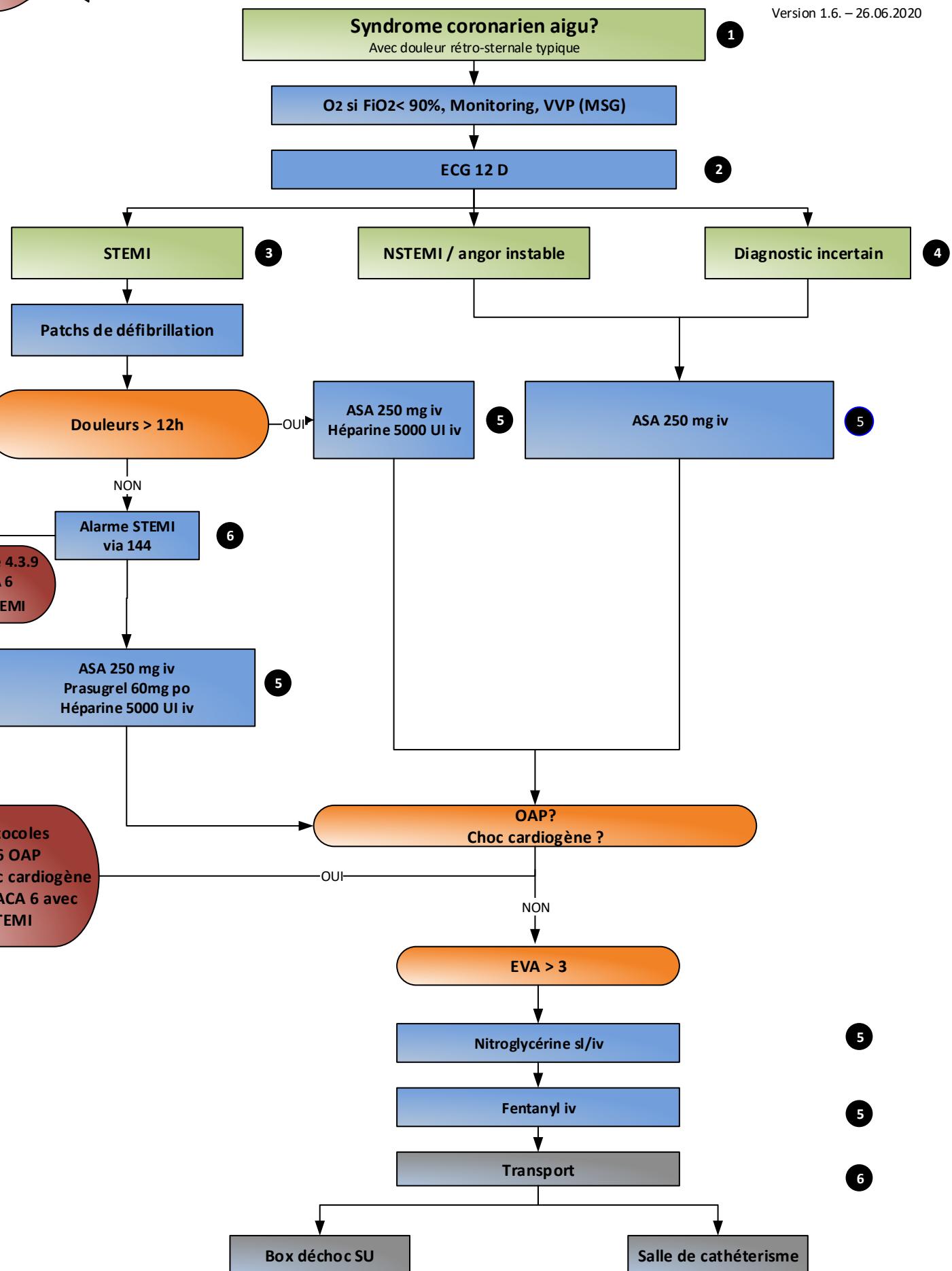


Syndrome coronarien aigu (SCA)

(ACS: Acute Coronary Syndrome)



Version 1.6. – 26.06.2020



1 Douleur rétro-sternale typique

En étau avec irradiation dans la mâchoire et les membres supérieurs. L'anamnèse et l'examen clinique sont les points clés. Ils permettent de diagnostiquer une maladie coronarienne dans 84% des cas. Si le patient utilise le signe de Levine pour décrire la douleur, la probabilité qu'elle soit d'origine cardiaque est de 77%. Rechercher les FRCV.

2 Tout patient avec une douleur thoracique doit bénéficier d'un ECG 12 dérivations dès que possible, celui-ci permettant d'accélérer sensiblement la prise en charge hospitalière.

En cas d'amélioration symptomatique après traitement par nitrés, un ECG de contrôle devrait être obtenu.

En cas de doute sur STEMI inférieur, il est possible de faire les dérivations droites (V3R et V4R).

En cas de doute sur STEMI postérieur (sous-décalages ST de V1 à V3), il est possible de faire les dérivations postérieures.

La réalisation des dérivations postérieures et inférieures ne doivent être faites que si elles ne retardent pas la prise en charge.

3 Critères STEMI

Sous-décalage persistant nouveau, ou présumé nouveau, du segment ST (au niveau du point J) dans ≥2 dérivations contiguës avec les critères ECG suivants, indépendamment de l'âge (en l'absence d'hypertrophie ventriculaire gauche connue ou de bloc de branche gauche) :

Dans toutes les dérivations, à l'exception de V₂–V₃: ≥1 mm

Dans les dérivations V₂–V₃:

≥2 mm chez les hommes ≥40 ans, ou ≥2.5 mm chez les hommes <40 ans ou ≥1.5 mm chez les femmes.

OU, sous-décalage persistant, horizontal ou oblique descendant, du segment ST nouveau, ou présumé nouveau, ≥0.5 mm et/ou inversion nouvelle, ou présumée nouvelle, des ondes T >1 mm avec onde R proéminente ou ratio R/S >1 dans ≥2 dérivations précordiales de V₁ à V₃ (STEMI postérieur).

OU, bloc de branche gauche **OU** droit nouveau, ou présumé nouveau **ET** symptômes cliniques en faveur d'une ischémie myocardique active

4 Diagnostic incertain

En cas de doute sur l'origine coronarienne, en l'absence d'un diagnostic alternatif, toujours traiter le patient comme si l'origine coronarienne était avérée.

5 Acide acétylsalicylique = ASA (Aspégic®)

Si VVP impossible, administrer Aspégic® sachet 250 mg po. Contre-indication : allergie connue.

Héparine

Ne pas administrer si déjà reçue ou si à reçu dose de charge d'HBPM ou anticoagulant oral (ex : transfert RUG, cabinet).

Si VVP impossible, administrer Héparine 5000 UI sc

Prasugrel (Efient®)

Contre-indiqué en cas d'antécédent d'AVC hémorragique ou ischémique, d'histoire récente d'ulcère/hémorragie gastro-intestinale, risque hémorragique, anticoagulation orale en cours. PAS de contre-indication d'âge ni de poids.

Dérivés nitrés

Contre-indiqués en cas de Tas<110 mmHg, d'infarctus droit, de prise d'inhibiteurs de la phosphodiésterase type 5 <48h

Non indiqué de routine en cas de STEMI. A considérer si hypertension et/ou insuffisance cardiaque sans choc.

Indiqué pour le traitement de la symptomatologie angineuse associée au SCA sans surélévation ST.

Fentanyl

0.5–1 mcg/kg iv dose de charge, puis titration 0.2–0.5 mcg/kg iv, 3 mcg/kg iv max

6 Alarme STEMI via 144 :

Déclenchée uniquement si critères STEMI selon point 3 associés à symptômes compatibles avec une ischémie myocardique, par exemple douleur thoracique typique prolongée (>20 min) et persistante

Lors de l'annonce du STEMI les critères d'instabilité cliniques (OAP, choc cardigène, etc.) doivent être impérativement annoncés

Objectif : coordination d'équipe, appel à des intervenants particuliers (ex : anesthésistes) et priorisation des interventions

Considérer l'appel pour concertation avec la garde de cardiologie via le 144 (avant de déclencher l'alarme STEMI) lors des situations suivantes :

STEMI avec douleurs>12h,

Doute diagnostique (par ex BBG/BBD non daté)

Limitations thérapeutiques, score de Frailty>5

Objectif : orientation accélérée du patient à l'admission

Références : 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation, European Heart Journal (2018) 39, 119–177

Thygesen et al; ESC Scientific Document Group. Eur Heart J. 2019; 40 (3):237-269.

Protocole rédigé en collaboration avec le Dr Juan Iglesias (service de cardiologie)