

24 HEURES AVEC UN SCA POST-THROMBOLYSE

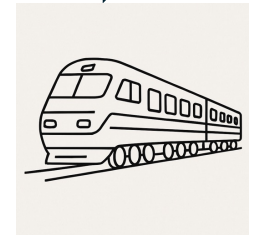
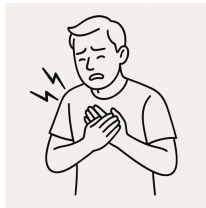
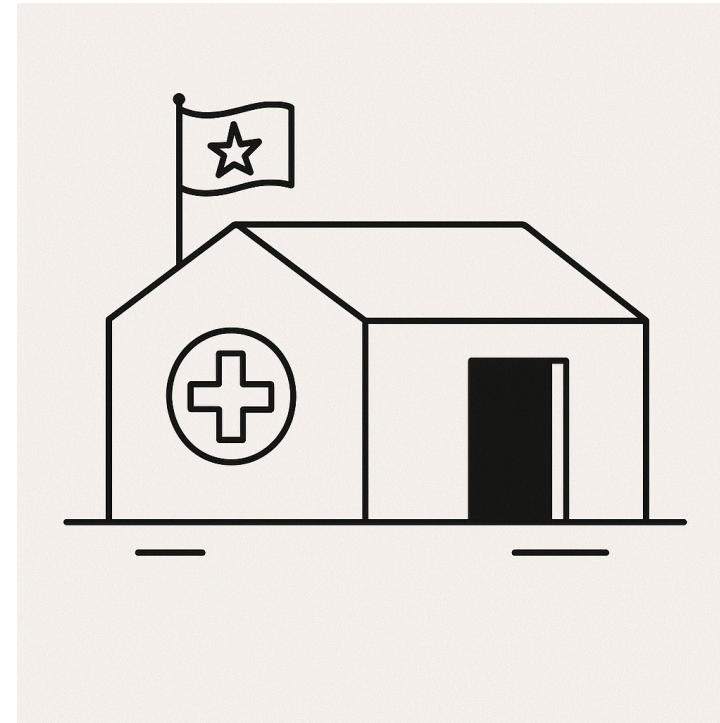
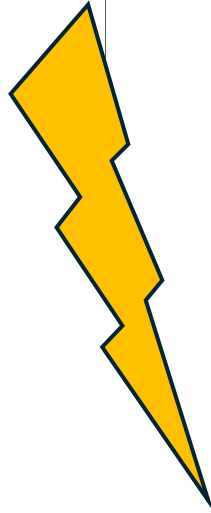
Dr Oscar THABOUILLOT
Service de Santé des Armées
2^{ème} Centre Médical des Armées

Carum – 1^{er} octobre 2025 - Marseille

PAS DE CONFLIT D'INTERET

***Remerciements : Dr Sonia HOUSSANI
(cardiologie HNIA Percy)***

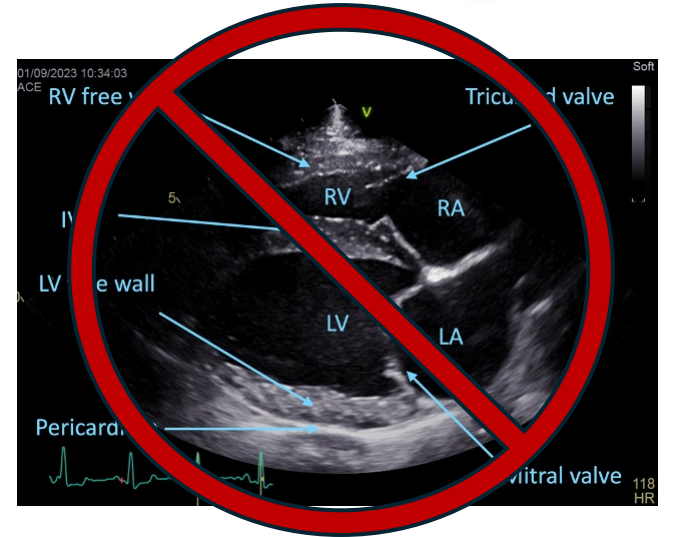
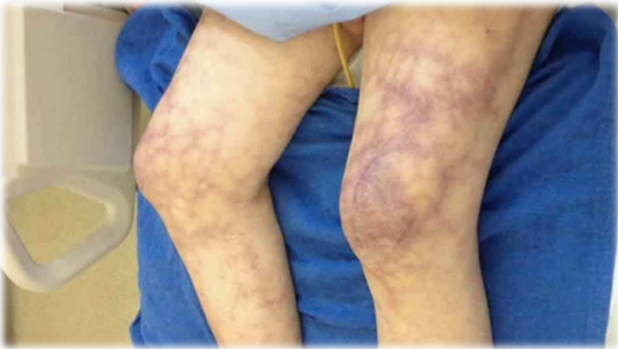






AVERTISSEMENT GENERAL

Hémodynamique simple !



MORTALITE DANS LES 24 PREMIERES HEURES

MORTALITE

TABLE 1. Timing of Mortality in GUSTO

Time	No. of Cumulative Deaths (%)		
	Overall Mortality	Stroke Mortality	Nonstroke Mortality
2 h	247 (0.7)	3 (0.01)	267 (0.7)
4 h	520 (1.3)	5 (0.01)	511 (1.2)
6 h	641 (1.6)	7 (0.02)	630 (1.5)
12 h	876 (2.1)	19 (0.05)	847 (2.1)
24 h	1125 (2.7)	59 (0.14)	1056 (2.6)
30 h	2851 (7.0)	244 (0.60)	2591 (6.4)

QUELLES COMPLICATIONS ?

Table 3095717. Nonfatal In-Hospital Complications by Reinfarction Status

Complication	Reinfarction (n=2258)	No Reinfarction (n=50404)
Cardiogenic shock	15.9	2.4
Stroke	2.8	0.9
Congestive heart failure/pulmonary edema	31.9	13.9
Second- or third-degree atrioventricular block	15.4	6.0
Sustained ventricular tachycardia/fibrillation	18.3	7.2
Atrial fibrillation/flutter	18.0	7.9
Severe/life-threatening bleeding	24.7	10.3
All values are percentages.		

CUT-OFF
15 %

Kleiman NS, et al. Mortality within 24 hours of thrombolysis for MI (GUSTO). Am J Cardiol. 1994

QUELS SIGNAUX D'ALARME ?

TABLE 3. Odds Ratios for Death Within 24 Hours

Baseline Characteristic	Odds Ratio of Death ≤24 h	95% Confidence Limits
BP <100 mm Hg systolic	6.61	5.9, 7.4
Age >70 y	4.5	4.0, 5.0
Heart rate >100 bpm	3.87	3.4, 4.5
Female sex	2.24	2.0, 2.5
Prior myocardial infarction	2.04	1.8, 2.3
Anterior myocardial infarction	1.94	1.7, 2.2
Diabetes	1.50	1.3, 1.7
Prior angina	1.37	1.2, 1.5
Prior CABG	1.33	1.0, 1.7
Hypercholesterolemia	0.62	0.53, 0.72
Family history	0.61	0.53, 0.71
Current smoker	0.47	0.41, 0.54
Killip class IV	23.9	20.3, 28.1
Treatment ≤2 h	0.89	0.77, 1.03

BP indicates blood pressure; bpm, beats per minute; and CABG, coronary artery bypass graft surgery.



**COMMENT DÉCORTIQUER
FACILEMENT UNE CREVETTE ?**

15 MINUTES

**EVITER DE
FAIRE UN
TOPO DE P2**

BAISSE DE LA PA

RECIDIVE

DYSPNEE

RYTHME !

BRADYCARDIE



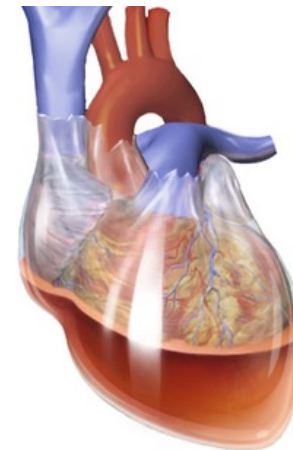
**MON PATIENT BAISSE SA PRESSION
ARTERIELLE**

MON PATIENT BAISSE SA PRESSION ARTERIELLE



Choc cardiogénique

Tamponnade



CHOC CARDIOGENIQUE

Population jeune : **oubliez les critères compliqués du diagnostic** ; se fera sur l'hypotension.

Ce n'est pas perdu ! Mortalité précoce = 29 %

La question qui ne sert à rien : insuffisance systolique vs insuffisance diastolique ?

Post IDM, chez patient sans comorbidité : largement systolique !

CHOC CARDIOGENIQUE

Pas de remplissage => on ne le gardera que pour l'insuffisance ventriculaire droite aigue

Amines vasopressives : **dobutamine ???**



CHOC CARDIOGENIQUE

Que disent les recommandations ?

ESC 2023 : NAD +/- DOBU

AHA/ACC 2023 : NAD +/- DOBU

ISHLT 2024 : NAD +/- DOBU

CHOC CARDIOGENIQUE

Pas de remplissage : c'est que pour l'insuffisance cardiaque droite

Amines vasopressives

- Risques : hypotension / troubles du rythme
- Plutôt noradrénaline / systématique si dobutamine (ex : dobutamine 10 μ kg/min + noradrénaline 1 mg/h)

Intubation :

- Risque d'insuffisance ventriculaire droite par augmentation des pressions intra-thoraciques.
- Pas de PEEP initialement

TAMPONNADE

Liée à une rupture de paroi

Mauvais pronostic mais rare : 2,7 % des patients présentant un choc cardiogénique

$$2 \% \times 15 \% \times 2,7 \% = 0,008 \%$$

Ponction de sauvetage

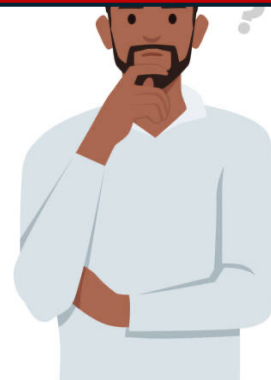
Slater et al., JACC 2000 — Cardiogenic shock due to cardiac free-wall rupture or ventricular septal rupture after myocardial infarction

MON PATIENT A DU MAL A RESPIRER

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Insuffisance
cardiaque

PEU IMPORTE !



INSUFFISANCE CARDIAQUE

	INSUFFISANCE CARDIAQUE DROITE	INSUFFISANCE CARDIAQUE GAUCHE
DIMINUER LA POST-CHARGE	DINITRATE D'ISORBIDE	
AUGMENTER LA PERFUSION CORONAIRE		
DIMINUER LA VOLEMIE	FUROSEMIDE	
AUGMENTER L'INOTROPISME	AMINES	

Nieminen, Markku S et al. "Executive summary of the guidelines on the diagnosis and treatment of acute heart failure: the Task Force on Acute Heart Failure of the European Society of Cardiology." European heart journal. 2005.

Urgences 2013. Insuffisance ventriculaire droite aiguë S. LARIBI et al.

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Pas de VNI = jouer massivement sur la post-charge en utilisant le DINITRATE D'ISORBIDE

Si intubation inévitable, pas de PEEP initialement pour limiter l'hyperpression intrathoracique



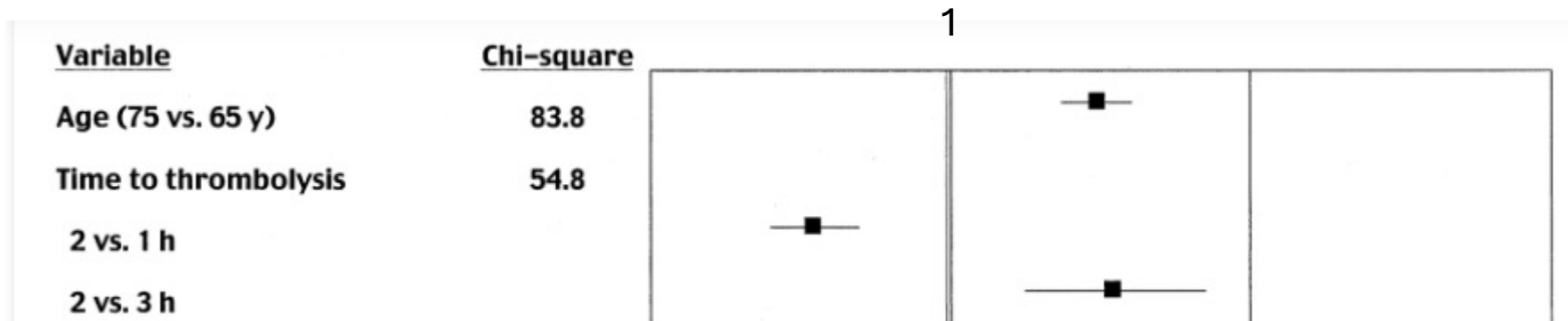
**MON PATIENT A UNE RECIDIVE
DOULOUREUSE**

RECIDIVE DE L'INFARCTUS

Analyse GUSTO I & GUSTO III (55 911 patients) :

ré-infarctus $\approx 4\%$ après fibrinolyse (médiane $\approx 3,8$ jours),
associé à une surmortalité à 30 jours.

Plus la thrombolyse est précoce, moins il y a de risque de réinfarction



THROMBOLYSE DE SAUVETAGE ?

Possible : solution de secours ~~sauvetage~~ désespérée mais :

- moins efficace que la première thrombolyse
- risque hémorragique accru surtout si < 24h après la première thrombolyse.

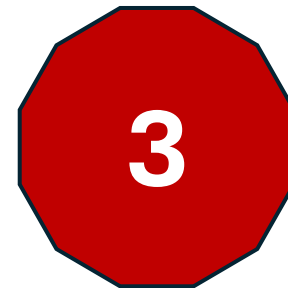
Quels critères ?

Critère temporel : échec à 60-90 min

Critères cliniques : douleur persistante, instabilité HD

Critères ECG : ST + ayant diminué de moins de la moitié

⇒ thrombolyse de sauvetage (classe I ESC)



MON PATIENT FAIT DES TROUBLES DU RYTHME

TROUBLES DU RYTHME EN RM



DEBUNKAGE

100 % des patients présentent du bigéminisme

90 % présentent des RIVA => **Pas de reperfusion = pas de RIVA**

22 % présentent deux salves de TV par heure

Les arythmies diminuent au bout de 8 et 12 heures

Diminution même chez les patients ne recevant pas d'antiarythmiques

Cercek, B et al. "Time course and characteristics of ventricular arrhythmias after reperfusion in acute myocardial infarction." The American journal of cardiology vol. 60,4 (1987)

Etude holter 24 h 45 patients thrombolysés

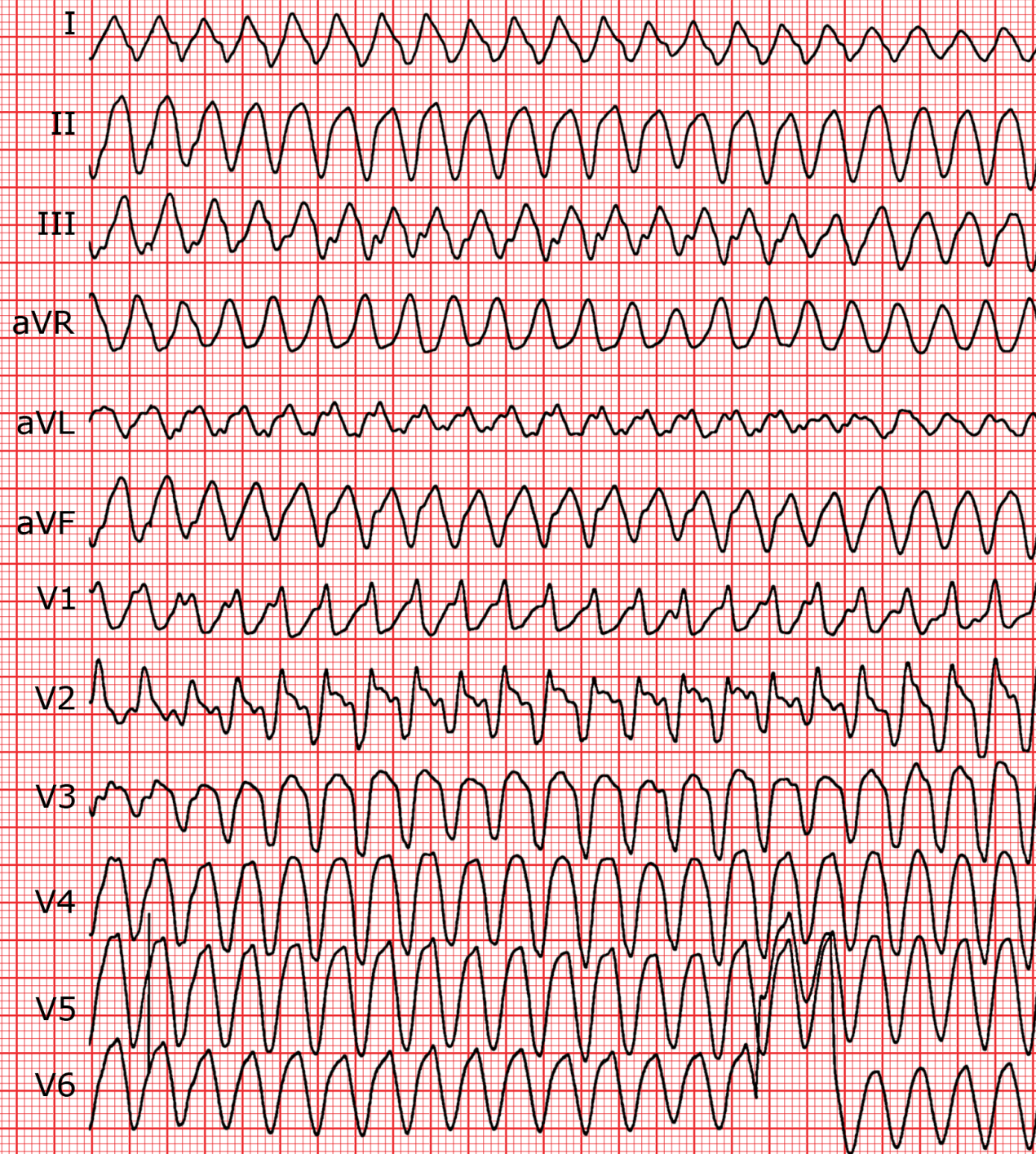
TROUBLE DU RYTHME = ECHEC DE REPERFUSION ?

RYTHME !

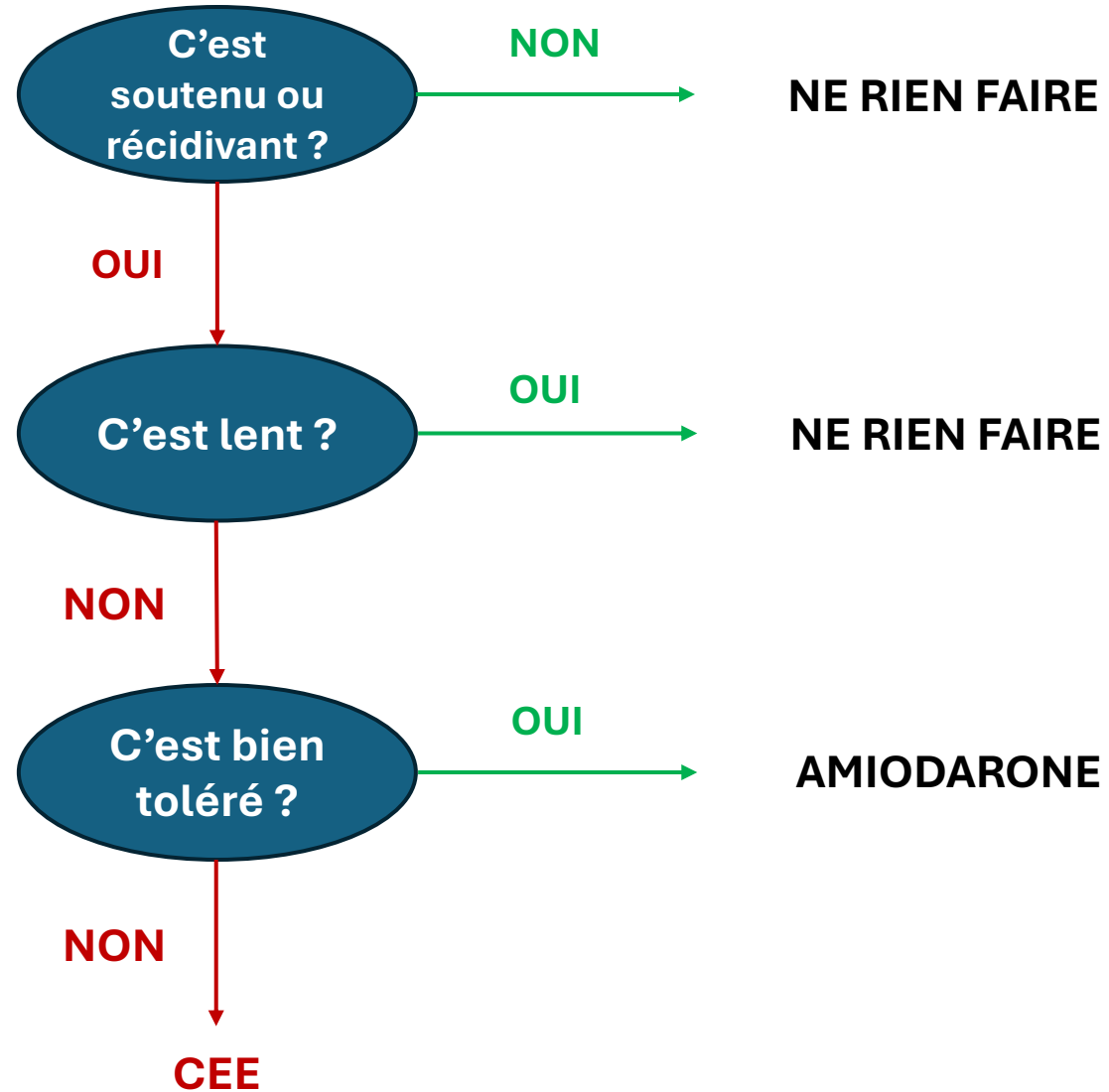
NON !

67 patients : 25 revascularisations ; 34 pas de revascularisation

Différence NS



ELECTRIC SHOCK ALGORYTHM DE THABOUILLOT SANS AL

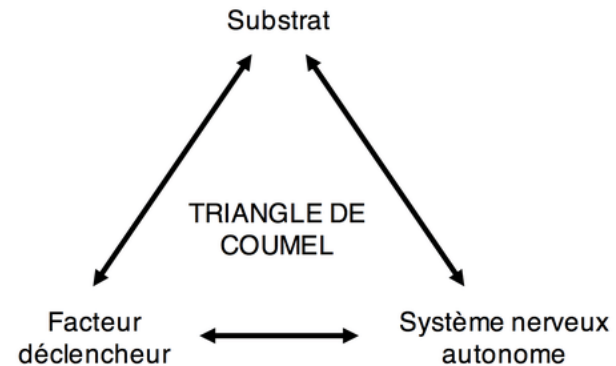


EN CAS DE TV RECIDIVANTE

Non contrôlée par antiarythmiques ET les CEE

=

Sédation profonde et IOT



MON PATIENT EST BRADYCARDE

BRADYCARDIE

Sinusale et bien toléré : **NE RIEN FAIRE**

Sinusale et mal toléré : **ATROPINE**

Non sinusale et bien toléré : **EES prêt**

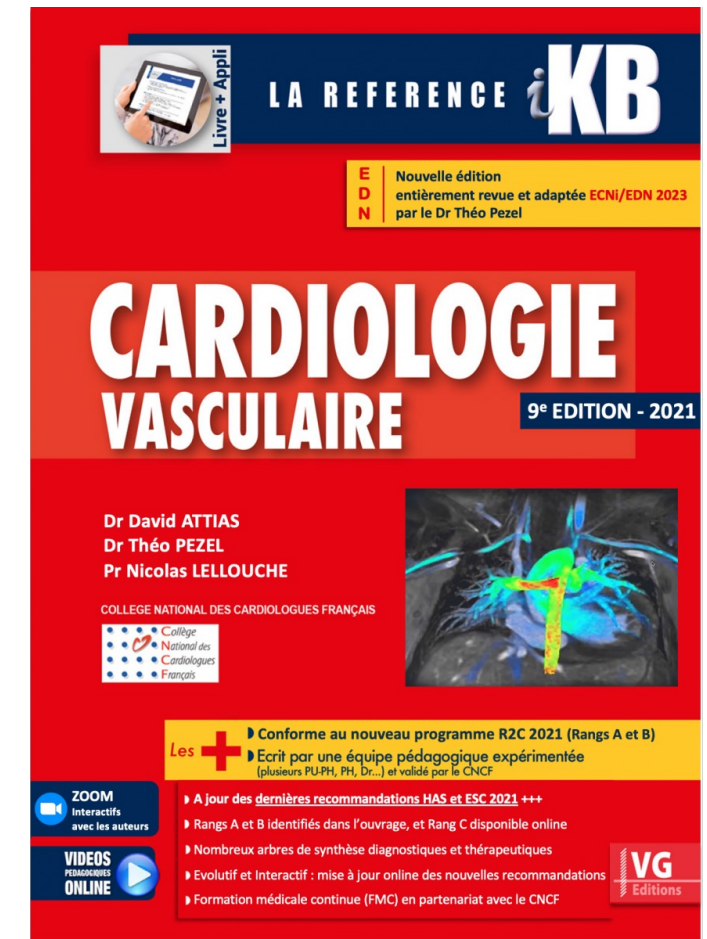
Non sinusale et mal toléré : **EES go !**

MON PATIENT N'A AUCUNE COMPLICATION

QUEL TRAITEMENT SUR LES 24 HEURES ?

Grands principes :

- Maintenir la reperfusion
- Prévenir la rethrombose
- Limiter l'extension de la nécrose



BASIC

BETABLOQUANT : NON

ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE : OUI (préférer CLOPIDOGREL)

STATINE : NON

IEC : NON

CONTRÔLE DES FDR : éviter de fumer dans le rôle 1

Carumgrad, le 23/10/2025

M. Adjudant INFARCTUS

- 1 – ASPIRINE : 75 mg PO le matin**
- 2 – CLOPIDOGREL : 75 mg PO le matin**
- 3 – LOVENOX 0,8 : 1 injection matin et soir**

QSP 24h

Dr Santard
RPPS 1234567879
Médecin du rôle 1 de Carumgrad

QUE RETENIR ?

THROMBOLYSEZ VITE !

Complications poste thrombolyse : rares !

Même en cas de complication, tout n'est pas perdu !

Connaissances de bases, accessibles à tous

N'oubliez pas la biantiagregation plaquettaire.

