

Valérie DEBIERRE - Céline LONGO - Gilles POTEL

# Prise en charge du syndrome coronarien aigu à domicile

**E**n France, l'incidence annuelle des Syndromes Coronariens Aigus (SCA) est supérieure à 280 pour 100 000 hommes et 60 pour 100 000 femmes. La moitié des patients victimes d'un SCA décèdent dans le mois suivant l'accident dont 40% dans les 48 premières heures <sup>(1)</sup>. Plusieurs études ont démontré l'importance d'une prise en charge précoce adaptée. Or, si la prise en charge pré-hospitalière par les SMUR est bien codifiée et documentée, peu de données existent quant à la stratégie de prise en charge à domicile par le médecin généraliste.

## CLASSIFICATION DES SCA

La classification des SCA tient compte de nouvelles données concernant la physiopathologie, le diagnostic et le traitement. Le SCA est une entité clinique et biologique récente qui regroupe les ischémies myocardiques dans leur ensemble : angor instable, infarctus du myocarde sans onde Q et infarctus trans-mural. Dans un contexte de douleur angineuse prolongée il convient désormais de distinguer, selon la présentation électrocardiographique, les syndromes coronariens avec et sans sus-décalage du segment ST, la distinction entre angor instable et infarctus sans onde Q ne se faisant qu'à l'aide des marqueurs biochimiques reflets de l'atteinte myocardique (Figure 1) <sup>(2)</sup>.

## CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Le diagnostic du syndrome coronarien aigu repose sur trois types de données cliniques, électrocardiographiques et biologiques <sup>(2)</sup>. L'interrogatoire du patient doit chercher à mettre en évidence des symptômes d'ischémie myocardique caractérisés le plus souvent par une douleur thoracique intense, de début brutal, généralement prolongée constrictive rétro-sternale en barre avec ou sans irradiations. Des signes d'accompagnement tels que troubles digestifs, sensation de malaise général, sueurs et pâleur y sont fréquemment associés. Son caractère trinitro-sensible ou non devra être recherché. Parfois, le tableau clinique est moins évocateur, en particulier chez les patients âgés ou diabétiques chez qui les formes atypiques sont fréquentes. Outre la caractérisation de la douleur, l'interrogatoire doit rechercher les antécédents du patient et son traitement habituel, l'existence d'un passé coronarien personnel ou familial et de facteurs de risque vasculaires (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, tabagisme ou diabète) <sup>(3)</sup>. L'examen clinique comprendra au minimum la mesure des constantes vitales et la recherche de signes d'insuffisance ventricu-

laire gauche ou droite. Il visera à démasquer une mauvaise tolérance hémodynamique et à éliminer les diagnostics différentiels principaux que sont la dissection aortique, la péri-cardite aiguë et l'embolie pulmonaire qui requièrent une prise en charge spécifique.

### L'électrocardiogramme (ECG)

18 dérivations est l'examen de référence pour l'évaluation des patients suspects de pathologie coronarienne aiguë. Idéalement, il est réalisé au repos, en période douloureuse et doit être comparé chaque fois que cela est possible à un tracé de référence. L'analyse de la repolarisation

ventriculaire permettra de mettre en évidence plusieurs types d'anomalies <sup>(4,5)</sup> :

**Un sus-décalage convexe** du segment ST supérieur à un millimètre dans au moins deux dérivations périphériques ou supérieur à deux millimètres dans au moins deux dérivations précordiales – associé ou non à des images en miroir – signe l'existence d'un SCA ST+ ECG n°1).

**Un sous décalage du segment ST** (ECG n°2), des altérations de l'onde T (grandes ondes T pointues, inversion des ondes T) (ECG n°3) sont les indicateurs électrocardiographiques les plus fiables d'angor instable.

Certaines modifications telles que le Bloc de Branche Gauche (BBG) ne sont pas spécifiques en l'absence d'ECG de référence. Cependant, l'apparition d'un BBG non connu est un critère diagnostique de syndrome coronarien aigu.

Un ECG normal, en particulier s'il est réalisé en dehors des manifestations douloureuses, ne permet pas d'exclure l'existence d'un syndrome coronarien aigu <sup>(6)</sup>.

Ces éléments sont aisément évaluables en médecine de ville et permettent le plus souvent de diagnostiquer la douleur angineuse typique ou d'envisager

un diagnostic différentiel, de mettre en évidence les éléments de gravité clinique, de poser le diagnostic d'infarctus trans-mural et de poser l'indication d'hospitalisation et de réalisation des dosages enzymatiques.

Les **marqueurs biologiques** ont un double intérêt à la fois diagnostique et pronostique dans l'évaluation du syndrome coronarien aigu sans sus décalage du segment ST. En pratique courante, les dosages de la CPK et de sa fraction MB tendent à être remplacés par les dosages des troponines cardiaques spécifiques (troponine T et troponine Ic). Compte tenu de la cinétique des marqueurs il est né-



Valérie DEBIERRE

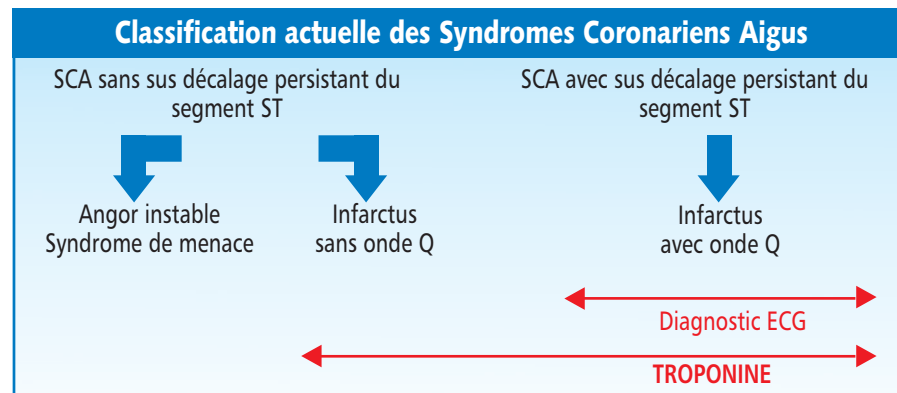


Figure 1.

**Prise en charge du Syndrome Coronarien aigu à domicile**

**Diagnostic**

- **Interrogatoire :**
  - symptômes d'ischémie myocardique
  - facteurs de risque vasculaire
- **Examen clinique :**
  - constantes vitales
  - insuffisance ventriculaire gauche ou droite
  - diagnostic différentiel
- **ECG**

**Thérapeutique**

- **Mise en condition :**
  - antalgiques, anxiolytiques
  - oxygénothérapie
  - pas d'injection intra-musculaire
- **Dérivés nitrés (sub-lingual ou percutané)**
- **Anti-agrégants plaquettaires**
- **Attendre la prise en charge médicalisée**

Tableau 1.

cessaire de réaliser deux dosages espacés d'au moins six heures, si le premier prélèvement est négatif, avant de pouvoir affirmer la négativité du test. Leur délai d'obtention en ville et les contraintes cinétiques ne doivent pas conduire à un retard de prise en charge du patient (3). Leur indication en ville doit donc être strictement limitée aux symptômes atypiques.

**PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE**

La prise en charge du SCA à la phase aiguë comprend deux filières distinctes selon qu'il existe ou non un sus-décalage du segment ST (Figure 2). Pour les patients ayant un syndrome coronarien aigu avec sus-décalage permanent du segment ST, une stratégie de reperfusion pharmacologique et/ou mécanique doit être envisagée de façon précoce (4). Devant

une douleur précordiale suspectée d'origine coronarienne, lorsque l'ECG n'inscrit pas de sus-décalage de ST le traitement initial associe traitement anti-ischémique et traitement anti-thrombotique. La stratification secondaire du risque détermine alors la stratégie thérapeutique et d'exploration dans les heures et les jours suivants (Figure 3) (3).

Dans tous les cas, les patients devront bénéficier d'une mise en condition visant à limiter le travail myocardique et les besoins en oxygène. La lutte contre la douleur et l'anxiété sont donc des objectifs primordiaux. Le **traitement antalgique** utilise la morphine titrée par voie intraveineuse ou à défaut par voie sous-cutanée. Dans ce cadre, la voie intramusculaire est à proscrire du fait du risque de complication hémorragique possible en cas de traitement

« les dérivés nitrés restent efficaces devant des signes d'insuffisance ventriculaire gauche »

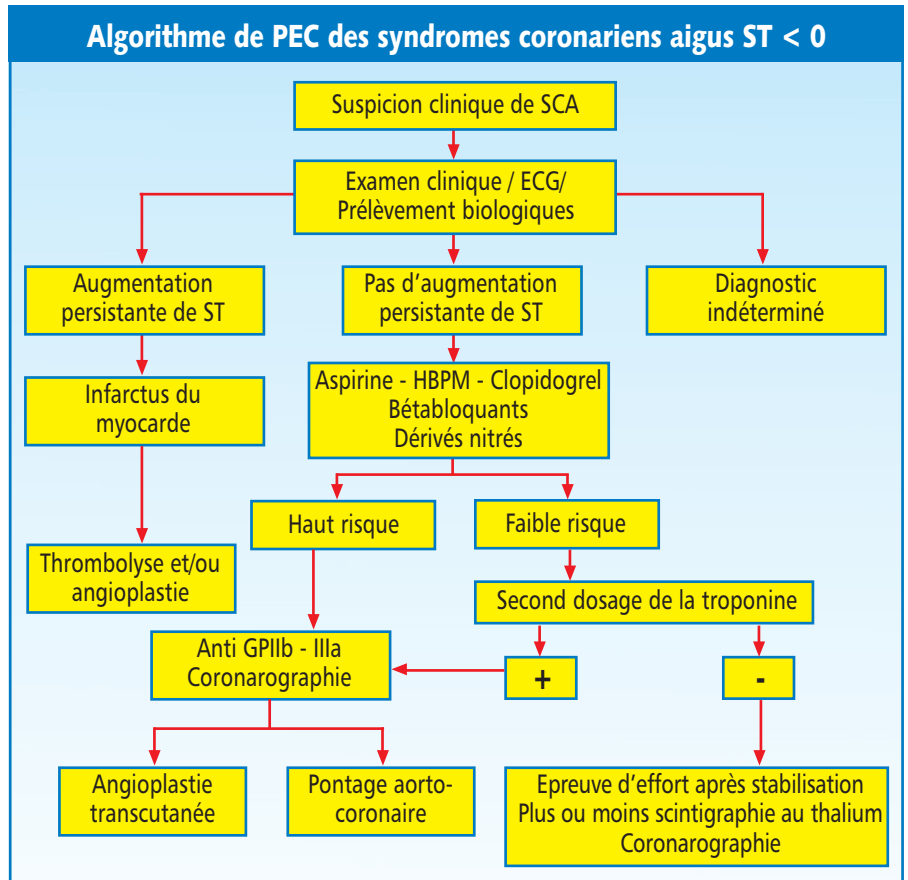


Figure 2.

fibrinolytique. Il doit être associé à un traitement **anxiolytique** aussi souvent que nécessaire. **L'oxygénothérapie**, est recommandée dès lors que l'examen clinique met en évidence des signes de décompensation cardiaque et/ou une SpO2 inférieure à 90% (5). Parallèlement, il faudra veiller au repos strict du patient. Outre leur rôle diagnostique, les **dérivés nitrés** - administrés par voie sub-linguale ou percutanée - restent un traitement symptomatique efficace en particulier lorsqu'il existe des signes d'insuffisance ventriculaire gauche. Leur utilisation est contre-indiquée si la pression artérielle systolique est inférieure à 100 mmHg. Parallèlement à la mise en place des mesures adjuvantes, le traitement spécifique du SCA doit être débuté précocement. Ainsi, l'administration d'**aspirine** per os ou IV à la dose de 160 à 320 mg dès la phase pré-hospitalière améliore le pronostic des patients en réduisant significativement la mortalité (7). **L'hépari-**

**nothérapie** peut être débutée au domicile du patient. Elle repose soit sur l'héparine standard soit sur les héparines de bas poids moléculaire (HBPM). Les HBPM apparaissent comme un progrès significatif de par leur simplicité d'utilisation. Malgré tout, certaines précautions d'emploi doivent être respectées chez les patients à risque (âge > 75 ans, insuffisance rénale).

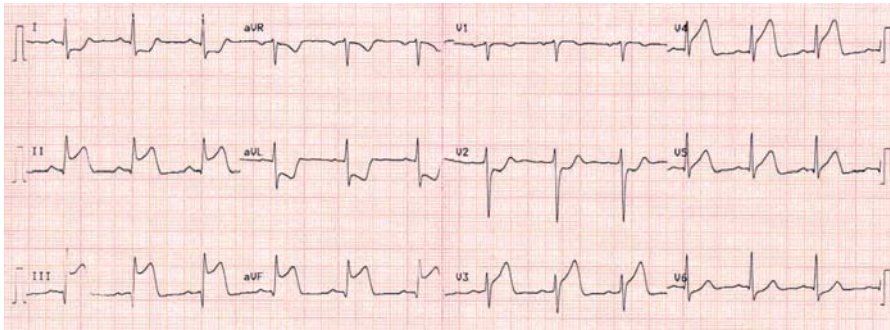
**ORIENTATION DES PATIENTS**

Peu de données existent concernant les critères d'hospitalisation et le mode de transport à choisir pour ces patients. Cependant, la mort subite est le risque constant de l'urgence

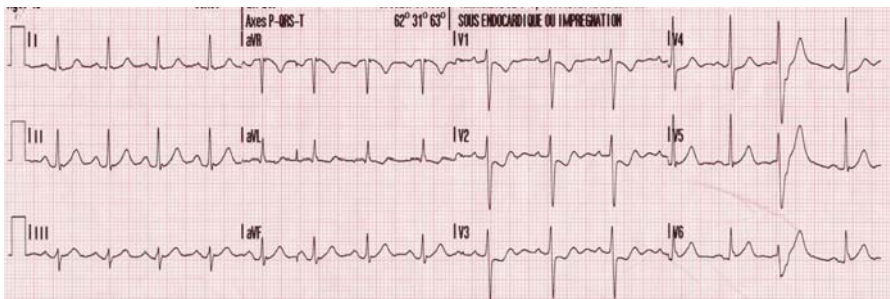
**Éléments du TIMI Risk Score**

Caractéristiques du patient	TIMI Risk Score
• Age supérieur ou égal à 65 ans	1
• Présence d'au moins 3 facteurs de risque (tabac, HTA, diabète, cholestérol, ATCD familiaux)	1
• Modifications du segment ST sur l'ECG	1
• Présence d'au moins 2 douleurs angineuses dans les 24 h	1
• Maladie coronaire documentée (sténose > 50%)	1
• Prise d'Aspirine au cours des 7 derniers jours	1
• Élévation des marqueurs enzymatiques	1

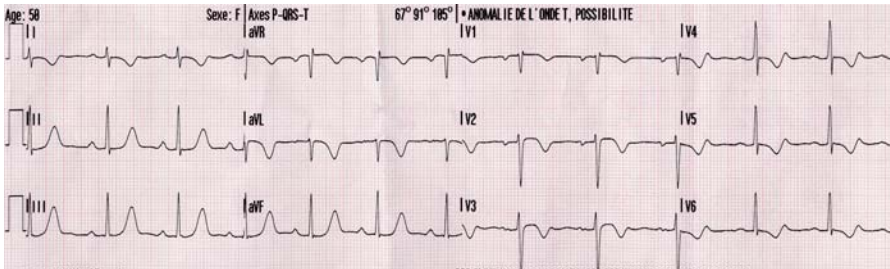
Figure 3. La présence de chacun des paramètres ajoute un point au score.



ECG 1.



ECG 2.



ECG 3.

cardiologique, la principale complication des patients ayant un syndrome coronarien aigu étant la survenue d'un trouble du rythme ventriculaire nécessitant une prise en charge immédiate<sup>(8)</sup>. Ainsi, les SCA relèvent d'une prise en charge préhospitalière et d'un transport médicalisé par le SMUR dans un double objectif à la fois thérapeutique et de surveillance. Cependant, un transport sanitaire rapide équipé d'un défibrillateur semi-automatique pourra être envisagé lorsque le patient ne souffre plus et que l'ECG est normal.

Dans la réalité clinique quotidienne, les syndromes coronariens aigus sans sus-décalage du segment ST restent une véritable préoccupation : il est souvent difficile de faire la part des choses entre une douleur extra-cardiaque et une véritable menace d'infarctus. Cette constatation impose le recours large à l'hospitalisation dès lors que la douleur thoracique persiste pour surveillance du patient par des ECG répétés et des dosages sériés des enzymes cardiaques<sup>(6)</sup>. Ce n'est que lorsque la douleur a disparu et en l'absence de modifications électriques per-critiques qu'un recours au cardiologue de ville pourra être envisagé.



Dr Valérie DEBIERRE, Dr Céline LONGO,  
Pr Gilles POTEL

Pôle Urgence - CHU de Nantes  
Courriel : [valerie.debierre@chu-nantes.fr](mailto:valerie.debierre@chu-nantes.fr)

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. - Chambless L, Keil U, Dobson A et al. - *Population versus clinical view of case fatality from acute coronary heart disease : results from the WHO MONICA Project 1985-1990*. Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease. *Circulation* 1997 ; 96 : 3849-59.
2. - The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee. Myocardial infarction redefined - *A consensus document of the Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the Redefinition of Myocardial Infarction*. *Eur Heart J* 2000;21: 1502-13.
3. - Steg P.G et al. Syndromes coronariens aigus. Monographie *Rev. Prat.* 2003, 53 : 593-644. *The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation*. *Eur Heart J* 2003;24: 28-86.
4. - The Task Force on the Management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology. *Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation*. *Eur Heart J* 2002; 23: 1809-1840
5. - Gaspoz J.M., Perrier A., Raetzo M.A. *Acute Chest Pain : prehospital assessment and triage*. - *Med et Hyg* 1997; 55: 1864-6.
6. - ISIS-2 (Second International Study of Infarctus Survival) Collaborative Study Group. Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17 187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2. *J Am Coll Cardiol.* 1988, 12 (6 Suppl A): 3A-13A.
7. - Ph. Beaufils et coll. *Recommandations de la Société française de cardiologie pour la prise en charge des urgences cardiologiques*. *Archives des maladies du coeur et des vaisseaux*, Tome 92, n°3, mars 1999 : 337-345.