

*9ème CONGRES MAGREBIN*  
*19ème CONGRES DE LA SAARSIU*  
*ALGER 13-15 DECEMBRE 2018*

**Thrombolyse des Syndromes  
coronariens ST+ aux  
UMC de l' EPH Mostaganem:  
expérience de trois mois**

Saber A., Selma O., Bellahcene Z. , Mokhtar Kharoubi N., Ghomari W,  
Chouicha B.

Service des UMC de l'EPH Mostaganem – Algérie

# Introduction

## A. Introduction :

Le SCA est :

L'une des grandes urgences cardiologiques:

- urgence diagnostique  
mortalité est élevée dès les premières heures
- urgence thérapeutique  
dégâts myocardiques sont irréversibles après 6h
- Une prise en charge précoce (angioplastie/thrombolyse + traitement adjuvant )

## B. Epidémiologie

- 1<sup>ère</sup> cause de mortalité dans le monde et en Algérie
- **Fréquent: 110 000 cas/ an en France**
- **Homme 50 et 70 ans**

# Signes Cliniques

Le Syndrome Coronarien Aigu (SCA) :

- Douleur Thoracique typique
- Durée > 20 mn
- Résistante à la trinitrine
- Ischémie irréversible

Il faut faire attention aux signes atypiques:

- Douleurs Abdominales hautes (épigastriques ++), nausées, vomissements, éructations, anxiété...

- ABSENCE DE DOULEUR: SUJET AGE, DIABETIQUE ++

# Objectifs du travail

- **Principal**

- Améliorer le pronostic vital des patients victimes d'un SCA ST+

- **Secondaire**

- *Créer un réseau de prise en charge des SCA ST+ (SAMU, UMC et le service de cardiologie).*

# Problématique

- Devant la non **Disponibilité du cardiologue et de la salle de KT**
- Application des **recommandations**
- Organisation d'une **unité de thrombolyse** dans les UMC avec :
  - un plateau technique complet 24h/24
  - une régulation médicale assurée par le SAMU (filrière et accès direct)

**Efficacité dans ce contexte de la thrombolyse**

# Physiopathologie de la thrombolyse

## **But de la thrombolyse médicamenteuse :**

Lyser un thrombus plus rapidement que la thrombolyse naturelle

## **Mécanisme d'action des agents thrombolytiques :**

Transformation du plasminogène inactif en plasmine active qui détruit la fibrine (et d'autres éléments comme le fibrinogène) et dissout les thrombi

**Efficacité** d'autant plus importante que le thrombus est récent

# la thrombolyse intraveineuse

- **Efficace (50 à 70% de reperfusion coronaire) mais avec un risque hémorragique de 0,5 – 1 %.**

- **Triple impératif:**

- **Certitude diagnostique: ECG « typique »**
- **Délais « raisonnables »: < 12 H**
- **Respect des contre-indications:**

**Absolues**: ulcère évolutif, antécédent d'AVC, traumatisme ou chirurgie <48h, HTA sévère, anomalie de l'hémostase, grossesse et post partum, chirurgie < 1 mois ou neurochirurgie < 6 mois...

**Relatives**: âge, injection IM < 48 H, traitement aux AVK, diabète avec rétinopathie, ...

**Rapport bénéfice –risque +++**

# Patients et méthodes

## Type d'étude

Etude observationnelle , non randomisée prospective .

## Patients

Echantillon de 22 patients , hospitalisés au niveau du service de réanimation des UMC de l'EPH Mostaganem pendant une durée de trois mois.

## Les critères d'inclusion

Patients admis pour douleur thoracique avec à l'ECG un sus décalage du segment ST de moins de 12 H d'apparition .

## Période d'étude

janvier à mars 2018

# Patients et méthode

## le protocole

### Quel fibrinolytique et quelle dose pour l'IDM?

#### Alteplase ou tPA (Actilyse\*)

15 mg en bolus  
0,75 mg/kg en 30 min  
0,5 mg/kg en 60 min  
sans dépasser 100 mg

Tous les fibrinolytiques  
peuvent être utilisés  
mais il est préférable  
d'utiliser tPA  
ou TNK-tPA

#### Tenecteplase ou TNK-tPA (Métalyse\*)

un seul bolus  
30 mg si < 60 kg  
35 mg si 60-70 kg  
40 mg si 70-80 kg  
45 mg si 80-90 kg  
50 mg si > 90 kg

Efficacité semblable Moins de  
saignement extra-cranien  
Moins de transfusions

Van de Werf et al. *Eur Heart J* 2003

Associée à l'aspirine (250 mg IV) et à l'héparine

**La surveillance clinique , ECG, échocardiographique**

# Résultats (1)

## ➤ Caractéristiques des patients:

- **Age**

<i>Age des patients</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
-------------------------	------------------	--------------------

< 65 ans	15	68,2%
----------	----	-------

65 à 75 ans	7	31,8
-------------	---	------

Total	22	100,0
-------	----	-------

- **Sexe ratio = 10/1**

# Résultats (2)

## Caractéristiques des patients

- **Délai moyen à l'admission**  
Moyen= 8h (min=1h ,max=15h)
- **Comorbidités et facteurs de risque**

<i>Pathologies</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>TABAC</b>	<b>17</b>	<b>77,27 %</b>
<b>HTA</b>	<b>13</b>	<b>59,09 %</b>
<b>DIABETE</b>	<b>9</b>	<b>40.9 %</b>
<b>Hérédité</b>	<b>6</b>	<b>27,27 %</b>

# Résultats(3)

## Topographie des IDM

IDM	Antérieur (V1 V2 V3)	Inferieur (D2 D3 AVF)	Latéral (D1 AVL)
Nombre	13	06	03
pourcentage	59,09%	27,27	13,63

# Résultats (4)

## Nombre de malades thrombolysés/ délais

Délai douleur	< 6 H Thrombolyse	6 – 12 H Thrombolyse	> 12 H Abstention
Nombre	14	05	03
Pourcentage	63,63 %	22,72 %	13,63 %
<b>TOTAL</b>	<b>Thrombolysé</b> 19 soit 86,36 %		<b>Non Thrombl.</b> 3 soit 13,64 %

# Résultats (5)

Critères d'efficacité	Disparition de la douleur > 2 H	Disparition du sus décalage à J1	Transfert en cardiologie à J5
Nombre	18	10	16
Pourcentage	94,7 %	52,6 %	84,2 %

# Discussion

- Première année d'expérience
- Critères éligibilité très stricts et délai court : rôle essentiel du SAMU
  - délai moyen douleur – thrombolyse < 12 H.
  - résultats encourageants
- Même sans thrombolyse, il y'a la nécessité d'une PEC dans une Unité de thrombolyse: disponibilité des lits et moyens ??

# Conclusions

- Il existe une filière de prise en charge en aigu du SCA ST+ dans les **pays en voie de développement** a travers la **fibrinolyse**
  - conforme aux recommandations
- Délai pour la thrombolyse à respecter par :
  - formation des médecins des UMC et du SAMU
  - information du grand public
  - acheminement rapide et organisé dès l'appel du SAMU
- Efficacité de la thrombolyse à confirmer

**Merci de votre attention**

