou sa nette diminution,
- Diminution du sus-décalage du segment ST de plus de 50 %,
- Apparition de RIVA (Rythme Idio-Ventriculaire Accéléré),
- Apparition d'onde T biphasique.

On a remarqué le manque d'adhérence au traitement des malades hospitalisés pour des syndromes coronaires, car on leur donne des comprimés dans des tablettes dont ils ignorent le nom et la forme. Il convient alors d'impliquer le patient dans la thérapeutique pour des meilleurs résultats : responsabiliser et le malade et sa famille, prescrire une ordonnance d'un traitement qu'ils doivent ramener le plus tôt possible, cette ordonnance contient Aspirine 100 + Clopidogrel 75 + Atorvastatine 80 ou Simvastatine 40 ou Rosuvastatine 20.

La Statine doit être administrée au PU avant le transfert vers le service d'hospitalisation ; une fiche thérapeutique doit être rédigée par le médecin urgentiste pour la suite du traitement dans le service d'accueil et doit comporter au minimum : HBPM dose thérapeutique biquotidienne, Aspirine, Clopidogrel, Statine. Les Bêtabloqueurs et les IEC/ARA II ne doivent pas être prescrits par le médecin urgentiste, leur prescription se fera dans le service d'accueil après évaluation complète du patient.

### Cas du patient arrivé hors délai de thrombolyse

Hospitalisation, prescription de la même ordonnance que celui thrombolysé, pas de doses de charge d'anticoagulant ou d'antiagrégants, même conduite dans le service d'accueil.

Ces recommandations s'adressent aux médecins exerçant au PU, et traitent essentiellement le STEMI au PU, plus précisément le STEMI non compliqué. En cas de complication ischémique, hémodynamique, mécanique, rythmique ou autres, liée au traitement, liée aux comorbidités, liée au terrain ...etc, l'approche doit être pluridisciplinaire, Réanimation, Cardiologie, médecine interne, néphrologie, Radiologie, chirurgie, gastro-entéro-hépatologie etc.

Malheureusement, malgré les percées scientifiques, la mortalité dans le STEMI reste très élevée ; il faut donc rester vigilant et méfiant vis-à-vis de l'évolution de cette maladie grave qui est incertaine. Il faut aussi expliquer aux parents ou accompagnateurs du malade que c'est très méchant comme maladie et le décès peut survenir à tout moment, afin d'éviter toute réaction inadéquate ou exagérée de leur part en cas de survenue de complications.

### Références

Société Européenne de Cardiologie ESC guidelines 2017 – ACC American college of cardiology 2017 – AHA American heart association 2017 – Podrid's Series 2014, real world ECGs – The complete guide to ECGs 2012 – The 12 lead ECG in STEMI 2011 – Cardiology illustrated 2011 – Braunwald Heart disease text book 2016 – Cardiology secrets 2014 – Hurst the Heart 2012 – Mayo clinic cardiology 2015 – Harrison's cardiovascular medicine 2015 – Current diagnosis and treatment of cardiology 2011 – Oxford case histories 2011 – ESC intensive and acute cardiovascular care 2015 – Critical decisions in emergency and acute care ECG 2011 – Coronary care manual 2011 – Coronary heart disease 2012 – Acute coronary syndromes 2011 – Topics in arrhythmias and acute coronary syndromes 2011 – reviews from Circulation The AHA journal .