	SAMU – SMUR	SAMU 021
	<b>PRISE EN CHARGE DES SYNDROMES CORONARIENS AIGUS AVEC SUS-DECALAGE DU SEGMENT ST DE MOINS DE <u>12 HEURES</u></b>	
Date de diffusion : 28/06/2007	Rédigé par : G. Debaty, JP Torres	
Version : 1	Vérifié par : G. Vanzetto, H. Bouvaist	
Nombre de pages : 4	Approuvé par : E.Menthonnex	

## I. OBJET

Prise en charge des SCA avec sus décalage du segment ST de moins 12 heures

## II. CHAMP D'APPLICATION

Médecins régulateurs et médecins du SMUR

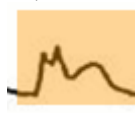


## III. CORPS DU DOCUMENT

### 3.1 Critères décisionnels pour une désobstruction coronaire en urgence

#### Critères cliniques :

- Douleur thoracique coronarienne typique
- Et Symptôme datant de moins de 12 heures
- Et Résistant à la trinitrine  
(Attention ! ne pas réaliser le test si territoire inférieur et/ou ventricule droit, ou si TAS < 100 mmHg)

#### Critères électriques (ECG 18 dérivations), Sus décalage du segment ST dans au moins 2 dérivations d'un même territoire et :

- $\geq 0,2\text{mV}$  soit 2 mm en V1, V2 ou V3
- Ou  $\geq 0,1\text{mV}$  soit 1 mm dans les autres dérivations
- Ou Bloc de Branche Gauche (BBG) Complet récent ou présumé récent
- Ou BBG non récent associé à un score de Sgarbossa  $\geq 3$  (Sp96%, Se 36%) :
  - Sus-décalage de ST  $\geq 0.1$  mV concordant avec la déflexion principale du QRS (score de 5) 
  - Sous-décalage de ST  $\geq 0.1$  mV concordant dans les dérivations V1, V2, V3 (score de 3) 
  - Sus-décalage de ST  $\geq 0.5$  mV discordant avec la déflexion principale du QRS (score de 2) 

**Si doute clinique ou électrique → conférence à 3 avec le cardiologue**

## 3.2 Stratégie de revascularisation

### 1. Aide décisionnelle

Délai début de douleur	<3h	3 à 6h	6h à 12h
Délai Porte – porte*			
< 60 min	Age ≥ 65 ans Angioplastie Age < 65 ans Thrombolyse**	Angioplastie	
> 60 min	Thrombolyse**		Autres cas Angioplastie Choc cardiogénique ou pré choc (TAS<100 et FC>100) Thrombolyse**

\*Délai porte à porte cardio = Temps entre le 1<sup>er</sup> contact médical qui réalise l'ECG et l'arrivée dans la salle de cardiologie interventionnelle

\*\* en l'absence de contre indications

Stratégie en accord les recommandations 2007 de l'HAS<sup>1</sup>, adaptées au RESURCOR, en particulier pour les patients pour lesquels le bénéfice de thrombolyse est moins important<sup>2</sup>.

### 2. Contre indications à la thrombolyse

<p style="text-align: center;"><b><u>ANTECEDENTS</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ATCD d'AVC hémorragique ou ischémique, AIT, malformation</li> <li><input type="checkbox"/> Lésion du système nerveux central ou néoplasie</li> <li><input type="checkbox"/> Traumatisme sévère ou intervention chirurgical &lt; 3 semaines</li> <li><input type="checkbox"/> Chirurgie médullaire &lt; 2 mois</li> <li><input type="checkbox"/> TC &lt; 3 mois</li> <li><input type="checkbox"/> UGD évolutif &lt;3 mois</li> <li><input type="checkbox"/> Hémorragie digestive &lt; 1 mois.</li> <li><input type="checkbox"/> Troubles connus de la coagulation</li> <li><input type="checkbox"/> Ponction gros vaisseaux &lt; 48 H</li> <li><input type="checkbox"/> Ponction-biopsie rénale &lt; 15 jours</li> <li><input type="checkbox"/> Chirurgie générale &lt; 10 jours</li> <li><input type="checkbox"/> Prothèse vasculaire &lt; 2 mois</li> <li><input type="checkbox"/> Extraction dentaire &lt; 48 H</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>ETAT ACTUEL</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Saignement actif, Hémorragie interne (dissection aortique, etc..)</li> <li><input type="checkbox"/> Périodes menstruelles</li> </ul> <p><b><i>CONTRE INDICATIONS RELATIVES</i></b>  <i>(Appeler régulation et cardiologues pour décision)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> UGD non évolutif</li> <li><input type="checkbox"/> HTA non contrôlée TAS &gt; 180 et/ou TAD&gt;110.</li> <li><input type="checkbox"/> Traitement par AVK</li> <li><input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique sévère</li> <li><input type="checkbox"/> Réanimation cardio-pulmonaire traumatique</li> <li><input type="checkbox"/> IM &lt; 48h</li> <li><input type="checkbox"/> Grossesse en cours ou Post-partum&lt;1 semaine</li> <li><input type="checkbox"/> Endocardite infectieuse</li> </ul>
---	---

### 3.3 Traitements adjuvants

1. **ASPEGIC** : 250 mg IV, 160 à 500 mg po lors de la régulation d'un appel évocateur d'IDM

2. **PLAVIX** :

- ✓ Si Thrombolyse : 4 cp soit 300mg PO quelque soit l'âge du patient
- ✓ Si Angioplastie primaire : 8 cp soit 600 mg PO quelque soit l'âge du patient

3. **ANTICOAGULANT** :

- ✓ Age  $\leq$  75 ans ET Thrombolyse :

**LOVENOX**<sup>®</sup> (énoxaparine) en 2 injections

1.- Injection **INTRA-VEINEUSE (IV)** de 30 mg (3 000 UI ou 0,3 ml) de **LOVENOX**<sup>®</sup> quelque soit le poids du patient !

*Attention vous avez à votre disposition une seringue de 40 mg (4 000 UI / 0,4 ml étiquette jaune) avec une aiguille sous-cutanée mais non graduée. Vous devrez transvaser le contenu de la seringue pré-remplie dans une seringue de 1 ml (pensez « asepsie ») afin d'utiliser le site d'injection de la tubulure (bouchons d'injections interdits : procédure CLIN 32-1)*

2.- Injection **SOUS-CUTANÉE (SC)** de 1 mg/kg (100 UI/kg ou 0,1 ml/10kg) de **LOVENOX**<sup>®</sup> (seringue de 100 mg : 10 000 UI/1 ml étiquette noir) sans dépasser 100 mg

- ✓ Age  $>$  75 ans et/ou insuffisant rénaux et/ou ANGIOPLASTIE PRIMAIRE

**HEPARINE**<sup>®</sup> :

- bolus 60 UI/kg IV (sans dépasser 4000 UI), préparation : 5000 UI / 1 ml, seringue à insuline (0,1ml=500UI)
- relais au PSE 12 UI/kg/h (sans dépasser 1000 UI/h) IVSE ; préparation 20 000 UI / 4 ml + 16 ml EPPI, seringue de 50 ml (1000 UI/ml).

4. **ANTALGIE** : après EVA, **Morphine** titrée jusqu'à EVA  $\leq$  3

5. **DERIVES NITRES** pas d'indication en dehors de l'OAP

6. **OXYGENE** pas d'indication en dehors d'une décompensation cardiaque et/ou SpO2  $<$  94%

7. **BETA BLOQUANTS** en préhospitalier pas d'indication en dehors du protocole (poussée hypertensive)

### 3.4 Tableau récapitulatif

			Patient de moins de 75 ans et Thrombolyse				Patient d'au moins 75 ans et/ou angioplastie primaire	
			<b>METALYSE</b> <sup>®</sup> bolus en IV de 5 à 10 secondes		<b>LOVENOX</b> <sup>®</sup> <b>IV</b> 30 mg 3 000 UI 0,3 ml		<b>LOVENOX</b> <sup>®</sup> <b>SC</b> 1 mg/kg 100 UI/kg 0,1 ml/10 kg	
							BOLUS ml	PSE ml/h
<b>Poids (kg)</b>	mg	ml	mg IV	ml IV	mg SC	ml SC	Seringue à insuline	4 ml HNF + 16 ml EPPI
<b>&lt; 40</b>	30	6	30	0,3	à calculer	à calculer	à calculer ...	à calculer ...
<b>≥ 40 et &lt; 50</b>	30	6	30	0,3	50	0,5	0,5	0,5
<b>≥ 50 et &lt; 60</b>	30	6	30	0,3	60	0,6	0,7	0,7
<b>≥ 60 et &lt; 70</b>	35	7	30	0,3	70	0,7	0,8	0,8
<b>≥ 70 et &lt; 80</b>	40	8	30	0,3	80	0,8	0,8	0,9
<b>≥ 80 et &lt; 90</b>	45	9	30	0,3	90	0,9	0,8	1
<b>≥ 90</b>	50	10	30	0,3	100	1,0	0,8	1

### 3.5 Autres effecteurs de l'aide médicale urgente

En cas d'indisponibilité du SMUR ou parallèlement au déclenchement du SMUR en cas de délai d'acheminement important, envoi :

- Un médecin (MCS, médecin pompiers, médecin libéral avec ECG)
- Un moyen de transport avec DSA et O2

### 3.6 Orientation

Tous les patients en phase aiguë du SCA ST+ ou non ST+ avec douleur persistante doivent être dirigés vers une salle de cardiologie interventionnelle opérationnelle 24/24h.

#### IV. REFERENCES

1. Conférence de consensus – prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie – HAS 2007
2. D. Pinto et al - Hospital Delays in Reperfusion for ST-Elevation Myocardial Infarction - *Circulation*. 2006;114:2019-2025

<b>Diffusion</b>	SAMU	
<b>Classement</b>	- Dans les classeurs de protocole - Sur le site Intranet du Pôle Urgence SAMU SMUR rubrique protocole	

<b>Rédaction</b>	G. Debaty, JP Torres	28/05/2007
<b>Vérification</b>	Pr Vanzetto, Dr Bouvaist	29/05/2007
<b>Approbation</b>	E.Menthonnex	05/06/2007

<b>Historique</b>	Version 8	
-------------------	-----------	--