

Pièges diagnostiques dans le SCA ST +

B Séguy

Hopital cardiologique du Haut Levêque

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

Intervenant : Benjamin Séguy , Pessac

- Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer

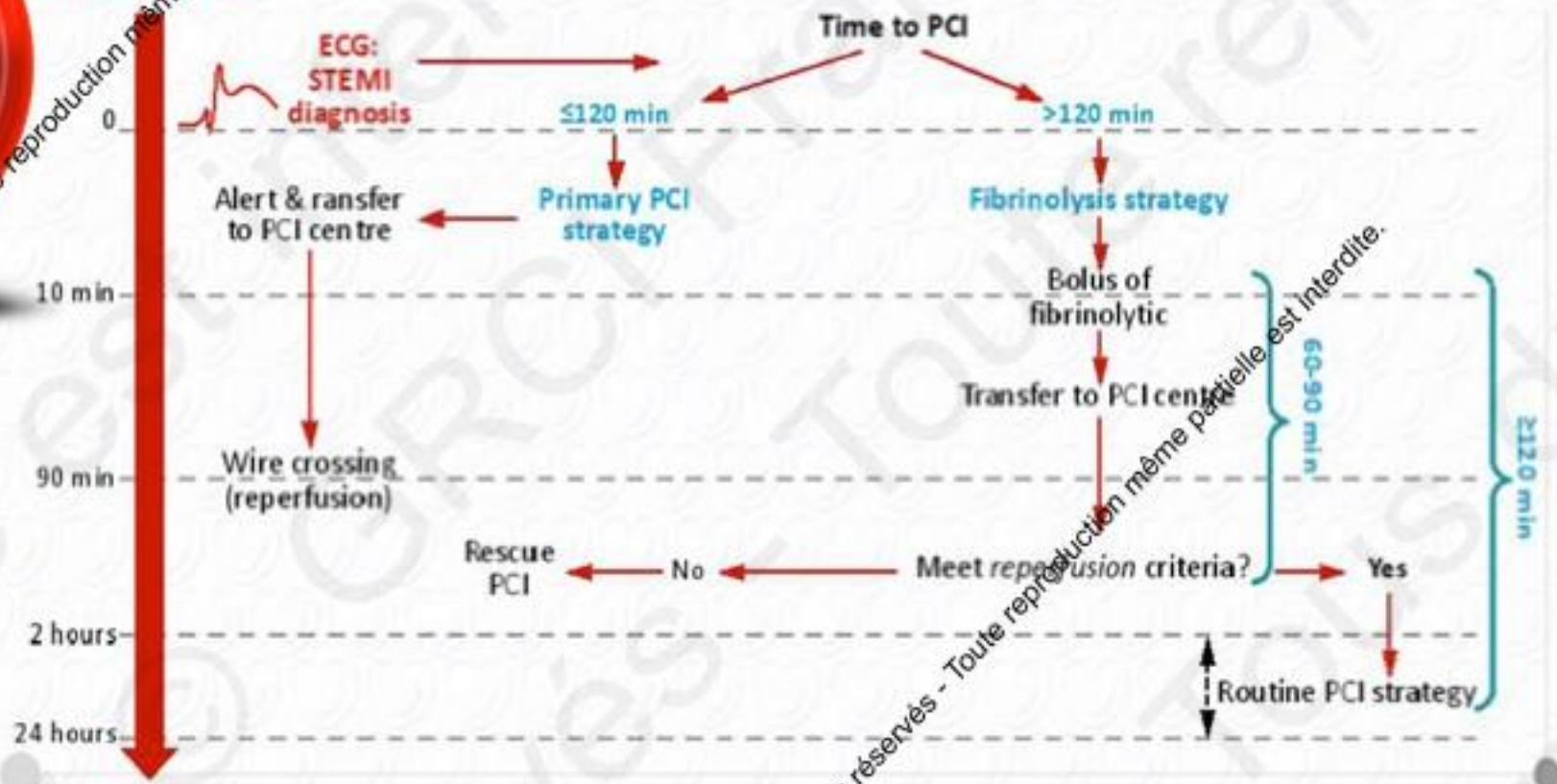
2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Maximum target times according to reperfusion strategy selection in patients presenting via EMS or in a non-PCI centre



Strategy lock

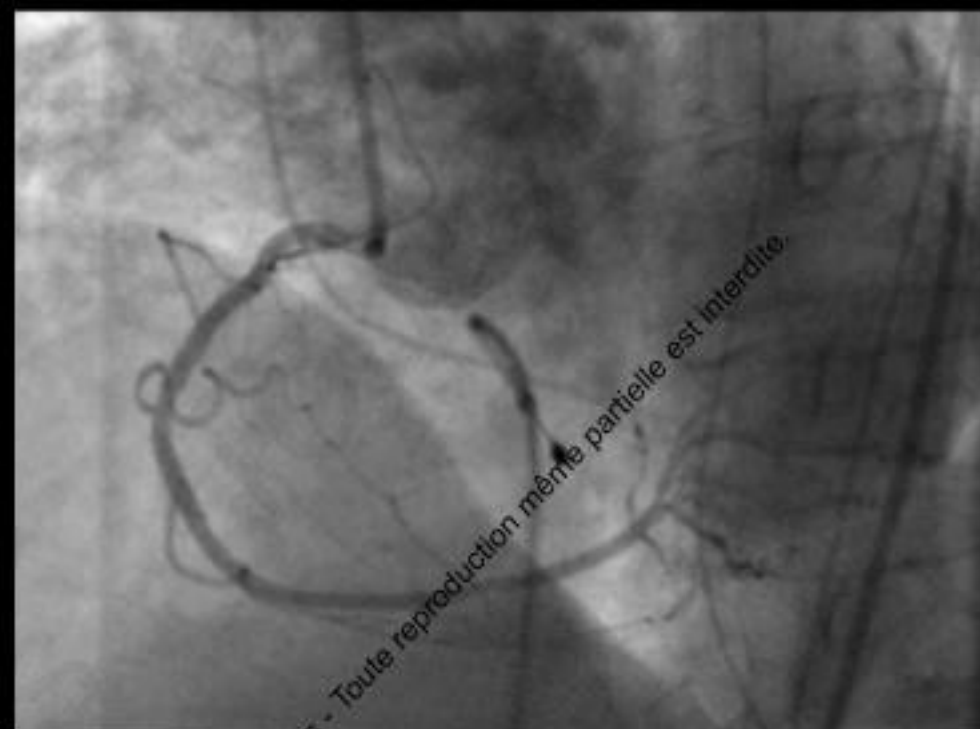


www.escardio.org/guidelines 2017 ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes in the Reperfusion Era (European Heart Journal 2017 - doi:10.1093/eurheartj/ehx095)

DT & ST + = Occlusion athérotrombotique coronaire

SCA ST + : Time is muscle !

ST+ et Lésion coronaire «culprit»



Le diagnostic est souvent évident ...
La thérapeutique pose plus souvent problème !

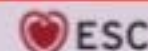
2017 © GRCI. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

ECG qualifiant : ST+(2 deriv contigues ≥ 1 mm)

2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation –

«Le diagnostic de l'ECG est parfois difficile
celà n'exclut pas un diagnostic et un triage
rapide»

Bundle branch block



Criteria that can be used to improve the diagnostic accuracy of STEMI in LBBB¹⁴:

- Concordant ST-segment elevation ≥ 1 mm in leads with a positive QRS complex
- Concordant ST-segment depression ≥ 1 mm in V_1 - V_2
- Discordant ST-segment elevation ≥ 5 mm in leads with a negative QRS complex

The presence of RBBB may confound the diagnosis of STEMI

Ventricular paced rhythm

During RV pacing, the ECG also shows LBBB and the above rules also apply for the diagnosis of myocardial infarction during pacing; however, they are less specific

Isolated posterior myocardial infarction

Isolated ST depression ≥ 0.5 mm in leads V_1 - V_4 and ST-segment elevation (≥ 0.5 mm) in posterior chest wall leads V_7 - V_9

Ischaemia due to left main coronary artery occlusion or multivessel disease

ST depression ≥ 1 mm in eight or more surface leads, coupled with ST-segment elevation in aVR and/or V_1 , suggests left main-, or left main equivalent-, coronary obstruction, or severe three vessel ischaemia

Le premier piège c'est de ne pas faire le diagnostique !

Pas de ST+(évident) mais occlusion coronaire



2017 © GRCI. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Les coronaires sont «normales» (ou non trouvées) !

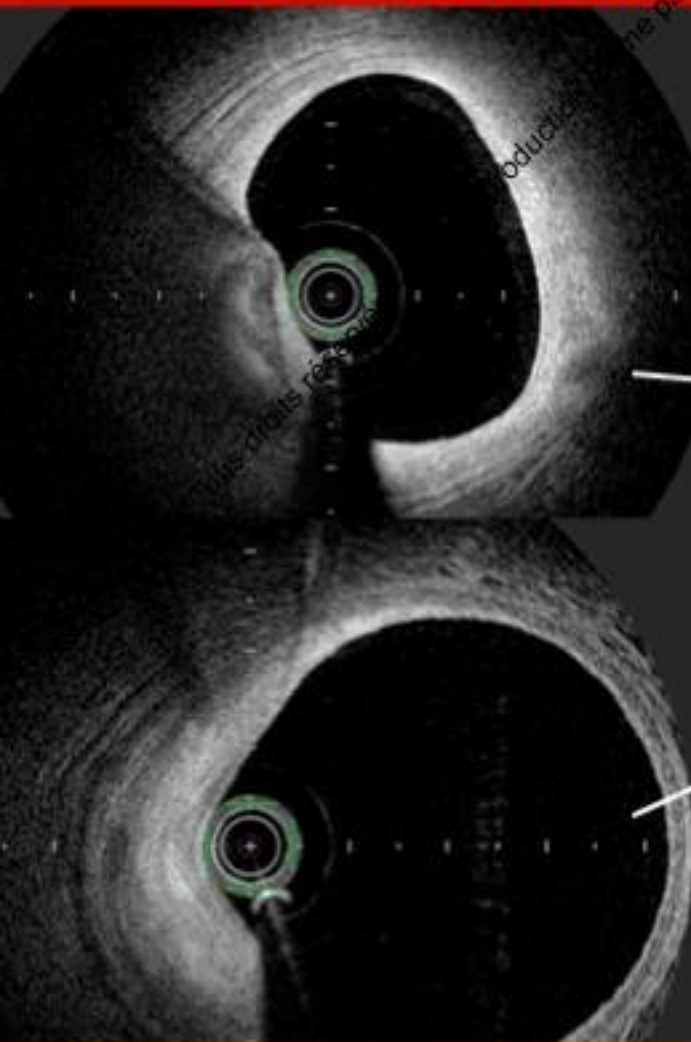
Dissection aortique type A : 4,7% Sus
ST à l admission

Le plus souvent territoire inférieur :
malperfusion Cdte

AAP, anticoagulant, fibrinolytiques(!) sont
délétères dans la DAO



Les coronaires n'ont pas de sténose ($<50\%$)



MINOCA

(Myocardial infarction with non obstructive coronary arteries)

Agewall Eur Heart J 2017

Il y a bien une occlusion mais l'aspect est inhabituel !



SCAD[®]

(Spontaneous coronary dissection)

Spontaneous Coronary Artery Dissection

Clinical Outcomes and Risk of Recurrence

1,7 à 4% SCA

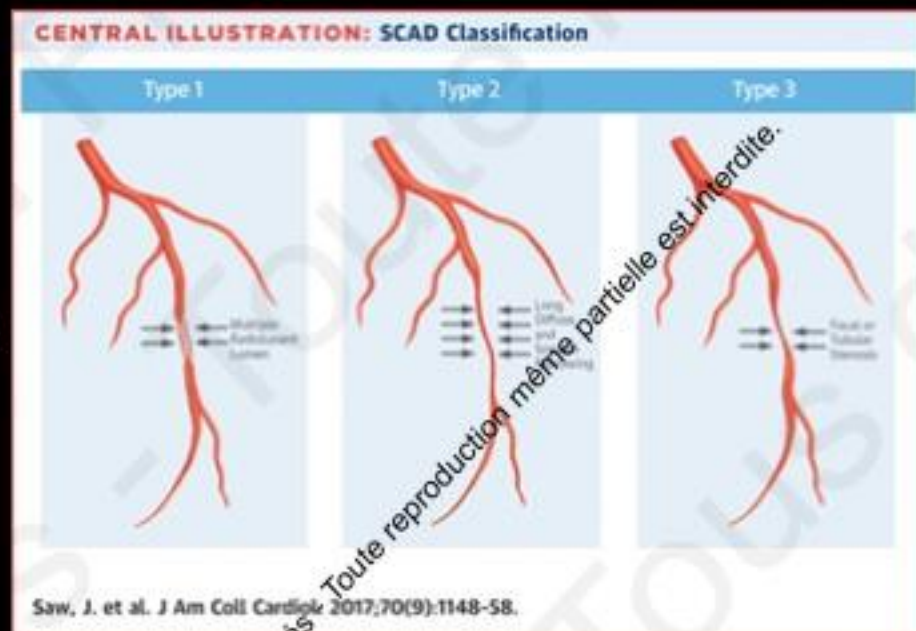
22-35% SCA femme <60 ans

SCA non athéromateux ,dysplasie
fibromusculaire 62% cas

25% ST+ à la présentation

18 % PCI , réussie dans seulement 43 % des
cas !

10% récurrence dans le suivi



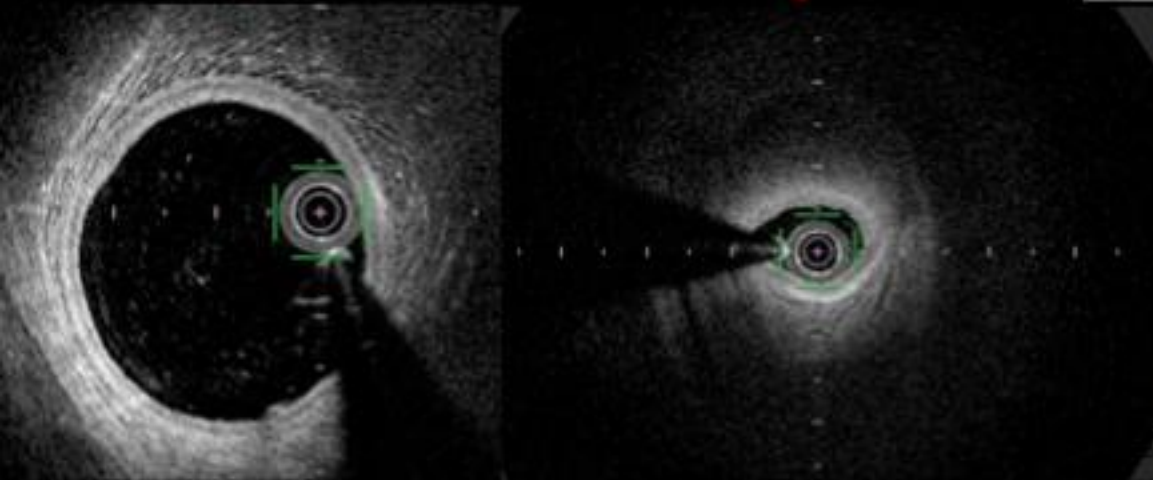
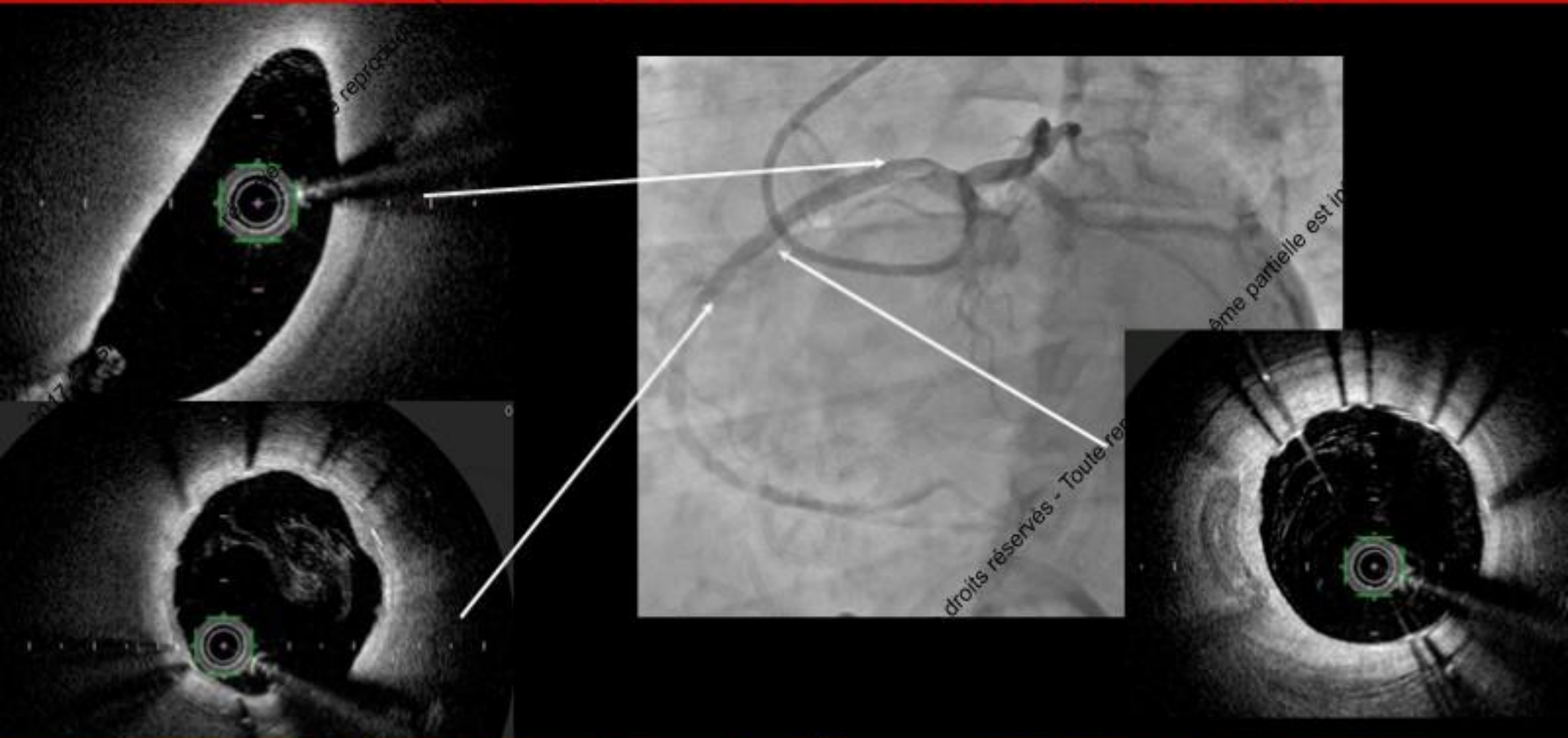


TABLE 4 Challenges and Suggestions With SCAD PCI
Challenges during PCI of SCAD
Risk of iatrogenic catheter-induced dissection
Difficulty advancing coronary wire into distal true lumen
Propagating IMH anterograde and retrograde with angioplasty/stenting, extending dissection and further compromising true lumen arterial flow
Dissection tends to extend into distal arteries, which are too small for stents
Often extensive dissected segments require long stents, increasing stent restenosis
Risk of stent malapposition after resorption of IMH, with risk of late stent thrombosis

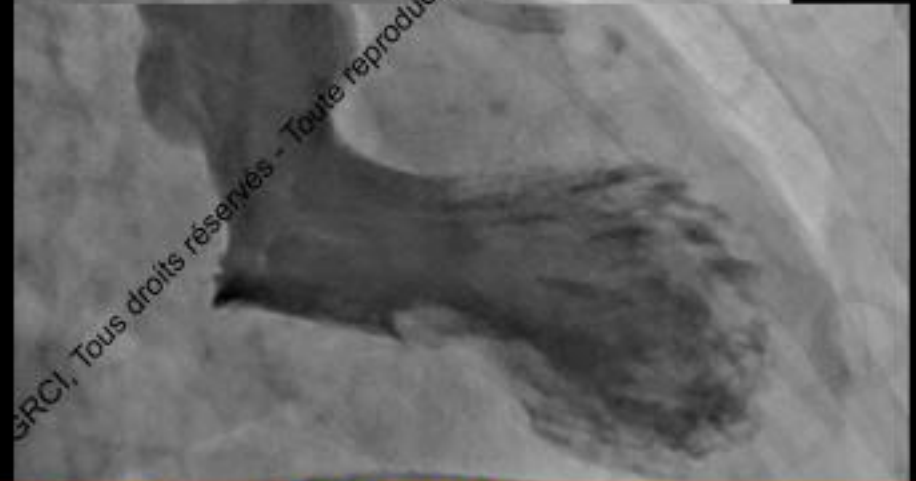
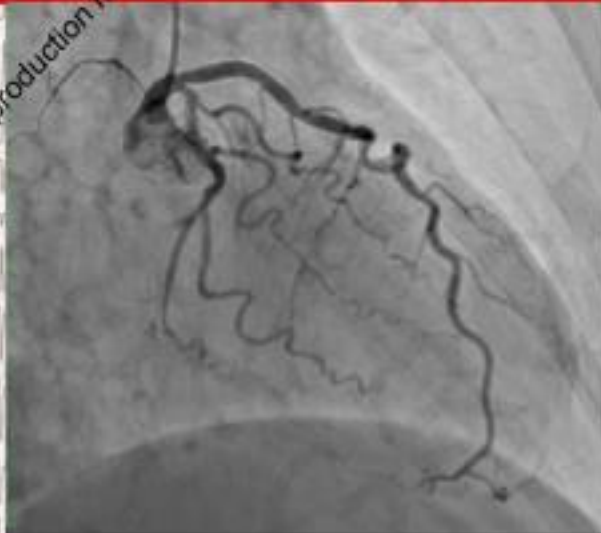
Saw & al JACC 2016

Je ne trouve pas la coronaire (droite) !



SCA «athéromateux» & naissance anormale Cdrte

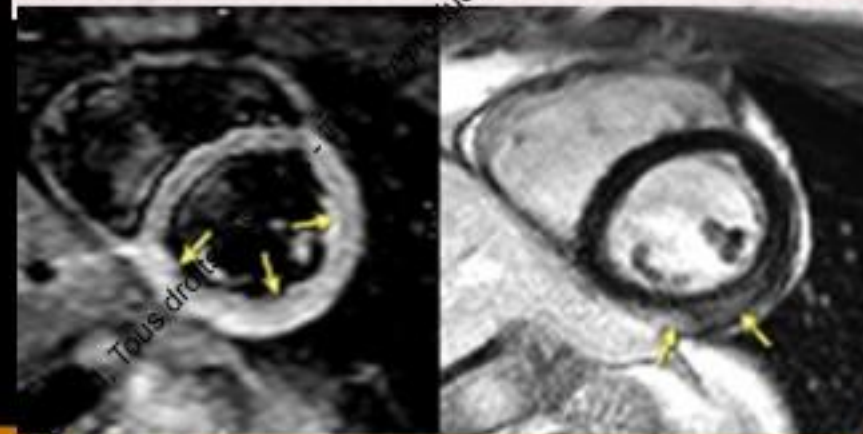
Il y a bien un stent mais il est perméable !



Faut-il vraiment faire la coronarographie ?

17 ans
sans FDRCV
contexte grippal
puis DT
inspiratoire

IRM J0 admission



Myocardite aigue

Take home message

- ST+ : le diagnostic est souvent posé à notre arrivée
- Il faut aller vite pour reperfuser
- 2 grands pièges diagnostiques
 - DAO
 - SCAD

2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

MMe Tako tsubo

2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

MINOCA

2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.