



Cas Clinique

Les Défis de la Prise en Charge d'un Syndrome Coronarien Aigu avec Sus Décalage Permanent du Segment ST en Afrique Subsaharienne : A Propos d'un Cas

Challenges of the Management of Acute Coronary Syndrome with Permanent ST-Segment Elevation in Sub-Saharan Africa: A Case Report

Mintom P¹, Owona A¹, Ebene M¹, Ndoobo V¹, Kuate L¹, Fanlé F¹, Boombhi J¹, Nganou C¹, Menanga AP¹

I: Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Yaoundé-Cameroun

Auteur correspondant : P Mintom, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales. Université de Yaoundé I.

Email : pmintom75@gmail.com

Mots clés : sus-décalage ST permanent, syndrome coronarien aigu, prise en charge, Yaoundé- Cameroun.

Keywords : permanent ST elevation, acute coronary syndrome, management, Yaounde-Cameroun.

RÉSUMÉ

La prise en charge du syndrome coronarien aigu avec sus décalage persistant du segment ST est bien codifiée pourtant, dans notre contexte, les difficultés pour une prise en charge optimale restent nombreuses. Nous reportons le cas d'une patiente conduite aux urgences pour une douleur thoracique aiguë avec sus décalage permanent du segment ST dont la prise en charge illustre les difficultés liées à notre environnement spécifique.

ABSTRACT

The management of acute coronary syndrome with persistent ST-segment elevation is well codified, but there are still many difficulties to be overcome but in our setting. We report the case of a patient who was admitted to the emergency ward with acute chest pain and persistent ST-segment elevation, whose management illustrates the difficulties associated with our specific environment.

INTRODUCTION

La prise en charge du syndrome coronarien aigu avec sus décalage persistant du segment ST est bien codifiée (1) pourtant, dans notre contexte, les difficultés pour une prise en charge optimale restent nombreuses (2). Dans cette prise en charge du, la rapidité de la prise en charge est un élément essentiel (3) « time is muscle » disent les Anglo-saxons. Que ce soit le délai entre le début des douleurs et le premier contact médical ou le délai entre ce dernier et le début de la re-perfusion. Nous présentons le cas d'une patiente de 53 ans avec syndrome coronarien aigu avec sus décalage ST permanent dont la prise en charge a relevé d'un challenge dans notre environnement.

OBSERVATION

Une patiente de 53 ans, a été admise en consultation d'urgence à neuf heures (H 9) après le début d'une douleur thoracique typique (douleur d'installation brutale, constrictive, médio thoracique, irradiant dans le cou et le dos.), avec perte de connaissance brève associée à un relâchement sphinctérien. Elle aurait présenté deux

épisodes similaires à trois jours d'intervalle il y deux semaines. L'examen physique était pauvre. On retrouvait essentiellement une pression artérielle de 151/103mmHg au bras gauche et 167/88mmHg au bras droit. La fréquence cardiaque était de 94 bpm. La fréquence respiratoire était de 20 cycles par minute, l'auscultation cardio-pulmonaire était normale, tous les pouls périphériques étaient palpables, symétrique et de bon volume. Excepté une hypertension artérielle connue depuis trois ans et traité par une association fixe, INDAPAMIDE/AMLODIPINE 1,5/10 à la dose d'un comprimé par jour, ses antécédents médicaux étaient sans particularité. Elle ne présentait aucun autre facteur de risque cardiovasculaire connu.

Un électrocardiogramme a été réalisé 20 mn après son admission en salle d'urgence et montrait un sus décalage du segment ST dans le territoire inférieur avec image en miroir en latéral (fig 1).

Une ordonnance a alors été remise à la famille de la patiente pour l'achat de divers médicaments notamment un antiagrégant plaquettaire, un antalgique et un anticoagulant, un dosage des troponine I aussi été prescrit.

Le cardiologue de garde a ensuite été appelé. Celui-ci a aussitôt contacté le centre le plus proche pouvant réaliser une coronarographie d'urgence (situé à environ une vingtaine de km) ainsi qu'une ambulance médicalisée pour le transfert. Environ une heure et 30mn après son arrivée, la patiente a reçu les premiers médicaments achetés par la famille (antiagrégant et antalgique). Deux heures après son admission, la patiente a fait un arrêt cardiorespiratoire. Après quinze minutes de réanimation cardio-pulmonaire et trois chocs électriques externes par un défibrillateur semi-automatique, un rythme sinusal a été récupéré. La patiente a finalement été transférée deux heures et trente minutes après son admission vers le centre de coronarographie dans lequel son décès surviendra avant son admission en salle de coronarographie.

DISCUSSION

La décision de prescription d'une désobstruction coronaire pour un infarctus du myocarde (IDM) aigu repose sur une démarche clinique qui établit une probabilité initiale, réévaluée à travers la lecture de l'électrocardiogramme (ECG), permettant ainsi de choisir entre débiter la thérapeutique de désobstruction coronaire, poursuivre la démarche diagnostique par le dosage de troponines ou mettre en place une autre stratégie(4). La pierre angulaire de la stratégie de reperfusion du syndrome coronarien aigu (SCA) ST+ est la réduction du temps écoulé depuis le début de la symptomatologie jusqu'à la re perméabilisation coronaire. Dans les textes internationaux, le délai « door to balloon » correspond le plus souvent au délai entre l'arrivée à l'établissement de santé et l'expansion du ballonnet dans une coronaire. Il est selon les recommandations internationales de 90 à 120 minutes(5). Le premier contact médical étant le moment de l'arrivée du patient auprès du médecin permettant la réalisation d'un ECG et donc la confirmation du diagnostic de SCA ST+. L'ECG doit être réalisé dans les 10 mn après le premier contact médical(6). La technique la plus sûre et la plus efficace, permettant la réouverture de l'artère occluse dans près de 90% des cas est l'angioplastie(7) contre 60 % pour la fibrinolyse avec un risque hémorragique moindre, une simplicité de réalisation, à condition d'être réalisé, pour une efficacité optimale, dans les trois heures qui suivent le début des symptômes(8). Quant au traitement adjuvant, Il associe antalgiques morphiniques + O2 nasal (si SaO2 < 95 %) + aspirine + CLOPIDOGREL ou PRASUGREL ou TICAGRELOR + un anticoagulant : héparine non fractionnée ou ENOXAPARINE(9).

Dans le cas qui nous intéresse, plusieurs éléments sont à relever. Le délai entre le début de la douleur et le premier contact médical est de 9 heures. Largement au-delà du délai recommandé pour une thrombolyse. Le temps de réalisation de l'ECG excède les 10 minutes recommandés. Une fois le diagnostic posé, un traitement médical adjuvant n'a pu être administré faute de médicament d'urgence disponible et enfin, l'absence de coordination entre formation sanitaire on conduit à un transfert tardif (deux heures et trente minutes après son admission) vers le centre d'angioplastie.

CONCLUSION

Le syndrome coronarien aigu avec sus-décalage persistant du segment ST (SCA ST+) constitue une urgence absolue. La difficulté d'accès aux soins (absence de médicament d'urgence disponible, absence de Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) ou de Service Mobile d'Urgence et de réanimation (SMUR) ainsi que le retard à la consultation demeure la principale particularité de la prise en charge du SCA dans notre contexte.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. Robert A Byrne et al 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal*, 2023 ; 44, 3720-3826
2. Nabila Valentin Yameogo, André Samadoulougou, Georges Millogo, Koudougou Jonas Kologo, Karim Kombassere, Boubacar Jean Yves Toguyeni, et Patrice Zabsonre. Delays in the management of acute coronary syndromes with ST-ST segment elevation in Ouagadougou and factors associated with an extension of these delays: a cross-sectional study about 43 cases collected in the CHU-Yalgado Ouédraogo. *Pan African Medical Journal* 2012. 13:90
3. L. Georges, I. Ben-Hadj, G. Gibault-Genty, E. Blicq, J.-P. Aziza, K. Ben-Jemaa, J. Moro, M. Koukabi, B. Livarek. Accuracy of the Door-to-Balloon time for assessing the result of the interventional reperfusion strategy in acute ST-segment elevation myocardial infarction *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 60 ;2011, 244-251
4. Héctor Bueno, Pascal Vranckx, Éric Bonnefoy. ESC / ACCA : Aide à la prise de décision clinique, version 2018
5. BORJA IBANEZ et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal* 39 ; 2018, 119-177
6. Le Breton P H. Prise en charge de l'infarctus du myocarde: les délais. *Presse Med.* 2011;40:600-605
7. Stephan Windecker et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularization », *European Heart Journal*, 35 ; 2014 ,2541-2619
8. BORJA IBANEZ et al .2017 ESC Guidelines for the Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting with ST-Segment Elevation », *European Heart Journal*, 39 ; 2018,119-177
9. Marco Valgimigli et al. 2017 ESC Focused Update on Dual Antiplatelet Therapy in Coronary Artery Disease Developed in Collaboration with EACTS », *European Heart Journal*, 2018, 39, 213-254

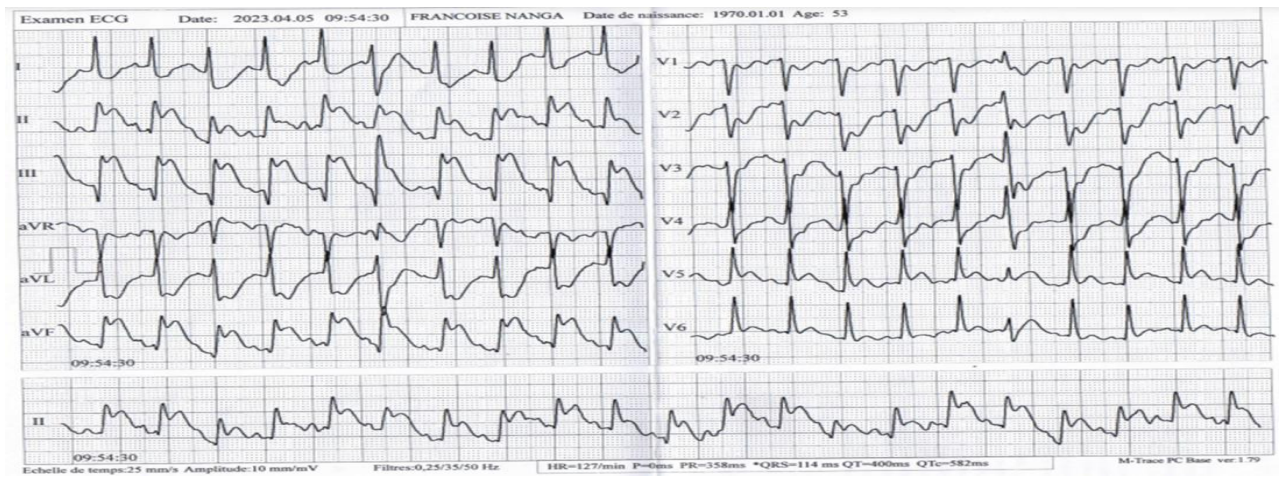


Figure 1. Electrocardiogramme de la patiente réalisée 20 minutes après son arrivée aux urgences.