

# Syndrome coronarien aigu (SCA)

(ACS: Acute Coronary Syndrome)



Version 1.7b. – 15.12.2023

**Syndrome coronarien aigu?**  
Avec douleur rétro-sternale typique 1

O<sub>2</sub> si FiO<sub>2</sub> < 90%, Monitoring, VVP (MSG)

ECG 12 D 2

**STEMI** 3

Patchs de défibrillation

Douleurs > 12h

ASA 250 mg iv 5

**Diagnostic incertain** 4

ASA 250 mg iv 5

**NSTEMI / angor instable**

**NSTEMI**  
(troponine documentée)

**Angor instable**

Héparine 5000UI iv (si non administrée préalablement) 5

Protocole 4.3.9 NACA 6 avec STEMI

Alarme STEMI via 144 6

ASA 250 mg iv  
Héparine 5000 UI iv 5

Protocoles 5.6 OAP  
5.10 Choc cardiogène  
4.3.9 NACA 6 avec STEMI

OAP?  
Choc cardiogène ?

EVA > 3

Nitroglycérine sl/iv 5

Fentanyl iv 5

Transport 6

Box dé choc SU

Salle de cathéterisme

- 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 dériviations 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 dériviations droites (V3R et V4R).  
En cas de doute sur STEMI postérieur (sous-décalages ST de V1 à V3), il est possible de faire les dériviations postérieures. La réalisation des dériviations postérieures et inférieures ne doivent être faites que si elles ne retardent pas la prise en charge.
- 3 **Critères STEMI**  
Sus-décalage persistant nouveau, ou présumé nouveau, du segment ST (au niveau du point J) dans  $\geq 2$  dériviations contiguës
  - $\geq 2,5$  mm chez les hommes de  $<40$  ans,  $\geq 2$  mm chez les hommes de  $\geq 40$  ans ou  $\geq 1,5$  mm chez les femmes quel que soit leur âge dans les dériviations V2–V3;
  - et/ou  $\geq 1$  mm dans les autres dériviations (en l'absence d'hypertrophie ventriculaire gauche ou bloc de branche gauche)**OU**, sous-décalage persistant, horizontal ou oblique descendant, du segment ST nouveau, ou présumé nouveau,  $\geq 0,5$  mm et/ou inversion nouvelle, ou présumée nouvelle, des ondes T  $>1$  mm avec onde R proéminente ou ratio R/S  $>1$  dans  $\geq 2$  dériviations précordiales de V<sub>1</sub> à V<sub>3</sub> (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  
**Dérivés nitrés**  
Contre-indiqués en cas de Tas  $<110$  mmHg, d'infarctus droit, de prise d'inhibiteurs de la phosphodiesterase type 5  $<48$ h  
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 de l'alarme STEMI, indiquer dans la mesure du possible l'identité et la date de naissance, le délai d'arrivée, le territoire ECG ET dans tous les cas les critères d'instabilité cliniques (OAP, choc cardiogène, troubles du rythme.)  
**Objectif** : coordination d'équipe, alarme à des intervenants particuliers (ex : anesthésistes) et priorisation des interventions.  
En cas de doute sur les critères d'alarme, le médecin cadre référent du SMUR est le médecin cadre BSC joignable 24/7 via le 144 (ex : STEMI avec douleurs  $>12$ h, BBG ou BBD nouveau avec douleur typique  $<12$ h, doute diagnostic, score de Frailty  $>5$ , limitations thérapeutiques, etc).  
**Objectif** : prise de décision et orientation accélérée du patient à l'admission.  
Les alarmes STEMI sont acheminées au *garage des ambulances*, pour rendez-vous avec le cardiologue de garde. Si ce dernier est absent à l'arrivée de l'ambulance, l'équipe SMUR – ambulance accompagne le patient au SU.