

WE
ARE THE
ESC

Cas clinique: SCA ST-

BENZAROUEL DOUNIA

Service de cardiologie

CHU MOHAMED VI MARRAKECH

FMPM, Université Cadi Ayyad



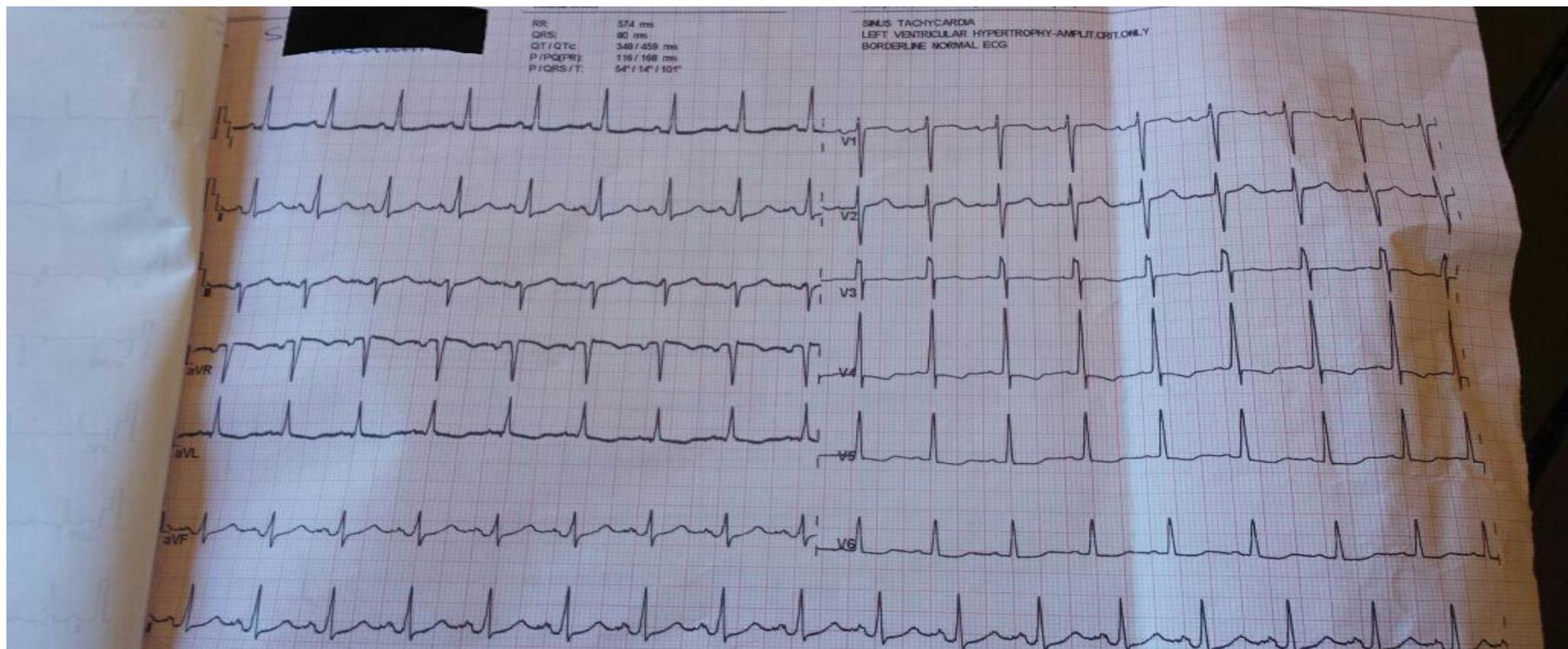
EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®

ATCD et FDRCVX

- **Patient âgé de 55ans professeur de science physique au collège**
- **Antécédent:** - **Gastrite chronique sous IPP (omeprazol 20mg) de façon occasionnelle**
 - **Hypothyroïdie sous TRT hormonal substitutif L thyroxine**
- **FDRCV:** - **Diabète type 2 sous metformine**
 - Hypertendu sous IEC perindopril/amlodipine 5/5**

- **SF à l'admission:**
 - dyspnée stade III de la NYHA**
 - Discrète douleur épigastrique**
- **Examen physique:**
- ✓ **Général :**
 - PA:170/90 FC: 110bpm SaO2: 90%**
 - glycémie capillaire: 3 g/l**
- ✓ **Examen Cardiovasculaire : Sans Anomalie**
- ✓ **Examen pleur pulmonaire : râles crépitants basi- thoracique bilatéraux (Killip 2)**

ECG



Radio de thorax

- **Surcharge hilare bilatérale**
- **Pas de foyers infectieux**

Biomarqueurs

- **Troponine I à 4 puis à 25 6h après**

Biologie

- **NFS: Hb à 12g/MI**
GB: 9000
PQ:26000
- **DFG 50 ml/mn**
- **Hématocrite : 31**

ETT

- **VG de taille normale**
- **Troubles de la cinétique segmentaire à type d hypokinésie antero laterale et infero laterale FE VG en Simpson biplan à 50%;**
- **Pressions de remplissage du VG élevées E/Ea à 16**
- **Pas de complications : pas d IM, pas de civ, pas d épanchement péricardique**

- **Comment vous stratifiez le risque cardio vasculaire de ce patient?**
- **A quel délai vous proposerez une stratégie invasive?**
- **Quel traitement pharmacologique vous adopterez dès l'admission ?**

Stratification du risque

- **Clinique:**
 - Persistance d'un fond douloureux
 - Signes cliniques et physiques d'insuffisance cardiaque
- **Electrique: sous décalage de ST de plus de 2mm dans plus de 2 dérivations**
- **Biologique: Troponine positive
DFG à 50 MI/min**

Stratification du risque

- **Score de risque cardio vasculaire : Grace 2 score à 141 sup à 140**
- **Score de risque hémorragique: score de Crusade à 57 risque très élevé**

Conclusion

SCA ST moins à haut risque chez un patient de 55 ans aux multiples FRCVX

Traitement pharmacologique

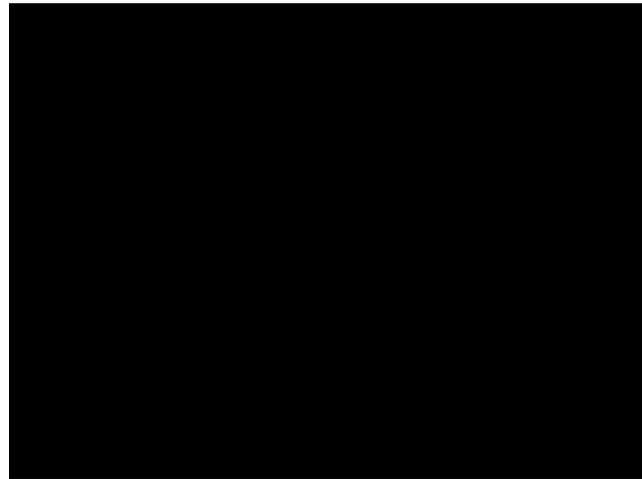
- **Traitement antithrombotique:**
 - Aspirine : 150mg enIV
 - Clopidogrel: 300mg peros
 - Enoxaparine 70mg /12 h
- **Traitement de l'insuffisance cardiaque:**
 - Dérives nitrés: trinitrine patch de 10mg
 - Diurétiques: furosémide un bolus de 60 mg puis 40 mg / 6h
 - oxygénothérapie: 4L/min

Traitement invasif

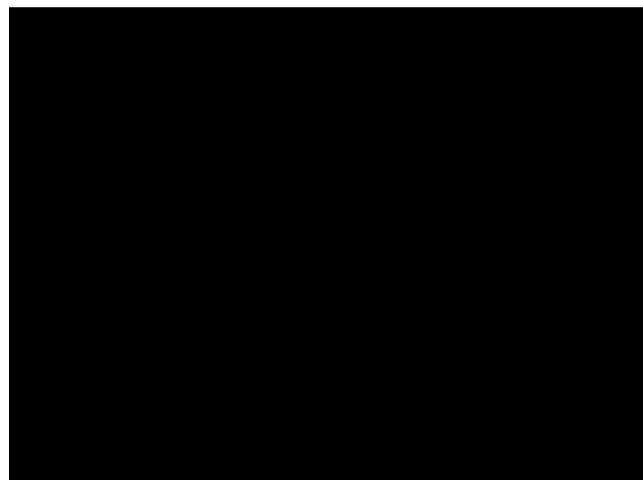
- **Coronarographie: indiquée dans les 24h 12H après son admission**
- **Voie radiale 6F**

Coronarographie

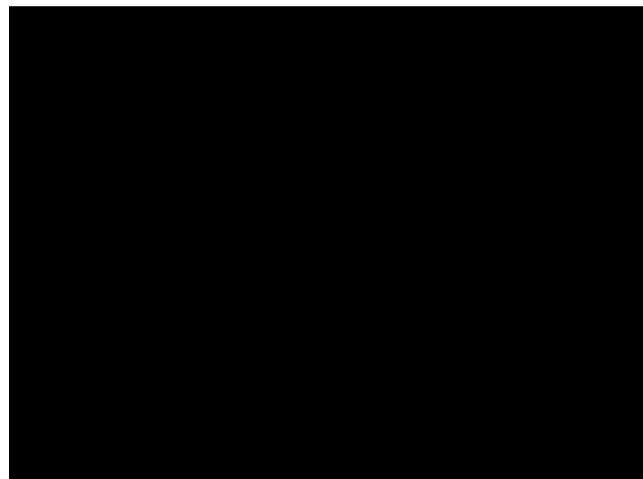
WE
ARE THE
ESC



IVA



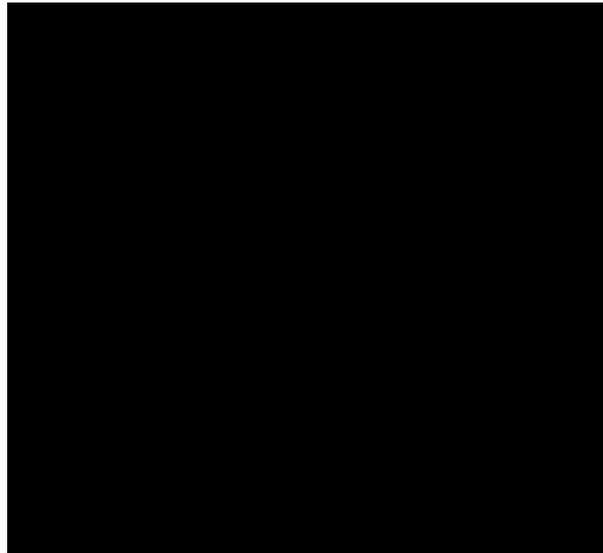
CX 1



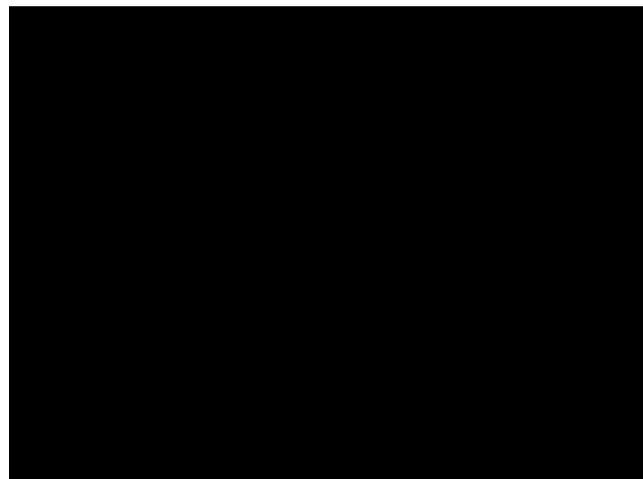
CD 1

Angioplastie

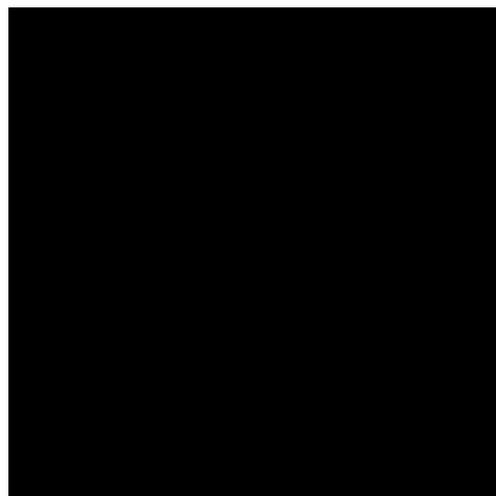
WE
ARE THE
ESC



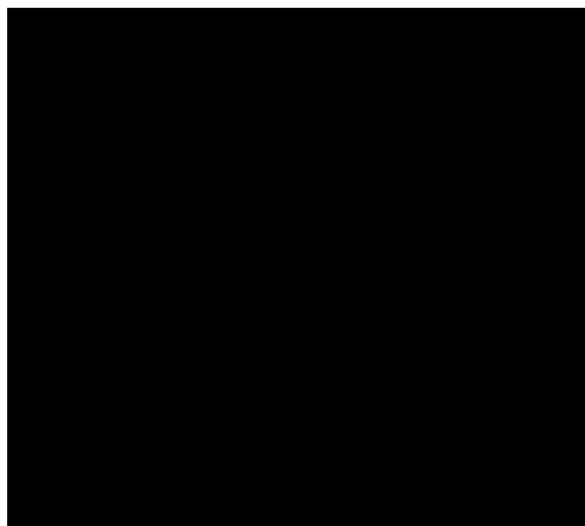
CX passage de guide



CX ballon



CX post dilat ballon



CX Stent

Médication au cath lab

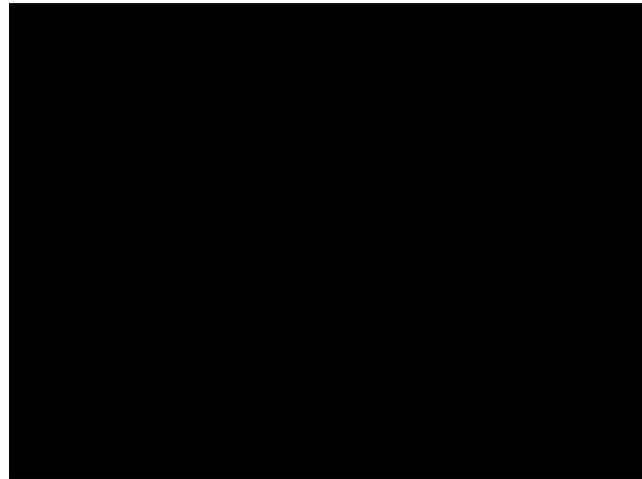
- Heparine 5000mg
- Clopidogrel 300mg

Angioplastie 2

- 4 semaines après
- Compléter la revascularisation CD

Angioplastie 2

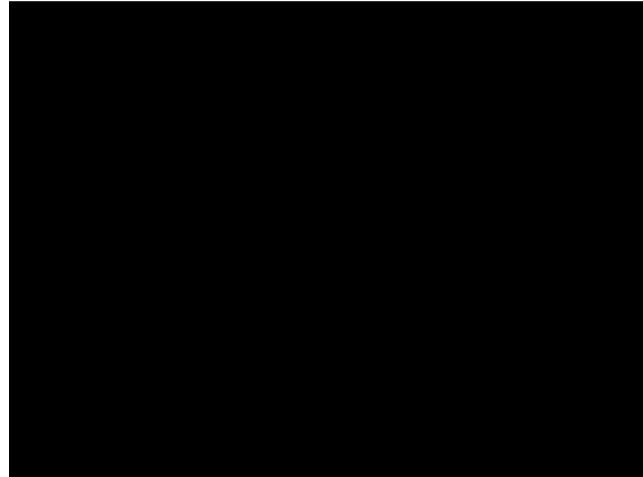
WE
ARE THE
ESC



CX Stent

Angioplastie 2

WE
ARE THE
ESC



CD RESULTAT

TRT pharmacologique en prevention secondaire

- Clopidogrel 150 mg pendant 7 j puis 75 mg 12 MOIS
- Aspirine 100 mg 1cp / J long cours
- Perindopril/ Amlodipine 5mg/5mg
- Bisoprolol: 2,5mg 1cp/jr en poursuivant la titration
- Atorvastatine 80mg :1cp /J
- MHD et atteindre les objectifs de prévention secondaire