

 HUG Hôpitaux Universitaires Genève	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_000000017
	Approbateur : ROULIN Marie-Jose	Version n° 1.2
Protocole clinique relatif aux indications à la coronarographie en urgence en cas d'arrêt cardio-respiratoire (ACR) extra-hospitalier non traumatique avec rétablissement d'une circulation spontanée (ROSC)		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-soignante	Approuvé le 22/01/2024

1. PHASE PRÉ-HOSPITALIÈRE

1.1. ECG post-réanimation AVEC critères diagnostiques de STEMI (voir critères ECG pour le déclenchement de l'alarme STEMI HUG)

- Attitude :
 - **Activation de l'alarme STEMI (voir protocole 'Alarme STEMI')**
 - Remarque : la survenue d'une arythmie ventriculaire maligne (fibrillation ou tachycardie ventriculaires) ne constitue pas, à elle seule, un critère diagnostic de STEMI.

1.2. ECG post-réanimation **SANS** critères diagnostiques de STEMI et **SANS** bloc de branche gauche:

- Attitude :
 - **Pas d'activation de l'alarme STEMI**
 - Si possible, appel depuis le pré-hospitalier au CDC des urgences qui alerte le médecin interne de cardiologie de garde
 - Patient transféré au Service des Urgences (pas de transfert direct en salle de cathétérisme cardiaque)

2. PHASE HOSPITALIÈRE (SERVICE DES URGENCES)

2.1. Évaluation clinique multidisciplinaire globale (services des Urgences, Anesthésie, Soins Intensifs et Cardiologie)

- Attitude :
 - Âge, anamnèse et comorbidités du patient (recherche dossier médical sur DPI)
 - Premier rythme documenté : rythme choquable versus rythme non choquable
 - Durées de *no flow/low flow* et conditions de la réanimation cardio-pulmonaire*
 - ECG 12 pistes
 - Gazométrie artérielle
 - Echocardiographie transthoracique

Protocole clinique relatif aux indications à la coronarographie en urgence en cas d'arrêt cardio-respiratoire (ACR) extra-hospitalier non traumatique avec rétablissement d'une circulation spontanée (ROSC)

2.2. Évaluation de l'indication à la coronarographie en urgence

2.2.1. Coronarographie en urgence, si :

- **Évidence ou suspicion d'une ischémie myocardique active** (*ongoing myocardial ischaemia*)
 - Modifications ECG persistantes à l'admission aux urgences compatibles avec une ischémie myocardique aiguë
 - ET dysfonction systolique ventriculaire gauche globale ou segmentaire
- **ET conditions de la réanimation cardio-pulmonaire favorables***
- **ET pas de suspicion immédiate pour un diagnostic alternatif**
- **ET pas de dysfonction ventriculaire gauche connue** (sur DPI)

2.2.2. Pas de coronarographie en urgence, si :

- **Pas d'évidence ou suspicion d'une ischémie myocardique active** :
 - Pas modifications ECG persistantes à l'admission aux urgences compatibles avec une ischémie myocardique aiguë
 - ET fonction ventriculaire gauche normale
- **ET/OU âge avancé/comorbidités importantes du patient** (sur DPI)
- **ET/OU conditions de la réanimation cardio-pulmonaire défavorables***
- **ET/OU suspicion de diagnostic alternatif**
- **ET/OU dysfonction ventriculaire gauche connue** (sur DPI)
- **Attitude** :
 - **Suivi rapproché des biomarqueurs cardiaques**
 - **Rediscuter l'indication à une coronarographie dans un deuxième temps selon réveil et évolution neurologique/clinique.**

*critères pré-hospitaliers défavorables indiquant une faible probabilité de récupération neurologique et qui devraient être pris en compte pour **renoncer à une stratégie invasive en urgence** comprennent:

- ACR sans témoin.

Protocole clinique relatif aux indications à la coronarographie en urgence en cas d'arrêt cardio-respiratoire (ACR) extra-hospitalier non traumatique avec rétablissement d'une circulation spontanée (ROSC)

- Absence de réanimation cardio-pulmonaire de base (*Basic Life Support*) durant >10 minutes (slow/no flow).
- Présence d'un rythme initial non choquable (asystolie, activité électrique sans pouls).
- Réanimation cardio-pulmonaire avancée (*Advanced Life Support*) prolongée (>20 minutes) sans rétablissement d'une circulation spontanée.

3. REFERENCES

- Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, Caforio ALP, Crea F, Goudevenos JA, Halvorsen S, Hindricks G, Kastrati A, Lenzen MJ, Prescott E, Roffi M, Valgimigli M, Varenhorst C, Vranckx P, Widimský P; ESC Scientific Document Group. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2018;39(2):119-177.
- Lemkes JS, Janssens GN, van der Hoeven NW, Jewbali LSD, Dubois EA, Meuwissen M, Rijpstra TA, Bosker HA, Blans MJ, Bleeker GB, Baak R, Vlachojannis GJ, Eikemans BJW, van der Harst P, van der Horst ICC, Voskuil M, van der Heijden JJ, Beishuizen A, Stoel M, Camaro C, van der Hoeven H, Henriques JP, Vlaar APJ, Vink MA, van den Bogaard B, Heestermans TACM, de Ruijter W, Delnoij TSR, Crijs HJGM, Jessurun GAJ, Oemrawsingh PV, Gosselink MTM, Plomp K, Magro M, Elbers PWG, van de Ven PM, Oudemans-van Straaten HM, van Royen N. Coronary Angiography after Cardiac Arrest without ST-Segment Elevation. N Engl J Med. 2019;380(15):1397-1407.
- Janssens GN, van der Hoeven NW, Lemkes JS, Everaars H, van de Ven PM, Marques KMJ, Nap A, van Leeuwen MAH, Appelman Y, Knaapen P, Verouden NJW, Allaart CP, Brinckman SL, Saraber CE, Plomp KJ, Timmer JR, Kedhi E, Hermanides RS, Meuwissen M, Schaap J, van der Weerd AP, van Rossum AC, Nijveldt R, van Royen N. 1-Year Outcomes of Delayed Versus Immediate Intervention in Patients With Transient ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. JACC Cardiovasc Interv. 2019;12(22):2272-2282.

Protocole clinique relatif aux indications à la coronarographie en urgence en cas d'arrêt cardio-respiratoire (ACR) extra-hospitalier non traumatique avec rétablissement d'une circulation spontanée (ROSC)

4. AUTEURS

Iglesias Juan F. - Médecin adjoint – Service de cardiologie, D-MED
Roffi Marco - Médecin adjoint – Service de cardiologie, D-MED

5. VALIDATION

Bendjelid Karim – Médecin adjoint agrégé – Service des soins intensifs, D-MA
Iglesias Juan F. – Médecin adjoint – Service de cardiologie, D-MED
Giraud Raphaël – Médecin adjoint agrégé – Service des soins intensifs, D-MA
Roffi Marco – Médecin adjoint – Service de cardiologie, D-MED
Sarasin François – Médecin-chef de service – Service des urgences, D-MA
Référentiel Médico-Soignant (RMS)

Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.

Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.