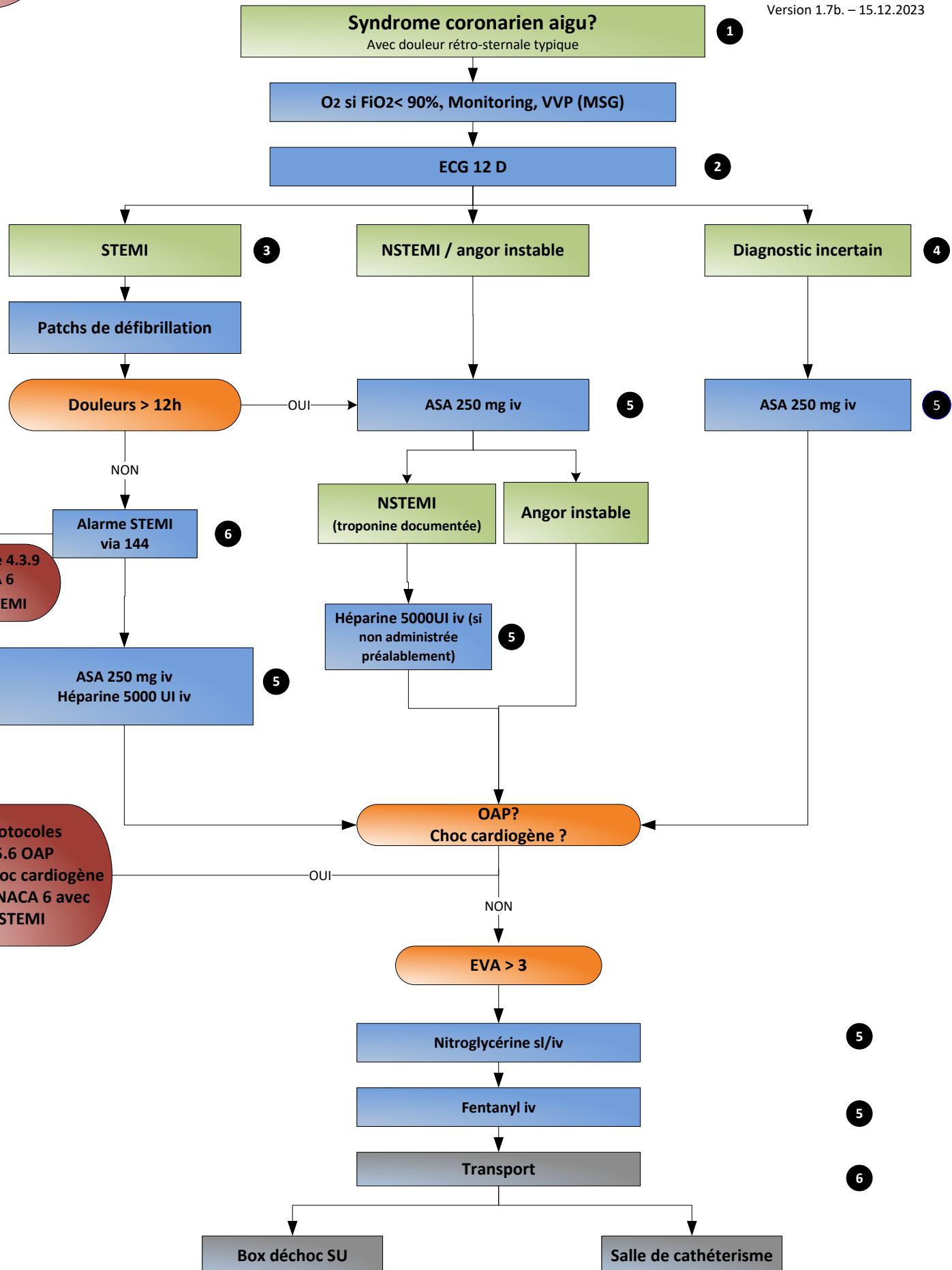


Syndrome coronarien aigu (SCA)

(ACS: Acute Coronary Syndrome)



Version 1.7b. – 15.12.2023



Douleur rétro-sternale typique

- 1 En état 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.

Critères STEMI

Sous-décalage persistant nouveau, ou présumé nouveau, du segment ST (au niveau du point J) dans ≥ 2 dérivations contiguës

- $\geq 2,5$ mm chez les hommes de <40 ans, ≥ 2 mm chez les hommes de ≥ 40 ans ou $\geq 1,5$ mm chez les femmes quel que soit leur âge dans les dérivations V2–V3;
 - et/ou ≥ 1 mm dans les autres dérivations (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 ≥ 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

Diagnostic incertain

- 4 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.

Acide acétylsalicylique = ASA (Aspégic®)

- 5 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 phosphodiésterase 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'équipage SMUR – ambulance accompagne le patient au SU.

Références : 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes, European Heart Journal (2023) 44, 3720–3826
Protocole rédigé en collaboration avec le Dr Juan Iglesias (service de cardiologie)