



COLLEGE DE MEDECINE D'URGENCE DE BOURGOGNE

Procédure N° 014

Rédacteurs	Dr B. VALLET (Urgences-SMUR Beaune)
Date	03/11/02 mise à jour 06/2008, 04/2011
Validation	Pr Y COTTIN, Cardiologie CHU Dijon
Approbation	Commission protocole CMUB
Source	
Applicable	04/2011

PRISE EN CHARGE D'UNE DOULEUR EVOQUANT UN SYNDROME CORONARIEN AIGU (SCA)

OBJET : Préciser la stratégie devant une douleur thoracique suspecte de SCA.

1. TYPOLOGIE DE LA DOULEUR

- Douleur rétro sternale, en barre, à type de striction ou de brûlure, irradiant +/- dans le dos (inter scapulaire), les mâchoires, le membre supérieur gauche, prolongée > 20 mn.
- Atypies possibles :
 - formes épigastriques (IDM inférieur) ou uniquement au niveau des irradiations (inter scapulaires, mandibulaires, membres supérieurs).
 - de façon exceptionnelle : douleur type coup de poignard, type pleurétique, pariétale.

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version : 02	Date d'application : 06/2008	Réf.: CMUB - 014	Pagination 2/5 pages

2. DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

▪ **Recherche des ATCD personnels et familiaux, des facteurs de risque :**

- Tabac, cholestérol, HTA, diabète.
- Atcd cardiologiques (angor, IDM, thrombolyse, pontage, angioplastie).
 - Traitement en cours.
 - Traitement administré depuis le début de la douleur, notamment prise de dérivés nitrés et leur effet sur la douleur.

▪ **Examen clinique :**

- Pouls, PA aux deux bras.
- Recherche d'un souffle, d'un frottement, signes d'IVG (Killip), IVD.
- Eliminer les diagnostics différentiels : dissection aortique, péricardite, EP, pathologie aiguë pulmonaire ou abdominale.

▪ **ECG 18 dérivation :**

- Élément clé du diagnostic.
- Intérêt d'un ECG de référence, notamment en cas d'ATCD cardiovasculaires.
- Diagnostic difficile en cas d'ECG atypique (BBG, pace maker, WPW).
- Un ECG normal en dehors de la douleur n'élimine pas un angor ni un IDM !
- En revanche, un ECG strictement normal pendant la douleur incite à rechercher d'autres causes possibles.
- Savoir répéter les ECG (H+1, H+ 4..).
- Test TNT et ECG de contrôle quelques minutes plus tard.
(!! CI de la TNT : Pas < 90 mm Hg ou signes d'atteinte territoire droit).

• **Critères ST + :**

- sus ST > 0,1 mV dans les dérivation frontales (D1, D2, D3,VL,VF), précordiales gauches (V4 à V6) ou postérieures (V7,V8,V9) et > 0,2 mV dans les dérivation droites (V1 à V3) dans au moins 2 dérivation contiguës d'un territoire coronaire.

- ou BBG d'apparition récente.

En cas de BBG non récent : critères électriques de SCA

- sus ST \geq 0,1 mV concordant avec la déflexion principale du QRS (score de 5).
- sous ST \geq 0,1 mV dans les dérivation V 1, V2 ou V3 (score de 3).
- sus ST \geq 0,5 mV discordant avec déflexion principale du QRS (score de 2).

Un score \geq 3 suggérerait un IDM aigu et indiquerait une stratégie de reperfusion.

3. MARQUEURS BIOCHIMIQUES :

	Myoglobine	Troponine Ic	CK-MB	CK totale
Début de positivation	1 – 4 h	2 – 6 h	2 – 6 h	3 – 8 h
Pic de concentration	6 – 10 h	12 – 24 h	18- 22 h	22– 26 h
Retour à la normale	24 – 36 h	5 – 9 jours	48 – 72 h	>3 jours

- La Troponine T ou I est spécifique d'une lésion myocardique et doit être mesurée à l'admission et 6 à 12 heures plus tard.
- La myoglobine peut être mesurée chez les patients présentant des symptômes récents (< 6h) en tant que marqueur précoce d'une lésion myocardique et chez les patients présentant une ischémie récurrente après un infarctus récent (< 2 semaines) pour détecter une récurrence.
Le dosage des CK et CK-MB n'est actuellement plus recommandée en pratique courante (cf reco HAS septembre 2010)
- On n'attend pas le résultat des marqueurs pour traiter un SCA avéré.
- Perfusion du patient à gauche préférentiellement car la voie d'abord radiale droite est privilégiée lors de la coronarographie sur Dijon.

4. CRITERES DE RISQUE :

Score de TIMI

7 paramètres permettant de construire le score. Score TIMI ≥ 5 considéré comme haut risque.

Age ≥ 65ans	1
≥ 3 facteurs de risque coronarien : hypercholestérolémie, HTA, tabagisme, diabète, atcd familiaux de maladie coronarienne	1
Sténose coronaire ≥ 50%	1
Prise d'aspirine dans les 7 derniers jours	1
≥ 2 épisodes angineux ≤ 24 heures	1
Modification du segment ST ≥ 0.5 mm	1
Élévation des marqueurs biologiques (Troponine)	1

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version : 02	Date d'application : 06/2008	Réf.: CMUB - 014	Pagination 4/5 pages

Critères de risque : selon les recommandations ESC (2007).

Haut risque :

- Angor persistant ou récurrent résistant au traitement anti-angineux avec ou/sans modification du segment ST (≥ 2 mm) ou inversion de l'onde T
- Symptômes cliniques d'insuffisance cardiaque ou d'instabilité hémodynamique
- Troubles du rythme majeurs : tachycardie ventriculaire, fibrillation ventriculaire.

Risque intermédiaire :

- Troponine élevée
- Modifications dynamiques du ST ou de l'onde T (symptomatique ou non)
- Diabète
- I. rénale (DFG < 60 ml/min/1.73 m²)
- I. ventriculaire G (FEVG < 40 %)
- Angor post infarctus précoce (< ou = 15 j)
- Atcd d'infarctus
- Angioplastie dans les 6 mois précédent l'épisode actuel.
- Antécédent de pontage coronarien
- Score de risque intermédiaire ou élevé

Bas risque :

- Douleur thoracique non récurrente
- Pas de signes de défaillance cardiaque
- Pas de nouvelles modifications de l'ECG (> 6- 12 h)
- Troponine négative (> 6- 12 h)

Autres facteurs pronostic : Dosage NT- proBNP

Autre bilan à prélever à l'entrée : bilan lipidique (EAL : Exploration des anomalies lipidiques).

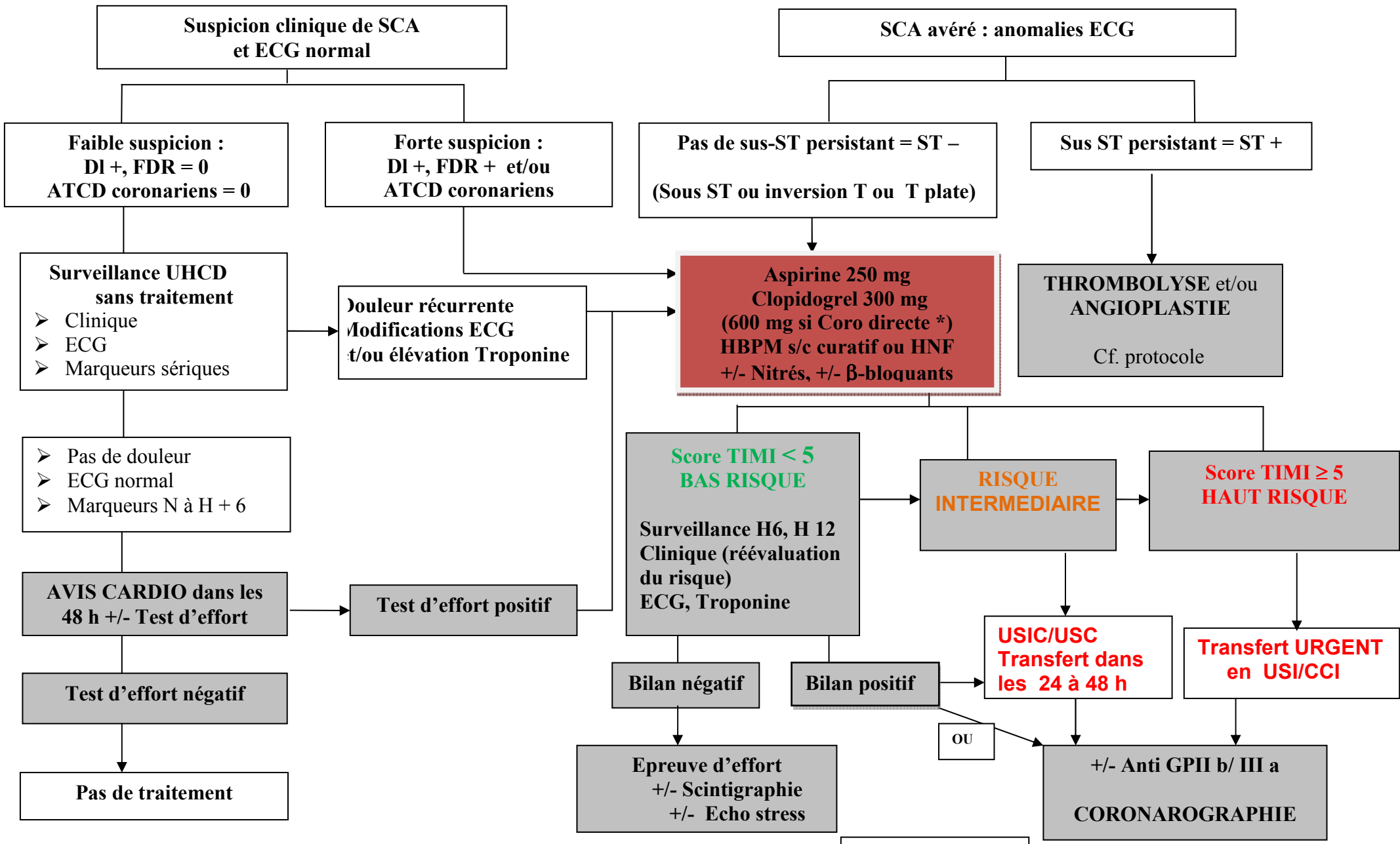
5. CONDUITE A TENIR :

Cf organigramme ci-dessous

PS : les parties en gris sur le tableau représentent les situations où une prise en charge par le cardiologue est nécessaire.

Abréviations : USIC = Unité de soins intensifs de cardiologie ; USC = unité de soins continus ; CCI = Centre de cardiologie interventionnelle

SYMPTOMES EVOCATEURS D'UN SYNDROME CORONARIEN AIGU (SCA)



(*) Prudence > 75 ans