



Syndrome coronarien aigu

Le syndrome coronarien aigu regroupe des situations où l'apport sanguin au muscle cardiaque devient brutalement insuffisant. Il comprend des infarctus avec ou sans sus-décalage persistant du segment ST et l'angor instable. [M18, M20]

Ce qui se passe

Une complication d'une plaque coronaire et un caillot peuvent réduire ou interrompre la circulation. Le muscle manque d'oxygène ; s'il est lésé, des marqueurs comme la troponine peuvent augmenter. La présentation clinique, l'ECG et les dosages s'interprètent ensemble. Toute élévation de troponine n'est pas un syndrome coronarien aigu. [M18–M19]

Les signes qui doivent alerter

- Oppression ou douleur thoracique prolongée ou récidivante, éventuellement irradiée vers bras, mâchoire ou dos.
- Essoufflement, sueurs, nausées ou malaise ; la douleur thoracique peut être peu marquée.
- Syncope, hypotension, arythmie ou difficulté respiratoire importante : urgence majeure.

Repères médicaux : [M18–M19].

Évaluation et prise en charge

L'évaluation urgente associe ECG rapide, surveillance et troponines selon un parcours validé. Revascularisation, traitement antithrombotique et stratégie invasive sont adaptés au type de présentation et au risque. La réadaptation cardiaque et la prévention secondaire prolongent la prise en charge. Les choix dépendent aussi du risque hémorragique et des contre-indications. [M18, M20]

Les pièges à éviter

Un premier ECG normal n'exclut pas le diagnostic. Une troponine prélevée très tôt doit être interprétée selon le délai et le test utilisé. Embolie pulmonaire, dissection aortique et myocardite font partie des causes alternatives à considérer. Le soulagement d'une douleur ne démontre pas sa bénignité. [M19]



Lire le dossier

Grille de lecture JurisMedX pour le contexte suisse. Les questions ci-dessous orientent l'analyse ; elles ne constatent ni faute ni responsabilité individuelle.

Évaluation au premier contact

Comparer les symptômes transmis et l'orientation retenue, y compris lorsqu'ils sont peu typiques. Rechercher la lecture humaine de l'ECG, les heures des dosages et la prise en compte d'une persistance des symptômes. L'interprétation automatique d'un appareil ne clôt pas l'analyse.

Organisation de la filière

Dater premier contact, ECG, avis, décision et geste éventuel. Examiner la coordination entre appel, transport, urgences et cardiologie. Une moyenne de délai ou un objectif de filière n'établit pas à lui seul ce qui était réalisable pour la personne concernée.

Pronostic et conséquences

L'expertise doit distinguer l'étendue de l'atteinte initiale, son éventuelle aggravation et les facteurs préexistants. Décrire fonction cardiaque, limitations, réadaptation, activité professionnelle et besoins futurs. L'existence d'un facteur de risque cardiovasculaire ne répond pas à la question d'un retard évitable.

Les pièces à rapprocher

- Enregistrement des appels, symptômes et horaires ; ECG originaux et interprétations.
- Troponines avec type de test et temps de prélèvement ; surveillance et nouveaux symptômes.
- Avis cardiologiques, transport, coronarographie, traitements et suivi de la fonction cardiaque.

Cadre général : [J02–J04]. Distinguer le régime applicable, les faits établis, les hypothèses d'expertise et leur portée probatoire. Références juridiques communes dans le registre des sources.



LEXIQUE ET CAS PÉDAGOGIQUE

Comprendre les mots et se tester

Mot du dossier	Traduction utile
ECG	Enregistrement de l'activité électrique du cœur.
Troponine	Marqueur sanguin de lésion du muscle cardiaque, à interpréter dans son contexte.
STEMI et NSTEMI	Catégories d'infarctus selon la présentation électrocardiographique.
Revascularisation	Rétablissement de la circulation vers le muscle cardiaque.

Cas flash fictif

Cas pédagogique fictif : une personne consulte pour oppression et sueurs. Le premier ECG est normal. Une sortie est envisagée alors que l'oppression persiste ; la note ne précise ni le délai depuis le début des symptômes ni le parcours de dosage.

Corrigé

L'ECG isolé ne permet pas d'exclure un syndrome coronarien aigu. Il faut une évaluation clinique et biologique adaptée à la temporalité. Juridiquement, les éléments à rechercher sont le raisonnement de sortie, les contrôles prévus et les consignes, avant toute conclusion sur un éventuel manquement.

Rappel actif

- 1) Un ECG normal suffit-il à exclure le SCA ?

Réponse : Non. Il faut l'interpréter avec la clinique et les examens adaptés.

- 2) Une troponine élevée prouve-t-elle une thrombose coronaire ?

Réponse : Non. D'autres lésions myocardiques ou affections peuvent l'élever.

- 3) Une filière rapide garantit-elle l'absence de séquelles ?

Réponse : Non. Le pronostic dépend notamment de l'atteinte initiale ; diligence et résultat sont distincts.

Le premier examen est une photographie. Les symptômes persistants et leur évolution restent dans le dossier.



RÉFÉRENCES

Sources et repères de lecture

Vérification documentaire au 5 septembre 2026. Les identifiants dans le texte renvoient aux sources ci-dessous. Les recommandations étrangères sont des repères médicaux ; leur transposition à une situation suisse doit être discutée.

[M18] European Society of Cardiology. Guidelines for the management of acute coronary syndromes. 2023 ; référentiel européen de prise en charge.

[Consulter la source M18](#)

[M19] NICE. Recent onset chest pain of suspected cardiac origin. CG95, mise à jour 2016 ; 1.2.1, 1.2.2, 1.2.5 et 1.2.6.

[Consulter la source M19](#)

[M20] NICE. Acute coronary syndromes. NG185, 2020 ; recommandations en ligne et surveillance ciblée de mars 2026.

[Consulter la source M20](#)

Cadre juridique commun

[J02] ASSM et FMH. Bases juridiques pour le quotidien médical. Guide en ligne, chapitre 8.2 Responsabilité du médecin en droit civil et en droit pénal.

[Consulter la source J02](#)

[J03] ASSM et FMH. Information. Guide en ligne, chapitre 3.2.

[Consulter la source J03](#)

[J04] ASSM et FMH. Consentement libre et éclairé. Guide en ligne, chapitre 3.3.

[Consulter la source J04](#)

Jurisprudence : aucune décision spécifique n'est intégrée à ce décodeur. Cela ne signifie pas qu'aucune jurisprudence n'existe.

Ces ressources pédagogiques expliquent le raisonnement ; elles ne remplacent ni une évaluation médicale ni une expertise du cas concret. Les cas flash sont fictifs. Version 1.0.