

Syndrome coronaire aigu sans sus décalage du segment ST Recommandations ESC 2020

PLAN

I- Introduction

II- Diagnostic

A-Première étape : caractère de la douleur

B-Deuxième étape : estimer la probabilité de la maladie coronaire

C-Troisième étape : ECG

**D-Quatrième étape : dosage des marqueurs biochimiques de la nécrose
myocardique**

E-Diagnostic de l'IDM

F- Cinquième étape la stratification du risque ischémique

III- Stratégie invasive coronarographie et revascularisation

IV- Traitement médical à la phase aigue

V- Traitement médical à la sortie

Syndrome coronaire aigu sans sus décalage du segment ST

Recommandations ESC 2020

I- Introduction

- C'est la présentation la plus fréquente des syndrome coronaires aigus (SCA).
- Qui peut être une complication thrombotique de l'athérosclérose coronaire, par rupture ou érosion de la plaque d'athérome.
- C'est une urgence médicale car il y a un risque d'évolution vers l'infarctus du myocarde (IDM) et le décès.
- Ils peuvent être secondaire à d'autres causes en dehors de l'athérosclérose, par exemple une anémie, hypoxie sévère etc...
- Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, électriques et biologiques, Car il y a beaucoup de diagnostics différentiels.
- Un nouvel algorithme diagnostique de l'infarctus du myocarde sans sus décalage du segment ST (NSTEMI) est proposés dans les nouvelles recommandations de la société européenne de cardiologie (ESC) en 2020.
- Une stratification du risque ischémique et hémorragique sont une étape importante qui guidera la stratégie thérapeutique en terme de stratégie invasive (de revascularisation) et la durée de la double anti agrégation plaquettaire.

II- Diagnostic

Il repose sur l'interrogatoire, qui récolte les caractéristiques de la douleur thoracique, les signes d'accompagnements, les antécédents et les facteurs de risque cardio-vasculaire du patient.

A- Première étape : Caractère de la douleur thoracique

La présentation peut être typique :

- Angor de repos prolongé >20mn
- Angor de novo sévère (classe III de la classification canadienne)
- Déstabilisation récente d'un angor stable (angor crescendo)
- Angor post infarctus

La présentation peut être atypique :

Se méfier des formes atypiques qu'on peut observer chez les patients jeunes 25-40 ans, les patients âgés > 75 ans, les patients diabétiques et les insuffisants rénaux.

Cette douleur peut être à type d'épigastalgies , en coup de poignard , d'allure pleurétique , ou tout simplement des troubles digestifs récents ou une dyspnée qui tend à s'aggraver.

B- Deuxième étape Il faut estimer la probabilité de la maladie coronaire

Elle est élevée devant les éléments suivants :

- Age avancé , sexe masculin , une localisation extra coronaire de l'athérosclérose .
- Facteurs de risque cardio-vasculaire: diabète , tabac, HTA, une dyslipidémie....
- insuffisance rénale , antécédents coronariens.

C- Troisième étape, Enregistrement électrocardiographique

- ECG 12 dérivations
- Dans les 10 mn suivant le premier contact
- À répéter en cas de récurrence des symptômes
- Un ECG normal n'exclut pas un syndrome coronaire aigu sans sus décalage du segment ST (SCA ST) .

L'ECG retrouve un segment ST non sus décalé, il peut s'agir d'un sous décalage du segment ST, d'une inversion des ondes T, d'un sus décalage non persistant du segment ST, ou un ECG normal.

D- Quatrième étape : dosage des marqueurs biochimiques de la nécrose myocardique

- Troponine T ou I ultra sensible
- Dès l'admission(H0) , et le dosage doit être refait par rapport à H0
- Différents protocoles existent 0-1 H (1 heure après le premier dosage) ou 0-2H ou 0-3H , qui dépendent des automates utilisés par les laboratoires.
- Le protocole utilisé doit être précisé par chaque laboratoire sur le compte rendu du résultat.

E- Diagnostic d'IDM (voir cours définition universelle de l'IDM)

Le diagnostic de l'IDM doit obéir à la 4^{ème} Définition Universelle de l'Infarctus du myocarde (IDM), le terme d' IDM doit être utilisé lorsqu'il existe des preuves de lésion myocardique dans un contexte clinique d'une ischémie myocardique aiguë.

Dans le SCA ST- , il est important d'identifier les patients présentant un IDM ou NSTEMI et qui sont à haut risque de mortalité ,par le dosage de la troponine.

Ces protocoles de dosage de la troponine permettent d'hospitaliser et de traiter les patients présentant un IDM. Voir tableau ci-dessous

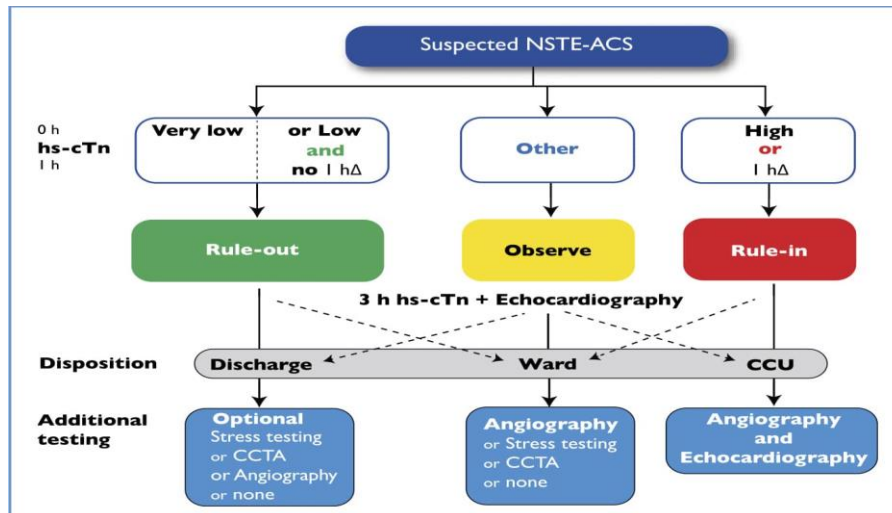


Fig. 1: Algorithme rapide 0h/1 h utilisant la troponine ultrasensible pour le diagnostic des patients avec SCA sans sus-décalage du segment ST et hémodynamiquement stables.

Les recommandations de la société européenne de cardiologie en 2020 a proposé un algorithme de prise en charge des SCA sans sus décalage du segment ST ,qui intègre la clinique , et le taux de la troponine ultra sensible en utilisant le protocole 0-1 heure, 3 situations sont possibles

- 1^{ère} situation :Diagnostic IDM (NSTEMI) est très probable : les patients avec un taux troponine à l'admission fortement élevé ou avec une variation significative nécessitant une hospitalisation en unité de soins intensifs cardiologique ,une échocardiographie et une stratégie invasive(ROULE IN)
- 2^{ème} situation :on peut exclure le diagnostic d'IDM (NSTEMI) chez les patients avec des taux de troponine très faible ou sans variation significative, il faut compléter l'exploration par une échocardiographie , il peut s'agir d'un angor instable ou une autre étiologie.
- 3^{ème} situation : le diagnostic d'IDM (NSTEMI) n'est pas exclu avec certitude et dans cette situation le patient est gardé en observation et un dosage d' une 3^{ème} troponine 3 heure après le premier dosage (H3) sera réalisée.

Les diagnostics différentiels sont nombreux , en effet plusieurs situations pathologiques s'accompagnent d'une lésion myocardique sans ischémie. Autrement dit d'une augmentation de la troponine , sans relation avec l'IDM.

Dans d'autres situations le taux de troponine reste inchangé sans cinétique. Ces situations sont citées dans le tableau ci dessous, à titre d'exemple l'embolie pulmonaire, la myocardite , les valvulopathies aortiques etc... .

D'autres situations peuvent mimer un SCA de part la douleur pseudo angineuse , ou la présence d'anomalies électriques pouvant évoquer des troubles ischémiques , avec **ou sans augmentation** des troponines(voir tableau ci-dessous).

SYNDROMES CORONARIENS AIGUS : Diagnostics différentiels (1)

Etiologies de douleurs thoraciques Non liées à un SCA	Causes d'élévation des troponines Non liées à un SCA
<p>Cardiovasculaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Péricardite aigüe, épanchement péricardique • Myocardite aigüe • Crise hypertensive sévère • Cardiomyopathie de stress (Tako-Tsubo) • Cardiomyopathie hypertrophique • Rétrécissement aortique • Insuffisance cardiaque aigüe sévère • Syndrome aortique aigü (dissection, hématome) • Embolie / infarctus pulmonaire • Contusion cardiaque <p>Non cardiovasculaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spasme œsophagien, œsophagite, RGO • Ulcère gastrique, cholécystite, pancréatite • Pneumopathie, bronchite, crise d'asthme • Pleurésie, épanchement pleural, pneumothorax • Embolie pulmonaire / hypertension pulmonaire sévère • Traumatisme thoracique • Syndrome de Tietze, fracture de côte • Lésion vertébrale cervicale ou thoracique • Zona 	<p>Cardiovasculaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Myocardite / Myopéricardite aigüe • Crise hypertensive sévère • Œdème pulmonaire / Poussée d'insuffisance cardiaque • Cardiomyopathie de stress (Tako-Tsubo) • Tachycardie ou bradycardie intense et prolongée • Lésion cardiaque non ischémique : contusion cardiaque, ablation, entraînement électrosystolique, biopsie endomyocardique • Dissection aortique, valvulopathie sévère, cardiomyopathie hypertrophique • Embolie pulmonaire / hypertension pulmonaire sévère <p>Non cardiovasculaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance rénale (aigüe ou chronique) • Pathologies graves (sepsis, insuffisance respiratoire...) • Pathologie cérébrale aigüe (AVC, hémorragie sous arachnoïdienne...) • Brûlures graves (>30% de la surface corporelle) • Rhabdomyolyse • Toxiques (antracyclines, 5-FU, herceptine, venins de serpents...) • Pathologie musculaire dégénérative ou inflammatoire • Hypothyroïdie • Pathologie infiltratives (amylose, hémochromatose, sarcoidose) • Sclerodermie

SYNDROMES CORONARIENS AIGUS : Diagnostics différentiels (2) Étiologies d'anomalies ECG de la repolarisation non liées à un SCA

Sus-décalage de ST	Ondes T négatives
<p>Fixe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anévrisme du ventricule gauche • BBG, WPW, hypertrophie ventriculaire gauche, CMH • Rythme électro-entraîné • Repolarisation précoce (élévation du point J) <p>Dynamique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Péricardite / myocardite aigüe • Embolie pulmonaire • Troubles métaboliques/électrolytiques (hyperkaliémie) • Pathologie cérébrale aigüe (AVC, HSA...) • Tako-Tsubo 	<ul style="list-style-type: none"> • Variantes de la normale (dérivation précordiales droites) : femmes, enfants, adolescents • Négativation des ondes T post-infarctus • Cardiopathie ischémique chronique • Péricardite / myocardite aigüe, cardiomyopathies • Bloc de branche, WPW, HVG • Post-tachycardie ou entraînement électro-systolique • Troubles métaboliques/électrolytiques
Sous-décalage de ST	Ondes T amples
<p>Fixe</p> <ul style="list-style-type: none"> • QRS anormal (BBG, WPW, pace maker...) • Hypertrophie ventriculaire gauche, CMH • Cardiopathie ischémique chronique <p>Dynamique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Myocardite / myopéricardite aigüe • Hypertension pulmonaire aigüe • Troubles métaboliques/électrolytiques (hyperkaliémie) • BBG, WPW ou EES intermittents • Post-tachycardie / cardioversion 	<ul style="list-style-type: none"> • Variantes de la normale, repolarisation précoce • Troubles métaboliques ou ioniques (hyperkaliémie) • Pathologie neurologique aigüe (AVC, HSA)

F- Cinquième étape la stratification du risque ischémique :

- C'est une étape importante pour guider la stratégie thérapeutique invasive de revascularisation ou conservatrice
- Elle permet de classer les patients à très haut risque , à haut risque , à faible risque.

1- Critères de très haut risque

- Instabilité hémodynamique ou choc cardiogénique.
- Douleurs thoraciques persistantes ou récidivantes, réfractaires au traitement médical.
- Arythmie menaçant le pronostic vital ou arrêt cardiaque.
- Complications mécaniques de l'IDM.
- Une insuffisance cardiaque aigue en relation avec le SCA.
- Sous décalage du segment ST > 1 mm dans 6 dérivation plus un sus décalage du segment ST en aVr et/ou en V1.

2- Critères de haut risque

- Diagnostic établi d'un NSTEMI
- Modifications dynamiques de ST-T récidivantes, en particulier un sus décalage de ST intermittent.
- Arrêt cardiaque ressuscité sans sus décalage du segment ST ou de choc cardiogénique
- Score GRACE > 140.

3- Critères de bas risque

- Aucune des caractéristiques citées ci-dessus dans les différentes catégories de risque.

III- Stratégie invasive coronarographie et revascularisation

Selon les recommandations de ESC pour la prise en charge des SCA sans sus décalge du segment ST en 2020,

- une stratégie invasive immédiate < 2 heures est recommandée chez les patients ayant au moins un des critères de très haut risque.
- Une stratégie invasive < 24 heures est recommandée chez les patients ayant au moins un des critères de haut risque.
- Chez les patients n'ayant aucun des critères de risque ci-dessus et pas de récurrence des symptômes, des tests non invasifs à la recherche d'une ischémie sont recommandés avant de décider d'une évaluation invasive .

Chez les patients ayant une intervention coronaire percutanée, les stents actifs de nouvelles générations sont recommandés. (voir figure ci dessous)

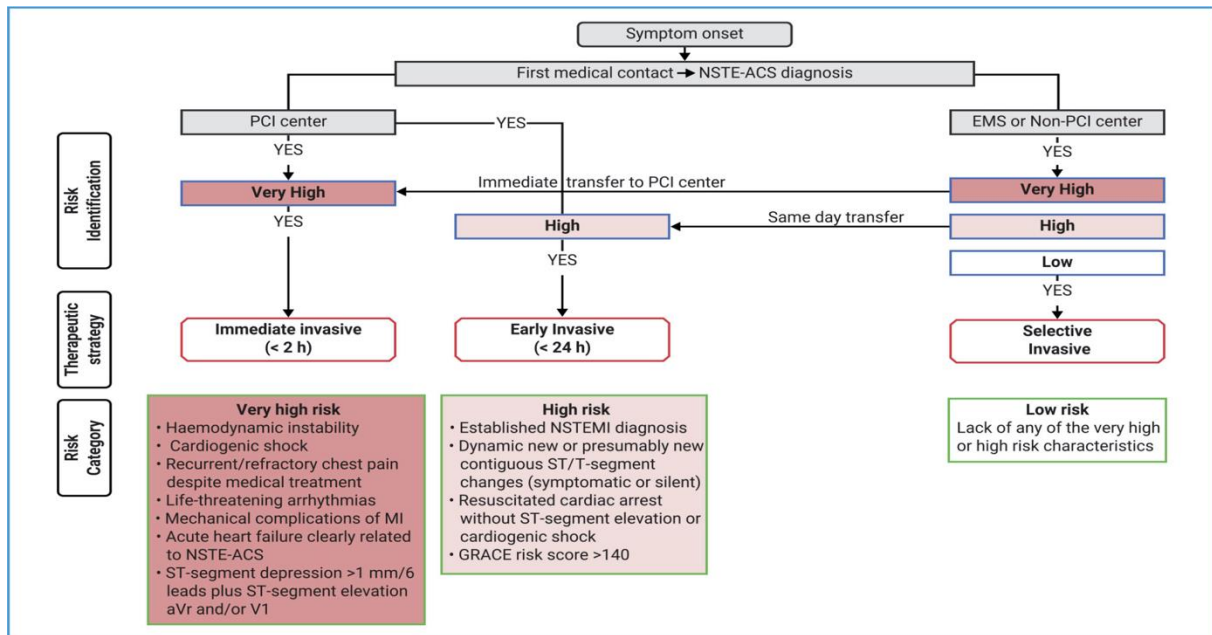


Fig. 4 : Sélection du timing et de la stratégie thérapeutique du SCA en fonction de la catégorie de risque.

IV- Le traitement médical à la phase aigue

- Il dépendra du mécanisme physiopathologique, on s'intéressera au traitement des complications thrombotiques de la rupture d'une plaque d'athérome.
- Attention évaluer le risque hémorragique : c'est une étape importante car les patients vont recevoir plusieurs médicaments anti-thrombotiques (double anti agrégation plaquettaire avec dose de charge et anticoagulation à dose curative) ,en utilisant des scores du risque hémorragique (exemple le score CRUSADE, ARC-HBR)
- Inhiber l'agrégation plaquettaire :
 - Aspirine ,à dose de charge 160-325mg suivi dose d'entretien 75-100 mg/j
 - Inhibiteurs des récepteurs P2Y12 : de préférence du Prasugrel ou Ticagrélor, si non disponible du clopidogrel.

Ils sont donnés à dose de charge, il est actuellement recommandé de les administrés qu'après la réalisation de la coronarographie et la connaissance de l'anatomie coronaire, qui sera maintenu , à une dose d'entretien.
- Inhiber la coagulation : Héparine de bas poids moléculaire ou non fractionnée.
- Lutter contre l'ischémie : bêtabloquant , dérivés nitrés

V- Traitement médical à la sortie de l'hôpital

C'est le traitement de la prévention secondaire

- Statine de forte intensité au long cours ,même en l'absence d'hypercholestérolémie avec un objectif LDL c < 0,55 g/l
- Aspirine 75-100mg/ j au long cours
- Inhibiteurs des récepteurs P2Y12 : Ticagrelor ou Prasugrel de préférence sinon du Clopidogrel .
La durée de la double antiagrégation plaquettaires dépendra du risque hémorragique et du risque ischémique, elle peut varier d'un mois (risque hémorragique élevé) à 12 mois(risque ischémique élevé).
- Selon le profil de risque du patient les Béta-bloquants , Inhibiteurs de l'enzyme de conversion , Antagonistes de l'aldostérone
- Mesures hygiéno diététiques .
- Réadaptation cardiaque.

Abréviations :

ESC : société européenne de cardiologie

IDM : infarctus du myocarde

NSTEMI : infarctus du myocarde sans sus décalage du segment ST

SCA : syndrome coronaire aigu

SCA ST - : syndrome coronaire aigu sans sus décalage du segment ST