



**PRISE EN CHARGE DES
SYNDROMES CORONARIENS AIGUS AVEC
SUS DÉCALAGE DU SEGMENT ST
DANS LES 12 PREMIÈRES HEURES HORS
ARRET CARDIAQUE**

Rédaction : Bureau Cardiologie Urg'Ara

Validation : Comité Scientifique Urg'Ara

Date : 09/2023

Version : V1.0

Procédure et focus sur les délais

J.Turk Urg'Ara 16/05/2024

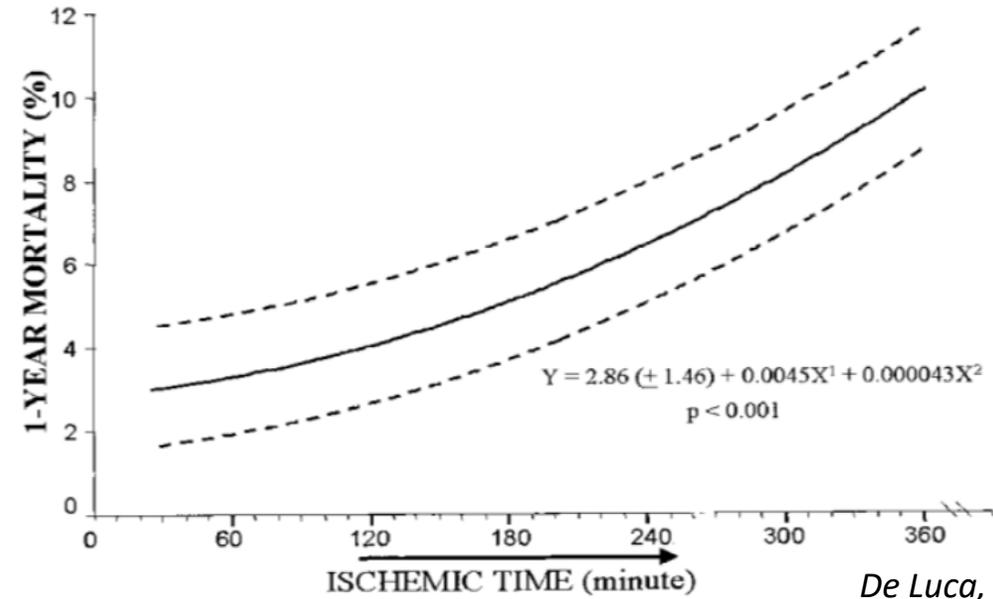
- **L'ECG diagnostique** comportera **18 dérivations** pour permettre l'exploration des dérivations **droites** et **postérieures**.
- Le délai total de l'intervention correspond au délai entre la réalisation de l'ECG par un médecin pouvant thrombolyser et le passage du guide à travers la lésion.
- Tous les patients doivent être admis, **le plus vite possible** (à considérer comme une intervention primaire) vers les centres de cardiologie interventionnelle (CCI) pour une **angioplastie primaire (AP)**, ou une éventuelle **angioplastie de sauvetage après thrombolyse**.
- Les **indications** de coronarographie doivent être prises **avant l'arrivée dans le CCI** pour un accès direct en salle de cardiologie interventionnelle si nécessaire.

Deux objectifs sur les délais :

- Aller vite



- Estimer juste



De Luca, Circulation, 2004

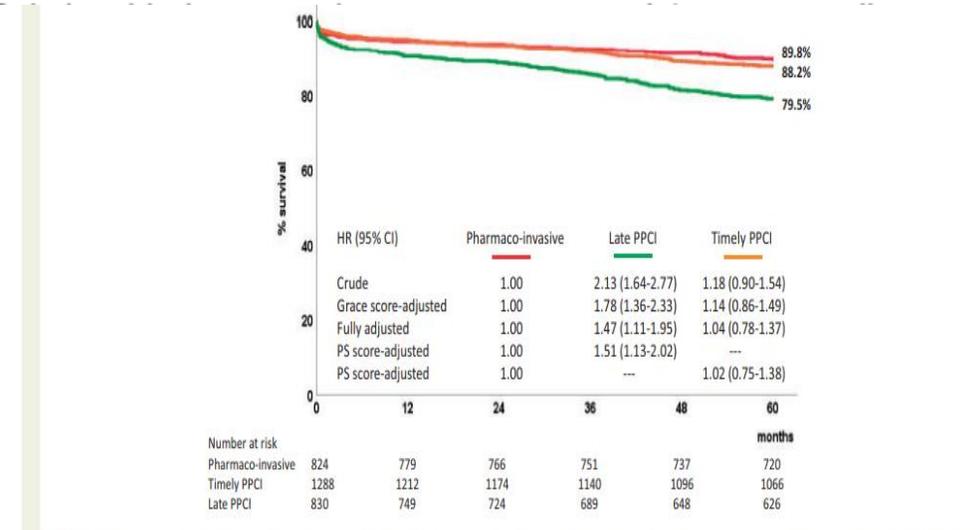
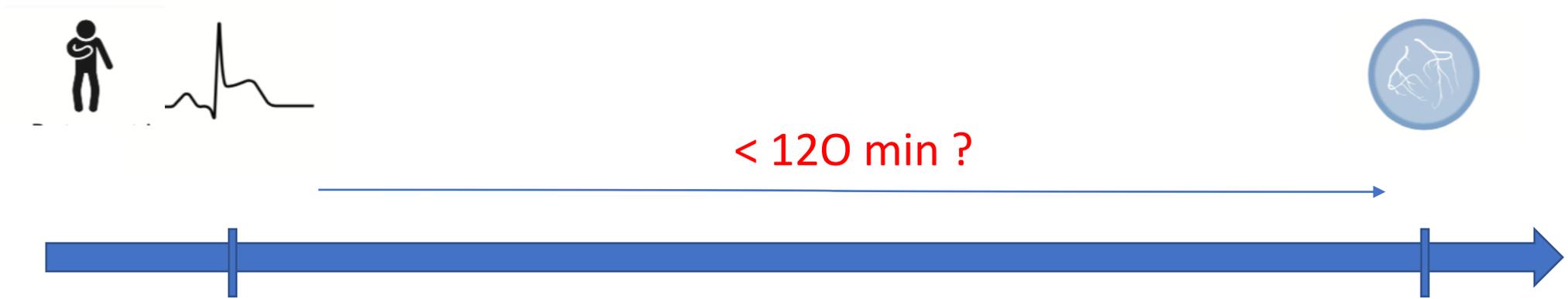
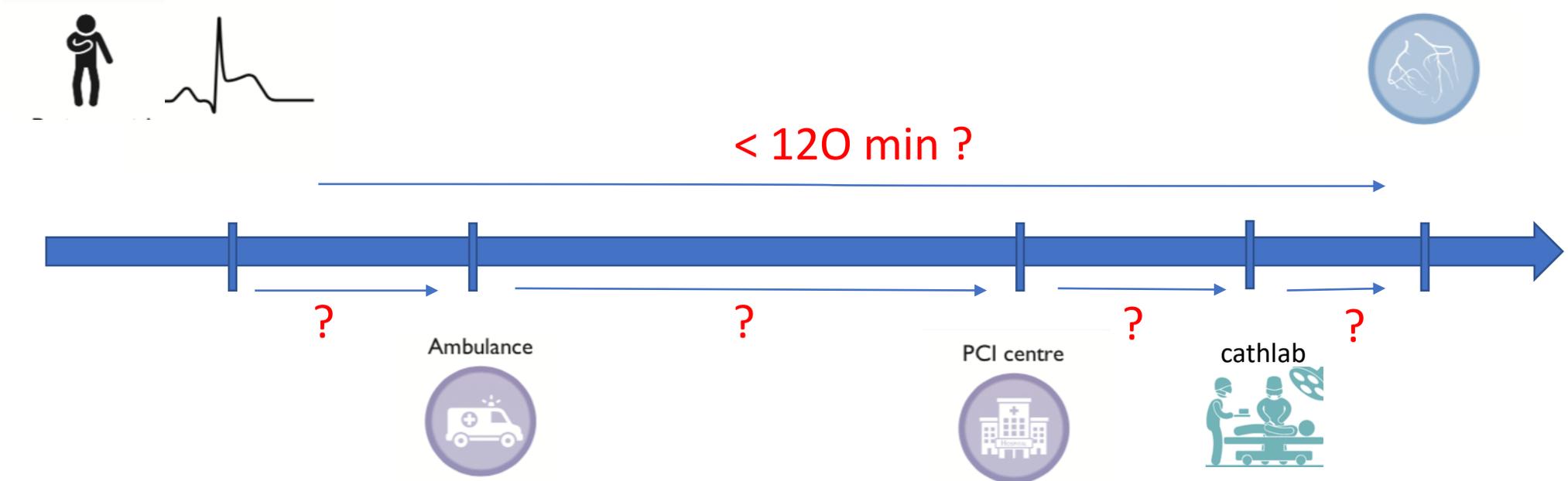


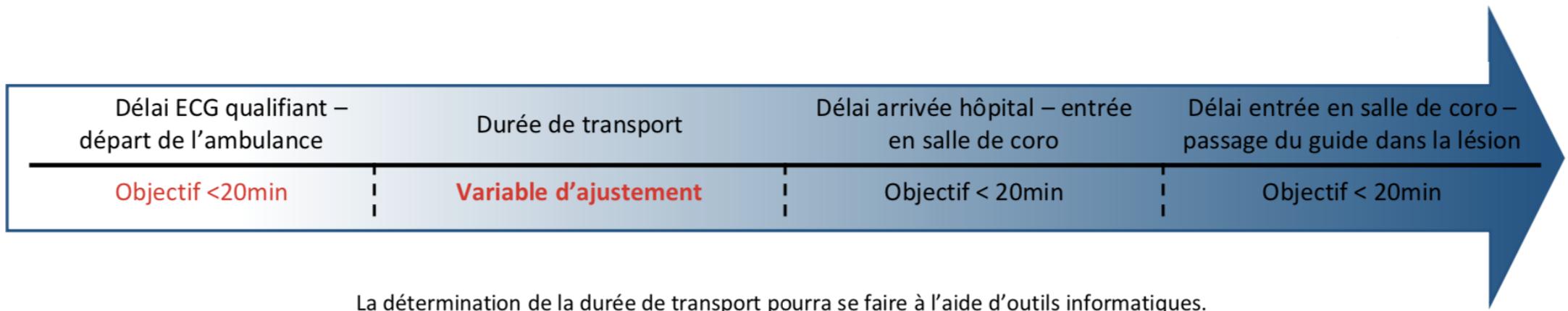
Figure 2 Five-year survival according to type of reperfusion strategy and timing of primary percutaneous coronary intervention. CI, confidence interval; HR, hazard ratio; PPCI, primary percutaneous coronary intervention.

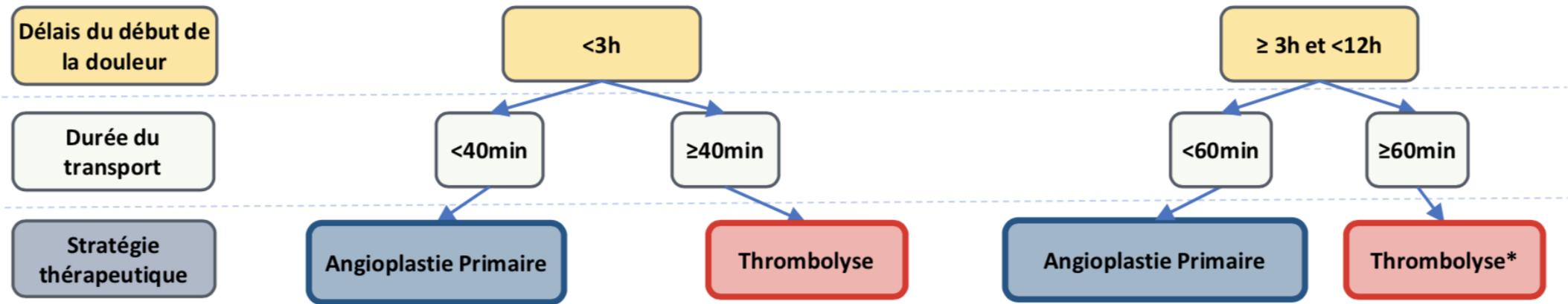
Time line



Time line







*Discuter au cas par cas pour les patients à haut risque de saignement : patients âgés et/ou porteurs de comorbidités ; envisager une thrombolyse pour les patients ayant : un temps de transport ≥ 60 min, une IC Killip 3 ou 4 et/ou une instabilité HD ou rythmique, un âge jeune

Cas particuliers

- A l'exception des patients se trouvant dans un CCI, la **thrombolyse** sera discutée pour **les patients à faible risque hémorragique souffrant depuis moins d'1h30**.
- **Les patients en choc cardiogénique ou en pré-choc** devront être orientés vers un **centre d'ECMO**.
- **Angioplastie primaire** envisageable si **STEMI >12h** après le début de la douleur et : si **douleur thoracique persistante, insuffisance cardiaque droite ou gauche ou troubles rythmiques soutenus**.

traitement

Thrombolyse

(Dans les 10 minutes suivant le diagnostic)

ASPIRINE 250mg IV

CLOPIDOGREL (Plavix®) : 300mg si <75ans

75mg si ≥75ans

TENECTEPLASE (Metalyse®) : dose poids (½ dose si ≥75ans)

Ou à défaut **ALTEPLASE** (Actilyse®) : Cf fiche du médicament

ENOXAPARINE (Lovenox®)

- si < 75 ans : 30 mg IV + 1 mg/kg SC
- si ≥ 75 ans : 0,75 mg/kg SC

Angioplastie Primaire

ASPIRINE : 250mg IV

TICAGRELOR (Brilique®) : 180mg PO

OU PRASUGREL (Efient®) : 60mg PO

Si CI PRASUGREL ou TICAGRELOR : CLOPIDOGREL (Plavix®):

600mg si <75ans ; 300mg si ≥75ans

HEPARINE NON FRACTIONNEE (HNF) : 70UI/Kg (max 10000UI) IVD puis 12UI/Kg/h IVSE (sans engendrer de retard au transport)

PRASUGREL : CI si atcd AVC ischémique ou hémorragique ou AIT, insuffisance hépatique sévère. Précautions d'emploi si âge > 75a ou <60kg
TICAGRELOR : CI si atcd AVC hémorragique, insuffisance hépatique sévère

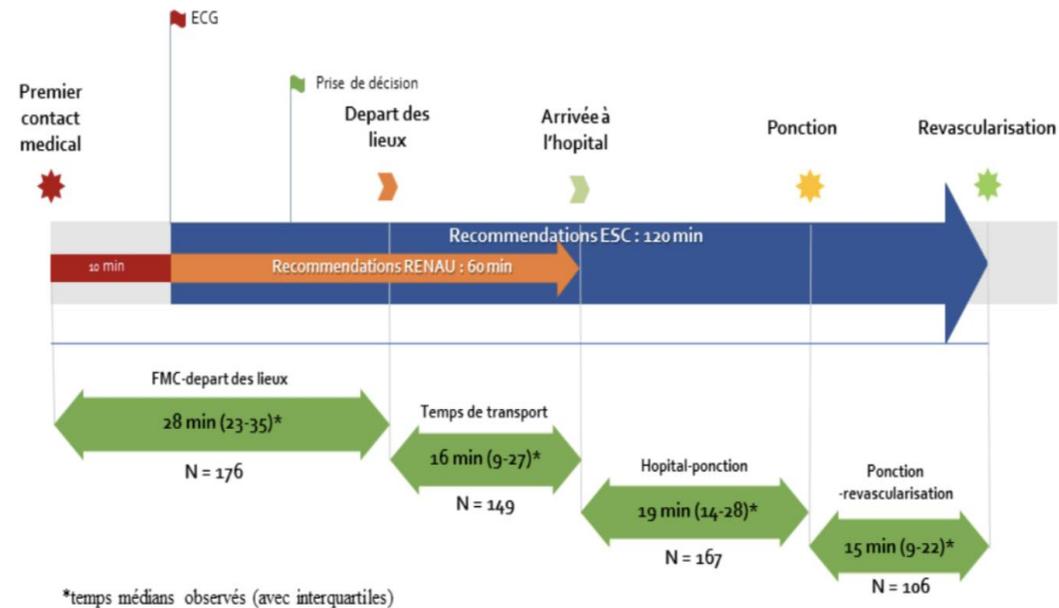
- **Patient sous AVK et AOD** : Thrombolyse contre indiquée. Donner ASPIRINE et CLOPIDOGREL (600mg si <75ans ; 300mg si ≥75ans). Ne pas donner d'HNF.
- **Patient sous CLOPIDOGREL**: Si thrombolyse : Donner la dose de charge de CLOPIDOGREL (sauf pour patient ≥75 ans). Si angioplastie : Donner dose de charge de PRASUGREL ou TICAGRELOR.
- **Patient sous PRASUGREL ou TICAGRELOR** : Donner la dose de charge si angioplastie.

Traitements adjuvants

- **Morphine** : titration IV selon la douleur
- **Pas d'O2** sauf si saturation < 90 %.
- **Contrôle glycémique**, sans engendrer de retard au transport
- **Nitrés IVSE** si OAP et/ou HTA
- **Cordarone** en cas de troubles rythmiques soutenus (cf procédure troubles du rythme)
- **VVP** bras gauche ; **Patch EMLA** radial droit

Merci de votre attention !

	OR ajusté (IC 95%)	p
ViaMichelin® ≥ 40 min	5,11 (1,7-15,33)	0,004
Vecteur de transport = VSAV	1,16 (0,42-3,18)	0,778
Age ≥ 75ans	0,59 (0,17-2,04)	0,403
Sexe = femme	3,56 (1,27-9,94)	0,015
Lieu = domicile en étage (ref)		
Lieu = maison individuelle	2,08 (0,69-6,22)	0,190
Lieu = autre	0,90 (0,22-3,74)	0,891



Facteurs patient		médiane (IQR) p value en min	Facteurs système		médiane (IQR) p value en min
Sexe	féminin	80 (54-100)	Appel SAMU	médecin	63 (57-70) 0,338
	masculin	66 (55-82)		patient ou son entourage	68 (55-86)
Age (années)	< 75	66 (55-85)	Saison	hiver (décembre à mars)	69 (58-83) 0,64
	≥ 75	70 (60-89)		reste de l'année	67 (54-87)
Poids (kg)	< 80	65 (53-81)	Secouristes sur place	ambulanciers ou pompiers	66 (54-87) 0,279
	≥ 80	67 (55-84)		SMUR seul	72 (58-83)
ATCD coronariens□	présents	72 (64-90)	Type de lieu	cabinet médical	61 (57-67) 0,001
	absents	66 (54-84)		domicile en étages	64 (51-77)
PAS (mmHg)	< 90	69 (62-93)		maison individuelle	75 (61-91)
	90-160	65 (54-84)		voie publique	56 (43-64)
	> 160	75 (58-88)		lieu de travail	52 (46-61)
FC (/min)	< 60	65 (53-86)		établissement médico social	60 (55-65)
	60-100	67 (56-85)		établissement recevant du public	79 (62-91)
	> 100	70 (51-83)		SMUR	SMUR centre coronographie
Type infarctus	antérieur étendu	60 (50-72)			SMUR hors centre coronographie
	inférieur étendu	68 (57-87)		Vecteur de transport à l'hôpital*	SMUR en UMH*
	antérieur non étendu	66 (55-84)	pompiers en VSAV médicalisé**		77 (63-94)
	inférieur non étendu	76 (60-98)	Horaire de garde	jours en semaine□□	67 (55-84) 0,915
	latéral	66 (51-87)		nuits et week-ends	67 (55-86)