

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 14 avril 2015

Syndrome coronarien aigu, troponines ultrasensibles et abord radial

Prof. M. Roffi

Un nouvel algorithme est en place aux urgences des HUGs...lors de suspicion de Syndrome Coronarien Aigu (SCA)...Grâce au dosage des Troponines Ultrasensibles (TUS) le triage est plus rapide et permet de se positionner après 3 hres déjà.

Une valeur seuil (> 50ng/L) est considérée comme diagnostique d'un NSTEMI (VPP 70-80%) et l'algorithme se déroule comme suit:

Tus > 50ng/L -> SCA probable appeler cardiologue

Tus < 14ng/L -> refaire dosage après 3 hres-> si variation < 7ng/L SCA très peu probable-> retour à la maison.

Tus entre 14 et 50 -> refaire dosage après 3 hres - variation < 7ng/L -> SCA peu probable -> origine non coronarienne: HTA, cirrhose etc... - variation > 7ng/L -> SCA probable -> appeler cardiologue

Le dosage des TUS à H+3 peut être évité si la probabilité clinique est basse, l'ECG normal, le score TIMI ≤ 1 , et si le début des douleurs date de plus de 3 heures...

TIMI score: Age >65; > 3 CAD risk factors; known CAD (Stenosis >50%), ASA use in past 7 days; Severe angina (> 2 episodes in 24 hrs), ECG ST changes > 0,5mm; positive cardiac marker.

On se rappellera aussi que l'on peut avoir élévation des TUS lors d'une tachyarythmies, d'une anémie, d'une insuffisance respiratoire, d'une crise hypertensive, ou lors d'une souffrance non ischémique, comme lors d'une myocardite, d'une chimiothérapie avec toxicité myocardique, ou d'une contusion myocardique. - lors d'une pathologie systémique, embolie pulmonaire, sepsis etc...

Mais avec ce test ultrasensible on augmente de 20% la détection des infarctus de type 1 (dus à une rupture de plaque) et on double la détection des infarctus de type 2 (dus à un déséquilibre entre la perfusion du myocarde et sa consommation d'oxygène, sans rupture de plaque)...

Si un angor instable présente des TUS dans la norme et un ECG normal, un monitoring n'est plus nécessaire...

Lors d'insuffisance rénale ce n'est qu'en dessous d'une clearance de 30ml/ que les TUS sont faussement positives...

A Bâle, on met en place un algorithme permettant de renvoyer les patients à la maison après 2 dosages à H0 et H1 (soit près 1 heure).

Le cut-off est placé à 12ng/L et la différence à 3heures à < de 3ng/L.

Les patients négatifs après 1 heure ont une VPN de 99% (ceux qui sont positifs une VPP de 75%)

La mortalité à 30 jours des patients renvoyés à la maison est de 0.1%.

Qu'en est il des CK (MB) et LDH ? Leur cinétique est différente...donnent une idée sur la cinétique de la nécrose...aiguë, subaiguë...et permettent de surseoir à la salle de cath quand l'événement serait trop «ancien»...

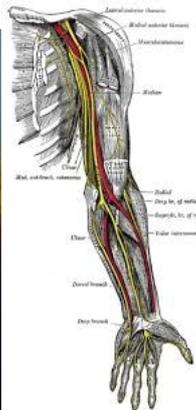
Le 2 e sujet abordé est l'abord radial plutôt que fémoral...

On nous parle de l'étude MATRIX (MATRIX: Radial PCI Reduces Major Bleeding, All-Cause Mortality in ACS Patients...NEJM??)qui compare les abords radiaux et fémoraux lors de PCI (percutaneous intervention) et qui montre que les saignements majeurs sont diminués de 40% par l'abord radial, mais que la mortalité est aussi diminuée de 30%...

A Genève 80% des PCI sont effectués par abord radial...

Donc on retiendra que grâce aux TUS on peut écarter un SCA en 3 heures et peut-être même en 1 heure, ce qui va aider à désengorger les Urgences...et que lors de PCI, l'abord radial doit être préféré...

Ce sera toutcherchez l'intrus...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
transmis par le laboratoire MGD

ericbdh@bluewin.ch
colloque@labomgd.ch