



Die deutschsprachige Version dieses Artikels ist im Heft 18-19 von «PrimaryCare» erschienen.

Cardiopathie coronaire aiguë

Un chapitre du livre «Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick»

Benedict Martina, Matthias Pfisterer

Importance

■ Nouveau diagnostic d'infarctus: évolution typique de la troponine et au moins un des critères suivants: douleur typique, dénivellation ST et/ou onde Q sur l'ECG, intervention sur les coronaires. Mais à

Définitions

Syndrome coron. aigu	Infarctus du myocarde ou angor instable
Infarctus avec surélévation ST	Anamnèse: douleur thoracique ischémique d'une durée >30 min ECG: nécrose nouvelle, évolution ST-T sur plusieurs jours Enzymes/troponine: évolution typique
Infarctus sans surélévation ST	Anamnèse: douleur thoracique d'une durée >30 min Modifications ST-T, par ex. sous-dénivellation ST, mais aussi: ascension de la troponine (DD: myocardite, LE, etc.)
Angor instable	Douleurs nouvelles ou progressives: durée, intensité, fréquence, angor/douleur thoracique ischémique au repos, évt ST4 passager pendant la douleur; troponine négative
Angor typique	A l'effort, mais aussi au froid, sous excitation; rétrosternale avec irradiation dans épaule, bras, cou, épigastre; durée 5–15 min. Impose le repos, nitroréactive
Angor atypique	Atypique pour ce qui est de la localisation ou de la durée, mais typique pour ce qui est de son déclenchement (deux critères positifs)
CC muette	Signes objectifs d'ischémie/infarctus mais sans douleur
Douleur thoracique extracardiaque	Aucun critère typique d'angor; brûlure ou piqûre superficielle, punctiforme, durée: secondes

Diagnostic différentiel de la cardiopathie coronaire

Non organique/ «fonctionnelle»	Non saisissable, syndrome d'hyperventilation, crise panique
Douleur de la paroi thoracique	Contusion, fracture, tendinite/insertionite, etc.
Pulmonaire et pleural	Trachéobronchite, pleurite, pneumonie, embolie pulmonaire, tumeurs, hypertension artérielle pulmonaire
Gastro-intestinal	Reflux gastro-œsophagien, hernie hiatale, spasmes œsophagiens, œsophagite, maladie ulcéreuse, météorisme, biliaire, pancréatite
Cardiaque microvasculaire	Cardiopathie coronaire, péricardite, spasmes coronariens, angor
Nerveux	Néuralgies, hernie discale
Aortique	Anévrisme ou dissection aortique

la phase initiale importante (troponine négative), ce sont la clinique et l'ECG qui sont déterminants.

■ La douleur à l'effort a une très grande valeur prédictive pour le diagnostic d'angor [1] (surtout en présence de facteurs de risque).

Marche à suivre

■ L'ECG est le standard du diagnostic et le meilleur prédicteur d'infarctus lors de l'admission [2, 3].

■ Dosier les enzymes, y c. troponine, à l'entrée et après 6 heures.

■ Risque d'angor instable/infarctus sans surélévation ST: âge >65 ans, >3 FR, anamnèse de CC, aspirine la semaine précédente, >2 angors en 24 h, modifications ST, marqueurs augmentés.

Si la troponine reste négative six heures après le début des douleurs, tout accident coronarien est pratiquement exclu dans le mois qui suit. [5].

Marche à suivre/mise en route du traitement [6]

■ Hospitalisation rapide (même si suspicion; ne pas attendre le prochain ECG ni les prochains examens de laboratoire, pas d'injection i.m. à cause du laboratoire et évt de la lyse).

– Immédiatement 250 mg d'AAS i.v. (aspirine p.o.) et analgésie (dérivés nitrés, morphine)

– Clopidogrel 300 mg 1 × p.o., O₂, bêtabloquant p.o. d'emblée si pas de contre-indication, énoxaparine ou daltéparine si infarctus sans surélévation ST ou angor instable (plus antagonistes IIb/IIIa si risque élevé), héparine non fractionnée si insuffisance rénale, héparine si infarctus avec surélévation ST, statine dans les 24 h, inhibiteur de l'ECA à partir du 2^e jour si dysfonction VG.

■ A l'hôpital monitoring et transfert immédiat aux soins intensifs de cardiologie (pas de retard pour la lyse, suivre la situation globale, PTCA aiguë primaire).

■ Cardiomobile directement aux soins intensifs de cardiologie.

■ Exclusion d'une cardiopathie coronaire aiguë aussi aux soins intensifs ou aux urgences par diagnos-

Douleur thoracique et diagnostic d'infarctus: premiers résultats aux urgences [4]

	Sensibilité (en %)	Spécificité (en %)
Troponine T	64	73
CK-MB totale	60	74
Myoglobine	50	91
Activité de la CK-MB	35	87
Activité de la CK	40	86
>10 h après le déclenchement des douleurs, tous	→100	60–80

tic enzymatique (y c. troponine) et ECG à l'admission et ultérieurement (6–10 heures après le déclenchement des douleurs).

Références

- 1 Lampe FC, Whincup PH, Wannamethee SG, Ebrahim S, Walker M, Shaper AG. Chest pain on questionnaire and prediction of major ischaemic heart disease events in men. *Eur Heart J* 1998;19:63–73.
- 2 Bakker AJ, Koelemay MJ, Gorgels JP, van Vlies B, Smits R, Tijssen JG, Haagen FD. Troponin T and myoglobin at admission: value of early diagnosis of acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 1994;15:45–53.

- 3 Panju AA, Hemmelgarn BR, Guyatt GH, Smiel DL. The rational clinical examination. Is this patient having a myocardial infarction? *JAMA* 1998;280:1256–63.
- 4 Bakker AJ, Koelemay MJ, Gorgels JP, van Vlies B, Smits R, Tijssen JG, Haagen FD. Failure of new biochemical markers to exclude acute myocardial infarction at admission. *Lancet* 1993;342:1220–2.
- 5 Hamm CW, Goldmann BU, Heeschen C, Berger J, Meinertz T. Emergency room triage of patients with acute chest pain by means of rapid resting for cardiac troponin T or troponin I. *N Engl J Med* 1997;337:1648–53.
- 6 Prasad A, Mathew V, Holmes DR Jr, Gersh BJ. Current management on non-ST-segment-elevation acute coronary syndrome: reconciling the results of randomized controlled trials. *Eur Heart J* 2003;24:1544–53.

Tiré de: Benedict Martina, Edouard Battegay, Peter Tschudi (éd.).

Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick
Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag; 2006.
119 pages. Fr. 20.– / EUR 14.–

ISBN 978-3-7965-2262-8

(en allemand seulement).

Infos et commande
sous www.emh.ch



SOBRAMFA
SOCIETATE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA

**XI ACADEMIC AND INTERNATIONAL MEETING
OF FAMILY MEDICINE**

“The new humanism: harmonizing the care”

July 7th until July 9th 2007

Hotel Rancho Silvestre – Embú das Artes – São Paulo – Brazil

<http://www.sobramfa.com.br/11congresso/in/ocongresso.php>