

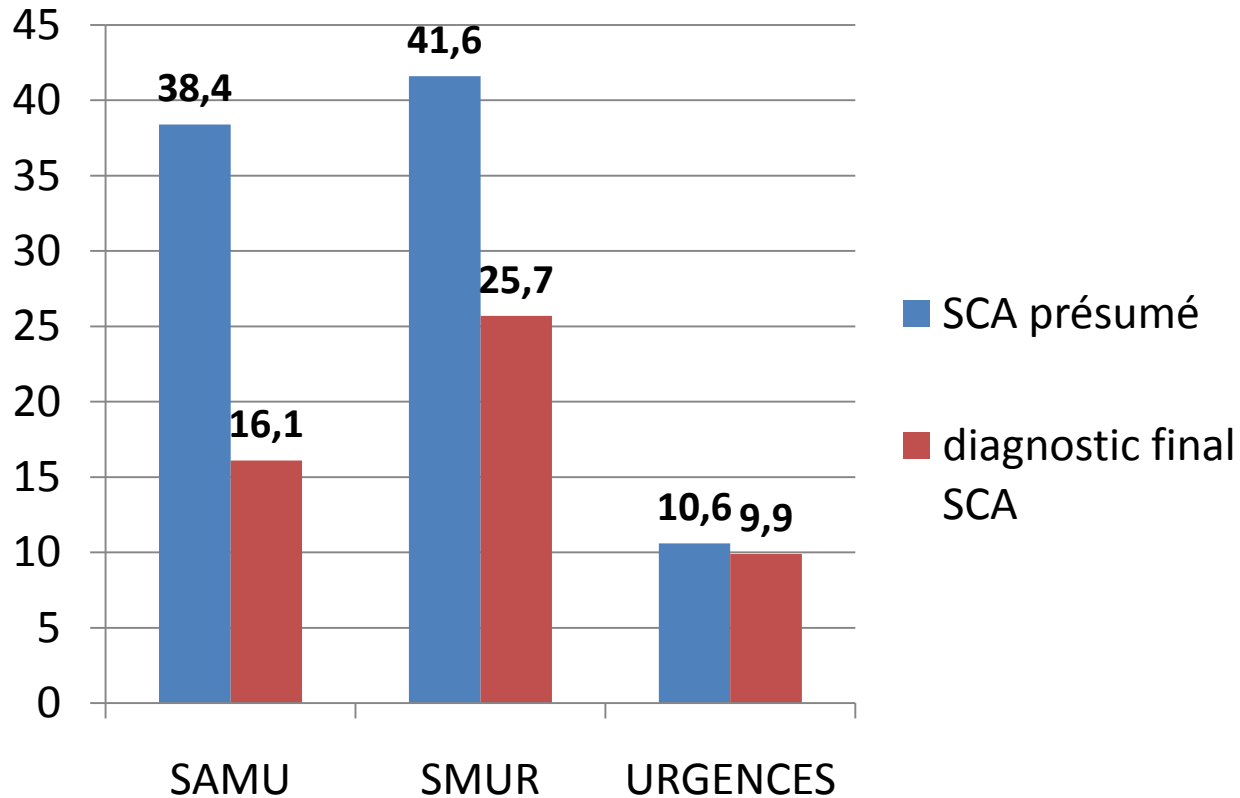
Filière Douleur Thoracique CH Carcassonne

Dr Guillaume FERRIER
15/10/2015

Epidémiologie DT

- **1^{er}** motif d'appel au 15
- **1 à 5%** des motifs de recours à l'urgence
- 1^{ère} cause diagnostiquée: Syndrome coronaire aigu **15%**
- Le plus souvent cause indéterminée (**>60%**)

EpiDouLTho (SFMU 2014)

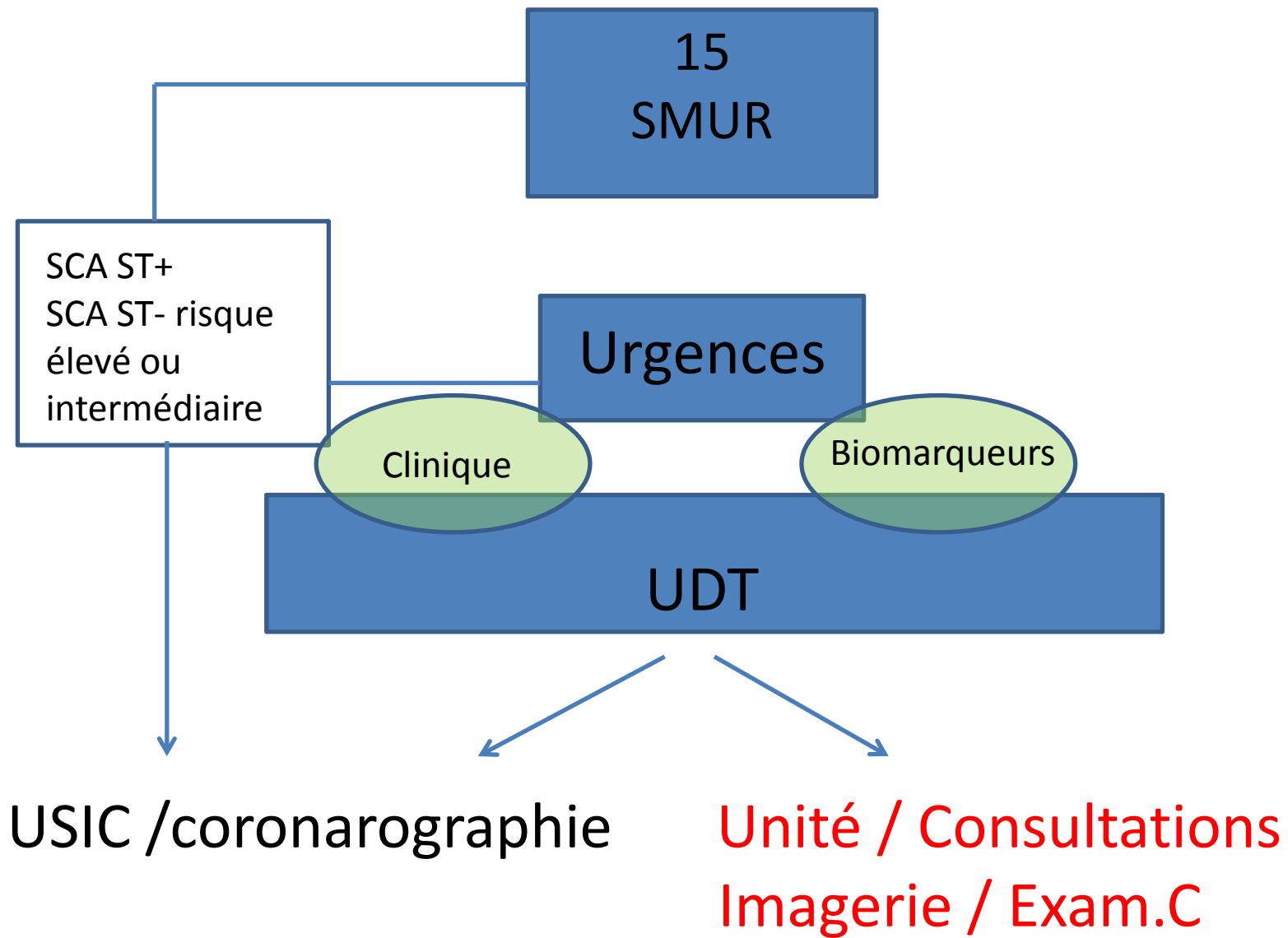


Pas que du SCA !

Diagnostics	SAMU	SMUR	URGENCES
SCA ST+	4.5	10.2	2.1
SCA non ST+	11.6	15.5	7.8
Dissection	0	2.7	0.7
Myopéricardite	1.6	2.1	2.6
Insuf. Cardia	1.3	1.3	1.3
Angor	2.3	2.7	1.8
Pariétale	15.3	11.8	25.7
EP	0.9	0	1.5
Pneumopathie	5.2	3.2	5.5
Anxiété	11	11.8	14.6
Digestif	5.2	6.4	4.9
Inconnu	19	30	19.4

Le diagnostic de SCA est le plus important
dans son ratio fréquence/gravité.

La démarche diagnostique est centrée sur sa
recherche.



Quels patients à l'UDT ?

- Diagnostic non établi
- Critères d'exclusion :
 - SCA
 - Patients instables
 - BAV 2,3

Diagnostics	SAMU	SMUR	URGENCES
SCA ST+	4.5	10.2	2.1
SCA non ST+	11.6	15.5	7.8
Dissection	0	2.7	0.7
Myopéricardite	1.6	2.1	2.6
Insuf. Cardia	1.3	1.3	1.3
Angor	2.3	2.7	1.8
Pariétale	15.3	11.8	25.7
EP	0.9	0	1.5
Pneumopathie	5.2	3.2	5.5
Anxiété	11	11.8	14.6
Digestif	5.2	6.4	4.9
Inconnu	19	30	19.4

- Outils : clinique, ECG, biomarqueurs

DT et SCA

La clinique

❖ Critères de forte probabilité de SCA :

- Douleur angineuse et Insuffisance cardiaque ou instabilité hémodynamique
- Douleur angineuse et Troubles du rythme graves (FV ou TV)
- Douleur angineuse persistante chez un coronarien connu
- Douleur angineuse et modifications aigus de la repolarisation à l'ECG

USIC

❖ Critères de probabilité intermédiaire de SCA :

- Douleur d'allure angineuse persistante ou ayant cédée spontanément sans modification ECG chez un patient avec ≥ 2 facteurs de risque
- Douleur thoracique ayant cédé spontanément chez un patient coronarien
- Douleur angineuse chez un patient diabétique

GRACE SCORE

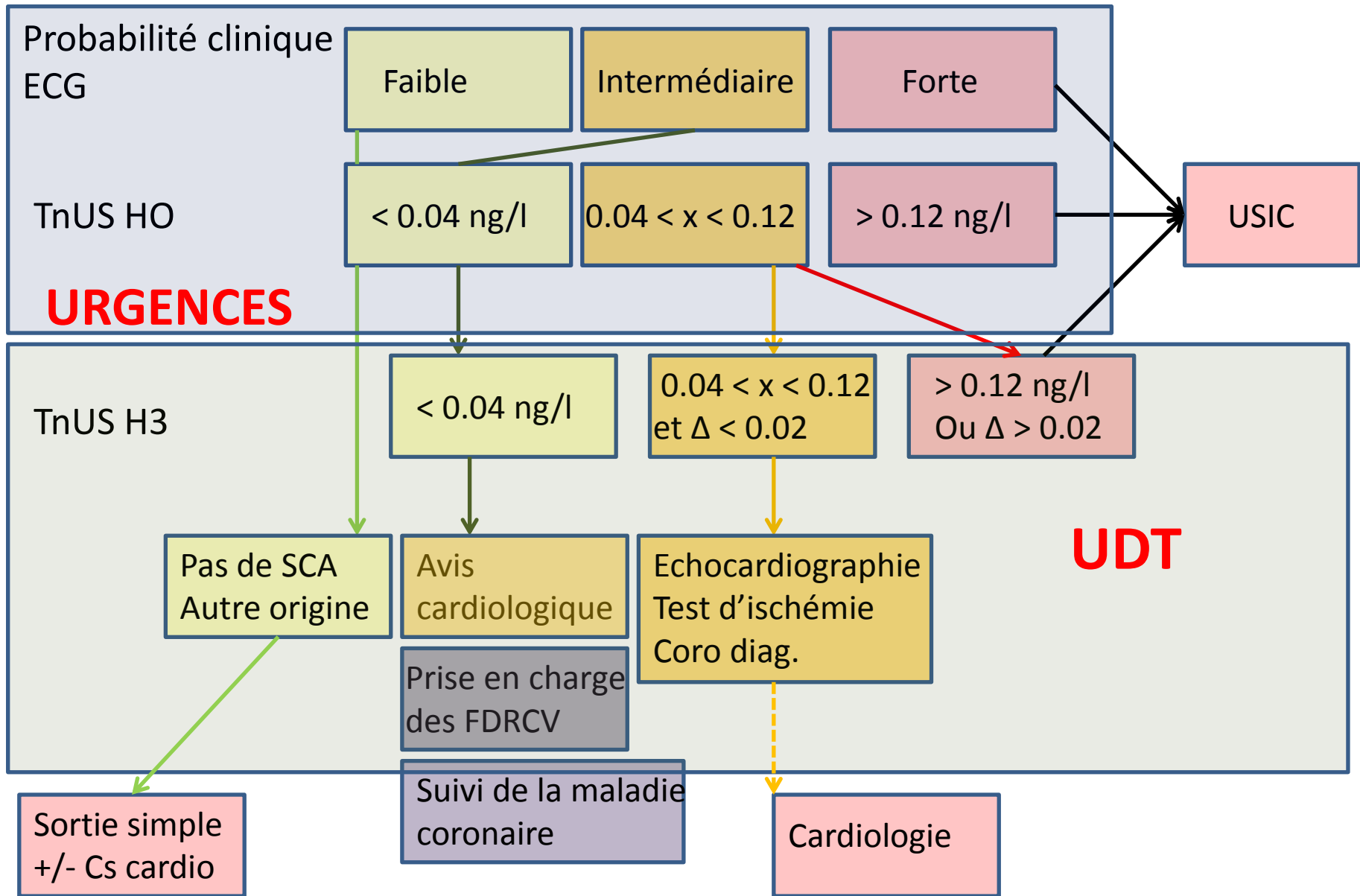
❖ Critères de probabilité faible de SCA

Pas de critères de haut risque ou de probabilité intermédiaire pendant toute la période de surveillance

DT et SCA

Paraclinique

- ECG et troubles aigus de la repolarisation
- RT
- Troponine US Siemens : protocole d'établissement
H0-H3 (étude validée).



Prise en charge des FDRCV

- Consultation *tabacologie* : bon rose pour Cs au lit du malade
- Consultation *diabétologie* si rupture de suivi ou déséquilibre patent
- Consultation *diététicienne*
- Prévention secondaire : Cs Cardio au lit du malade
 - BASI
 - HTA, insuffisance cardiaque

Suivi de la maladie coronaire

- **Initier un suivi longitudinal** pour des patients présentant une maladie coronaire stable.
- Dans une journée d'hospitalisation ou par le biais d'un RDV précoce:
 - Echographie cardiaque trans-thoracique
 - Epreuve d'effort
 - Pose d'un holter tensionnel
 - Holter rythmique
 - Coronarographie diagnostique

En pratique...

- 2 lits scopés
- Pas d'entrée directe
- **Observation médicale « douleur thoracique »** URQUAL
- Dossier médical **SPECIFIQUE**
- Etude systématique des FDRCV
- **Protocoles** (TnUS,...) et outils de calcul des scores (Grace)
- Cardiologue référent / 24h (tel spécifique)
- **Temps court de 24h maximum d'hospitalisation**
 - une bonne disponibilité des cardiologues
 - des délais d'examens complémentaires courts
 - un fonctionnement administratif optimisé (secrétariat, brancardage)
 - Turn-over : aspects médico-économiques

Intérêts

- Triage !!!
- Qualité diagnostique et amélioration des prises en charge
- Confort du patient
- Recrutement sur le long terme
- Rentabilité

Questions ?...

- Projet écrit il y a 2 ans...
- Ouverture : **Date** ?
- Sur quels lits ?
- **Disponibilité** des cardiologues ?...
 - Cardiologue USIC, référent de jour ?
- **Personnel** médical et para-médical :
 - du PUG ?....
 - UHCD ? Unité UHCD/UDT ?

Merci de votre attention