	DMU - SAMU 49 - SMUR Angers	0800-DO-THE-04
	<i>Protocole thérapeutique</i>	
	Syndrome Coronarien Aigu (SCA)	
		V9 18/03/2022
		Version initiale 01/04/2008

Rédaction	Validation	Approbation
Dr Hamdan - PH - DMU	Dr Carraro - PHC - DMU Dr Moumneh - PH - DMU	Pr Savary - Chef de Service - DMU Pr Prunier - Chef de Service - Cardio

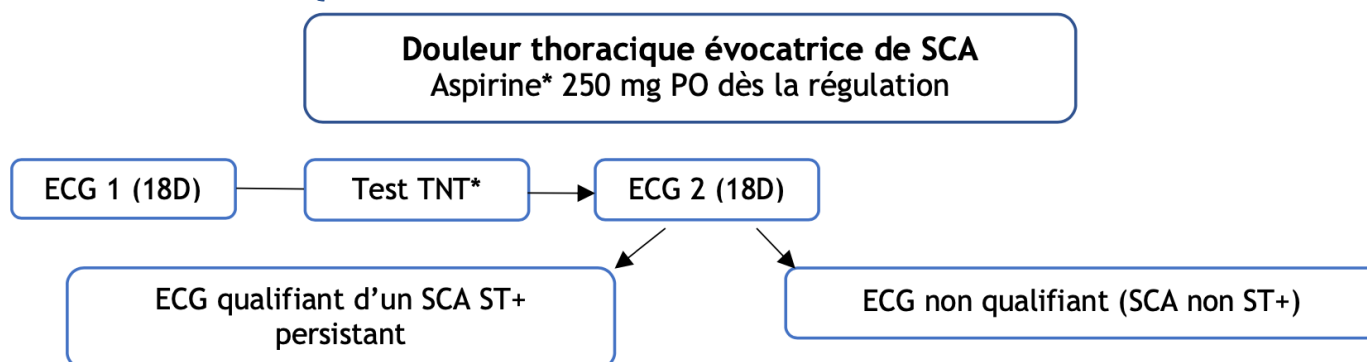
1. POINTS ESSENTIELS

- « Time is muscle » : le respect des délais de reperfusion est primordial dans le SCA ST+
- Pas de prétraitement par inhibiteur des P2Y12 (Ticagrelor) dans le SCA non ST+

2. DESTINATAIRES POUR APPLICATION

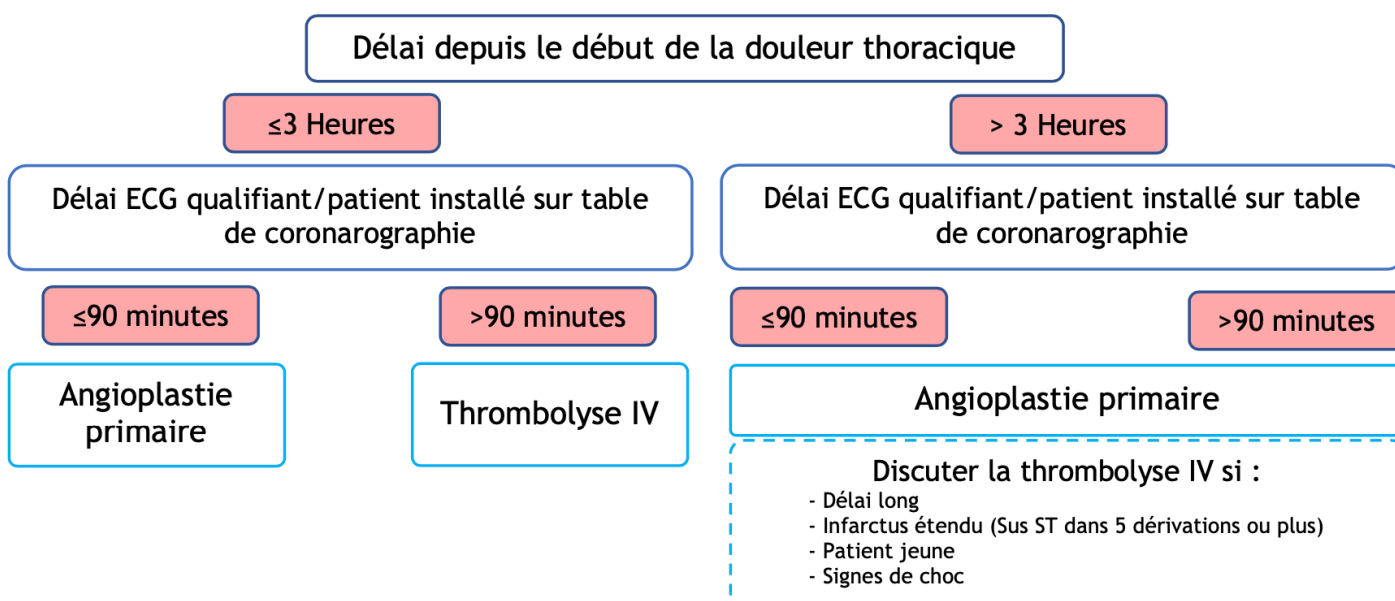
Médecins du Département de Médecine d'Urgence

3. DEMARCHE DIAGNOSTIQUE



4. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES SCA ST+

4.1 Choix de la stratégie de reperfusion



Remarques :

- Pour les SCA ST+ avec indication de thrombolyse pour les patients âgés >75 ans : décision collégiale entre médecin SMUR et cardiologue sénior de garde
- Intérêt du contact précoce avec le cardiologue de garde dès le diagnostic posé et la stratégie thérapeutique décidée (disponibilité de la table de coronarographie à organiser en amont)

4.2 Thérapeutique en fonction de la stratégie de reperfusion

4.2.1 Angioplastie primaire

- **Aspirine** 300 mg PO ou 250 mg IV si non faite
- **Ticagrelor (Brilique®)** 180 mg oro-dispersible
- **Héparine Non Fractionnée (HNF)** 70 UI/kg IVD (max : 7000 UI), puis perfusion d'HNF de 12 UI/kg/h si transfert en salle de coronarographie > 1 heure

Remarques :

- Si patient sous AOD ou AVK : Pas d'HNF, Pas de Ticagrelor :
 - Clopidogrel PO 600mg si <75ans, 300mg si >75ans
- Si vomissement avant la coronarographie : redonner la même dose de charge orale
- Pas d'O2 sauf si saturation < 90 %

4.2.2 Thrombolyse

- **Aspirine** 300 mg PO ou 250 mg IV si non faite
- **Tenecteplase (Métalyse®)** bolus unique adapté au poids ; Si âge>75 ans : faire une demi-dose poids ; posologies précisées en annexe en fin de document
- **Clopidogrel (Plavix®)** 300 mg PO si <75 ans ; 75mg PO si >75ans
- **Héparine Non Fractionnée** 60 UI/kg IVD (max : 4000 UI) puis perfusion d'HNF de 12 UI/kg/h

4.2.3 Contre-indication à la thrombolyse

Absolues :

- Antécédent d'hémorragie intracrânienne ou AVC d'étiologie inconnue
- AVC ischémique < 6 mois
- Lésion cérébrale (malformation artério-veineuse, néoplasie)
- Chirurgie, traumatisme majeur ou traumatisme crânien < 1 mois
- Hémorragie gastro-intestinale < 1 mois
- Coagulopathie
- Dissection aortique
- Ponction rénale, hépatique, lombaire < 24h

Relatives :

- AIT<6mois
- Anticoagulation
- Grossesse ou post-partum< 1 mois
- Hypertension artérielle réfractaire (P As>180mmHg et/ou P Ad>110 mmHg)
- Insuffisance hépatocellulaire avancée
- Endocardite infectieuse
- Ulcère gastrique actif
- Compressions thoraciques prolongées

4.2.4 Autres thérapeutiques

- **Morphine** en titration IV si EVA>3 sans dépasser 10 mg
- **Insuline** au PSE si glycémie > 2g/l (1 UI/h par gramme de glycémie > à 1 g/l)
- **Atenolol (Tenormine®)** 5mg en IV uniquement si HTA sévère ou TV soutenue, et en l'absence de signes d'insuffisance cardiaque

5. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES SCA non ST+

5.1 Identification et traitement des SCA non ST+ à Haut risque

SCA non ST+ à Haut risque

(Présence d'au moins un critère)

- Douleur thoracique typique persistante.
- OAP ou choc.
- Troubles du rythme ventriculaire menaçant.
- Sous ST ≥ 3 mm dans ≥ 2 dérivations et sus ST en AVR.

5.1.1 Thérapeutiques spécifiques

- **Aspirine** 300 mg PO ou 250 mg IV si non faite
- **Héparine Non Fractionnée (HNF)** 70 UI/kg IVD (max : 7000 UI) puis perfusion d'HNF de 12 UI/kg/h
 - Si patient sous AOD ou AVK : Pas d'HNF
- **Pas de Ticagrelor**

5.1.2 Autres thérapeutiques

- **Morphine** en titration IV si EVA>3 sans dépasser 10 mg
- **Insuline** au PSE si glycémie > 2g/l (1 UI/h par gramme de glycémie > à 1 g/l)
- **Atenolol (Tenormine®)** 5mg en IV uniquement si HTA sévère ou TV soutenue, et en l'absence de signes d'insuffisance cardiaque

5.2 Identification et traitement des SCA non ST+ à Risque intermédiaire

SCA non ST+ à Risque intermédiaire

(Présence d'au moins un critère)

- Troponines +
- Sous ST ou T < 0,
- Insuffisance rénale,
- Diabète,
- FEVG < 40 %,

5.2.1 Thérapeutiques spécifiques

- **Aspirine** 300 mg PO ou 250 mg IV si non faite

5.2.2 Rappels

- Pas de Ticagrelor
- Pas d'HNF

5.3 SCA non ST+ à Faible risque

- La stratégie de prise en charge dépendra du bilan

6. ORIENTATION

6.1 Des SCA ST+

- Les patients thrombolysés, les patients hémodynamiquement instables, et les patients avec une indication de chirurgie d'urgence (rupture de pilier...), doivent être orientés vers l'USIC du CHU après avoir joint le cardiologue senior : 0665807081
- Les patients de la filière angioplastie primaire doivent être déposés en salle de coronarographie
- Les patients dont le diagnostic a été posé au SAU du CHU doivent être déposés en salle de coronarographie du CHU et leur transport est une mission prioritaire
- Lorsque la volonté exprimée des patients de la filière angioplastie est de venir au CHU ou en l'absence de souhait, les patients sont amenés en salle de coronarographie du CHU (tel cardiologue senior : 0665807081)
- Il faut tenir compte de la volonté exprimée des patients de la filière angioplastie qui souhaitent être pris en charge à la clinique St Joseph (tel cardiologue : 0630447209)

6.2 Des SCA non ST+

- Les SCA non ST+ à Haut risque, à risque intermédiaire ou à faible risque mais dont l'origine cardiaque des symptômes est hautement probable doivent être orientés vers une USIC ou le CDT
- Les SCA non ST+ à Faible risque dont l'origine cardiaque est peu probable doivent être orientés vers un SAU

7. REFERENCES

ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- Segment elevation. Eur Heart J (2018) 39, 119-177.

ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J (2021) 42, 1289-1367.

8. ANNEXE : Posologies pour thrombolyse

- **Tenectéplase (Métalyse®)** bolus unique adapté au poids ; Si âge > 75 ans : faire une demi-dose poids ; posologies précisées en annexe en fin de document

Poids corporel du patient en kg (P)	Tenectéplase (U)	Tenectéplase (mg)	Volume de la solution reconstituée (ml)
P < 60	6000	30	6
60 ≤ P < 70	7000	35	7
70 ≤ P < 80	8000	40	8
80 ≤ P < 90	9000	45	9
P ≥ 90	10 000	50	10

- *En l'absence de Tenectéplase disponible, utilisation possible d'Alteplase (Actilyse®) :*

<i>Préparer 2 PSE identiques : reconstituer chaque flacon dans un volume de 50 ml (Concentration 1 mg/ml)</i>				
<i>PSE n° 1 pour le bolus et 2^{de} perfusion</i>				
<i>PSE n° 2 pour la 1^{ère} perfusion</i>				
BOLUS : 15 mg soit 15 ml				
Immédiatement suivi du PSE n° 2 sur 30 mn selon le poids				
POIDS (Kg)	45-50	50-55	60-65	>65 Kg
Volume en ml à perfuser à partir du PSE n° 2	35	40	45	50
Vitesse en ml/h du PSE n° 2	70	80	90	100
A la fin du PSE n° 2 reprendre immédiatement le PSE1 à passer sur une heure, selon le poids				
Volume en ml à perfuser à partir du PSE n° 1	24	26	30	35
Vitesse en ml/h du PSE n° 1	24	26	30	35