




ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



Douleur thoracique et syndrome coronaire aigu non ST+ : un diagnostic difficile en médecine d'urgence

Chest pain and acute coronary syndrome with non-ST-elevation: a difficult diagnosis in emergency medicine

S. Charpentier*, J.-L. Ducassé, D. Lauque

Pôle de Médecine d'urgences, Urgences, CHU Purpan, Place du Dr Baylac, 31059 Toulouse, France

MOTS CLÉS

Syndrome
coronaire aigu ;
Urgences ;
Diagnostic

Résumé

Introduction. - Le diagnostic de syndrome coronaire aigu non ST+ (SCAnon ST+) en urgence repose classiquement sur association de signes cliniques, de facteurs de risque, d'anomalies sur l'ECG et de l'élévation de la troponine mais l'apport de chacun pour le diagnostic de SCA a peu été étudié. L'objectif de notre étude est de rechercher les critères prédictifs de SCA disponibles dès le début de la prise en charge pré-hospitalière ou aux urgences des patients présentant une douleur thoracique.

Méthode. - Nous avons réalisé une analyse *post hoc* d'une étude prospective observationnelle sur 11 mois incluant consécutivement des patients pris en charge en pré-hospitalier ou aux urgences pour une douleur thoracique évocatrice de SCA. Les données anamnestiques, électrocardiographiques et biologiques ont été recueillies. Le diagnostic final de SCA sans élévation du segment ST (non ST+) a été fait après une double expertise des dossiers. Un modèle de prédiction de SCA a été construit par analyse multivariée à l'aide d'une régression logistique.

Résultats. - Parmi les 677 patients inclus, 185 présentent un SCA non ST+ (27,3 %). En analyse multivariée, seuls l'âge (OR 1,03 IC 95 % 1,02-1,05), les antécédents coronariens (OR 3,1 IC95 % 1,9-4,95), les antécédents d'hypercholestérolémie (OR 1,81 IC95 % 1,17-2,8), les anomalies ECG (OR 2,29 IC95 % 1,4-3,9), et l'élévation de la troponine H0 (OR 25,8 IC95 % 11,2-59,7) sont associées au diagnostic de SCA.

Conclusion. - Le diagnostic de SCA non ST+ est difficile en urgences. Peu de facteurs sont associés au diagnostic à l'admission. Des algorithmes diagnostics sont nécessaires.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : charpentier.s@chu-toulouse.fr (S. Charpentier)

KEYWORDS

Acute coronary syndrome;
Emergency;
Diagnosis

Summary

Introduction. - The diagnosis of acute coronary syndrome without ST elevation (NST ACS) in emergency conventionally based on association of clinical signs, risk factors, abnormalities on ECG and elevated troponin, but the contribution of each for the diagnosis of ACS has been little studied. The aim of our study is to investigate the predictive criteria of SCA available early in the care or pre-hospital emergency patients with chest pain.

Method. - We conducted a post hoc analysis of a prospective observational study of 11 consecutive months, including patients covered by pre-hospital or emergency room with chest pain suggestive of ACS. The anamnestic, electrocardiographic and laboratory parameters were collected. The final diagnosis of NST ACS was made after a double expertise records. A predictive model of ACS was constructed by multivariate analysis using logistic regression.

Results. - Of the 677 patients enrolled, 185 had a NST ACS (27.3 %). In multivariate analysis, only age (OR 1.03 CI 95 % 1.02-1.05), previous coronary events (OR 3.1 95 % 1.9-4.95), history of hypercholesterolemia (OR 1.81 95 % 1.17-2.8), abnormal ECG (OR 2.29 95 % 1.4-3.9) and elevation of troponin at admission (OR 25.8 95 % 11.2-59.7) were associated with the diagnosis of ACS.

Conclusion. - The diagnosis of NST ACS is difficult in emergencies. Few factors are associated with diagnosis at admission. Diagnostic algorithms are required.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les recommandations de sociétés savantes encadrent la prise en charge des syndromes coronariens avec et sans élévation du segment ST (SCA ST+ et SCA non ST+) [1,2]. Des algorithmes de prise en charge basés sur la stratification du risque pronostique pour les SCA non ST+ sont proposés et permettent d'identifier les patients les plus à risque d'événements cardiaques à court et à moyen termes [2].

En médecine d'urgence pré-hospitalière ou hospitalière, l'application des recommandations pour le SCA ST+ pose peu de problème car le diagnostic est relativement aisé associant une symptomatologie compatible et des modifications typiques du segment ST sur l'électrocardiogramme [3].

Il n'en est pas de même pour les SCA non ST+ dont le diagnostic est beaucoup plus difficile en urgences. Seuls 15 à 20 % des douleurs thoraciques prises en charge en urgence sont, *in fine*, des SCA et l'obsession du médecin urgentiste est de faire le diagnostic et d'éviter de renvoyer chez lui un patient avec un SCA [4,5]. Les algorithmes proposés par les sociétés de cardiologie sont souvent difficiles à appliquer en urgence et en l'absence de diagnostic formel.

L'objectif de cette analyse *post hoc* est de rechercher des critères prédictifs de SCA disponibles dès le début de la prise en charge pré hospitalière ou aux urgences des patients présentant une douleur thoracique.

Méthode

Une étude prospective observationnelle monocentrique a été conduite de mai 2006 à mars 2007 au CHU de Toulouse

en collaboration avec les cardiologues et les biologistes. Elle a été financée par un Projet Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) régional (PHRC2005 N° 0503408) et un accord du Comité de Protection des Personnes local a été obtenu.

L'objectif initial était d'évaluer de nouveaux marqueurs cardiaques (*ischemia modified albumin* et *heart fatty acid binding protein*) pour le diagnostic de SCA. La méthodologie a été décrite en détail dans un article récent [6].

Tous les patients pris en charge en urgences en pré-hospitalier ou aux urgences pour une douleur thoracique non traumatique évoluant depuis moins de 12 heures ont été inclus consécutivement après avoir été informés et obtenu leur consentement.

La prise en charge n'était pas modifiée, tous les patients ont eu un ECG et un prélèvement de la troponine dont le dosage a été réalisé après l'admission aux urgences. Le médecin urgentiste prenant en charge le patient recueillait des données démographiques, les facteurs de risque, les traitements en cours, des données cliniques, le tracé ECG, son interprétation de l'ECG et le résultat de la troponine (ADVIA Centaur, Bayer Diagnostics) lors de la prise en charge et 6 heures plus tard. Les résultats d'un éventuel avis cardiologique étaient également recueillis. L'ensemble des données était reporté sur un cahier de recueil de données. Le médecin urgentiste proposait également un diagnostic de sortie des urgences.

Un mois après le passage aux urgences, le patient ou son médecin traitant était contacté pour rechercher d'éventuels événements (décès, infarctus, angioplastie, ré-hospitalisation en cardiologie).

À la fin de l'étude, un diagnostic de SCA ou non SCA était donné par deux experts (un cardiologue et un urgentiste) n'ayant pas pris en charge les patients, à l'aide des données recueillies dans le cahier, du suivi à un mois et des investigations éventuelles réalisées en cardiologie. En cas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2765738>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2765738>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)