

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

Mardi 3 novembre 2015

Hôpital cantonal de Genève

Recommandations 2015 pour l'infarctus du myocarde NSTEMI

Prof. M. Roffi

On rappelle que selon qu'il y a sur élévation du segment ST ou non les infarctus sont classés en STEMI (avec surélévation) et NSTEMI (sans surélévation).

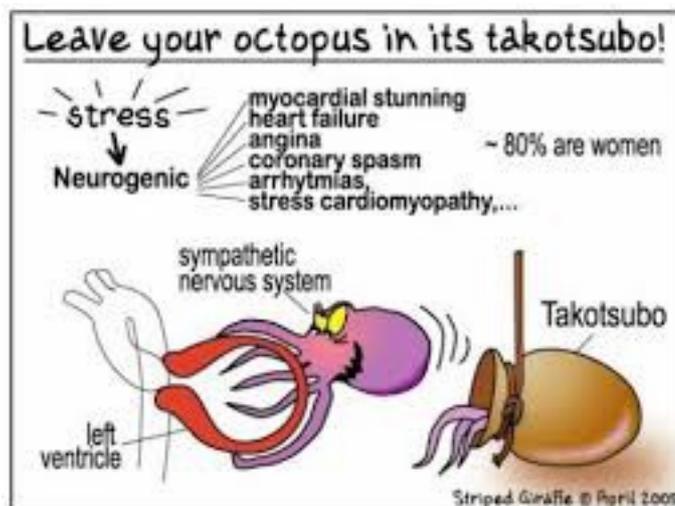
Pour ce qui est du **diagnostic**...on a la clinique, l'ECG et depuis quelques temps déjà les troponines ultrasensibles (Tus)...

En plus de ça...une clinique caractéristique, un ECG, ainsi qu'une élévation des Tus permet de classer les patients en «risque bas», «risque moyen» et «haut risque».

Le haut risque c'est par ex. un sous décalage, avec une clinique typique et des Tus élevées.

Un risque bas, une douleur atypique, pas de modification de l'ECG et des Tus normales

Un risque moyen, un sous décalage, des Tus faiblement augmentées....dans cette catégorie on retrouvera les angors instables (UA) et les autres causes comme une myocardite, le Tako Tsubo, ou les tachyarythmies....



(le syndrome de tako-tsubo ou takotsubo (蛸壺?, littéralement « piège à poulpe »), appelé également syndrome des cœurs brisés, ou ballonisation apicale est une cardiomyopathie consistant en une sidération myocardique survenant après un stress émotionnel).(Wiki)

On mesurera la fonction systolique (Fraction d'éjection : LVEF) au moyen d'une écho (US) ou en salle de cath...

L'US en urgence est indiquée seulement lors d'instabilité hémodynamique ou après arrêt cardiaque et réa.

En 2011 on disait de faire les Tus au temps zéro et après 3 heures, maintenant (tout va plus vite...)et c'est après 1hre déjà que l'on peut (dans la plus part des cas) renvoyer le patient à la maison...

1^{er} cas de figure:

Les Tus sont très basses à l'arrivée... on peut exclure un NSTEMI

2^e cas de figure:

Les Tus sont basses et n'augmentent pas après 1 hre...on peut exclure un NSTEMI

3^e cas de figure:

Soit les Tus sont élevées à l'arrivée , soit elle augmentent significativement après 1 hre....on est face à un NSTEMI.

La VPN (valeur prédictive négative) est de 98%. La VPP (valeur prédictive positive) de 75%.

Les cut offs dépendent des tests utilisés et n'ont été validés que pour 2 tests (Elecsys et Architect).

Si après le 2^e dosage de Tus négatif la suspicion reste élevée on referra un 3^e dosage à 3 ou à 6 hre (cf 2% de faux négatifs, VPN = 98%...).

Avec ce test ultrasensible, on va faire passer un certain nombre d'anciens angors instables (UA) dans la catégorie de NSTEMI qui vont augmenter de 4% (risque absolu). Donc on va par la même occasion augmenter les revascularisations (PCI) ainsi que la prescription d'antiplaquettaires...(tout augmente...!).

(On augmente aussi les infarctus de type 2 (2x) qui seraient les infarctus non dues à une rupture de plaque...moi je ne savais même pas qu'il y avait 2 types d'infarctus selon la cause...je découvre qu'il y en a 5.... !!).

Pour ce qui est de la **surveillance**:

- un UA peut être suivi en unité de soins intermédiaire sans surveillance rythmique
- un NSTEMI a bas risque sera suivi soit en unité de soins intermédiaire , soit en unité coronaire avec une surveillance rythmique de moins de 24hres
- un NSTEMI à risque moyen ou élevé sera suivi en unité coronaire avec une surveillance rythmique de plus de 24 are

On considère le risque faible tant qu'il n'y a ni instabilité hémodynamique, ni arythmie majeure, ni fraction d'éjection (LVEF) < 40%.(et d'autres trucs que je n'ai pas eu le temps de noter)

Pour ce qui est du **traitement**:

Si j'ai bien compris, les NSTEMI reçoivent une double antiagrégation pendant 1 an.

Si le risque hémorragique est élevé on peut raccourcir ce temps 3-6 mois

Si on va en salle de cath on ne donne pas de Prasugrel ...donc soit Ticagrelor soit Clopidogrel...

Il n' a pas de recommandations sur le timing...avant ou après la salle de cath...?

Faut il donner une double antiagrégation pendant plus de 12 mois ?

Le NNT est de 90 pour éviter un événement (1.1% de réduction du risque en risque absolu).

Pour ce qui est de l'augmentation des saignements avec l'augmentation de la durée de la double antiagrégation...le NNH est de 20...

Mais à l'arrivée pas de différence dans la mortalité...donc on peut dire que plutôt non... pas au-delà d'1 an...la double antiagrégation...

Pour ce qui est du **timing de la salle de cath**:

le patients à haut risque devrait y être dans les 24 hres

le patient brique intermédiaire a jusqu'à 72 ares pour être transféré

Pour ce qui est de **l'abord artériel**:

C'est l'abord radial qui est le meilleur...moins de saignements, moins d'AVC, moins de morts...bref...mieux à tous les points de vue...

Si **FA associée**:

Association antiplaquettaire et NOAC (nouveaux anticoagulants oraux) ou AVK (antivitamine K) pendant 1 an puis NOACs ou AVK seuls...

Pour ce qui est du **LDL chol.**:

On garde la cible de 1.8 mmol/l que l'on attendra soit avec des statines seules, soit avec l'adjonction d'ezetimibe, soit avec les futurs inhibiteurs du PCSK9 (anticorpsmonoclonaux)...

Je ne suis pas cardiologue...j'ai peut-être raté ou mal compris quelques subtilités...prudence...

Mais les Tus c'est surtout un truc d'hospitaliers...on ne va pas garder les patients 1 heure ins nos cabinet à attendre le 2è dosage...donc on continuera à faire appel au 144 à la moindre alerte....

Pour les mordus...les différents types d'infarctus sont:

Type 1

IM spontané lié à l'ischémie due à un événement coronarien primaire tels que l'érosion d'une

plaque et/ou la rupture, la fissure ou la dissection d'une plaque

Type 2

IM secondaire à l'ischémie due à une demande accrue ou à un apport réduit d'oxygène, p. ex. spasme des artères coronaires, embolie coronaire, anémie, arythmies, hypertension ou hypotension

Type 3

Mort cardiaque subite imprévue, incluant l'arrêt cardiaque, souvent avec des symptômes suggérant une ischémie myocardique, accompagnés d'un sus-décalage du segment ST présumément nouveau, ou d'un nouveau BBG, ou d'une preuve d'un nouveau thrombus dans une artère coronaire décelé à l'angiographie et/ou à l'autopsie, mais la mort survient avant que l'on ait pu obtenir des échantillons de sang, ou avant l'apparition des biomarqueurs cardiaques dans le sang

Type 4a

IM associé à une ICP

Type 4b

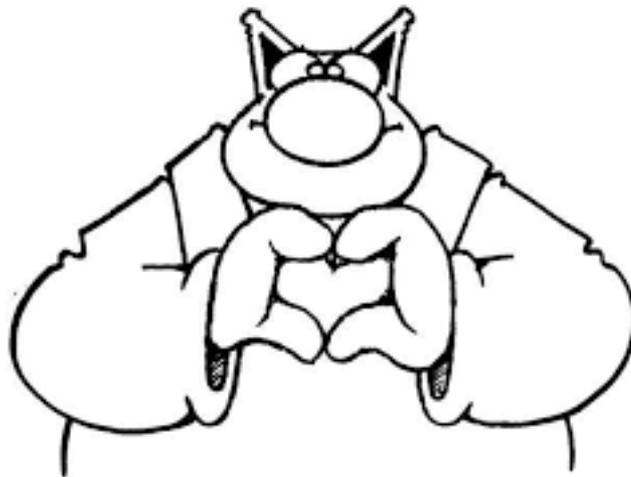
IM associé à une thrombose incrustent documentée par angiographie ou à l'autopsie

Type 5

IM associé à un PAC (<http://www.cardiologieconferences.ca/crus/102-069%20French.pdf>)

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan

ericbdh@bluewin.ch



transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch

