



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com

**Annales de  
cardiologie  
et d'angéiologie**

Annales de Cardiologie et d'Angéiologie xxx (2016) xxx–xxx

Mise au point

## La prise en charge rapide des douleurs thoraciques aux urgences

*Fast track chest pain pathway in emergency department*

O. Nallet<sup>a,\*</sup>, N. Ketata<sup>b</sup>, N. Ferrier<sup>b</sup>, X. Marcaggi<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de cardiologie, centre hospitalier Le Raincy-Montfermeil, rue du Général-Leclerc, 93370 Montfermeil, France

<sup>b</sup> Service de cardiologie, centre hospitalier de Vichy, 03200 Vichy, France

Reçu le 12 août 2016 ; accepté le 2 septembre 2016

### Résumé

La douleur thoracique est un motif fréquent de consultation aux urgences. La difficulté est de différencier les infarctus et autres urgences vitales, des causes non cardiaques ou bénignes. Seulement 15 à 25 % des patients ont un syndrome coronarien aigu. Les protocoles de dosages rapprochés de la troponine de haute sensibilité lors de l'admission, puis à la première ou la troisième heure sont validés pour écarter ou retenir le diagnostic d'infarctus sans sus-décalage de ST. Ils permettent une orientation rapide des patients et réduisent le temps de passage aux urgences dans le cadre d'une filière parfaitement organisée. La clinique et l'ECG doivent toujours être au centre de la prise en charge.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés** : Douleur thoracique ; Syndrome coronarien aigu ; Troponine de haute sensibilité ; Services d'urgence

### Abstract

Acute chest pain is a common reason of consultation in the emergency department. The difficulty lies in discriminating patients with acute coronary syndrome or other life-threatening conditions from those non-cardiovascular, non-life-threatening chest pain. Only 15 to 25 % of patients with acute chest pain actually have acute coronary syndrome. Algorithms using high sensitivity troponin at admission and a second assessment 1 or 3 hours later are validated to "rule in" or "rule out" the diagnosis of non ST-elevation myocardial infarction. This may reduce the delay for the diagnosis translating into shorter stay in the emergency department. Those algorithms must be interpreted in the context of clinical and ECG criteria.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords**: Chest pain; Acute coronary syndrome; High sensitivity troponin; Emergency department

Le problème de la douleur thoracique aiguë est de différencier les situations qui engagent le pronostic vital de celles qui ne l'engagent pas. Environ seulement 15 à 25 % des patients qui consultent aux urgences pour une douleur thoracique ont un syndrome coronarien aigu (SCA) [1,2]. Les autres urgences vitales comme l'embolie pulmonaire, la dissection aortique sont plus rares. Beaucoup de patients retournent à domicile sans

diagnostic ou avec un diagnostic de pathologie cardiaque/extracardiaque à faible risque permettant une prise en charge ambulatoire.

### 1. L'évaluation initiale oriente la prise en charge

Les questions sont les suivantes :

- le patient est-il stable ou existe-t-il des signes de décompensation hémodynamique ou respiratoire nécessitant une prise en charge immédiate ?

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [olivierparisnallet@gmail.com](mailto:olivierparisnallet@gmail.com) (O. Nallet).

- quelle est la probabilité d'une pathologie engageant le pronostic vital ?
- est-il possible d'organiser une prise en charge ambulatoire ou bien une observation prolongée et d'autres explorations sont-elles nécessaires ?

La clinique (antécédents cardiovasculaires, caractéristiques de la douleur, facteurs de risque), l'ECG et la troponine sont au centre de la stratégie diagnostique. L'ECG doit être fait dans les 10 minutes après l'arrivée du patient. La troponine est le biomarqueur de référence de l'infarctus. Son utilisation obéit à des règles [3,4] :

- elle doit être interprétée en fonction de la probabilité prétest d'infarctus. Les valeurs prédictives positive et négative de la troponine pour le diagnostic de SCA dépendent de cette probabilité ;
- c'est une variable quantitative continue et la probabilité d'infarctus augmente avec les valeurs élevées. Une valeur  $> 5 \times$  le 99<sup>e</sup> percentile a une valeur prédictive positive d'infarctus de 90 % ;
- l'augmentation ou la diminution de la troponine s'opposent aux élévations chroniques ;
- elle est spécifique de nécrose ou de souffrance myocardique mais pas de l'infarctus de type 1. Seule la cardiomyopathie de Takotsubo et les myocardites ont des profils de troponine voisins des SCA ;
- la comparaison pour un même patient de valeurs obtenues par des tests différents est impossible, ce qui arrive quand un premier prélèvement a été fait dans un autre laboratoire.

Typiquement, les D-Dimères s'élèvent précocement à des niveaux élevés dans la dissection aortique [5]. Ils peuvent rester négatifs dans les hématomes intra-aortiques et les ulcères pénétrants. Ils ont une bonne valeur prédictive négative ( $< 500$  ng/mL) pour écarter une dissection aortique mais l'imagerie doit être faite quand il existe une suspicion clinique à cause de facteurs prédisposants (syndrome de Marfan, anévrisme connu de l'aorte ascendante, valvulopathie aortique, antécédents familiaux de dissection), des caractères de la douleur ou des données de l'examen clinique (asymétrie tensionnelle, abolition d'un pouls, déficit neurologique).

La radiographie pulmonaire permet surtout de faire le diagnostic de douleurs non cardiaque comme le pneumothorax. L'échocardiographie transthoracique doit être un examen de routine dans le bilan d'une douleur thoracique (fonction ventriculaire gauche, cinétique segmentaire, racine aortique, cavités droites, péricarde).

L'évaluation initiale permet d'orienter le diagnostic et la prise en charge.

## 2. Syndrome coronarien aigu

Les patients à très haut risque sont dirigés immédiatement en USIC ou en salle de coronarographie : infarctus ST + infarctus non-ST + à très haut risque (Tableau 1) [6,7].

Tableau 1

Critères de risque pour une stratégie invasive dans l'infarctus non-ST+ [6].

### Très haut risque

Choc cardiogénique, hémodynamique instable  
Douleur persistante ou récidive sous traitement  
Troubles du rythme graves, arrêt cardiaque  
Complications mécaniques de l'infarctus  
Insuffisance cardiaque aiguë  
Modifications récidivantes de ST, T ; en particulier ST+ transitoire

### Haut risque

Cinétique de troponine en faveur d'un infarctus  
Modifications dynamiques de ST, T (silencieuse ou non)  
Score Grace  $> 140$

### Risque intermédiaire

Diabète  
Insuffisance rénale (DFG  $< 60$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>)  
Fraction d'éjection  $< 40$  % ou insuffisance cardiaque congestive  
Angor post-infarctus  
Antécédents d'angioplastie ou de pontage  
Score Grace  $> 109$  et  $< 140$

Faible risque : aucun des critères ci dessus

En dehors de cette situation, les données cliniques et ECG associées au dosage de la troponine de haute sensibilité permettent une orientation rapide des patients. Le protocole H0-H3 est le plus utilisé et le mieux connu (Fig. 1). Le protocole H0-H1 est une des nouveautés des dernières recommandations européennes 2015 sur les SCA non-ST+ (Fig. 2) [6]. Il implique une parfaite coordination avec le service de biochimie et sa principale limite est le rendu rapide du résultat en moins d'une heure. Il faut répéter les prélèvements si le patient se présente moins d'une heure après le début des symptômes, quand la suspicion clinique est très forte et le dosage négatif et en cas de récurrence douloureuse. Un protocole H0-H2 est également possible [8].

Dans l'étude TRAPID-AMI, le protocole H0-H1 a été évalué aux urgences chez 1282 patients avec une douleur thoracique survenue dans les 6 dernières heures [9]. Le diagnostic de SCA a été écarté dans 63 % des cas, retenu dans 14,4 %. Les 22,2 % de patients qui ne répondaient pas aux critères de l'algorithme ont été placés en « zone d'observation ». Parmi eux, la prévalence de l'infarctus était de 22,5 %.

Pour les patients qui en ont les critères, la valeur prédictive positive pour le diagnostic d'infarctus du protocole H0-H1 est de 75–80 %. Les autres causes de douleur thoracique avec troponine élevée sont les myocardites, les myopéricardites, le syndrome de Takotsubo, l'embolie pulmonaire et certains infarctus de type 2 comme les troubles du rythme rapides [10–12].

La valeur prédictive négative pour éliminer l'infarctus est excellente. Associée aux critères cliniques et ECG, la sortie précoce et une prise en charge ambulatoire sont possibles dans la plupart des cas.

Les patients qui ne répondent pas aux critères de l'algorithme pour retenir ou exclure un infarctus non-ST plus représentent un groupe hétérogène qui va conduire à des explorations complémentaires si on ne trouve pas d'explication alternative à l'élévation de la troponine. Un dosage supplémentaire de la troponine, par exemple à H3, doit être fait dans la plupart des cas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5596514>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5596514>

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