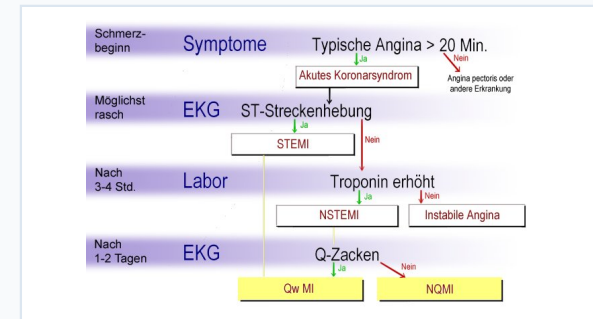
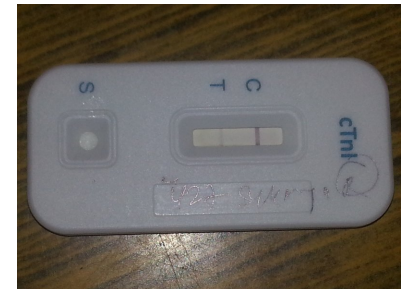


Définitions SCA : SCA ST-, SCA ST+, IDM, Troponine

- Toute douleur thoracique d'allure angineuse survenant de novo, de manière prolongée, ou d'aggravation récente chez un patient avec ou sans antécédent coronarien
- Syndrome Sans sus-décalage du coronaire segment ST : Occlusion thrombotique partielle et embolisation distale du thrombus
- Angor instable (ou SCA ST- tropono-): pas élévation de troponine
- IDM ST- (ou SCA ST- tropono + ou NSTEMI) : élévation de troponine
- aigu Avec sus-décalage du : Occlusion thrombotique totale



Algorithme diagnostique du SCA : devant une douleur thoracique, l'EKG distingue d'emblée le SCA ST+ (sus-décalage persistant) du SCA ST-. Au sein du SCA ST-, le dosage de la troponine sépare l'angor instable (troponine normale) de l'IDM sans sus-décalage (troponine positive).

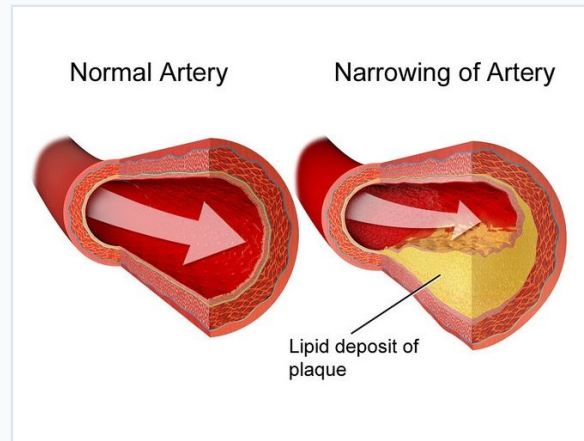


Dosage de la troponine cardiaque, marqueur de nécrose myocardique. Sa cinétique - élévation dès la 3e-4e heure, pic vers 24h, décroissance sur plusieurs jours - permet de dater l'épisode et de distinguer l'IDM (troponine positive) de l'angor instable (troponine négative).

Source : Wikimedia Commons (CC)

Définitions SCA : SCA ST-, SCA ST+, IDM, Troponine (suite)

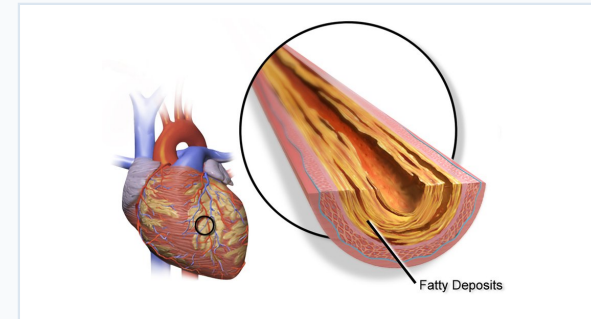
- IDM ST+ (ou STEMI)
- segment ST : SCA avec élévation de troponine : reflet d'une nécrose myocardique irréversible
- A la suite d'un IDM ST- : infarctus sans onde Q = sous-endocardique
- A la suite d'un IDM ST+ : infarctus avec onde Q = transmural



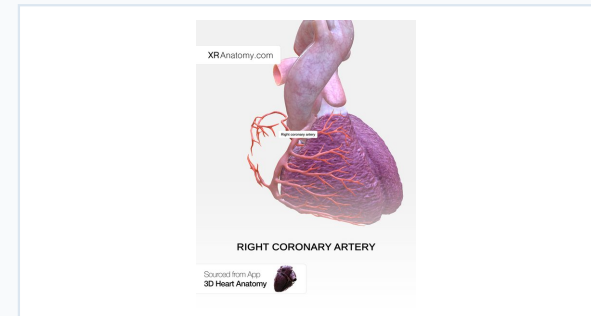
Plaque d'athérosclérose coronaire : mécanisme physiopathologique commun aux SCA ST-, SCA ST+ et IDM
Source : Wikimedia Commons (CC)

Physiopathologie du SCA

- Infarctus du : IDM ancien
- Troponine normale
- Onde Q de nécrose dans un territoire systématisé à l'ECG
- Zone nécrotique à l'imagerie : akinésie à l'ETT, cicatrice fibrotique à l'IRM
- myocarde Classification Définitions (Société européenne de Cardiologie) : IDM type 1 : spontané (ST- ou ST+)
- IDM type 2 : 2ndr à un déséquilibre entre apports et besoins en O₂ du myocarde
- IDM type 3 : décès du patient au cours d'un SCA ST+ avant dosage de troponine
- IDM type 4 : survenant au décours d'une intervention coronaire percutanée



Coupe d'une artère coronaire montrant une plaque d'athérome riche en lipides (« fatty deposits ») réduisant la lumière vasculaire. Sa rupture, avec exposition du centre lipidique au sang circulant, déclenche l'agregation plaquettaire et le thrombus occlusif ou subocclusif à l'origine du SCA.

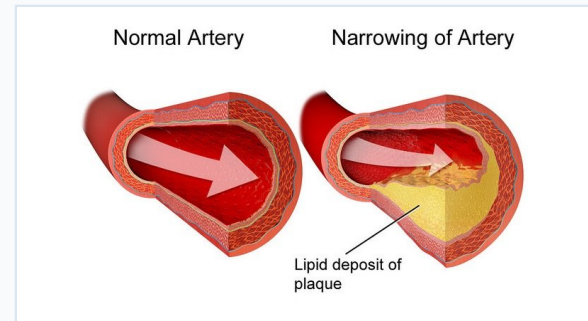


Anatomie des artères coronaires épicaudiques (tronc commun, IVA, circonflexe, coronaire droite) et de leurs territoires myocardiques respectifs. La localisation de l'occlusion conditionne le territoire de nécrose et les anomalies ECG en miroir attendues.

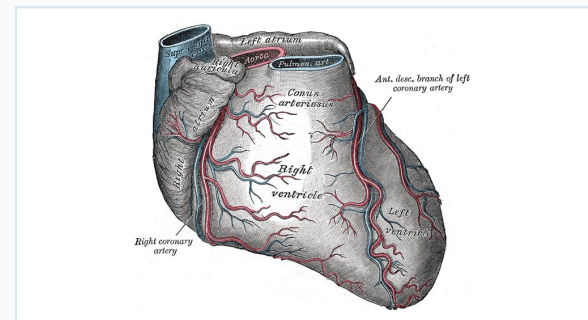
Source : Wikimedia Commons (CC)

Physiopathologie du SCA (suite)

- IDM type 5 : survenant au décours d'un pontage coronarien
- Troponine : Enzyme cardiaque libérée en cas de nécrose myocardique (> 1 g de tissu myocardique)
- IDM : élévation en 3 h proportionnelle à l'étendue de la nécrose persistante jusqu'à 15 jours
- Autres causes d'élévation de la troponine : anémie, myocardite, EP, état de choc, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, crise aiguë hypertensive, bradycardie, tachycardie, spasme coronarien, syndrome infectieux ou inflammatoire
- Spécifique du tissu cardiaque : non élevé par d'autres atteintes musculaires (rhabdomyolyse...)
- Autres marqueurs myocardiques : Myoglobine (marqueur précoce) : élévation en 2-3h, pic en 8-12h, normalisation en 24-36h
- Créatine phosphokinase iso-enzyme MB (CPK-MB) : élévation en 6h, pic en 36h (plus précoce < 12h si reperfusion), normalisation en 3-4 jours



Rupture de plaque athéromateuse : déclencheur de la thrombose coronaire aiguë dans le SCA

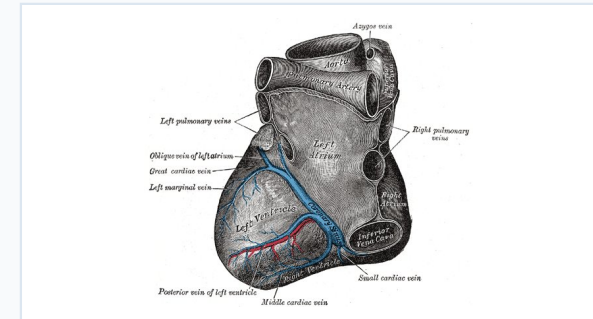


Anatomie des artères coronaires (Gray) : IVA, CD, Cx - territoires myocardiques du SCA

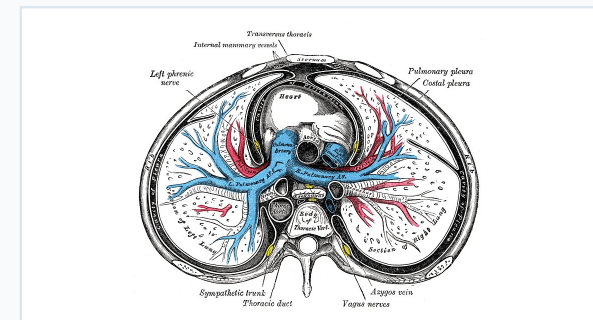
Source : Wikimedia Commons (CC)

Physiopathologie du SCA (suite)

- Transaminase SGOT : élévation en 8h, pic en 24h, normal en 8-14 jours
- LDH (notamment LDH1) : élévation en 24h, pic en 3-4 jours, normal en 6 jours
- Physiopathologie : Rupture ou érosion ou fissuration d'une plaque athéromateuse (vulnérable car inflammatoire, jeune) à l'origine d'une réaction thrombotique locale obstruant totalement ou partiellement la lumière coronaire
- IDM ST- = fragmentation du thrombus et migration dans la distalité de l'artère coronaire (embolies capillaires) ? constitution de foyers de micro-nécrose à l'origine d'une élévation de troponine ? nécrose généralement limitée non détectable par les techniques d'imagerie cardiaque
- IDM ST+ = occlusion totale d'une artère coronaire? anoxie puis nécrose myocardique du segment irrigué (nécrose totale en 12h) à l'origine d'une élévation de troponine ? akinésie du segment concerné (avec hyperkinésie transitoire des autres territoires) en partie réversible si reperfusion rapide (phénomène de sidération) puis réduction secondaire de la FEVG et dilatation du VG responsables d'une insuffisance cardiaque chronique
- Autres effets de la nécrose : - Favorise la survenue de trouble du rythme ventriculaire
- Dyskinésie (contraction paradoxale) avec risque d'anévrisme VG et de thrombus VG



Artères coronaires épicardiques (Gray) : topographie des occlusions dans le SCA ST+ et ST-

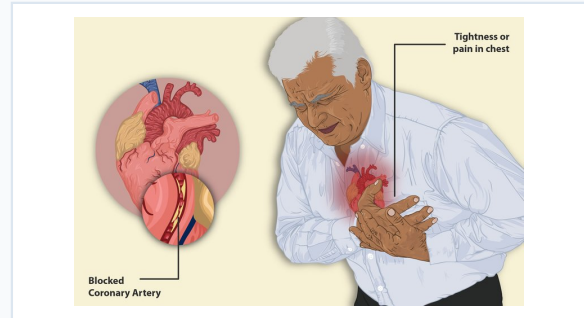


Coupe transversale du coeur (Gray) : territoires de nécrose myocardique selon l'artère occluse

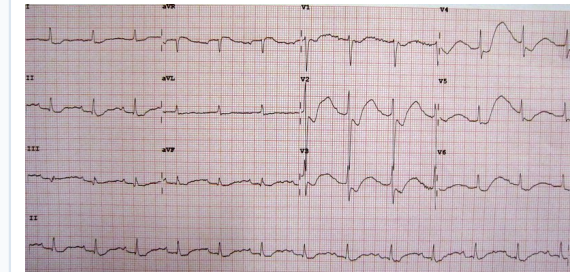
Source : Wikimedia Commons (CC)

SCA ST- : diagnostic (douleur, ECG, troponine)

- SCA SANS SUS-DECALAGE SEGMENT ST Evocatrice : Angor spontané prolongé (> 20 minutes), au repos, régressif spontanément ou après trinitrine
- Angor de novo: angor d'effort inaugural apparu il y a moins de 1 mois
- Angor crescendo : aggravation récente d'un angor stable, pour des efforts moins important, cédant lentement à l'arrêt de l'effort ou à la prise de trinitrine
- Récidive angineuse post-IDM : angor < 1 mois suivant la constitution d'un IDM
- SF Douleur thoracique Atypique : Fréquent chez les femmes, patients jeunes < 40 ans, âgés > 75 ans ou diabétique
- Douleur épigastrique de repos
- Douleur thoracique en coup de couteau, pseudo-pleurétique
- Evocateur : non influencée par la mobilisation de la région douloureuse, par la respiration profonde ou par la position



Douleur thoracique constrictive irradiant vers le bras gauche, la mâchoire ou le dos, associée à une obstruction partielle d'une coronaire (encadre). Dans le SCA ST-, l'ischémie se traduit sur l'ECG par un sous-décalage de ST ou une inversion de l'onde T, et par une élévation de la troponine en cas de nécrose (IDM sans

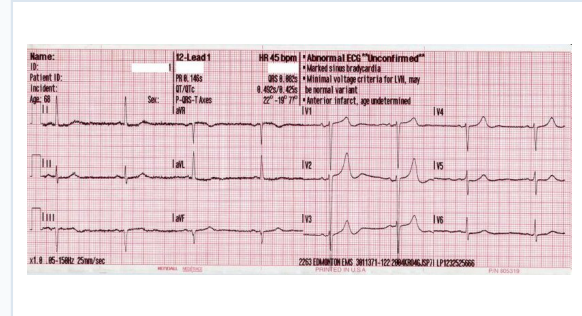


ECG montrant un sous-décalage du segment ST, signe électrique de l'ischémie sous-endocardique du SCA ST-. Contrairement au SCA ST+, il n'y a pas d'indication à une reperfusion en urgence absolue, mais une coronarographie précoce reste recommandée selon le niveau de risque.

Source : Wikimedia Commons (CC)

SCA ST- : diagnostic (douleur, ECG, troponine) (suite)

- SC Diagnostic : Normal dans la majorité des cas
- Eliminer autres causes cardiaques ou non cardiaques de douleur thoracique
- Identifier autres localisations de l'athérome, PA aux deux bras
- Rechercher signes d'instabilité hémodynamique et souffle systolique (IM transitoire par ischémie d'un pilier de la valve mitrale)
- ECG de repos : ECG per-critique 18 dérivations (V3R-V4R, V7-V8-V9) : anomalies localisatrices. Examen de 1ère intention à réaliser dans les 10 minutes
- Sous-décalage ST horizontal ou descendant, en particulier > 1 mm dans au moins 2 dérivations contiguës, absence de sus-décalage ST
- Ondes T négatives ou inversées
- L'ECG peut être normal



ECG 12 dérivations : sous-décalage ST ou ondes T négatives - critères ECG du SCA ST-

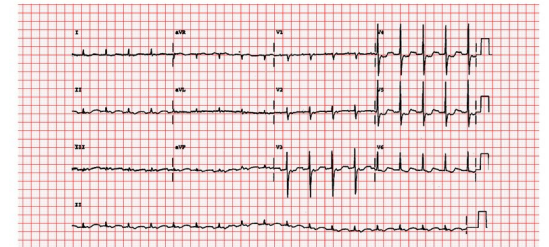


Brassard tensiomètre : contexte de la mesure des paramètres vitaux lors du bilan d'un SCA

Source : Wikimedia Commons (CC)

Score GRACE et stratification du risque SCA ST-

- PC : Troponine
- Dosage dès le 1er contact avec résultat rapide ($< 1h$), renouvelé à H+3 pour suivre la cinétique
- Autres
- RP systématique : diagnostic différentiel, cardiopathie préexistante
- Echocardiographie transthoracique : diagnostic différentiel, complication, fonction VG
- Score GRACE= Risque de décès ou d'IDM hospitalier et ultérieur Stratification du risque Pronostic : Score CRUSADE



Courtesy of Michael Rosengarten, BBSc, MD, McGill University

ECG: PEDIA.ORG

Electrocardiogramme montrant un sous-décalage du segment ST dans plusieurs dérivations, typique d'un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage de ST (SCA ST-) : cet ECG, associé au dosage de la troponine, permet le diagnostic et oriente la stratification du risque. Le score de GRACE, calculé à l'admission à partir de l'âge, la



Radiographie thoracique de face, réalisée systématiquement lors du bilan initial d'un syndrome coronarien aigu : elle permet de rechercher un diagnostic différentiel (pneumothorax, pneumopathie, élargissement médiastinal évocateur de dissection aortique) et d'apprécier une cardiopathie préexistante (cardiomegalie, signes de

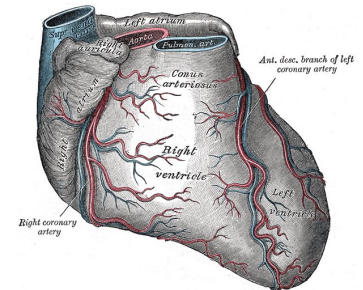
Source : Wikimedia Commons (CC)

Score GRACE et stratification du risque SCA ST- (suite)

- Risque hémorragique sous antiagrégant plaquettaire
- Présentation clinique Structure d'hospitalisation Surveillance scopique du rythme Angor instable (= SCA ST-troponine -) USIC ou Unité de soins continus 24 heures SCA ST-troponine + à faible risque d'arythmie USIC ou Unité de soins continus 24 heures Quand et où hospitaliser ? SCA ST-troponine + à risque élevé d'arythmie USIC ou Unité de soins continus > 24heures TTT : Risque élevé d'arythmie cardiaque si au moins 1 des critères suivants est présent :
 - Instabilité hémodynamique
 - Arythmie majeure
 - FEVG < 40%
 - Echec de la reperfusion



Salle de coronarographie : cathétérisme coronaire pour stratification du risque GRACE élevé

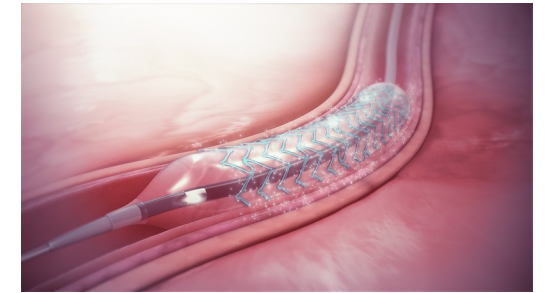


Anatomie coronaire (Gray) : évaluation du score GRACE en fonction du territoire ischémié

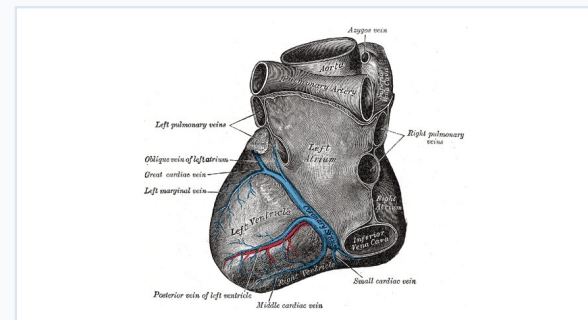
Source : Wikimedia Commons (CC)

Score GRACE et stratification du risque SCA ST- (suite)

- Autres sténoses coronaires critiques ou complications liées à la revascularisation percutanée
- Mise en condition : ? Hospitalisation en USIC par transport médicalisé
- Repos au lit strict
- Monitoring : PA, FC, scope avec monitoring continu du segment ST
- Mesures associées : oxygénothérapie uniquement si saturation < 90% ou PaO₂ < 60 mmHg



Stent actif (DES) : revascularisation percutanée guidée par la stratification du risque GRACE



Artères coronaires (Gray) : repères anatomiques pour la coronarographie diagnostique du SCA ST-

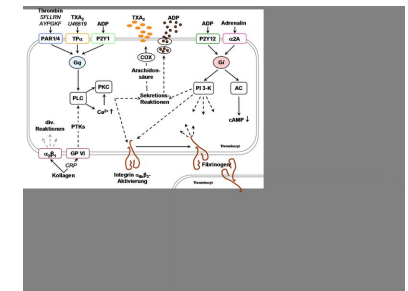
Source : Wikimedia Commons (CC)

Antiagrégants plaquettaires dans le SCA

- Aspirine
- Systématique : dose de charge de 150 à 300 mg IVD puis 75 à 100 mg/j PO à vie
- Antiagrégant Inhibiteur plaquettaire P2Y₁₂ : Associé à l'aspirine : en dose de charge, puis à dose d'entretien pendant 12 mois
- Ticagrélor (Brilique®) si patient à haut risque : 90 mg x 2 PO puis 90 mg x 2/j ? Contre-indiqué en cas d'antécédent d'AVC hémorragique ou anticoagulant
- Prasugrel (Efient®) si patient à haut risque : 60 mg PO puis 10 mg/j ? Contre-indication en cas d'âge > 75 ans, poids < 60 kg ou antécédent d'AVC ou d'anatomie coronaire non connue (en pratique CI avant la coronarographie)
- Clopidogrel (Plavix®) uniquement si patient à bas risque ou si CI au Prasugrel/Ticagrélor (AVC hémorragique, anticoagulant) : 600 mg PO puis 75 mg/j



Comprimés d'antiagrégants plaquettaires : l'aspirine inhibe irréversiblement la cyclo-oxygénase-1 plaquettaire, tandis qu'un inhibiteur du P2Y₁₂ (clopidogrel, ticagrélor, prasugrel) bloque l'activation plaquettaire par l'ADP. Leur association (double antiagrégation) est systématique dans le SCA.

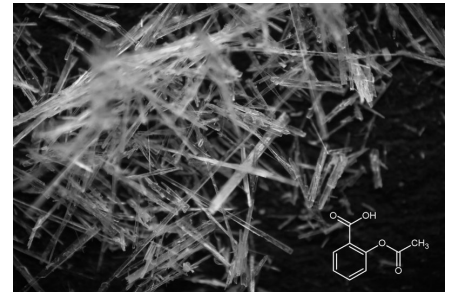


Schema de l'agregation plaquettaire au site de rupture de la plaque d'athérome : adhésion, activation et aggrégation via les récepteurs GPIIb/IIIa forment le clou plaquettaire initial, cible des différentes classes d'antiagrégants utilisées dans le SCA.

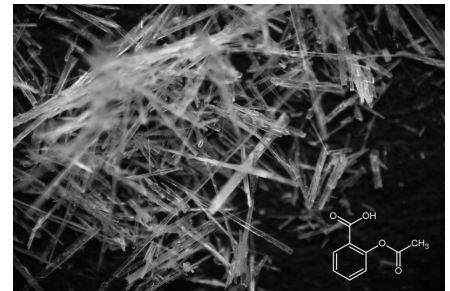
Source : Wikimedia Commons (CC)

Antiagrégants plaquettaires dans le SCA (suite)

- Anticoagulation curative : Fondaparinux (Arixtra®): En 1ère intention : 2,5 mg en 1 seule injection SC par jour, contreindiqué si DFG < 20ml/min/1.73m²
- HNF si patient à haut risque : 60-70 UI/kg (< 5000 UI IVD) puis 12-15 UI/kg/h (< 1000 UI/h) IVSE (Objectif de TCAr 1,5 à 2,5)
- HBPM si patient à haut risque : enoxaparine 1 mg/kg x 2/j SC
- Bivalirudine (Angiox®) : 0,1 mg/kg bolus IVD puis 0,25 mg/kg/h IVSE
- A arrêter après la revascularisation



Aspirine : premier antiagrégant plaquettaire du SCA (inhibition COX-1, dose de charge 250-500 mg)



Clopidogrel/Ticagrelor : inhibiteur P2Y₁₂ - bithérapie antiplaquettaire (DAPT) systématique dans le SCA

Source : [Wikimedia Commons](#) (CC)

Anticoagulation curative dans le SCA

- Anti-ischémique : beta-bloquant (aténolol si FEVG normal, bisoprolol si FEVG altéré): surtout si tachycardie ou HTA, en absence d'hypoTA ou de manifestations d'insuffisance cardiaque
- Dérivés nitrés par voie sublinguale : traitement symptomatique de la crise angineuse
- Anticalcique (vérapamil ou diltiazem): en cas de composante spastique majeure (sus-décalage ST transitoire lors de la crise angineuse) ou si contre-indication aux beta-bloquants
- Traitements : associés
- Morphine IV si douleur importante
- IPP (Oméprazole)



Flacon d'heparine sodique injectable. L'anticoagulation curative (heparine non fractionnée, HBPM ou fondaparinux) est associée à la double antiagregation plaquettaire dès le diagnostic de SCA, pour limiter l'extension du thrombus coronaire en attendant la revascularisation.



Seringue pre-replie d'heparine de bas poids moleculaire (enoxaparine). Administree par voie sous-cutanee a dose curative adaptee au poids et a la fonction renale, elle est une alternative a l'heparine non fractionnee intraveineuse dans le SCA.

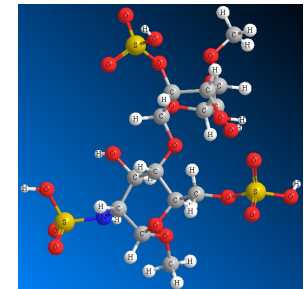
Source : Wikimedia Commons (CC)

Anticoagulation curative dans le SCA (suite)

- Généralement coronarographie avec angioplastie + stent +/- anti-GPIIb/IIIa
- Interruption de l'anticoagulation curative (HNF ou HBPM) en fin de procédure (sauf cas particulier) ?
Traitement conservateur uniquement médical : patient coronarien non revascularisable, patient grabataire
- TTT Risque ischémique : Risque ischémique très élevé si :
- Angor réfractaire, persistant ou récidivant sous traitement médical optimal
- Insuffisance cardiaque gauche (OAP) ou état de choc cardiogénique- Trouble du rythme ventriculaire menaçant (TV, FV) ou arrêt cardiaque
- très élevé : Sus-décalage paroxystique du segment ST ? Coronarographie en urgence < 2 heures



Héparine de bas poids moléculaire (HBPM/Fragmin) : anticoagulation curative du SCA en phase aiguë



Héparine injectable : anticoagulation du SCA - enoxaparine, fondaparinux ou HNF selon le contexte

Source : Wikimedia Commons (CC)

Anti-ischémiques dans le SCA

- Risque ischémique élevé : Risque ischémique élevé si :
- Score GRACE > 140
- Mouvement de troponine
- Modification dynamique de ST ou de l'onde T ? Coronarographie dans les 24 heures
- REVASCULARISATION MYOCARDIQUE Risque ischémique intermédiaire : Risque ischémique intermédiaire si :
- Score GRACE entre 109 et 140
- Comorbidité : diabète, insuffisance rénale et/ou FEVG < 40%



Comprimés de bêta-bloquant (nebivolol). En réduisant la fréquence cardiaque et la contractilité, ils diminuent la consommation myocardique en oxygène ; avec les dérivés nitrés et certains inhibiteurs calciques, ils constituent le traitement anti-ischémique du SCA, sauf contre-indication.



Spray de trinitrine (nitroglycérine) à action rapide, utilisé en cas de douleur angineuse persistante. Les dérivés nitrés diminuent la précharge et dilatent les coronaires épicardiques, mais sont contre-indiqués en cas d'hypotension ou d'IDM du ventricule droit.

Source : Wikimedia Commons (CC)

Anti-ischémiques dans le SCA (suite)

- Angor post-infarctus récent < 1 mois
- Antécédent d'intervention coronaire percutané ou de pontage coronarien ? Coronarographie dans les 72 heures
- Risque ischémique : Si aucun critère ci-dessus
- Pas de coronarographie d'emblée
- Test fonctionnel d'ischémie ou coroscaner en 1ère intention
- faible Poursuivre ou introduire : Aspirine 75 mg/jour PO à vie
- Inhibiteurs de P2Y12 pendant 12 mois (sauf en cas de risque hémorragique)



Spray de trinitrine (GTN) sublingual : traitement de la douleur angineuse dans le SCA (dérivé nitré)



Métoprolol (bêta-bloquant) : réduction de la consommation en O₂ myocardique et cardioprotection dans le SCA

Source : Wikimedia Commons (CC)

Anti-ischémiques dans le SCA (suite)

- beta-bloquants
- IEC à introduire dans les 24h (ou ARA2 si mal tolérés)
- Statines à introduire dans les 24h avec objectif LDL-C < 0,55 g/L
- IPP pendant 1 mois si risque d'ulcère gastroduodénal ou d'hémorragie intestinale
- Diurétique de l'anse (Lasilix®) si signes congestifs et dysfonction VG
- Eplérénone (Inspra® ou Aldactone®) si FEVG < 40%



Inhibiteur calcique (amlodipine) : alternative anti-ischémique si contre-indication aux bêta-bloquants

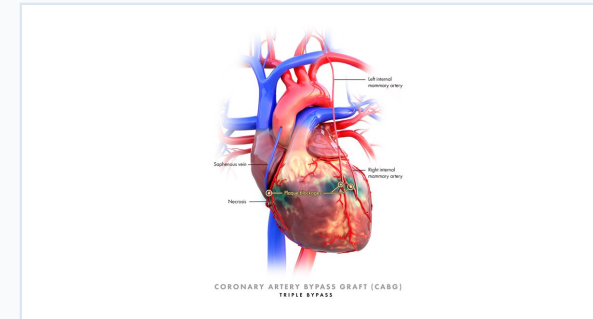


Statine : débuté dès J1 du SCA - stabilisation de la plaque et réduction de la morbi-mortalité CV

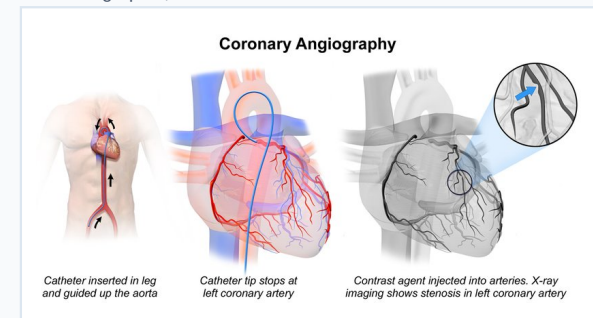
Source : Wikimedia Commons (CC)

Revascularisation myocardique dans le SCA ST-

- Après revascularisation : Stopper
- Morphine, nitrés, traitement anticoagulant, anti-GPIIb/IIIa
- SCA AVEC SUS-DECALAGE PERMANENT DU SEGMENT ST SF : Prodrome : crises douloureuses récurrentes d'angor instable
- Douleur typique : douleur angineuse prolongée > 30 minutes, rétrosternale, constrictive, trinitro-résistante, souvent plus violente, habituellement au repos(ou récupération après l'effort)
- Douleur atypique : brûlure rétrosternale, douleur épigastrique (IDM inférieur), limitée à une irradiation (bras, épaules, poignets, mâchoires, dos) ou absente (complication révélatrice ou découverte d'une onde Q)
- Autres : sueurs, éructations, nausées/vomissements (IDM inférieur), angoisse, fatigue, syncope, palpitation



Schema de revascularisation myocardique chirurgicale (pontage coronarien). Dans le SCA ST-, la stratégie de revascularisation - angioplastie le plus souvent, ou pontage en cas d'atteinte tritronculaire ou du tronc commun - est choisie après coronarographie, selon l'anatomie coronaire et le terrain.

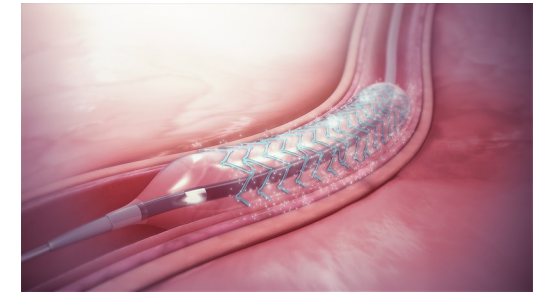


Coronarographie diagnostique par catheterisme : l'injection d'un produit de contraste opacifie l'arbre coronaire et localise précisément la ou les sténoses, guidant le choix entre angioplastie et chirurgie de pontage.

Source : Wikimedia Commons (CC)

Revascularisation myocardique dans le SCA ST- (suite)

- SC
- Examen clinique généralement normal en l'absence de complication +/- fébricule possible
- Signes de complications : IVG (crépitant, désaturation, dyspnée), choc cardiogénique (hypotension, marbrure, tachycardie), IVD, complication mécanique (souffle d'IM, de CIV), frottement péricardique
- Chronologie : Ondes T pointues, symétriques, amples (stade hyper-précoce)
- Sus-décalage du segment ST (onde de Pardee) : convexe vers le haut, englobant l'onde T, ≥ 2 mm en précordial (V1-V6) ou ≥ 1 mm en frontal, sur 2 dérivations contiguës, avec image en miroir (sous-ST) ? Apparaît dans les 1ères heures, doit revenir à la normal en moins de 3 semaines
- Onde Q de nécrose (> 40 ms et ≥ 1 mm ou $> 1/3$ de l'onde R) : entre H6 et H12, persiste souvent à titre de séquelles



Stent actif à élution médicamenteuse (DES) : revascularisation percutanée (PCI) du SCA ST-



Salle de cathétérisme : angioplastie coronarienne du SCA ST- guidée par coronarographie diagnostique

Source : Wikimedia Commons (CC)

Revascularisation myocardique dans le SCA ST- (suite)

- Négativation des ondes T : généralement vers le 2e jour, persistance variable
- Apparition d'un BBG associé à une symptomatologie typique = équivalent ST+
- ECG Diagnostic : Coronaire droite
- Inférieure : D2-D3, aVF
- Ventricule droit : V3r-V4r
- Septal profond : inférieur + antéro-septal



Machine de circulation extracorporelle (CEC) : pontage coronarien (CABG) pour tronc commun ou tritronculaire

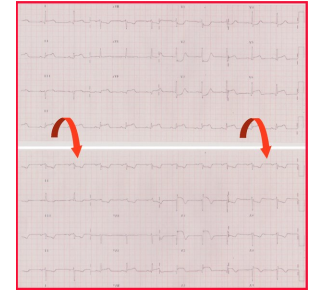


Équipe de chirurgie cardiaque : pontage aorto-coronarien pour SCA ST- pluritrunculaire ou lésion du tronc commun

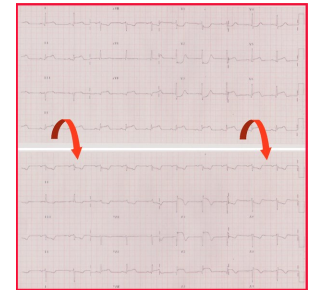
Source : Wikimedia Commons (CC)

SCA ST+ : diagnostic ECG (chronologie, localisation, miroir)

- Localisation : Coronaire gauche (IVA et Cx)
- Antéro-septal (IVA) : V1-V2-V3
- Apical : V4
- Latéral bas (Cx) : V5-V6
- Antérieur étendu : V1 à V6, D1, aVL
- Latéral haut (Cx) : D1-aVL
- Postérieur (Cx) : V7-V8-V9



ECG montrant l'évolution chronologique des anomalies de ST et de l'onde T au cours de l'IDM ST+. Le sus-decalage initial évolue vers des ondes Q de nécrose puis une onde T négative ; la territorialisation et le miroir en derivations opposees orientent vers l'artere coupable.

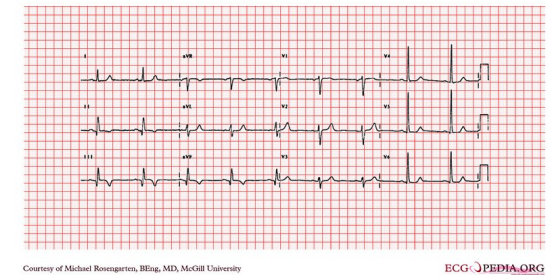


ECG d'un infarctus antérieur étendu : sus-decalage de ST en V1-V4 (territoire de l'IVA), avec image en miroir (sous-decalage) en inférieur. La localisation électrique de l'occlusion permet d'anticiper l'artere coupable avant la coronarographie.

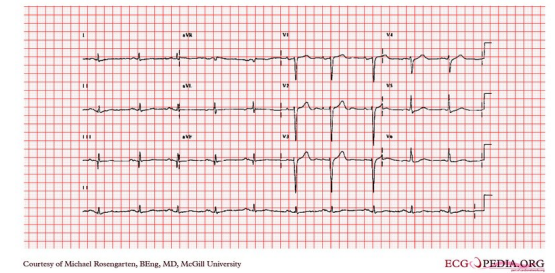
Source : Wikimedia Commons (CC)

SCA ST+ : diagnostic ECG (chronologie, localisation, miroir) (suite)

- Image en : miroir
- Infarctus inférieur ou basal : sous-décalage ST dans les dérivation antérieures
- Infarctus antérieur ou latéral : sous-décalage ST dans les dérivation inférieures
- Bio Enzymes cardiaques : Dosage troponine inutile au stade du diagnostic mais systématiquement élevée dans les heures suivant l'hospitalisation (confirmation a posteriori et usage pronostique) ? Douleur thoracique > 30 min + modifications ECG = diagnostic posé
- PC ETT : ? En urgence si complication (OAP, choc), souffle à l'auscultation, doute diagnostique ? Pratiquée sinon systématiquement dans les 24 premières heures
- Importance de l'IDM : zone hypo- ou akinétique avec hyperkinésie des segments sains, FEVG
- Complication : épanchement péricardique, IM, rupture septale, thrombus apical, anévrisme VG



ECG de référence : sus-décalage ST (STEMI) en miroir - chronologie d'évolution dans le SCA ST+

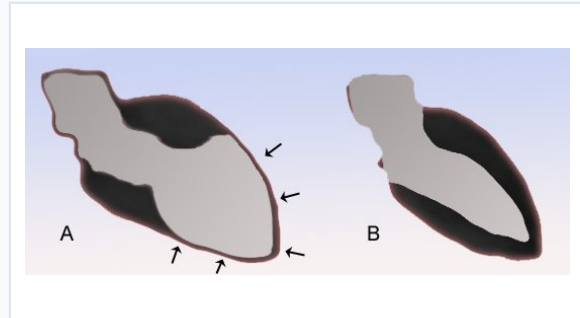


ECG 12 dérivation : identification du territoire ischémique et de l'artère coupable dans l'IDM

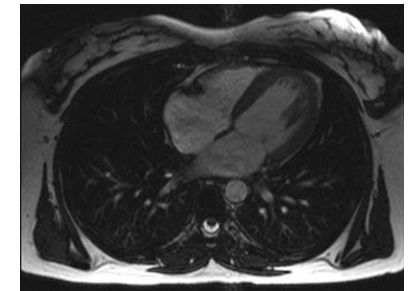
Source : Wikimedia Commons (CC)

Myocardite aiguë / Syndrome de Tako-Tsubo

- Myocardite aiguë : Douleur thoracique, modification ECG avec sus-décalage du segment ST sans miroir et ? troponine
- Coronarographie : absence d'occlusion ou de sténose coronaire
- IRM cardiaque : rehaussement tardif non systématisé, plutôt sous-épicaire
- Syndrome de Tako-Tsubo Diagnostic différentiel : Cardiomyopathie de stress : souvent déclenché par un stress aigu (peur, émotion), touche le plus souvent la femme ménopausée
- Douleur thoracique, modification ECG avec sus-décalage ST puis ondes T négatives (généralement en précordial) +/- ondes Q transitoires en antéro-septal, ? modérée de troponine et importante du BNP
- ETT : akinésie voire dyskinésie généralement apicale (apical ballooning) et médio-ventriculaire avec hyperkinésie basale
- Coronarographie : coronaires saines
- Récupération spontanée ad integrum en quelques jours à semaines



Imagerie illustrant la dysfonction ventriculaire gauche transitoire du syndrome de Tako-Tsubo (« ballonnisation apicale »), souvent déclenchée par un stress intense chez une femme ménopausée. Le tableau mime un SCA ST+, mais les coronaires sont normales, ce qui le distingue de la myocardite aiguë.



IRM cardiaque avec rehaussement tardif au gadolinium : elle objective un oedème et/ou une fibrose myocardique de topographie non coronarienne (sous-épicaire ou medio-murale), signature de la myocardite aiguë, élément cle du diagnostic différentiel avec le SCA et le Tako-Tsubo.

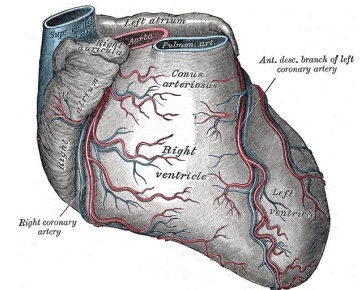
Source : Wikimedia Commons (CC)

Myocardite aiguë / Syndrome de Tako-Tsubo (suite)

- IDM du ventricule droit Cas particuliers : IDM étendu au VD (20% des cas) : surtout des infarctus inférieurs généralement par lésion de la CD
- Tableau grave : instabilité hémodynamique, signes d'IVD aiguë, sans OAP
- Triade clinique : hypoTA + turgescence jugulaire + champs pulmonaires clairs
- ECG : sus-décalage ST en V3r-V4r + signes d'infarctus inférieur
- ETT : dilatation et hypokinésie du VD, dilatation de l'OD, insuffisance tricuspide par dilatation de l'anneau
- Cathétérisme (pas utilisé en pratique) : adiestolie (? pression auriculaire droite)
- Souvent compliqué de FA : réduction rapide ? Contre-indique l'administration de vasodilatateurs



Imagerie cardiaque (cathétérisme) : bilan de la dysfonction ventriculaire gauche dans la myocardite aiguë

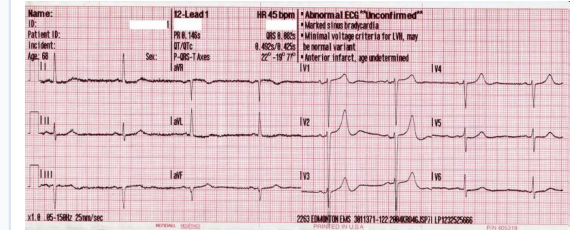


Anatomie coronaire (Gray) : absence de lésion obstructive dans la myocardite et le syndrome de Tako-Tsubo

Source : Wikimedia Commons (CC)

Myocardite aiguë / Syndrome de Tako-Tsubo (suite)

- Facteurs pronostiques : Âge, comorbidités, fragilité, cardiopathie préexistante
- Étendue de la nécrose et FEVG résiduelle
- Existence éventuelle de complications
- Pronostic Stade de Killip : Stade 1 = absence de crépitant à l'auscultation pulmonaire
- Stade 2 = râles crépitant ne dépassant pas la moitié des champs pulmonaires
- Stade 3 = OAP : râles crépitant dépassant la moitié des champs pulmonaires, galope auscultatoire
- Stade 4 = choc cardiogénique



ECG de la myocardite aiguë : sus-décalage diffus ou troubles de repolarisation - diagnostic différentiel du SCA

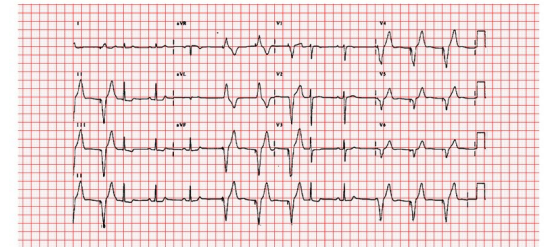


Coronarographie normale : absence de sténose coronaire - critère diagnostique de myocardite ou Tako-Tsubo

Source : Wikimedia Commons (CC)

IDM du ventricule droit

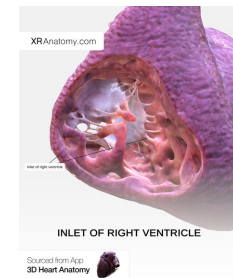
- ? Transport médicalisé par SAMU avec défibrillateur disponible
- Mise en conditions : VVP (à gauche, loin du poignet pour favoriser l'abord radial droit de la coro), scope, saturation +/- oxygénothérapie si saturation < 90% ou PaO₂ < 60 mmHg
- Antiagrégant plaquettaire : Aspirine systématique : dose de charge de 150 à 300 mg IVD ou 150 à 300 mg PO, puis 75 mg/j PO
- Inhibiteur P2Y₁₂ : Ticagrélor ou Prasugrel en 1ère intention (Clopidogrel si CI ou thrombolyse) ? Prasugrel contre-indiqué si âge > 75 ans, poids < 60 kg, atcd d'AVC ? Ticagrélor contre-indiqué si atcd d'AVC hémorragique ? Le Clopidogrel est le seul utilisable en cas de thrombolyse
- TTT médical PEC pré-hospitalière Anticoagulation curative : Systématique avant revascularisation : HNF, Bivalirudine (Angiox®) ou HBPM



Courtesy of Michael Rosengarten, BBSc, MD, McGill University

ECG-PEDIA.ORG

Illustration de l'infarctus du ventricule droit, complication typique d'un infarctus inférieur par occlusion proximale de la coronaire droite. Il se traduit par un sus-decalage de ST en V1 et surtout en V4R, et impose d'éviter dérivés nitrés et diurétiques, le débit cardiaque dépendant de la precharge droite.

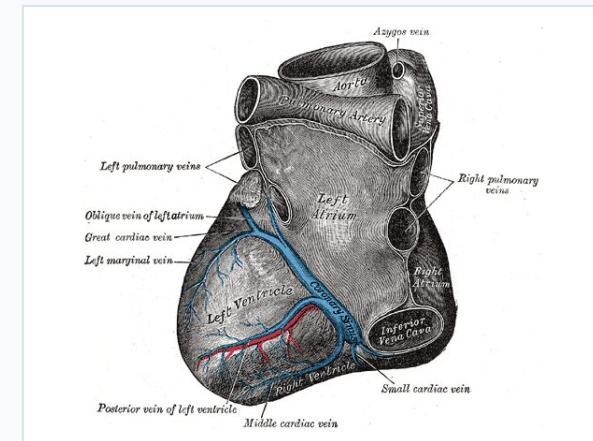


Anatomie du ventricule droit et de ses rapports avec la coronaire droite, qui le vascularise dans la majorité des cas. Un infarctus du VD doit être systématiquement recherché par un ECG avec dérivations droites (V3R-V4R) devant tout infarctus inférieur.

Source : Wikimedia Commons (CC)

IDM du ventricule droit (suite)

- Si angioplastie primaire : privilégier bivalirudine ou HNF, interrompue en fin de procédure
- Si thrombolyse IV : HNF ou HBPM (bivalirudine non indiquée), poursuivi jusqu'à la coronarographie
- Morphine IV si besoin
- Anxiolytique si angoisse très importante



Artères coronaires (Gray) : coronaire droite (CD) irrigant le ventricule droit - territoire de l'IDM VD

Source : Wikimedia Commons (CC)

Pronostic IDM : Classification de Killip

- Indication : Tout patient présentant un SCA ST+ depuis moins de 12h : douleur thoracique typique trinitrorésistante > 20 minutes avec sus-décalage ST ou apparition d'un BBG à l'ECG (sans attendre la troponinémie)
- Douleur thoracique > 12 heures : revascularisation en cas de signes d'ischémie persistant (douleur thoracique), préférentiellement par coronarographie
- IDM silencieux ou inaperçu (patient greffé cardiaque ou diabétique sévère) : différencier infarctus ancien d'un infarctus actuel par la clinique, l'élévation de la troponine et l'ETT ? coronarographie en urgence si doute
- Angioplastie primaire : En 1ère intention si délai suffisant, contre-indication à la thrombolyse, échec de la thrombolyse, IDM compliqué ou doute diagnostique
- Confirmation diagnostique et thérapeutique : thrombo-aspiration, dilatation au ballonnet et mise en place d'un stent +/- anti-GPIIb/IIIa en cas de lésion complexe (thrombus volumineux)
- Critères de reperfusion : restauration d'un flux épicardique normal (TIMI 3) et d'une perfusion capillaire normale (opacification complète et transitoire du myocarde : blush) ? Seule la lésion coronaire responsable de l'IDM est traitée à la phase aiguë (sauf en cas de choc cardiogénique)
- Suites
 - Angioplastie de sauvetage en urgence si échec de la thrombolyse

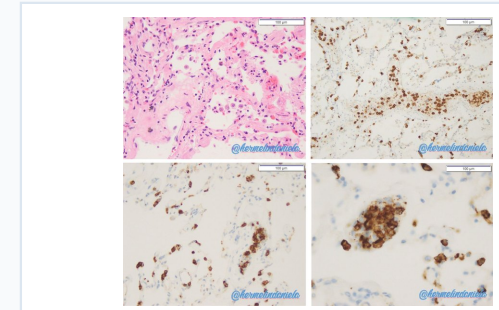
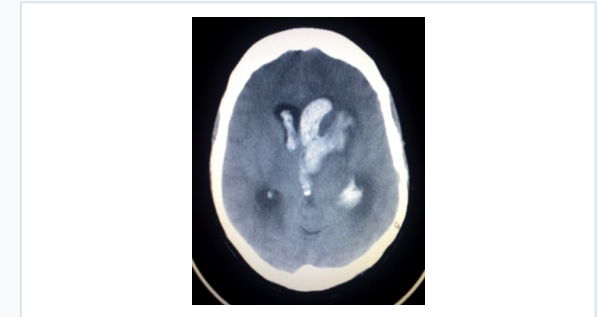


Image illustrant les signes congestifs utilisés dans la classification de Killip, qui évalue le pronostic de l'IDM selon la sévérité de l'insuffisance cardiaque : absence de signe (I), râles ou galop (II), œdème pulmonaire (III) ou choc cardiogénique (IV), avec mortalité croissante à chaque stade.

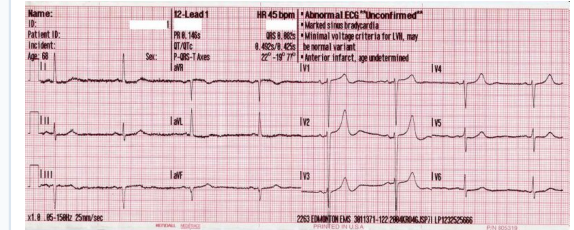


Scanner cérébral montrant une hémorragie intracérébrale spontanée : cette complication redoutée constitue une contre-indication absolue à la fibrinolyse intra-veineuse dans le SCA ST+, justifiant le recours à l'angioplastie primaire en première intention chaque fois que possible et la recherche systématique des contre-indications avant toute

Source : Wikimedia Commons (CC)

Pronostic IDM : Classification de Killip (suite)

- Coronarographie dans les 3h à 24h si succès : revascularisation adaptée
- Reperfusion myocardique Fibrinolyse intra-veineuse Contre-indication : CI relative
- Age > 75 ans
- AIT < 6 mois
- Traitement par anticoagulant oral
- Grossesse
- Poussée ulcéreuse < 6 mois
- HTA non contrôlée > 200 mmHg



Monitoring ECG continu : surveillance cardiologique en USIC (Killip I-II sans signe de défaillance)

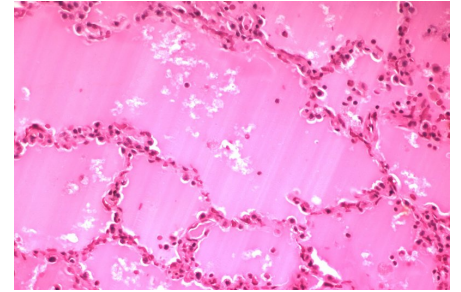


Auscultation cardio-pulmonaire (stéthoscope) : recherche de crépitants (Killip II) ou galop B3 (Killip III)

Source : Wikimedia Commons (CC)

Pronostic IDM : Classification de Killip (suite)

- IHC sévère
- Endocardite infectieuse
- Manoeuvres de RCP prolongées
- CI absolue
- Hémorragie cérébro-méningée ou AVC ischémique < 6 mois
- Chirurgie générale < 10 jours
- Chirurgie vasculaire < 1 mois



Radiographie thoracique : oedème pulmonaire (Killip III) - redistribution vasculaire et opacités alvéolaires

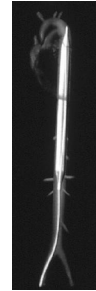


Cathétérisme cardiaque droit : mesure du débit cardiaque et des pressions en cas de choc cardiogénique (Killip IV)

Source : Wikimedia Commons (CC)

Pronostic IDM : Classification de Killip (suite)

- Malformation vasculaire
- Tumeur cérébrale
- Traumatisme crânien sévère récent
- Ulcère digestif
- Pathologie de l'hémostase
- Dissection aortique
- Ponction hépatique ou lombaire < 24h



Contre-pulsion par ballon intra-aortique (IABP) : assistance hémodynamique dans le choc cardiogénique post-IDM

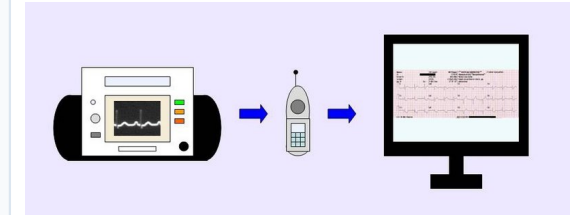


Équipe de réanimation cardiologique : prise en charge du choc cardiogénique Killip IV post-IDM

Source : *Wikimedia Commons* (CC)

PEC pré-hospitalière du SCA ST+

- Fibrinolyse intra-Critères de reperfusion veineuse : Obtenus dans les 90 minutes dans 50% des cas
- Syndrome de reperfusion : régression rapide de la douleur et du sus-décalage du segment ST ? Possiblement absent malgré une reperfusion confirmée à l'angiographie
- Peut être associé à : trouble du rythme ventriculaire (RIVA), BAV (surtout en cas de désobstruction coronaire droite), augmentation paradoxale de la douleur et du sus-décalage ST, syndrome hypotension-bradycardie (IDM inférieur)
- Choix de la stratégie de reperfusion : Selon délai pour accéder à salle de coronarographie :
- Délai < ou = 120 min : angioplastie
- Délai > 120min : FIV puis transfert vers centre de coro, pour angioplastie de sauvetage (si échec FIV) ou secondaire (dans les 24 heures, si FIV réussie)
- Reperfusion myocardique : Revascularisation efficace : - Sédation de la douleur



Schema de la chaine de surveillance et de transmission de l'ECG pre-hospitalier : l'enregistrement realise par le SMUR est transmis pour une lecture medicale immediate. En cas de SCA ST+, cela permet d'orienter directement le patient vers une salle de coronarographie, raccourcissant le delai douleur-reperfusion.



Equipe SMUR realisant un ECG pre-hospitalier au domicile du patient. La regle du « door-to-balloon » impose un delai maximal entre le premier contact medical et la reperfusion, justifiant l'orientation directe vers un centre de cardiologie interventionnelle des le diagnostic de SCA ST+.

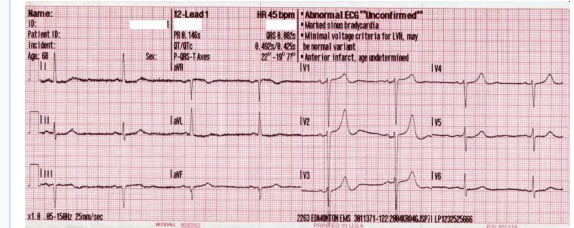
Source : Wikimedia Commons (CC)

PEC pré-hospitalière du SCA ST+ (suite)

- ECG : régression du sus-décalage ST
- Arythmie de perfusion = RIVA (aspect de TV lente, brève, bénigne)
- Pic de troponine puis diminution
- ? Hospitalisation en USIC : mise au repos au lit strict, scope, VVP
- Surveillance : clinique, ECG (monitorage continu), biologique (cycle enzymatique à H3 et H12, glycémie, créatininémie, NFS), échocardiographie
- En l'absence de complication : assis au lit dans les 12h suivant l'admission, marche à plat le 2ème jour, marche en côte les jours suivant, sortie d'hôpital entre 3 et 5ème jour, arrêt de travail pour 1 mois
- Séjour en centre de réadaptation cardiaque recommandé +++ : PEC des FDR CV, réadaptation à l'effort



Ambulance SMUR : prise en charge pré-hospitalière du SCA ST+ - ECG 12D, monitoring, thrombolyse ou transport direct

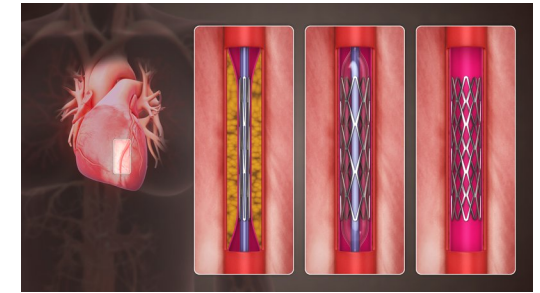


ECG pré-hospitalier 12 dérivation : diagnostic du SCA ST+ et décision thérapeutique en moins de 10 minutes

Source : Wikimedia Commons (CC)

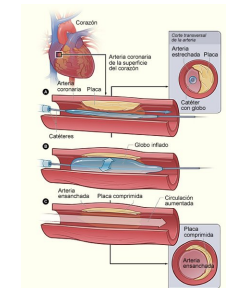
Angioplastie primaire dans le SCA ST+

- beta-bloquant : Limite l'extension de la nécrose et la survenue de troubles du rythme et action antalgique ?
Risque de décompensation cardiaque : prescrit avec prudence, enUSIC, à demi-vie courte en cas d'insuffisance cardiaque
- Précocement par voie orale (enUSIC) : majorité des cas
- IEC
- Débuté dans les 24h à dose progressive
- PEC hospitalière : Eplérénone



Etapes de l'angioplastie coronaire : un ballonnet monte sur guide est positionné au niveau de la sténose, puis gonfle pour écraser la plaque et déployer un stent qui maintient la lumière ouverte.

L'angioplastie primaire, réalisée en urgence dans le SCA ST+, est le traitement de reperfusion de référence.



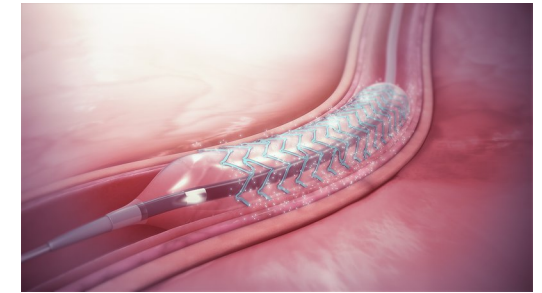
Angiographie coronaire peropératoire montrant le ballonnet d'angioplastie en cours de gonflage au site de l'occlusion.

L'angioplastie primaire doit être réalisée idéalement sous 120 minutes après le premier contact médical pour limiter l'étendue de la nécrose.

Source : Wikimedia Commons (CC)

Angioplastie primaire dans le SCA ST+ (suite)

- Antialdostérone : débuté précocement en cas d'IDM étendu (FEVG < 40%) ou d'insuffisance cardiaque
- Autres traitements : Poursuite de l'aspirine + inhibiteur P2Y12 pendant 12 mois
- Statines avec objectif LDL-C < 0,55 g/L (prévention secondaire)
- Dérivés nitréssublinguaux à la demande
- ? Aucune indication systématique des dérivés nitrés (seulement à visée diagnostique : délétère si nécrose étendue au VD), des anticalciques ou des antiarythmiques



Stent DES : angioplastie primaire (PPCI) - traitement de reperfusion de référence du SCA ST+ (délai < 120 min)

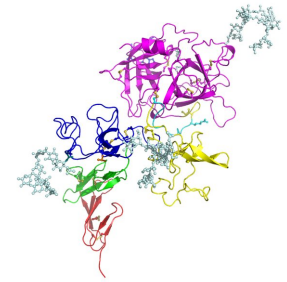


Salle de coronarographie : angioplastie primaire du SCA ST+ - restauration du flux TIMI 3

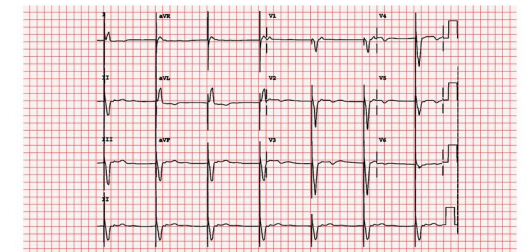
Source : Wikimedia Commons (CC)

Fibrinolyse intra-veineuse

- COMPLICATIONS AIGUËS DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE : ? Le principal traitement d'une complication est la revascularisation en urgence
- Mort subite
- Principale cause de décès à la phase aiguë : le plus souvent due à un trouble du rythme ventriculaire au cours des 1ère heures du SCA ST+ ou parfois par trouble conducteur
- Si ACR ressuscité : coronarographie diagnostique et thérapeutique en urgence
- Trouble du rythme ventriculaire : Très fréquent à la phase initiale d'un IDM, indépendant de l'étendue de l'ischémie
- Extrasystole ventriculaire



Schema du mecanisme des thrombolytiques (tenecteplase, alteplase) : ces activateurs du plasminogene transforment celui-ci en plasmine, qui degrade la fibrine du thrombus occlusif. La fibrinolyse IV est indiquée dans le SCA ST+ si l'angioplastie primaire n'est pas accessible sous 120 minutes.



Courtesy of Michael Rostergarten, BEng, MD, McGill University

ECG - PHEDIA.ORG

Trace ECG montrant un trouble du rythme ventriculaire : ces arythmies sont très fréquentes à la phase initiale de l'infarctus du myocarde et représentent la principale cause de mort subite par fibrillation ventriculaire, justifiant la surveillance scopique continue enUSIC.

Source : Wikimedia Commons (CC)

Fibrinolyse intra-veineuse (suite)

- TV soutenue ou non
- FV
- Trouble supra- : ventriculaire
- FA, flutter auriculaire, tachycardie atriale
- Risque : décompensation hémodynamique ou accident embolique



Thrombolytique injectable : fibrinolyse IV (alteplase, tenecteplase) - alternative si PPCI impossible < 120 min

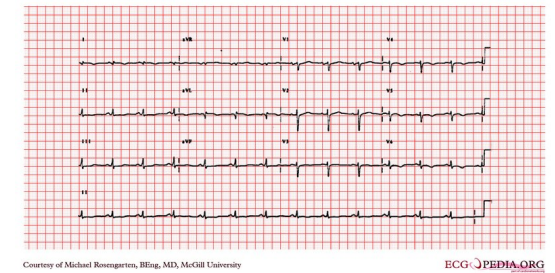


HBPM (Fragmin) : anticoagulation associée à la fibrinolyse dans le SCA ST+ non accessible à la PPCI

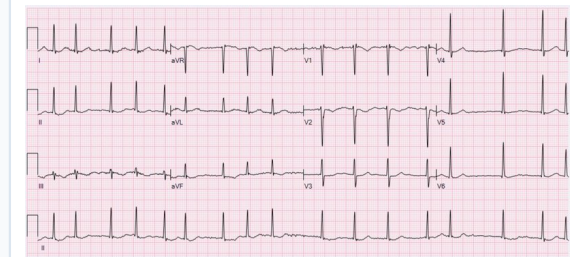
Source : [Wikimedia Commons](#) (CC)

Complications aiguës IDM : troubles du rythme

- Troubles de conduction Trouble du rythme et de la conduction : Bradycardie sinusale, bloc sino-auriculaire, paralysie sinusale (IDM inférieur) : atropine IV
- BAV de l'IDM inférieur (nodal, transitoire) : BAV II Mobitz 1, répondant à l'atropine IV
- BAV de l'IDM antérieur (hissien, irréversible) : BAV II Mobitz 2 ou BAV III?atropine ou isoprénaline IV, puis sonde d'entraînement électro-systolique d'emblée
- Insuffisance cardiaque : Conséquence de l'étendue de la nécrose, d'une complication mécanique (IM, CIV) +/- favorisé par une arythmie : évaluation échocardiographique précoce
- Sévérité définie par la classification de Killip
- gauche Choc cardiogénique : Généralement par nécrose étendue du VG, ou d'une complication mécanique : rarement inaugural (dans les 24-48h)
- Tableau de choc : hypotension artérielle mal tolérée ne répondant pas au remplissage après correction d'une éventuelle bradycardie/tachycardie ou arythmie
- ETT = principal examen complémentaire : étiologie



Trace ECG illustrant un trouble du rythme ventriculaire. Les complications rythmiques précoces de l'IDM (extrasystoles, tachycardie ou fibrillation ventriculaire, mais aussi bradycardie ou BAV en cas d'atteinte inférieure) justifient une surveillance scopique continue en USIC des la phase aigue.

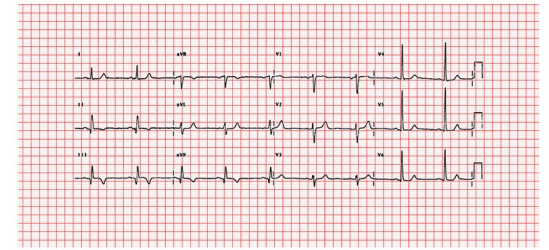


ECG de fibrillation ventriculaire : activité électrique anarchique sans QRS identifiable, responsable d'un arrêt cardio-circulatoire nécessitant une défibrillation immédiate. C'est la principale cause de décès précoce dans les premières heures de l'infarctus.

Source : Wikimedia Commons (CC)

Complications aiguës IDM : troubles du rythme (suite)

- Traitement : inotropes positifs (Dobutamine) et si le terrain le permet système d'assistance circulatoire. Au stade de précoce, revascularisation rapide ou correction chirurgicale d'une complication mécanique ? Pronostic hospitalier très sombre : mortalité > 70%
- Complication hémodynamique IDM du VD : Triade symptomatique : hypoTA + champs pulmonaires clairs + turgescence jugulaire
- ECG : sus-ST en V3R et V4R
- FA fréquente et résolutive
- Contre indique l'administration de vasodilatateurs +++
- Insuffisance mitrale : Par dilatation de l'anneau (IM tardive), dysfonction du pilier inférieur (IDM inférieur) ou rupture de pilier (pilier postéromédian si IDM inférieur ou pilier antérolatéral si IDM antérieur)
- OAP massif et brutal avec souffleholosystolique de pointe (souvent discret)
- Diagnostic échographique, traitement chirurgical urgent



Courtesy of Michael Rosengarten, BBSc, MD, McGill University

ECG-PEDIA.ORG

ECG de trouble du rythme ventriculaire : fibrillation ventriculaire (FV) ou tachycardie ventriculaire post-IDM



Défibrillateur électrique : choc électrique externe (CEE) pour FV ou TV mal tolérée - urgence post-IDM

Source : Wikimedia Commons (CC)

Choc cardiogénique post-IDM

- Rupture septale avec CIV : Non rare (1-2%) : complication des IDM antérieurs étendus, généralement après 24-48h
- Etat de choc avec souffle précordial holosystolique en rayon de roue (parfois absent) associé à une IVD ou IVG, ou possible souffle asymptomatique
- TTT : revascularisation + fermeture chirurgicale différée? mortalité élevée = 25 à 60%
- Complication mécanique Rupture de la paroi libre du : Aiguë (rare) : collapsus avec dissociation électromécanique, rapidement fatal
- Subaiguë : récurrence douloureuse pseudo-angineuse avec sus-décalage ST ou hypotension artérielle brutale et prolongée, puis tamponnade? chirurgie en urgence
- VG TVP et EP Peu fréquente car alitement rarement prolongé Thrombus intra-VG et : Plus souvent après IDM antérieur, surtout en cas de survenue d'un anévrysme apical Traitement = anticoagulation curative
- Complications thrombotiques embolies systémiques Péricardite : tardive Syndrome de Dressler = à la 3e semaine, épanchement péricardique +/- pleural, arthralgies, reprise thermique, syndrome inflammatoire important

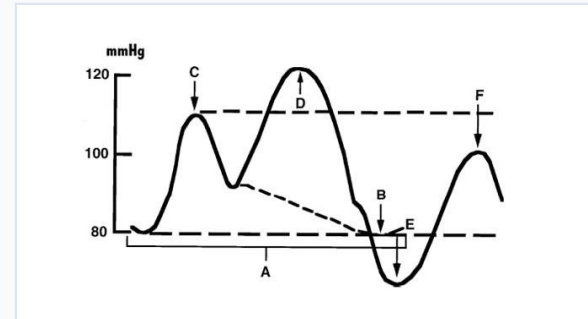
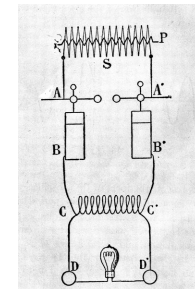


Illustration d'une assistance circulatoire utilisée dans le choc cardiogénique post-IDM, complication la plus grave avec une mortalité élevée. Il associe hypotension persistante, signes d'hypoperfusion (marbrures, oligurie, confusion) et œdème pulmonaire, traduisant une défaillance étendue du VG.



Schema d'une contre-pulsion par ballon intra-aortique : il se gonfle en diastole (augmentant la perfusion coronaire) et se dégonfle en systole (diminuant la post-charge), une assistance circulatoire de courte durée utilisée en cas de choc cardiogénique réfractaire.

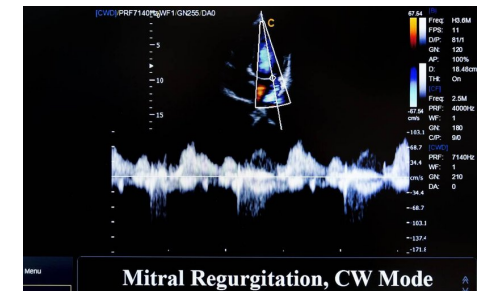
Source : Wikimedia Commons (CC)

Complications mécaniques IDM

- Insuffisance ventriculaire : gauche Complique un IDM étendu. Remodelage progressif (dilatation du VG) ou constitution anévrisme
- Troubles du Complications tardives : D'autant plus fréquent que la fonction VG est altérée DAI en prévention primaire si FEVG < 35% à distance (au moins 6 semaines) de l'IDM
- rythme ventriculaire PRISE EN CHARGE POST-INFARCTUS C : Bilan des FDR CV
- Recherche d'une persistance de douleur d'angor à l'effort ou au repos
- Signes d'insuffisance cardiaque
- Recherche d'autres localisations athéromateuses
- PC : ECG : anomalie de repolarisation (persistance d'un sus-décalage ST), sous-décalage ST, ondes Q localisatrices, troubles du rythme ventriculaire (ESV, TV), troubles conductifs



Imagerie échocardiographique d'une complication mécanique de l'IDM (rupture septale ou rupture de pilier mitral). Rares mais redoutables, elles surviennent entre le 2^e et le 7^e jour et se manifestent par un souffle, un oedème pulmonaire ou un état de choc, imposant une chirurgie urgente.

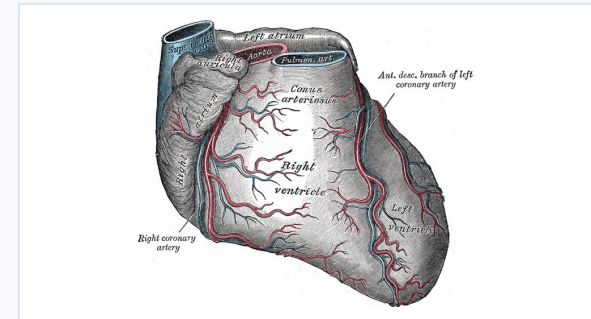


Echocardiographie Doppler couleur objectivant un shunt anormal à travers le septum interventriculaire (CIV post-IDM) ou une fuite mitrale massive par rupture de pilier. Le diagnostic, évoqué devant l'apparition brutale d'un souffle et d'un oedème pulmonaire, impose une chirurgie urgente.

Source : Wikimedia Commons (CC)

Complications mécaniques IDM (suite)

- RP : cardiomégalie, syndrome interstitiel
- ETT : localisation et étendue de l'IDM, FEVG résiduelle, complications
- IRM cardiaque si ETT non contributive
- Selon l'orientation : échodoppler TSA/AMI...
- Evaluation post-IDM Bilan coronaire : Lésions coronariennes pluri-tronculaires = les lésions non responsables du SCA ne sont pas traitées à la phase aiguë : recherche d'ischémie myocardique par test d'ischémie (épreuve d'effort, imagerie fonctionnelle) ?revascularisation par angioplastie + stent si test positif
- Test d'ischémie à visée localisatrice à 6mois : recherche d'une sténose intra-stent



Anatomie coronaire (Gray) : territoire de nécrose transmurale responsable de la rupture myocardique post-IDM



Chirurgie cardiaque d'urgence : réparation de la rupture septale ou de pilier mitral - complication mécanique IDM

Source : Wikimedia Commons (CC)

Prise en charge post-infarctus

- Traitement médical systématique : Aspirine à vie
- Inhibiteur P2Y12 (clopidogrel, prasugrel, ticagrélor) : systématique pendant 1 an après tout IDM ? Variable selon le traitement si angor stable : 6 à 12 mois si stent, $\emptyset$ si pontage
- Statine (à forte dose en cas de SCA)
- beta-bloquant : systématique en post-infarctus
- IEC : systématique en post-infarctus
- Traitement médical selon le contexte : Anticoagulant oraux si FA, thrombus du VG



Coupe transversale du myocarde ventriculaire. A la phase chronique post-IDM, la prise en charge associe le traitement médicamenteux optimal (antiagregants, statine, IEC, beta-bloquant), la readaptation cardiaque, le contrôle des facteurs de risque et la surveillance échographique de la fonction du VG.



Seance de readaptation cardiaque a l'effort, encadree et progressive, proposee apres un infarctus. Elle ameliore la capacite fonctionnelle, le pronostic cardiovasculaire et facilite l'adhesion aux mesures de prevention secondaire (tabac, diabete, lipides, tension).

Source : Wikimedia Commons (CC)

Prise en charge post-infarctus (suite)

- Furosémide (Lasilix®) : si signes congestifs
- Eplérénone : si insuffisance cardiaque post-infarctus (FEVG < 40% ou signes cliniques)
- IPP pendant la bithérapie puis si ATCD ulcère ou hémorragie digestive
- ARA2 si intolérance aux IEC
- Pose d'un DAI- La survenue d'une TV ou d'une FV à la phase aiguë d'un SCA n'est pas une indication de DAI
- Indication de DAI en prévention primaire : FEVG < 35% à 6 semaines après l'IDM



Réadaptation cardiaque à l'effort : programme de réhabilitation post-IDM - amélioration du pronostic à long terme

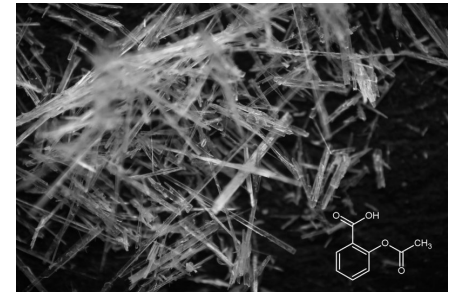


Statine : traitement de fond post-IDM - réduction des récives cardiovasculaires à long terme (prévention secondaire)

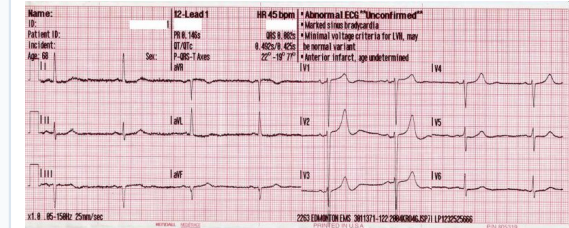
Source : Wikimedia Commons (CC)

Prise en charge post-infarctus (suite)

- Traitement au long cours Mesures associées : Contrôle des FDR CV : arrêt du tabac, contrôle du surpoids, équilibre du diabète, contrôle de l'HTA, RHD
- Réadaptation cardiovasculaire avant reprise de l'activité physique
- Diminuer le stress, traiter une dépression, soutien social, éducation du patient
- Contre-indication à la conduite automobile pendant 1 mois
- Favoriser le retour au travail (arrêt de travail minimal de 1 mois), adapter le poste si besoin
- Prise en charge à 100% (ALD)



Aspirine : antiagrégant plaquettaire à vie post-IDM - prévention secondaire des récidives coronariennes



ECG de contrôle post-IDM : surveillance du rythme et recherche de troubles de conduction résiduels

Source : Wikimedia Commons (CC)