

## Prise en charge paramédicale

**Défaillances Vitales**

Pose patch défibrillateur  
**Appel C15 immédiat pour demande de renfort**  
Pose VVP  
Suivre consignes médecin régulateur

**Red Flag**

Sueurs  
Teint grisâtre  
TRC > 4 sec  
Trouble de conscience

**Quick-look  
Evaluation ABCD****CARACTERISATION de la douleur**  
Douleur typique de SCA

Heure du début de la douleur  
Rétrosternale ou médiane antérieure  
Striction ou brûlure profonde  
Irradiation : membres supérieurs, mâchoire, cou  
Semblable à douleur coronarienne préalable  
Précédée de douleurs d'effort, ou au repos et de même type

**Réalisation ECG 18D****Télétransmission ECG**

<10 min après arrivée sur place

**Pose VVP** / NaCl 0,9% en attente  
Privilégier bras gauche (accès KT angioplastie)

**ECG - scope inquiétants l'équipe**

Demander un bilan prioritaire au médecin régulateur



ATCD / Traitement / rechercher prise d'anticoagulant

Recherche d'autres signes cliniques

FdRCV :

Homme > 45 ans / Femme > 55ans

ATCD familiaux (IdM fratrie/parents <65ans)

HTA

Dyslipidémie

Diabète

Tabagisme au cours des 2 dernières années

Interprétation ECG par médecin régulateur / Bilan structuré au médecin régulateur

**APRES RÉGULATION PAR MÉDECIN RÉGULATEUR**

**Situation 1 = SCA STEMI**

- Pose patch sur scope-défibrillateur
- Procédure STEMI suivant guidage téléphonique du médecin régulateur : Angioplastie primaire vs Thrombolyse

Délai ECG qualifiant – départ de l'ambulance	Durée de transport	Délai arrivée hôpital – entrée en salle de coro	Délai entrée en salle de coro – passage du guide dans la lésion
Objectif <20min	<b>Variable d'ajustement</b>	Objectif < 20min	Objectif < 20min

**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)

**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 IVD puis 12UI/Kg/h IVSE (sans engendrer de retard au transport)

- **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.

- Pose des patchs d'EMLA en radial
- Renfort médicalisé laissé appréciation du médecin régulateur
- Prise en charge de la douleur paracétamol 1g + titration morphine (dose max 0,1mg/kg)
- Oxygénothérapie uniquement pour SpO<sub>2</sub> cible >90%
- Surveillance glycémique : corriger hypoglycémie / tolérer hyperglycémie (sauf si Hi : insulinothérapie (Cf livret médicament))

## APRES RÉGULATION PAR MÉDECIN RÉGULATEUR

**Situation 2 = SCA ECG non diagnostic**

Aspegic 250 mg IV (ou per os si échec VVP)  
Evaluation du risque du SCA avec médecin régulateur

**Très Haut Risque**

- Choc cardiogénique ou instabilité hémodynamique
- Douleur thoracique persistante et réfractaire au traitement
- Insuffisance cardiaque aiguë
- Trouble du rythme menaçant
- Complications mécaniques
- Modifications dynamiques récurrentes de l'ECG évocatrice d'ischémie (élévation intermittente du segment ST)

**Haut Risque Non à haut risque**

- Elévation transitoire du segment ST
- Modification dynamiques du segment ST ou de l'onde T
- Autre FDR à considérer : insuffisance rénale ou cardiaque chronique, diabète
- Angor Instable

- Renfort médicalisé et thérapeutique (nitré) laissé à l'appréciation du médecin régulateur
- Prise en charge de la douleur paracétamol 1g + titration morphine (dose max 0,1mg/kg)
- Oxygénothérapie uniquement pour SpO<sub>2</sub> cible >90%
- Surveillance glycémique : corriger hypoglycémie / tolérer hyperglycémie (sauf HI : insulinothérapie Cf livret médicament)

**Situation 3 = Douleur thoracique avec ECG normal**

Poursuite recherche autre étiologie / signe clinique

- ✓ Dissection aortique => Douleur intense migratrice / symétrie pouls ou PA
- ✓ Pneumopathie => Essoufflement / toux / Syndrome fébrile
- ✓ Embolie pulmonaire => Essoufflement / contexte alitement ou chirurgie récente / suspicion TVP (gros mollet rouge et douloureux)
- ✓ Péricardite => Syndrome fébrile / douleur aggravée à l'inspiration profonde et soulagée à l'antéflexion
- ✓ Pneumothorax

Prise en charge de la douleur paracétamol 1g + titration morphine (dose max 0,1mg/kg)

Oxygénothérapie uniquement pour SpO<sub>2</sub> cible >93%

Surveillance glycémique : corriger hypoglycémie / tolérer hyperglycémie (sauf HI : insulinothérapie Cf livret médicament)

**Surveillance pendant Transport**

- Si AC : CEE et procédure UMH-P AC
- Si dégradation neuro, respiratoire ou circulatoire : appel médecin régulateur avec bilan structuré ABCDE
- Scope + paramètres vitaux/10 min
- Refaire ECG à 15min du premier ECG et/ou en cas de modification ou reprise de la douleur