

	SAMU 49 – SMUR Angers	0800-DO-THE-04
	Protocole thérapeutique Syndrome Coronarien Aigu	
	V6 27/07/2013 Version initiale 01/04/2008	

Rédaction	Validation
L. Houssin – PH – SAMU 49	A. Furber – PU-PH – Cardiologie CHU

En présence d'une douleur ou autre (malaise...) évoquant un syndrome coronarien aigu (SCA) :

- * **Scope - ECG 17 dérivations** dans les **10 min. +++ puis toutes les 10 min.**
- * **Interroger (FDR** dont cocaïne, délais), **examiner**, rechercher les diagnostics différentiels
- * **VVP** (sérum physiologique, si IVG : G5%) **au-dessus du 1/3 inf de l'avant-bras** (pour laisser la ponction radiale)
- * **PA** aux 2 bras, **FR, Saturation, EVA** et **température + bilan biologique** (+ groupe Rh), **Dextro** et Hb capillaire
- * **Epreuve TNT spray** (Lénital : 0,3 mg): 2 bouffées puis ECG à 5 min (sauf CI)

1) SCA ST + ou équivalent : Reperfusion en urgence

Choix du TYPE de REPERFUSION des SCA ST+ en fonction des délais
(Douleur, ECG diagnostic, arrivée en coronarographie)

Délais en heures ↓	Délai Douleur-ECG			
	< 2h	> 2h et < 6h	> 6h et < 24h	> 24h
< 1/2h				
> 1/2h et < 1h	patients < 65 ans infarctus graves			
> 1h ou délai	cardio ballon	inconnu		

Fibrinolyse (hors CI)
 Angioplastie

Délai ECG-cardio
(cardio= table de coro)
(NB : cardio- ballon = 30mn sur Angers)

Poids	METALYSE® IV
< 60 kg	30 mg (6 ml)
60-69 kg	35 mg (7 ml)
70-79 kg	40 mg (8 ml)
80-89 kg	45 mg (9 ml)
≥ 90 kg	50 mg (10 ml)

SCA ST + ou BBG récent et critères de FIBRINOLYSE :	
	* Aspégic : 225 mg PO +++ (3 x 75mg) ou 125 mg IV
+	* Plavix (clopidogrel) 75mg : 4cp (1 cp si > 75 ans)
+	* Métalyse (tenecteplase) : 30 à 50 mg / selon poids
+	* Lovenox (100mg/ml) : 0,3 ml IV + 1mg/kg SC, si âge > 75 ans : 0, 75 mg/kg SC
Ou si insuffisant rénal sévère (Cl < 30ml/min)	* Héparine (HNF) : 60 UI/kg (≤ 4000 UI) puis 12 UI/kg/h (≤ 1000 UI/h, 800 si P < 60kg)

- CI à la Fibrinolyse :**
- Troubles de coagulation dont AVK
 - Hémorragie ou à risque (dont dissection aortique)
 - AVC de moins de 1 an, intracrânien
 - Chirurgie ou TC de moins de 2 mois
 - Processus ou anévrisme intracrânien
 - Rétinopathie hypertensive ou diabétique
 - HTA sévère non contrôlée (PA > 160/95 mmHg)
 - Insuffisance hépatique ou rénale sévère

SCA ST + ou équivalent* et critères d'ANGIOPLASTIE	
	* Aspégic : 225 mg PO (3 x 75mg) au mieux ou 125 mg IV
+	* Effient (prasugrel) 10mg : 6 cp
si âge > 75ans, P < 60kg, ATCD AVC isch	* Brilique (ticagrelor) 90mg : 2 cp
+	* Angiox (bivalirudine) 250 mg /50ml: 0,75 mg/kg IVD puis 1,75mg/kg/h pdt 4h
Ou si insuffisant rénal sévère	* Héparine : 60 UI/kg (≤ 4000 UI) puis 12 UI/kg/h (≤ 1000 UI/h, 800 si P < 60kg)

***Equivalent ST+** = BBG récent, ST- grave: avec angor réfractaire, instabilité TA, FV, TV, grand sous décalage antérieur

Si possible, durant le transport : déshabiller, 2^{ème} VVP, raser les avants bras

2) SCA non ST+ (appelé aussi ST-)

a - Forte probabilité d'origine coronarienne

SCA ST-	RISQUE ISCHEMIQUE ELEVE (modifs ou variations du ST, récurrence dl ou IDM récent, diabète ou insuf rénal, tropo élevée, ou GRACE > 140)	RISQUE ISCHEMIQUE FAIBLE ou INTERMEDIAIRE pas les critères = pas angioplastie
	* Aspégic : 225 mg PO (3x75mg) au mieux ou 125 mg IV	* Aspégic : 225 mg PO ou 125 mg IV
+	* Brilique (ticagrélor) 90mg: 2 cp	* Brilique (ticagrélor) 90mg: 2 cp
+	* Angiox (5mg/ml), 0,1 mg/kg IVD puis 0,25 mg/kg/h	* Arixtra (fondaparinux):
Si insuffisant rénal	* Héparine : 60 UI/kg (≤ 4000 UI) puis 12 UI/kg/h	2,5 mg SC /24h

Si besoin, traitements adjuvants : O₂ (si SpO₂ < 95%, max 99%), Perfalgan, Morphine++, Insuline (dextro > 1,5 g), Lexomil, Pripéran... +/- Risordan (si insuf card ou dl ++, CI : SCA inf et dt), +/- Polaramine si allergie

ANGIOX : 250 mg/ 50ml serum salé ou glucosé => 5 mg /ml

Poids (kg)	ST+ et équivalent			ST-	
	Bolus (0,75 mg/kg)	Entretien PSE (1,75mg/kg/h)	(IR modérée) 1,4 mg/kg/h	Bolus (0,1 mg/kg)	Entretien PSE (0,25mg/kg/h)
60-62	9 ml	21 ml/h	16,8 ml/h	1,2 ml	3 ml/h
63-67	10	23 ml/h	18,7	1,3	3,3 ml/h
68-72	10,5	24,5 ml/h	19,6	1,4	3,5 ml/h
73-77	11	26 ml/h	20,5	1,5	3,7 ml/h
78-82	12	28 ml/h	22,4	1,6	4 ml/h
83-87	13	30 ml/h	24,3	1,7	4,3 ml/h
88-92	13,5	31,5 ml/h	25,2	1,8	4,5 ml/h
93-97	14	33 ml/h	26,1	1,9	4,7 ml/h
98-102	15	35 ml/h	28	2	5 ml/h
103-107	16	37 ml/h	29,9	2,1	5,3 ml/h
108-112	16,5	38,5 ml/h	30,8	2,2	5,5 ml/h
113-117	17	40 ml/h	31,7	2,3	5,7 ml/h
118-122	18	42 ml/h	33,6	2,4	6 ml/h
123-127	19	44 ml/h	35,5	2,5	6,3 ml/h
128-132	19,5	45,5 ml/h	36,4	2,6	6,5 ml/h

Gly cap (mmol/l)	Gly cap (g/l)	Insuline PSE dextro /30 mn
< 5	< 0,9	resucrer les SCA
≤ 6,5	< 1,2	arrêt 1 heure
6,5 à 8	1,2 à 1,5	1 U.I./h
8 à 11	1,5 à 2	2 U.I./h
11 à 13	2 à 2,5	3 U.I./h
13 à 16	2,5 à 3	4 U.I./h
16 à 19	3 à 3,5	5 U.I./h
> 19	> 3,5	8 U.I./h

NB : En cas d'insuffisance rénale modérée connue (Cl Créat 30 à 60 ml/mn), pour le ST+, l'Angiox en entretien passe à 1,4 ml/kg/h, le bolus est inchangé.

Pour info : Score de risque ischémique et pronostique de GRACE

Âge (ans)	Fréquence cardiaque	Classe Killip	PAs (mmHg)
< 40 ans	0	I	< 80
40-49	18	II	80-99
50-59	36	III	100-119
60-69	55	IV	120-139
70-79	73		140-159
≥ 80	91		160-199
			> 200

Créatinine (µmol/l)	↑ marqueurs cardiaques
0-34	2
35-69	5
70-104	8
105-139	11
140-175	14
176-350	23
> 350	31

Mortalité intrahospitalière	Score de GRACE	Mortalité %
Risque Bas	≤ 108	< 1 %
Intermédiaire	109-140	1-3 %
Haut	> 140	> 3 %
Extrapolation d'1 score "clinique":	GRACE "clinique"	
HAUT	> 94 à 120	

b- Faible probabilité d'origine coronarienne

* **Aspégic** : 225 mg PO ou à défaut 125 mg IV si pas de CI (notamment diagnostic différentiel)
Proposer le patient au centre de la douleur thoracique du CHU

Cas particuliers :

- * Patient sous **anticoagulant** (ou AINS > 24h) :
 - seuls sont utilisables : Aspégic + Plavix (si angioplastie : 8 cp, ou 4 si > 75 ans)
- * Patient **déjà sous** Efient et Brilique :
 - dernière prise < 12h : redonner 1 cp.
 - dernière prise > 12h : dose de charge du même traitement
- * Patient sous Plavix : passer au Brilique est possible
- * ATCD **AVC, AIT** > 1 mois :
 - Plavix et Brilique sont utilisables, pas Efient (aucun si hémorragique)
- * Patient **Insuffisant Hépatique** :
 - aucun inhibiteur P2Y12 (Efient, Brilique ou Plavix) possible, si IH modérée : Plavix

La bivalirudine (Angiox) peut être administrée 30 min après l'arrêt de l'HNF, 8 h après la dernière injection d'HBPM.

NB : Tous les traitements s'entendent hors CI