

Prise en charge du syndrome coronaire aigu sans sus-décalage persistant de ST

Premier contact /Diagnostic

Définition

Patients souffrant d'une douleur thoracique aiguë et persistante (> 20 min) mais sans persistante d'une élévation du segment ST ou présentant une anomalie ECG de type sous-décalage de ST, onde T négative, onde T plate, ECG normal.

Diagnostic

Douleur angineuse au repos.

Apparition nouvelle (de novo) angine de poitrine (classe II ou III de la classification Société canadienne de cardiologie).

Instabilité récente d'un angor stable classe III classification Société canadienne de cardiologie.

Angor post-IDM.

Douleur thoracique typique est caractérisée par une sensation rétrosternale de pression ou de lourdeur irradiant vers le bras gauche (moins fréquemment aux deux bras ou le bras droit), le cou ou la mâchoire, qui peut être intermittente (durant habituellement plusieurs minutes) ou persistante.

Les autres symptômes tels que sueurs, nausées, douleurs abdominales, dyspnée et syncope peuvent être présents.

Présentations parfois atypique : douleurs épigastriques.

Présentations atypiques souvent observés chez les personnes âgées, les femmes et chez les patients atteints de diabète, de maladie rénale chronique ou démence.

L'exacerbation des symptômes par l'effort physique et leur soulagement au repos augmente la probabilité de l'ischémie myocardique.

Le soulagement des symptômes après l'administration de trinitrine n'est pas spécifique de la douleur angineuse.

Probabilité de la maladie coronaire

Age avancé, sexe masculin, antécédents familiaux de coronaropathie, diabète, hyperlipidémie, HTA.

ECG

Des dérivation supplémentaires (V3r, V4R, V7 - V9) sont recommandées si ischémie suspectée lorsque dérivation standard ne sont pas concluants.

Biomarqueurs

Les troponines ultra et hyper-sensibles ont une meilleure performance, elles augmentent rapidement habituellement dans les 2 à 4 H. Mais un seul dosage n'est pas suffisant pour exclure une IDM, il est nécessaire de réaliser une cinétique de troponine avec un 2^{ème} dosage à la 3^{ème} heure.

Evaluation du risque/Traitement

Evaluation du risque d'ischémie

L'évaluation du risque ischémique à l'aide de scores est supérieure à l'évaluation clinique seule. **Le score de risque de GRACE (tableau 1 page suivante)** fournit la stratification la plus précise du risque.

Le score de risque TIMI (Tableau 2) utilise sept variables dans un système de notation additif. Il est simple à utiliser, mais son exactitude discriminative est inférieure à celle du score de GRACE 2.0.

Evaluation du risque de saignement

Les événements hémorragiques sont associés à une mortalité accrue dans le SCA non ST+. **Le score CRUSADE (Tableau 3) permet de prédire le risque hémorragique**, cependant ses performances restent modestes.

L'utilisation du score CRUSADE peut être envisagée chez les patients subissant une coronarographie pour quantifier le risque hémorragique.

Imagerie non invasive

Échocardiographie transthoracique

Systématique pour identifier les anomalies évoquant une ischémie myocardique ou nécrose (hypokinésie segmentaire ou akinésie).

Permet de détecter d'autres causes de douleur thoracique, comme la dissection aortique, épanchement péricardique, sténose aortique, cardiomyopathie hypertrophique ou dilatation du ventricule droit suggestive de l'embolie pulmonaire aiguë.

Intérêt chez les patients en instabilité hémodynamique avec évaluation FEVG.

Traitement

Aspirine	Dose de charge PO (150-300 mg) est recommandée, tandis que pour la voie IV la dose recommandée est de 150 mg.
Inhibiteurs P2Y12 (recommandés en plus de l'aspirine, pendant 12 mois, sauf si contre indications, comme le risque hémorragique)	<p>Ticagrelor dose de charge de 180 mg en l'absence de contre-indications, et pour tous les patients à risque modéré ou haut risque d'événements ischémiques, (troponines cardiaques élevées par exemple) indépendamment de la stratégie de traitement initial et y compris ceux prétraités avec le clopidogrel (qui doit être interrompu lorsque le ticagrelor est démarré).</p> <p>Prasugrel : le prétraitement avec le prasugrel est déconseillé sauf chez les patients qui se rendent à l'angioplastie coronaire si aucune contre indication dose de charge 60 mg est recommandée</p> <p>Clopidogrel : (dose de charge de 300-600 mg, 75 mg de dose quotidienne) est recommandé pour les patients qui ne peuvent pas recevoir le ticagrelor ou prasugrel ou nécessitant un traitement anticoagulant par voie orale.</p>
Oxygène	Uniquement si SaO ₂ <90% ou si patient en détresse respiratoire
Dérivés nitrés	Par voie sublinguale ou IV pour soulager la douleur angineuse. Sous forme i.v. si douleur angineuse récurrente, HTA non contrôlée ou signes d'insuffisance cardiaque.
β-bloquants	Initiation précoce recommandée chez les patients présentant des symptômes ischémiques – Ne pas administrer si consommation de cocaïne, vasospasme et si fonction VG inconnue.

Stratégie invasive

Stratégie invasive immédiate < 2 heures

Instabilité hémodynamique ou choc cardiogénique.

Angor persistant ou récurrent malgré un traitement anti-angineux.

Trouble du rythme majeur ou arrêt cardiaque.

Insuffisance cardiaque aiguë avec angor réfractaire ou sus-décalage ST.

Complications mécaniques de l'IDM.

ST- dynamique ou de l'onde T changements récurrents, en particulier avec sus-décalage de ST intermittent.

Stratégie invasive précoce < 24 heures

patients présentant au moins un des critères de risque élevé suivants :

Hausse ou la baisse troponine cardiaque compatible avec IDM
ST dynamique ou changements de l'onde T (symptomatiques ou silencieux).

- Score GRACE > 140.

Stratégie invasive < 72 heures

Patients présentant au moins un des critères de risque intermédiaires suivants:

- Diabète sucré

- Insuffisance rénale (Clairance <60 mL / min / 1,73 m²)

- FEVG <40% ou une insuffisance cardiaque congestive

- Début de post-infarctus angine

- Angioplastie récente.

- Avant pontage coronarien.

- Score de risque de GRACE > 109 et <140.

ou des symptômes récurrents ou ischémie connu en dépistage non invasif.

Imagerie de stress

Chez les patients sans signes ischémiques à l'ECG + troponines négatives (de préférence haute-sensibilité) sans douleur thoracique depuis plusieurs heures : une imagerie de stress peut être réalisée lors de l'admission ou peu après la sortie.

Anticoagulants

Recommandés au moment du diagnostic et en tenant compte du double risque ischémique et hémorragique

Fondaparinux (recommandé comme ayant le profil d'efficacité/ sécurité le plus favorable)	■ 2.5 mg s.c. 1 fois par jour
Enoxaparine (si fondaparinux non disponible)	■ 1 mg/kg s.c. 2 fois par jour
Héparine non fractionnée (si fondaparinux non disponible)	■ Avant coronarographie Bolus 60–70 UI/kg i.v. (max 5000 UI) puis perfusion 12–15 UI/kg/h (max 1000 IU/h), TCA 1.5–2.5.
Bivalirudine	■ si stratégie invasive 0,1 mg / kg i.v. bolus suivie d'une perfusion de 0,25 mg / kg / h jusqu'à la coronarographie.

Tableau 1	
Score de GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events)	
Indicateur	Score
■ Age (an)	
< 40 = 0	0
40 – 49	8
50 – 59	36
60 – 69	55
70 – 79	73
■ Fréquence cardiaque (bpm)	
< 70	0
170 – 89	7
190 – 109	13
110 – 149	23
150 – 199	36
> 200	46
■ Tension artérielle systolique (mmHg)	
< 80	63
180 – 99	58
100 – 119	47
120 – 139	37
140 – 159	26
160 – 199	11
■ Créatinine (µmol/L)	
0.0 – 35.3	2
35 – 70	5
71 – 105	8
106 – 141	11
142 – 176	14
177 – 353	23
> 354	31
■ Classification Killip	
Class I	0
Class II	21
Class III	43
Class IV	64
■ Arrêt cardiaque à l'admission	43
■ élévation marqueur cardiaque	15
■ Sus décalage du segment ST	30

Tableau 2		
Score TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction)		
Indicateur	Points	Mortalité à J 14
■ Age ≥ 65 ans	1	1 point: 5%
■ ≥ 3 facteurs de risque	1	2 points: 8%
■ Maladie coronarienne connue (sténose ≥ 50 %)	1	3 points : 13 %
■ Prise d'aspirine dans les 7 jours	1	4 points : 20 %
■ Plus d'un épisode d'angor dans les 24 dernières heures	1	5 points : 26 %
■ CK-MB ou troponine positives	1	6 points : 41 %
■ Modification du segment ST > 0,5 mmV	1	

Dérivations	Territoire électrique
V1 à V3	Antéroseptal
V3 et V4	Apical
V1 à V4	Antérieur
D1 et VL	Latéral haut
V5 et V6	Latéral bas
V1 à V6 et D1-VL	Antérieur étendu
V7, V8, V9 (et miroir V1-V2)	Basal
V1 à V4 et DII, DIII, VF	Antéro-inférieur (ou septal profond)
DII, DIII, VF	Inférieur
DII, DIII, VF et V8-V9 et DI-VL et/ou V5-V6	Inféro-latéro-basal
V3R, V4R, VE et/ou V1	Ventricule droit

Tableau 3	
Calcul du score de risque hémorragique CRUSADE (Can Rapid risk stratification of Unstable angina patients Suppress ADverse outcomes with Early implementation)	
Indicateur	Score
■ Hématocrite	
< 31	9
31–33.9	7
34–36.9	3
37–39.9	2
≥ 40	0
■ Clairance à la créatinine	
≤ 15	39
> 15-30	35
> 30-60	28
> 60–90	17
> 90–120	7
> 120	0
■ Fréquence cardiaque	
> 70	0
71–80	1
81–90	3
91–100	6
101-110	8
111–120	10
≥ 121	11
■ Sexe	
Homme	0
Femme	8
■ Signe d'insuffisance cardiaque	
Non	0
Oui	7
■ Antécédents de maladie vasculaire	
Non	0
Oui	6
■ Diabète	
Non	0
Oui	6
■ Tension artérielle systolique, mmHg	
≤ 90	10
91–100	8
101–120	5
121–180	1
181–200	3
≥ 201	5

