



# 12 -ÈME CONGRES INTERNATIONAL / AFMED



## Mort cardiaque subite : Aperçu général

***OTSHUDI Raphael K.***

***Résident en Cardiologie CUK***

**Novembre 2024**

# Plan

1. Introduction
2. Causes principales
3. Facteurs de risque
4. Signes avant-coureurs
5. Mécanismes physiopathologiques
6. Diagnostic et prévention
7. Traitements d'urgence
8. Pronostic et statistiques
9. Conclusion



# 1. Introduction

## MCS

### MSC ≠ Crise cardiaque

Crise cardiaque (IDM) obstruction vasculaire par un caillot, patient conscient mais présentant une D+ thoracique typique.

MSC: Problème électrique, Perte de connaissance, pas de respiration ou respiration anormalement et cœur ne bat plus ou fibrille.

# 1. Introduction (2)

## Prévalence du problème

- Problème majeur de santé publique +++
- **Monde:** < 30 ans faible.

Risque augmenté après 30ans; avec pic 45-75 ans

Risque +++ chez les patients ayant des path. Cardiaques

En France, 40.000 cas/ an avec taux de survie de 9% venant de 3%.

**Afrique:** données limitées → manque de systèmes de surveillance robustes.

3 à 4 fois plus souvent chez l'homme que chez la femme

## 2. Causes principales

- trouble du rythme ventriculaire (FV ou TV) dans plus de 80%.
- Cardiopathies ischémiques (ex. infarctus)
- Cardiomyopathie
- Canalopathies
- Anomalies congénitales et génétiques

### 3. Facteurs de risque

- Antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire
- tabagisme
- HTA
- Cholestérol sang+++
- Obésité
- Diabète
- manque d'exercice
- consommation alcool +++
- Age / risque de MSC +++ avec l'âge. Hommes  $\geq 45$  ans et femmes de  $\geq 55$  ans +++
- Sexe / hommes 2 à 3X +++ MSC
- Utilisation de stimulants – cocaïne
- Hyperthyroïdie

## 4. Signes avant-coureurs

- fatigue ou manque d'énergie inattendu
- évanouissement
- étourdissement
- douleur à la poitrine
- L'essoufflement)
- Absence de symptômes dans certains cas



# 5. Diagnostic et Prevention

- Se fait au lieu d'accident , par la personne présente
- SAMU
- ECG+++
- Autres Examens : Echocoeur



# 6. Diagnostic et prévention

2 Catégories/

**Prévention primaire**, Patients à risque mais n'ayant jamais présenté d'accident rythmique (plus complexe).

Si cardiopathie connue en particulier après infarctus du myocarde, la prévention utilise

+Soit des médicaments (anti-arythmiques ou non anti-arythmiques) dans les groupes dits non "à haut risque",  
+Soit l'implantation prophylactique d'un défibrillateur automatique dans les groupes dits "à très haut risque".

**Prévention secondaire.**  
repose essentiellement sur l'implantation d'un défibrillateur automatique implantable, lorsque l'arrêt cardiaque est survenu en l'absence de cause aigue ou réversible

## 6. Diagnostic et prévention (2)

- La stratification du risque reste toutefois très imparfaite, essentiellement basée sur l'évaluation de la fonction ventriculaire gauche, marqueur indiscutable de mortalité mais peu spécifique.
- Tests diagnostiques (ECG, échocardiogramme)
- Programmes de prévention et de sensibilisation

# 7. Traitements d'urgence (1)

- Urgence diag. et thérapeutique .
- RCP à débiter au lieu de l'Accident « **la survie en dépend!** » **“Brain is time”**
- Alerter le SAMU
- Utilisation des défibrillateurs automatiques externes (DAE)
- Si risque d'arythmie cardiaque +++ ou présente des anomalies du système électrique du cœur, Possibilité prescrire:
  - bêta-bloquants
  - inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (inhibiteurs ECA)
  - inhibiteurs calciques

# Prise en Charge Rapide

**2**



**SAMU  
190**

Si elle ne respire pas, il s'agit d'un arrêt cardiorespiratoire :  
**Appelez le service d'urgence et commencez immédiatement la réanimation cardiopulmonaire.**  
(massage cardiaque)



**1**



**Examinez l'état de la victime.  
Si elle est inconsciente,  
Vérifiez si elle "respire" ou "ne respire pas"**



**3**



**Mettre en marche le défibrillateur et suivre les instructions vocales et visuelles.  
Entre temps, ne pas interrompre le massage cardiaque.**



# 7. Traitements d'urgence (2)

Dans certains cas, on a recours à la chirurgie:

- **Défibrillateur cardiovertteur** implantable : permettant de contrôler rythme
- **Angioplastie coronaire** : Vx coronaires étroits ou obstrués
- Pontage coronarien
- Chirurgie cardiaque
- Greffe cardiaque

## 7. Traitements d'urgence (3)

Il existe d'autres chirurgies que l'on peut effectuer aussi, dont les suivantes :

- Pontage coronarien
- Chirurgie cardiaque pour corriger toute anomalie génétique
- Greffe de cœur

# 8. Pronostic et statistiques

## Facteurs influençant le pronostic

- 1. **Délai de prise en charge** : réanimation et la défibrillation rapides = chances de survie et de récupération neuro +++.
- 2. **Pathologies sous-jacentes** : si MCChro, d'IC ou de cardiomyopathies = pronostic plus sombre, car +++ risque d'arythmies récurrentes.
- 3. **Statut neurologique** : récupération cérébrale si MCS → durée cerveau sans oxygène (risque neurologiques permanentes possible après qlq min d'anoxie).

# 8. Pronostic et statistiques (2)

## Pronostic et taux de survie

- 1. **Survie globale** : taux survie à MCS < (5 et 10 %). en fx du temps de réponse pour RCP ou défibrillation. Chaque minute sans intervention = baisse chances de survie de 7 à 10 %.
- 2. **Intervention précoce** : Usage DEA) en lieux publics = bon pronostic. Survie +++(50-70 %) si défibrillation administré ds 1<sup>er</sup> min.
- 3. **Pronostic à long terme** : risque de récurrence +++ après survient à un 1<sup>er</sup> épisode de MCS. Svt nécessité DAI pr prévenir de futurs ACs.



*merci!*