

Fiche Pathologie

SCA

I. Le syndrome coronarien aigu

- Le syndrome coronarien aigu (SCA) est un terme qui sert à décrire tout problème de santé résultant de la réduction soudaine de l'apport sanguin au cœur.
- Le SCA survient lorsque les artères coronaires, qui fournissent au cœur du sang riche en oxygène, rétrécissent ou s'obstruent. Une crise cardiaque et l'angine instable sont les deux types de SCA les plus courants.
- Les syndromes coronariens sont le résultat d'une diminution de calibre des artères coronaires, par une plaque d'athérome, entraînant une ischémie du myocarde et se traduisant par l'apparition d'une angine de poitrine (angor).

L'oblitération d'une artère coronaire obéit, schématiquement, à deux mécanismes :

- la formation d'un thrombus, la formation d'un «caillot» de sang par les plaquettes qui s'agrègent, libèrent des substances thrombogènes et déclenchent des réactions en chaîne, le plus souvent au niveau de plaque(s) d'athérome préexistante(s) - l'athérome étant un dépôt qui cause l'occlusion de la veine ;
- le spasme coronaire, réduction brutale de la lumière artérielle lié à la vasomotricité des artères, comme dans une crise d'asthme où le calibre des bronches s'autoréduit spontanément.

Les facteurs de risques :

- Tabac
- HTA
- Hypercholestérolémie
- Diabète
- Age
- Sédentarité
- Stress
- Obésité

Les symptômes :

- une douleur à la poitrine sous forme de serrement, brûlement, pesanteur, etc.
- une douleur pouvant s'étendre au cou, à la mâchoire, aux épaules et au dos
- Associés à de l'essoufflement, des nausées ou vomissements, des étourdissements ou perte de conscience.

- Quand il s'agit d'une crise d'Angor : douleur constrictive et oppressante à l'effort. Douleur rétrosternale en barre, elle irradie vers les épaules, la mâchoire et la face interne des avant-bras et est très angoissante.
- Quand il s'agit d'un infarctus du myocarde : Douleur de plus en plus fréquentes et de plus en plus longues, intervenant spontanément, même la nuit. La pression artérielle est de plus basse. Signe de gravité les jours suivant : hyperthermie.

II. La prise en charge thérapeutique

L'électrocardiogramme (ECG) :

- L'électrocardiographie ou E.C.G. correspond à l'enregistrement de l'activité électrique qui traverse le cœur, via des électrodes cutanées positionnées dans les différents points du corps
- Installer le patient en décubitus dorsal, torse nu, les bras allongés le long du corps. Enlever tout objet métallique (montre, bijoux), éloigner tout objet touchant le lit et débrancher le lit s'il s'agit d'un lit électrique afin d'éviter les parasites.
- Vérifier l'état cutané, si besoin laver la peau et bien la sécher, et couper les poils au ras de la peau pour permettre une meilleure adhésion des électrodes.

Placer les électrodes :

Les dérivations standards : recueillies grâce aux électrodes posées sur les quatre membres selon le code couleur :

- rouge : bras ou épaule droit.
- noir : jambe ou aine droit
- jaune : bras ou épaule gauche.
- vert : jambe ou aine gauche.

Les dérivations précordiales : recueillies grâce aux électrodes posées sur le thorax selon une position précise :

- V1 (rouge) : 4e espace intercostal droit, au bord du sternum.
- V2 (jaune) : 4e espace intercostal gauche, au bord du sternum.
- V3 (vert) : entre V2 et V4.
- V4 (brun) : 5e espace intercostal gauche, sur la ligne médioclaviculaire.
- V5 (noir) : entre V4 et V6.
- V6 (mauve) : 5e espace intercostal gauche, sur la ligne axillaire moyenne, à hauteur de V4

Examens biologiques :

- Ionogramme : importance de la kaliémie (potassium) car hypokaliémie entraîne des risques de trouble du rythme et une hyperkaliémie entraîne un risque d'arrêt cardiaque.

- Urée et créatine : savoir si le patient présente une insuffisance rénale, car si c'est le cas certains médicaments lui serait alors contre-indiqué.
- Cholestérolémie : favorise l'apparition de la plaque d'athérome
- NFS plaquettes : surveillance d'une éventuelle anémie qui pourrait remettre en question la fibrinolyse.
- Dosage troponine : (enzymes cardiaques) plus leur taux augmentent plus cela démontre une souffrance du coeur.
- TP (taux de prothrombine, 80 à 100%) et TCA (temps de céphaline activée, 24 à 41 secondes) : permet d'ajuster la dose de la SAP d'héparine mais aussi la surveillance du TP (si TP spontané alors risque d'hémorragie).

Coronarographie :

- La coronarographie est un examen permettant la visualisation des artères coronaires par injection d'un produit de contraste. La coronarographie fait suite à un épisode d'insuffisance coronarienne. La pathologie principale reste l'atteinte par infarctus du myocarde.
- Le patient arrive en brancard en salle de coronarographie où il est : Accueilli par le coronarographe habillé en stérile, porteur d'un tablier de plomb, d'un protège goitre thyroïdien, de lunettes de protection. Puis installé sur la table de coronarographie.
- Après la décontamination cutanée et l'anesthésie locale du point de ponction, le coronarographe introduit un cathéter (sorte de mini sonde) soit dans l'artère radiale ou fémorale en cas d'échec jusqu'à l'aorte.
- L'introduction du cathéter permet l'injection d'un produit de contraste radio opaque iodé ; qui peut entraîner : Des bouffées de chaleur, malaise vagal, une réaction allergique à l'iode. L'iode permet de visualiser la présence de sténoses ou d'occlusion d'une ou plusieurs artères coronaires : la procédure est filmée sous forme de compact disc (CD).
- Pendant la coronarographie, le patient est : Scopé pour surveiller l'apparition de troubles du rythme et est muni d'un brassard à tension artérielle, d'un saturomètre.

Soins pré-interventionnels :

- Bilan sanguin complet : numération sanguine, hémostase, transfusion.
- Bilan électrolytique en regard des risques de trouble du rythme par hypokaliémie ou hyperkaliémie.
- E.C.G. et radio pulmonaire.
- Préparation cutanée, blouse de bloc, pas de prothèse, vessie vide.
- Poses d'une voie d'abord de gros calibre.
- Signature de fiches de consentement par le patient. Explication de l'examen.
- Patient à jeun à minuit.
- Constante à jour : pouls, tension artérielle, température.

Surveillance post examen :

- Electrocardiogramme (ECG) de contrôle.
- Point de ponction : hématome, douleur, rougeur, saignement.
- Membre : coloration, chaleur, douleur, sensibilité.
- Tension artérielle, pouls, température, diurèse.
- Possibilité de boire mais prendre un repas léger.
- Réfection du pansement.
- Position du membre : Si voie radiale ou fémorale : lever le bras et l'immobiliser dans une attelle. Si voie fémorale : ne pas plier la jambe pendant 24 heures.

STENT :

- Un stent, populairement appelé « ressort », est un petit tube métallique que l'on introduit dans une artère afin de faciliter la circulation sanguine.
- Il est surtout utilisé au cours des angioplasties pour traiter une sténose (rétrécissement d'une artère).
- Le stent peut-être en acier inoxydable ou en alliage et s'appuie sur les parois de l'artère. Bien qu'il permette d'élargir l'artère obstruée, le stent peut entraîner la formation d'un caillot sanguin.
- En France, on parle parfois d'endoprothèse ou de tuteur vasculaire.

Traitements médicamenteux du SCA :

- Trinitrine (dérivés nitrés) : effet vasodilatateur sur les artères coronaires
- Bêtabloquants ou Héparine : pour diminuer les besoins en oxygène du myocarde
- Inhibiteurs calciques : vasodilatateur des artères coronaires
- Aspirine : Antiagrégant plaquettaire pour réduire le risque de formation d'un thrombus responsable de l'infarctus du myocarde

Coronaropathie :

- La maladie coronarienne définit une maladie touchant les artères coronaires du coeur. Les vaisseaux coronaires approvisionnent le muscle cardiaque en oxygène et constituent ainsi le moteur du système circulatoire.
- Anamnèse médicale avec prise en compte des symptômes du malade plus anamnèse familiale
- Electrocardiogramme(ECG) - ECG d'effort
- Holter (le patient porte un ECG portatif pendant 24 à 48 heures)
- Ultrasons (échocardiogramme)
- Scintigraphie cardiaque, cathétérisme cardiaque avec injection de produit de contraste pour visualiser les vaisseaux coronaires et le muscle cardiaque.

III. Education pour le retour à domicile

- Pratique d'un exercice physique régulier et adapté : 30 à 60 minutes, 3 à 6 fois par semaine.
- Lutter contre obésité, le surpoids et la mauvaise alimentation
- Diminution du tabac et arrêt - vous peser au minimum deux fois par semaine dans les mêmes conditions (par exemple le matin au réveil) et à noter votre poids
- surveiller la présence d'œdèmes au niveau de vos chevilles
- évaluer votre essoufflement
- évaluer votre fatigue