

# Comment gérer un patient diabétique avec un syndrome coronarien aigu en USIC en 2021 ?

**Dr ALBERT Franck CH CHARTRES**  
**Remerciements au Pr denis Angoulvant**

2020 © 26<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2020 © 26<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

## DISCLOSURES

Grant/Research Support: None

Consulting Fees/Honoraria: BMS, Pfizer, Bayer, Boehringer-Ingelheim, Amgen, Servier, Novo nordisk

Major Stock Shareholder/Equity: none

Royalty Income: none

Ownership/Founder: none

Intellectual Property Rights: none

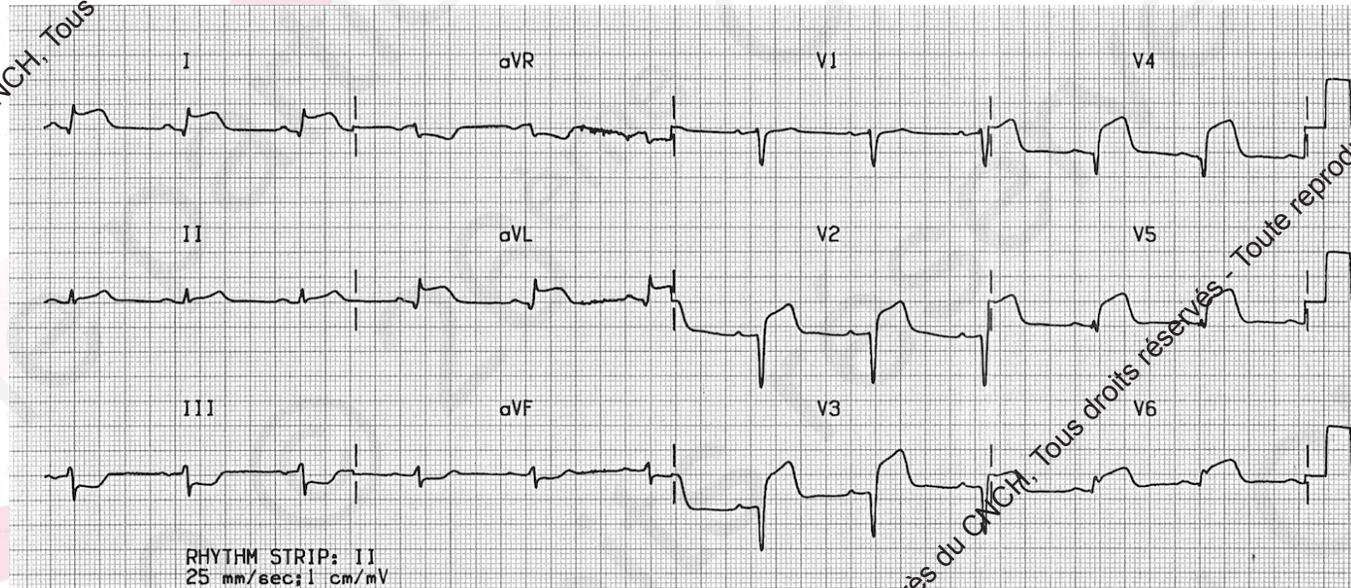
Other Financial Benefit: none

2020 © 26<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2020 © 26<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

## Cas Clinique pratico pratique

- H 68 ans, DT2 connu depuis 10 ans, HTA, 170 cm, 83 Kg
- Non fumeur / hérédité coronaire / hypercholestérolémie
- Metformine + sitagliptine + gliclazide
- Douleur thoracique angineuse de repos depuis 3 heures



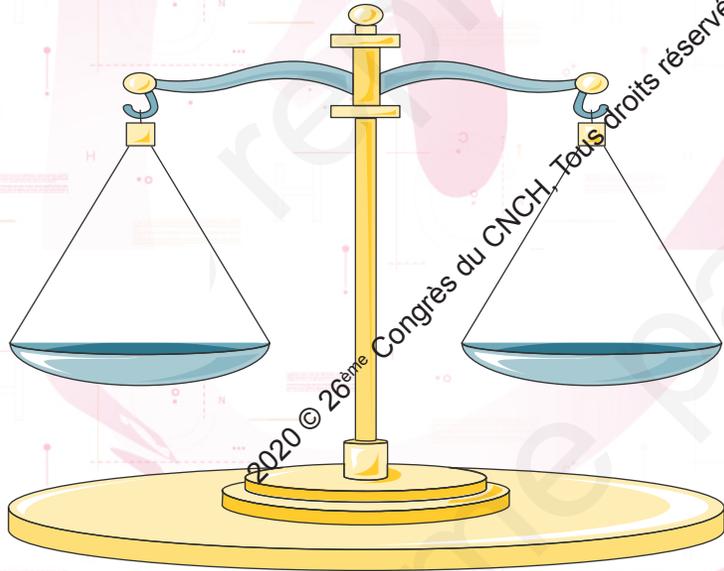
**Patient adressé en Coronarographie directement par le SAMU**

**puis prise en charge pour SCA Post Angioplastie en Usic**

**Recherche systématique de diabète**

**ATCD et glycémie à jeun et dosage de l'HbA1c**

## Gestion de la glycémie en phase aiguë mesurer, monitorer, objectif : ni trop, ni trop peu ?

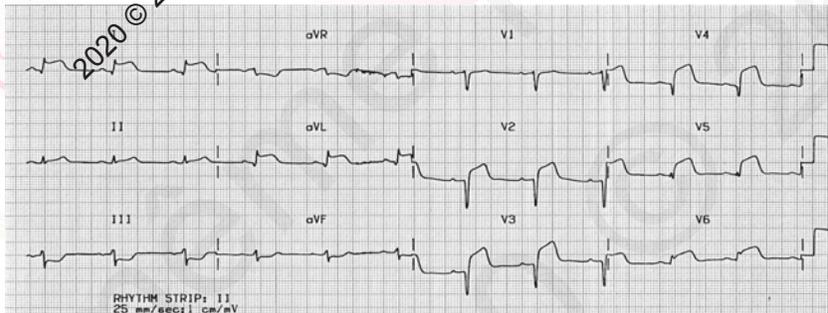


Une **insulinothérapie** peut être nécessaire pour atteindre la **glycémie cible** [Grade D, consensus]

Un **protocole** de prise en charge devrait être élaboré et le **personnel entraîné** pour assurer la mise en œuvre rapide et sûre de ces traitements afin de diminuer le risque de survenu **d'hypoglycémie** [Grade D, Consensus]

## Situation Clinique

- H 64 ans, DT2 connu depuis 5 ans, HTA, 170 cm, 83 Kg
- IMC 29kg/m<sup>2</sup>
- Metformine + sitagliptine + gliclazide / Atorvastatine 20mg
- Douleur thoracique angineuse de repos depuis 3 heures
- Pas signe IC / TA 130/70 / FC 90



Pré médication : aspirine + ticagrelor + HNF 70UI/kg

Revascularisation en urgence d'une occlusion de l'IVA par angioplastie primaire et implantation de stent actif : Monotronculaire IVA moyenne.

Glycémie à l'admission à 8 mmol, HbA1c mesurée à 7,5%. LDL mesuré à 1,6 g/L . Pas d'insuline. Surveillance dextro x 3/j. Troponin 4000 CPK 1470

Clearance creat 62 ml/mn HB 14g/l BNP 1200

FEVG 45%. Absence de complications en phase aiguë

Bi anti-agrégation ASA + ticagrelor pour au moins 12 mois.  
Introduction IEC et bêta bloqueurs

Association atorvastatine 80 mg + Ezetimibe 10 mg

Quel traitement anti diabétique prescrit par le cardiologue à la sortie à J4 avant sa sortie

Consultation diabétologue dans le mois

Séjour en réadaptation cardiaque post SCA

## Gestion du diabète après la phase aiguë : Avis des Experts

La fin de l'inertie thérapeutique pour le cardiologue ?

Quelle molécule antidiabétique pour protéger ce patient diabétique ?

Quelle collaboration diabétologue /cardiologue : Protocoles communs ?

Quel objectif lipidique ? Quel objectif tensionnel ? Quel traitement instauré par le cardiologue ?

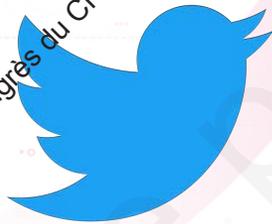
Quelle durée de la bithérapie antiplaquettaire 12 mois ou personnalisé ?

Comment prévenir son Risque de récurrence coronaire ?

Comment prévenir son risque d'insuffisance cardiaque ?

**Suivez le CNCH sur le Social Média !**

**#CNCHcongres**



**@CNCHcollege**



**@CNCHcollege**