

Stefan Neuner-Jehle

# Scores diagnostiques pour le syndrome coronarien aigu (ACS)

Un article de la série «La boîte à outils du médecin de famille»



Les douleurs thoraciques aiguës sont un motif de consultation fréquent en médecine générale. Un syndrome coronarien aigu ou une embolie pulmonaire en sont par contre rarement (env. 2%) la cause [1], tout au contraire de la fréquence de ces étiologies potentiellement fatales aux urgences hospitalières. Pour pouvoir utiliser à bon escient notre diagnostic point-of-care, comme la troponine T, nous avons besoin d'une probabilité prétest de risque de cardiopathie ischémique la plus grande possible. Ce n'est pas qu'une question d'intuition. Il existe des critères validés nous permettant d'estimer avec une grande probabilité si le patient souffre d'un ACS.

## Score ACS canadien

Ce score n'a été validé qu'à la condition que le résultat de la troponine T soit négatif et ne peut donc être utilisé que dans cette situation.

Tableau 1

Score canadien [2].

Facteur de risque	Points attribués
Sexe masculin	1
Insuffisance cardiaque (anamnestique)	1
≥3 facteurs de risque cardiovasculaire	1
Prise d'Aspirine	1
Anomalies ST	2
<b>Total</b>	<b>Max. 6</b>
Risque d'ACS:	
0 point = 2,7%	
1 point = 6,9%	
2 points = 18,6%	
3 points = 18,9%	
>4 points = 42,9%	

## Score cardiaque de Marburg

Ce score a été testé chez des patients suisses et incorporé dans la recommandation de la Deutsche Gesellschaft Allgemeinmedizin DEGAM pour l'évaluation de la douleur thoracique aiguë.

Tableau 2

Score cardiaque de Marburg [3].

Facteur de risque	Points attribués
Hommes ≥55, femmes ≥65	1
Pathologie vasculaire	1
Douleur à l'effort	1
Douleur <b>non</b> reproductible à la palpation	1
Le patient pense que sa douleur vient du cœur	1
<b>Total</b>	<b>Max. 5</b>
Risque d'ACS:	
0-2 points = <2,5% (faible)	
3 points = 25% (modéré)	
4-5 points = 65% (haut)	

## Score TIMI

Ce score de Boston/USA est impressionnant avec une cohorte de plus de 14'000 patients ACS d'une grande étude d'intervention thrombolyse. Avec les sujets recrutés les risques ne sont cependant valables que pour l'infarctus du myocarde avec surélévation ST (STEMI).

Tableau 3

Score TIMI [4].

Facteur de risque	Points attribués
Age ≥65 ans	1
Cardiopathie ischémique (sténose ≥50 pour-cent)	1
≥3 facteurs de risque cardiovasculaire	1
Prise d'Aspirine	1
Dénivellations ST ≥5mm	1
Marqueurs cardiaques positifs	1
Angor grave (≥2 épisodes par 24 h)	1
<b>Total</b>	<b>Max. 7</b>
Risque de décès, d'infarctus aigu du myocarde ou de revascularisation:	
0-1 point = 5%	
2 points = 8%	
3 points = 13%	
4 points = 20%	
5 points = 26%	
6-7 points = 41%	

## Conclusion

Les critères auxquels est attribuée une importance diagnostique pour l'ACS sont semblables dans les trois scores pris pour exemples. La présence constante de l'Aspirine est intéressante (comme marqueur de situation / maladie à haut risque cardiovasculaire). Le score de Marburg est frappant par la présence d'indicateurs «mous», par ex. l'interprétation de ses symptômes par le patient lui-même. Le score TIMI prend le résultat de la troponine T et lui attribue une place de pièce de mosaïque dans le diagnostic, qui n'est pas jugée plus importante que les renseignements anamnestiques et les résultats cliniques. En d'autres termes: la stratification du risque clinique est au moins aussi importante que le résultat du laboratoire!

**La stratification du risque clinique est au moins aussi importante que le résultat du laboratoire!**

### Liens vers les scores

- Score canadien: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647885](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647885); tab. 3
- Score cardiaque de Marburg: [http://leitlinien.degam.de/uploads/media/Kurzfassung\\_Brustschmerz.pdf](http://leitlinien.degam.de/uploads/media/Kurzfassung_Brustschmerz.pdf)
- Score TIMI: [www.timi.org](http://www.timi.org)

## Références

- 1 Cayley WE Jr. Diagnosing the cause of chest pain. *Am Fam Physician*. 2005;72(10):2012–21.
- 2 McDonald MA, Holroyd B, Comeau A, Hervas-Malo M, Welsh RC. Clinical risk scoring beyond initial troponin values: results from a large, prospective, unselected acute chest pain population. *Can J Cardiol*. 2007;23(4):287–92.
- 3 Bösner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, et al. Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. *CMAJ*. 2010;182(12):1295–300.
- 4 Morrow DA, Antman EM, Charlesworth A, Cairns R, Murphy SA, de Lemos JA, Giugliano RP, McCabe CH, Braunwald E. TIMI risk score for ST-elevation myocardial infarction: A convenient, bedside, clinical score for risk assessment at presentation: An intravenous nPA for treatment of infarcting myocardium early II trial substudy. *Circulation*. 2000;102(17):2031–7.

### Correspondance:

Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH  
 Institut für Hausarztmedizin Zürich  
 Pestalozzistrasse 24  
 8091 Zürich  
 sneuner[at]bluewin.ch