

UE 2.8 S3 TD1 syndrome coronarien 09.2025 référent de l'UE David KALLI

Fiche synthèse : éléments de correction

1. Connaissances anatomo-physiologiques nécessaires

Il est indispensable de connaître l'anatomie du cœur : quatre cavités (deux oreillettes, deux ventricules), séparées par des septums et des valvules (tricuspidé à droite, mitrale à gauche). Comprendre la petite (pulmonaire) et la grande (systémique) circulation permet d'appréhender l'irrigation du myocarde.

2. Réseau artériel et veineux du cœur

La vascularisation du cœur est assurée par la **circulation coronaire** qui comprend des artères coronaires (issues de l'aorte) et des veines coronaires (se drainant dans l'oreillette droite) pour l'apport et le retour sanguin du muscle cardiaque.

3. Éléments orientant le diagnostic (hors examens paramédicaux)

Les éléments majeurs sont : douleurs thoraciques brutales et intenses, nausées, antécédents de douleurs à l'effort, facteurs de risque (stress, alimentation très riche, surpoids IMC 29, tabagisme, hypertension non traitée, sexe masculin, âge 48 ans). Ces signes et facteurs augmentent la probabilité d'un événement coronaire aigu.

4. Mécanisme physiopathologique du syndrome coronarien aigu

Le syndrome est dû à la rupture d'une plaque d'athérome, qui active la coagulation, formant un thrombus qui réduit ou obstrue l'artère coronaire. Ceci entraîne une nécrose du myocarde par manque d'oxygène.

5. Pourquoi s'agit-il d'une urgence ?

L'ischémie du cœur, persistante, conduit à la nécrose myocardique et à une perte de contractilité cardiaque. Elle peut évoluer rapidement vers le choc cardiogénique, des troubles du rythme cardiaque et une insuffisance cardiaque, impliquant l'engagement du pronostic vital.

6. Compréhension des examens paracliniques et mise en condition

- **ECG** : permet de détecter l'ischémie, les lésions et la nécrose myocardique via des altérations du tracé (onde T, ST, Q).
- **Biologie** : élévation des enzymes cardiaques troponine, des CPK, et du HDL confirme la souffrance myocardique ; NFS, ionogramme et fonctions rénale et lipidique évaluent les risques et ajustent la prise en charge.
- **Radiographie thoracique** : recherche une cardiomégalie ou un œdème pulmonaire.
- **Paramètres vitaux** : tension artérielle, pouls, température, fréquence respiratoire et SaO₂ sont surveillés pour détecter les complications et adapter le traitement.
- **Mise en urgence** : installation de voie veineuse, scope, antalgie par morphine, oxygénothérapie, antiagrégant plaquettaire, coronarographie en urgence à visée diagnostique et/ou thérapeutique par la pose de stent.

7. Intérêt des thérapeutiques post-coronarographie

- **Bisoprolol** ®: ralentit le cœur, diminue la demande en oxygène.
- **L'acétylsalicylate de DL-lysine**® : inhibent l'agrégation plaquettaire pour éviter la formation de thrombus.
- **Atorvastatine**® : réduit le cholestérol pour limiter le risque de l'athérosclérose.
- **Perindopril**® : contrôle la tension et protège la fonction cardiaque.
- **Perfalgan** ®: antalgique pour contrôler la douleur.
- Surveillance (monitoring, ECG, NFS...) : détecte complications et guide l'ajustement thérapeutique.

8. Actions relevant du rôle propre infirmier à mettre en œuvre

- Surveillance rapprochée des paramètres vitaux et du scope.
- Observation et recueil des données cliniques (douleur, signes de complications...)
- Installation et sécurisation du patient (repos strict, voie veineuse, oxygénothérapie, transmission des informations...).
- Accompagnement dans la gestion du stress et l'information sur la maladie et le traitement.