

# SYNDRÔMES CORONARIENS AIGUS ST+

- > Incidence des SCA ST+: 100 000 cas par an.
- > Mortalité à 30 jours : 6,1 %.
- > Mortalité à 1 an: 9,6%.

> L'ECG doit être réalisé dans les **10 mn** après le premier contact médical.

L'ECG objective un sus-décalage du segment ST d'au moins 0,1 mV dans les dérivation frontales (D1, D2, D3, aVL et aVF), précordiales gauches (V4 à V6) ou postérieures (V7, V8, V9) et d'au moins 0,2 mV dans les dérivation précordiales droites (V1 à V3), dans au moins deux dérivation contigües d'un territoire coronaire.

La troponine, le marqueur de référence, a peu d'impact sur la décision rapide de reperfusion (ne doit pas intervenir dans la décision thérapeutique dans les formes typiques)

## 1. STRATÉGIES DE REPERFUSION :

### > ANGIOPLASTIE :

Technique la plus sûre et la plus efficace, permet la réouverture de l'artère occluse dans près de 90% des cas, contre 60 % pour la fibrinolyse avec un risque hémorragique moindre.

### > THROMBOLYSE:

A l'avantage de la simplicité, réalisable en tous lieux, efficacité **optimale dans les 3 heures** qui suivent le début des symptômes.

Le risque hémorragique cérébral est incontournable, compris entre 0,5 et 1%, et augmente avec l'âge . 60 % de recanalisation.

### Contre-indications :

#### Absolues:

- AVC hémorragique ou de nature inconnue quel que soit l'ancienneté
- AVC ischémique dans les 6 mois précédents
- Traumatisme ou néoplasie du SNC
- Traumatisme, chirurgie ou lésion cérébrale majeure récente (dans les 3 semaines précédentes)
- Hémorragie digestive dans le mois précédent
- Diathèse hémorragique connue
- Dissection aortique
- Ponction non compressible (PL / biopsie hépatique)

#### Relatives:

- AIT dans les 6 mois précédents
- Anticoagulant oral
- Grossesse et première semaine du post-partum
- HTA réfractaire (systolique > 118 et/ou diastolique > 110 )
- Hépatopathie évoluée
- Endocardite infectieuse
- Ulcère gastrique évolutif
- Réanimation réfractaire

## 1.1 **RAPPEL DES DERNIÈRES RECOMMANDATIONS :**

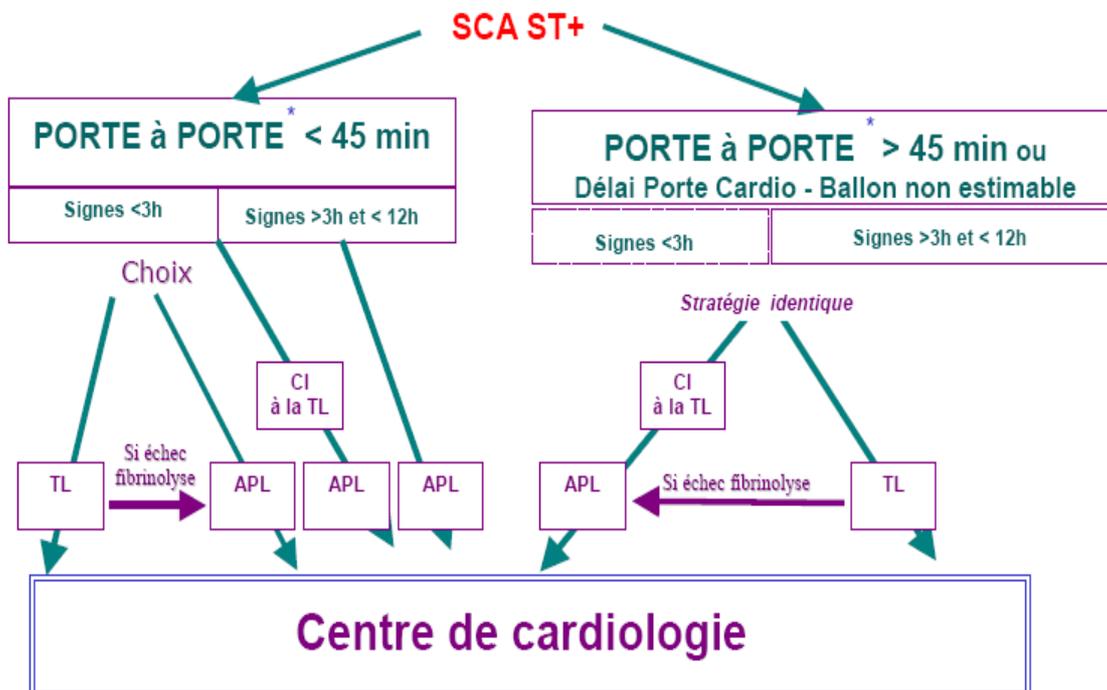
### 1.1.1 **HAS 2006**

Le délai « door to balloon » international correspond en Français au délai entre le premier contact médical et l'expansion du ballonnet ; le premier contact médical correspond au diagnostic positif par le premier médecin auprès du patient (réalisation de l'ECG).

Ce délai est scindé en 2 :

- Délai porte à porte cardio : entre le premier contact médical et l'arrivée dans le service de cardiologie interventionnelle.
- Délai porte cardio-ballon : entre l'arrivée dans le service de cardiologie interventionnelle et l'expansion du ballonnet.

Les recommandations européennes et américaines sur lesquelles s'appuient les recommandations de l'HAS, proposent un seuil décisionnel « door to balloon » de 90 mn pour décider du choix de la stratégie de reperfusion à adopter. Pour le respecter, les recommandations de l'HAS retiennent un seuil décisionnel pour le délai porte à porte-cardio de 45 mn et pour le délai porte cardio-ballon de 45 mn.



\*Le délai **Porte à Porte Cardio** doit s'intégrer dans le délai global de prise en charge qui ne doit pas être supérieur à 90 min.

TL : thrombolyse - APL : angioplastie - CI : contre indication

**Algorithme 1.** Stratégie de reperfusion d'un SCA ST+ non compliqué avant la cardiologie (cf. infra les définitions des délais).

#### > **Entre la 3ème et la 12ème heure :**

L'angioplastie, plus bénéfique, est à privilégier si elle peut être réalisée dans les 90 mn, sinon la thrombolyse sera préférée.

#### > **Au-delà de la 12ème heure :**

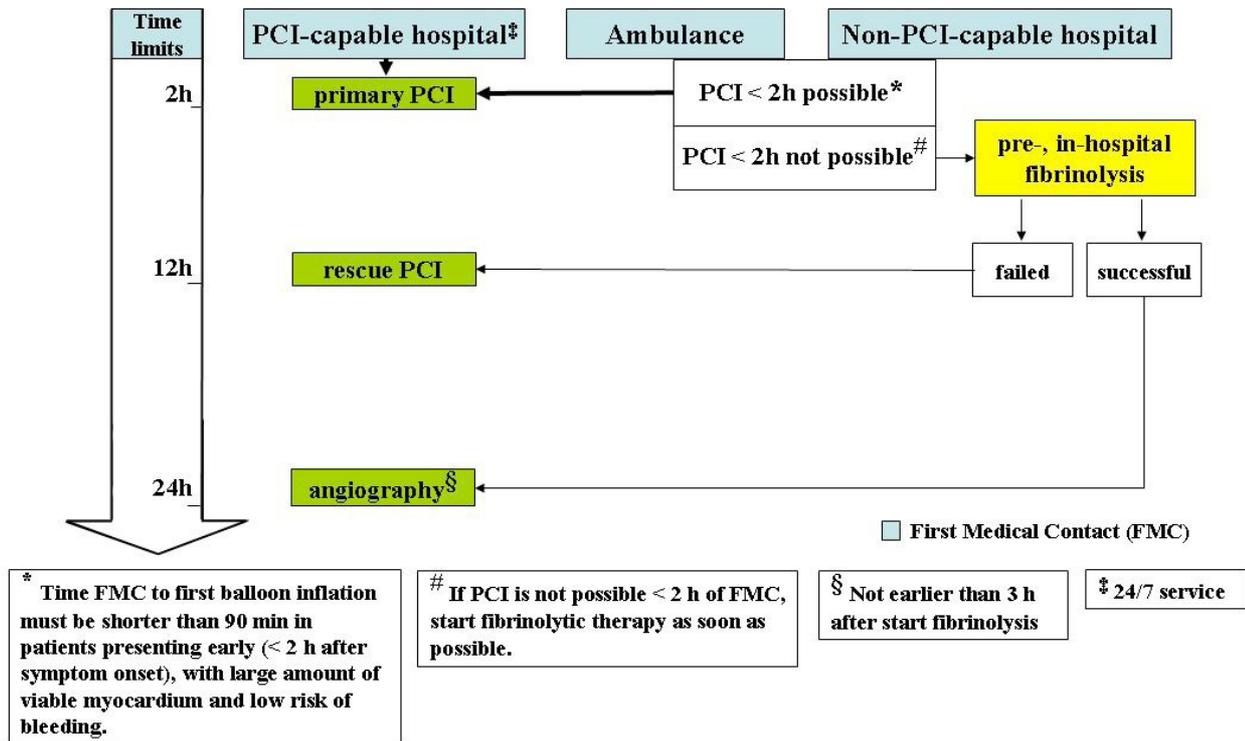
La reperfusion urgente ne modifie ni la mortalité, ni la morbidité des SCA ST+.

Cependant, certaines situations, comme un choc cardiogénique, ou la persistance d'une douleur, peuvent amener à considérer une reperfusion tardive, c'est l'angioplastie qui est à privilégier.

En cas de contre indication à la thrombolyse, ou en cas d'échec de celle-ci, une angioplastie sera réalisée.

### 1.1.2 ESC 2008 :

Évolution dans les délais - Limitation de la place de la thrombolyse.



Elle sera discutée entre la 12ème et la 24ème heure chez les patients hémodynamiquement stable.

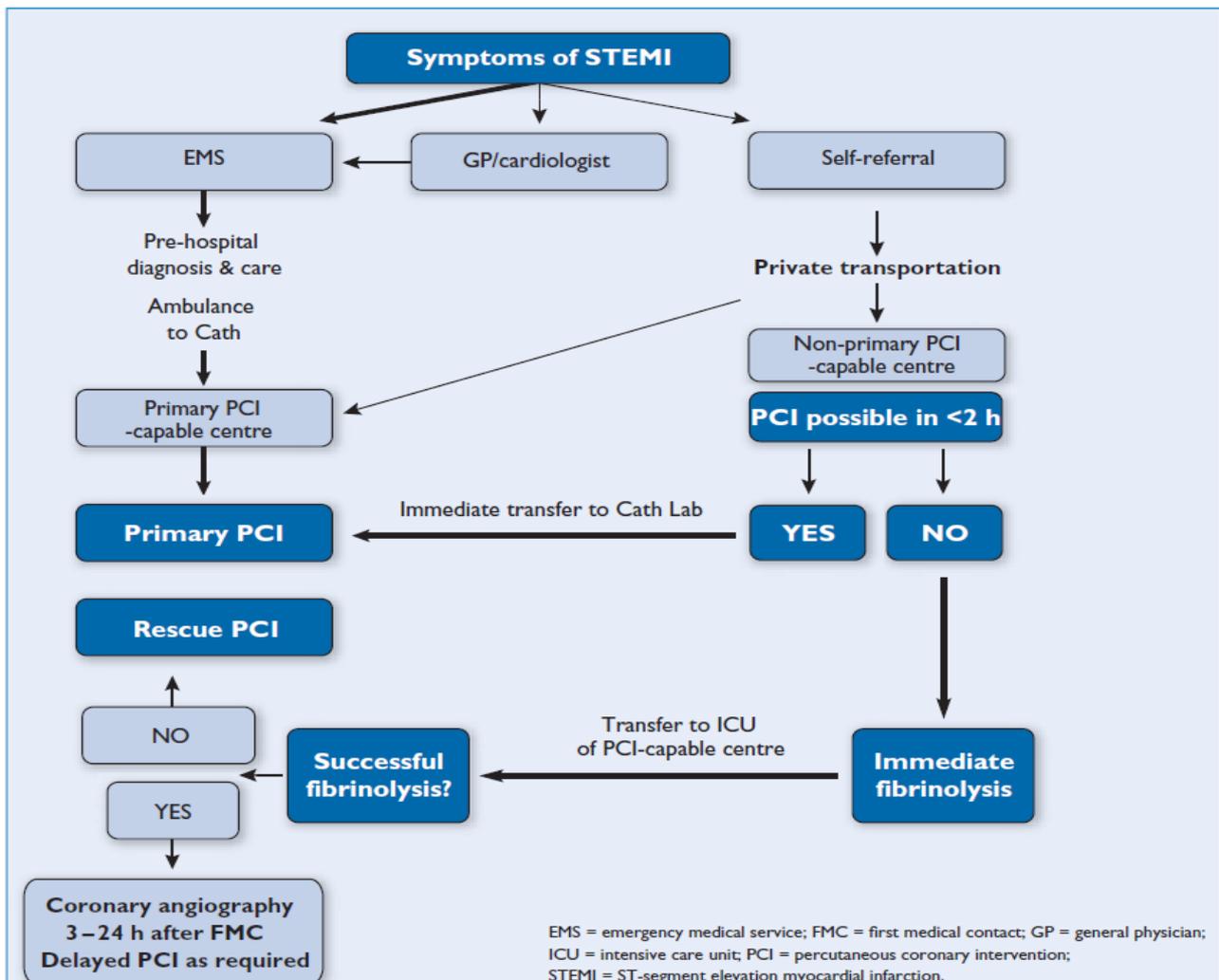
**L'angioplastie primaire** est la technique à privilégier si le « **first medical contact (ECG) to balloon inflation** » est inférieur à 2 heures (inférieur à 90 mn si le patient est vu dans les 2 premières heures après le début des symptômes, et qu'il présente un IDM étendu avec faible risque hémorragique).

**Si ces contraintes horaires ne peuvent être respectées, on réalisera une thrombolyse, sauf contre indication. Celle-ci sera systématiquement suivie d'une angioplastie, de préférence entre la 3ème et la 24ème heure.**

En cas de choc cardiogénique l'angioplastie primaire sera préférée.

En cas d'échec de la thrombolyse, et à condition que l'on soit dans les 12 heures suivant le début des symptômes, on réalisera une **angioplastie dite « de sauvetage »**.

## 1.2 NOUVELLES RECOMMANDATIONS ESC 2010 :



➔ Dans les 12 heures qui suivent le début des symptômes (peu de changement par rapport aux recommandations de l'ESC 2008):

- Reperfusion urgente toujours indiquée.

- Bénéfice incontestable de l'angioplastie primaire **dans les 2 premières heures après le premier contact médical** (réalisation de l'ECG) ou **< 90 mn chez les patients de moins de 75 ans avec IDM antérieur étendu et début précoce de la douleur.**

- Dans tous les autres cas, en dehors des contre indications, la fibrinolyse doit être utilisée, et le patient doit obligatoirement être orienté vers une table de coronarographie pour réalisation d'un geste invasif dans les 3 à 24 heures qui suivent.

- En cas d'échec de la fibrinolyse (absence de critère de reperfusion), un rapide transfert vers une table de coronarographie est nécessaire pour la réalisation d'une **angioplastie de sauvetage.**

➔ 12 heures après le début des symptômes:

Même si la douleur a disparu, et que l'hémodynamique est stable, le patient doit bénéficier d'une angiographie.

En cas de choc cardiogénique, l'heure du début des symptômes n'a plus aucune forme d'importance, et une revascularisation en urgence par angioplastie est recommandée.

### **1.3 CRITÈRES DE REPERFUSION :**

#### **1.3.1 Moyens non invasifs – Cliniques:**

→ Douleur

→ Monitoring SCOPE et répétition des ECG toutes les 15-20 mn pendant 90 mn:

✗ Arythmie de reperfusion (RIVA),

✗ Régression du ST (qualifie la reperfusion tissulaire), bon marqueur pronostic en terme de mortalité, bonne corrélation entre régression du ST et recanalisation.

**Mesure du ST max** = mesure du sus-décalage du segment ST, 90 mn après le premier ECG, dans la dérivation ayant le sus décalage le plus important.

- Échec : pas de modification ou régression du ST max < 50 %
- Succès : régression du ST max > 50%

#### **1.3.2 Moyens invasifs – Angiographiques:**

Le flux TIMI quantifie la recanalisation coronaire.

##### **Score TIMI :**

0 : Occlusion complète d'une artère coronaire (interruption complète du flux)

1 : Pénétration

2 : Flux lent

3 : Flux normal

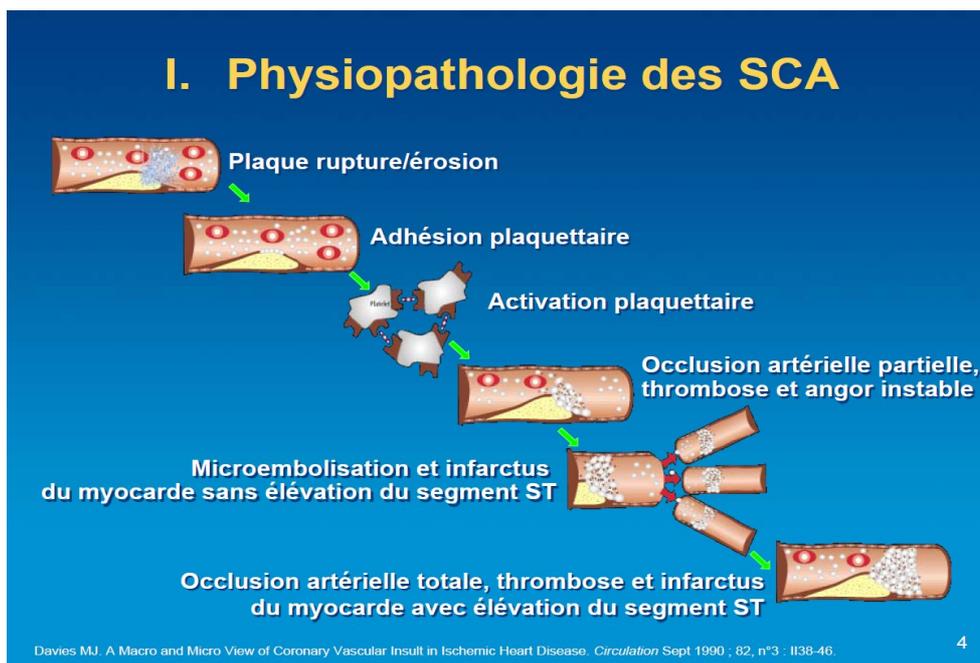
## 2. TRAITEMENTS ADJUVANTS

C'est un challenge de trouver aujourd'hui le meilleur compromis à travers le grand nombre de molécules proposées.

Alors qu'en 1985 aucun traitement n'existait pour le traitement de l'infarctus du myocarde, il existe aujourd'hui près de 80 possibilités d'association thérapeutique parmi les antiagrégants plaquettaires et anticoagulants proposés.

Une revue de la littérature ainsi qu'une concertation entre acteurs de la médecine d'urgence et cardiologues interventionnels nous permettent d'établir un protocole simple, facilement applicable en situation d'urgence, efficace et sécuritaire, permettant l'harmonisation des pratiques, et d'éviter les « switch » de molécules.

### 2.1 LES ANTITHROMBOTIQUES :



Le traitement adjuvant antithrombotique dans le cadre des SCA ST+, a pour objectif essentiel de prévenir l'extension d'un thrombus intracoronaire déjà formé, ou de prévenir une réaction thrombotique excessive, « *orage plaquettaire* », également favorisée par la thrombolyse préhospitalière ou l'angioplastie primaire.

**Ce traitement est primordial**, la plaquette est la cible privilégiée.

Ainsi, le maintien d'une artère ouverte, ou la prévention d'une réocclusion artérielle précoce, favorise la perfusion microcapillaire, limite l'extension de l'IDM et permet pour plusieurs de ces traitements de réduire la mortalité.

Les essais CLARITY, COMMIT et PCI-CURE, ont permis de confirmer le bénéfice de l'association de ces molécules en bithérapie.

#### ✓ ASPIRINE (ASPÉGIC®) :

**HAS 2006:** L'aspirine, en dehors de ses contre-indications (allergie vraie et diathèse hémorragique majeure), doit être administrée per os ou par voie IV, à la posologie de 160 à 500 mg dès les premiers symptômes évoquant un SCA, y compris lors de la régulation téléphonique d'un appel pour douleur thoracique très évocatrice d'IDM chez un sujet conscient pour une prise orale.

**ESC 2008, puis AHA/ACC 2009:** Aspirine 250 à 300 mg IV ou 150 à 325 PO

**ESC 2010:** Aspirine 250 à 500 mg IV ou 150 à 300 mg PO

✓ **CLOPIDOGREL (PLAVIX® cp 75 mg, cp 300 mg) :**

**HAS 2006:** Le CLOPIDOGREL est une thiénoopyridine, recommandé a la phase précoce d'un SCA ST+, en association avec l'aspirine ou seul si celle-ci est contre-indiquée.

La posologie initiale recommandée est une dose de charge de 300 mg per os pour les patients de moins de 75 ans, et de 75 mg pour les patients de plus de 75 ans.

**ESC 2008:** L'étude CURRENT a démontré un net bénéfice en terme décès, IDM et re-thrombose, sans sur-risque hémorragique, pour une posologie de 600 mg (2 cp de 300 mg), la dose optimale n'étant pas établie, et ce, quel que soit l'âge.

**AHA/ACC 2009:** 600 mg de CLOPIDOGREL, quel que soit l'âge.

**ESC 2010:** Après plus 15 ans de monopole, l'efficacité du CLOPIDOGREL est aujourd'hui remise en cause, à la fois sur la notion de résistance individuelle à cette molécule (1 patient sur 4), sur sa rapidité d'action, son faible pouvoir d'inhibition plaquettaire et son manque d'efficacité chez le patient diabétique.

Le CLOPIDOGREL reste indiqué seulement en cas de CI au PRASUGREL (cf infra), ou si le choix de la méthode de reperfusion se porte vers la thrombolyse, à la posologie de 600 mg PO.



< 75 ans : 2 cp de 300 mg PO si CI au PRASUGREL ou choix de la thrombolyse.  
> 75 ans : 1 cp de 75 mg PO

Certaines équipes utilisent le « verifynow » pour aider à sélectionner l'anti agrégant plaquettaire qui permettra d'obtenir l'effet antiplaquettaire désiré .

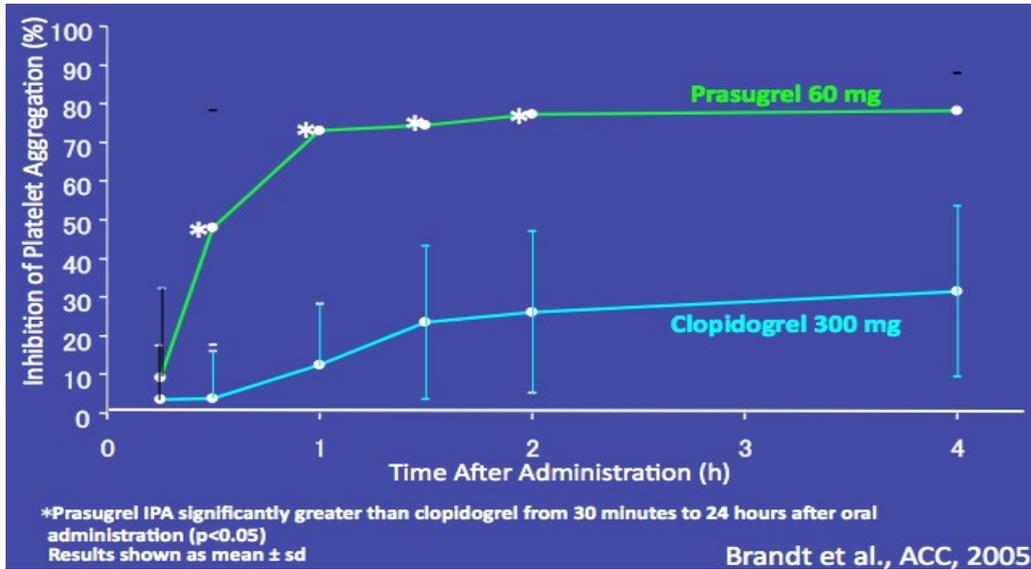


✓ **PRASUGREL (EFIENT® cp 10 mg)**

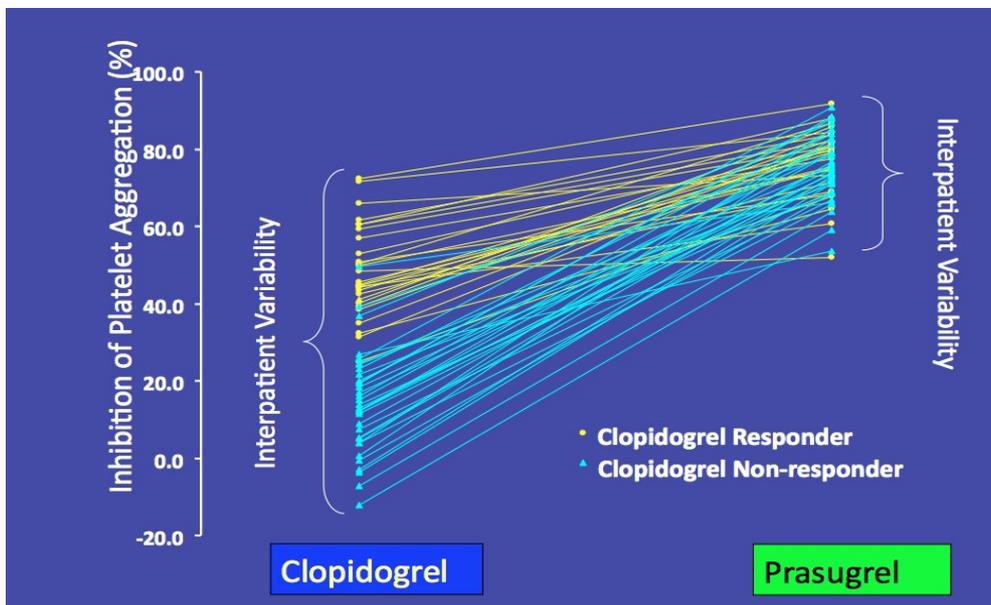


Il s'agit d'une thiénoopyridine inhibitrice des récepteurs P2Y12 de la plaquette sanguine, permettant d'obtenir 85% de métabolite actif à l'issue du premier passage hépatique, contre 15% de métabolite actif après deux passages hépatiques pour le CLOPIDOGREL.

Ainsi on obtient un effet d'inhibition plaquettaire égal à 50% en 30 mn avec le PRASUGREL, contre 1 heure 30 mn avec le CLOPIDOGREL.



> Le taux de patient répondeur est nettement supérieur à celui du groupe CLOPIDOGREL.

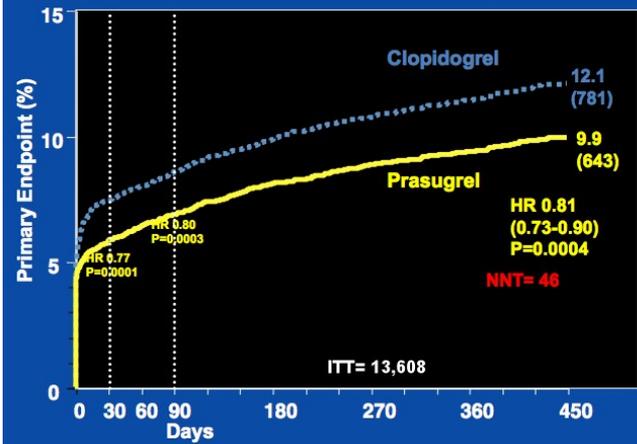


> Le PRASUGREL apparaît dès les recommandations Américaines de 2009, et sera reconduit dans celles de l'ESC 2010, où il sera recommandé en niveau de preuve 1B, si l'angioplastie primaire est retenue comme méthode de choix de reperfusion.

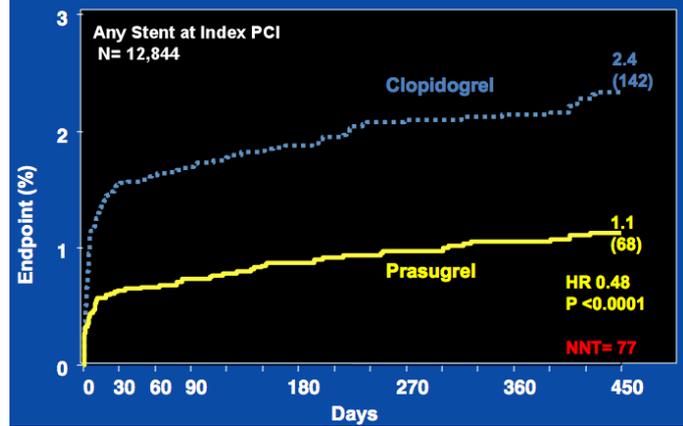
Il sera administré en dose de charge PO à la posologie de 60 mg (6 cp de 10 mg).

> L'essai TRITON est une étude d'angioplastie qui a démontré la supériorité du PRASUGREL, à la fois sur les critères primaires (décès, IDM) avec une supériorité significative de 19%, et sur les critères secondaires (diminution de 50% du risque de thrombose sur stent).

## Endpoint: CV Death,MI,Stroke

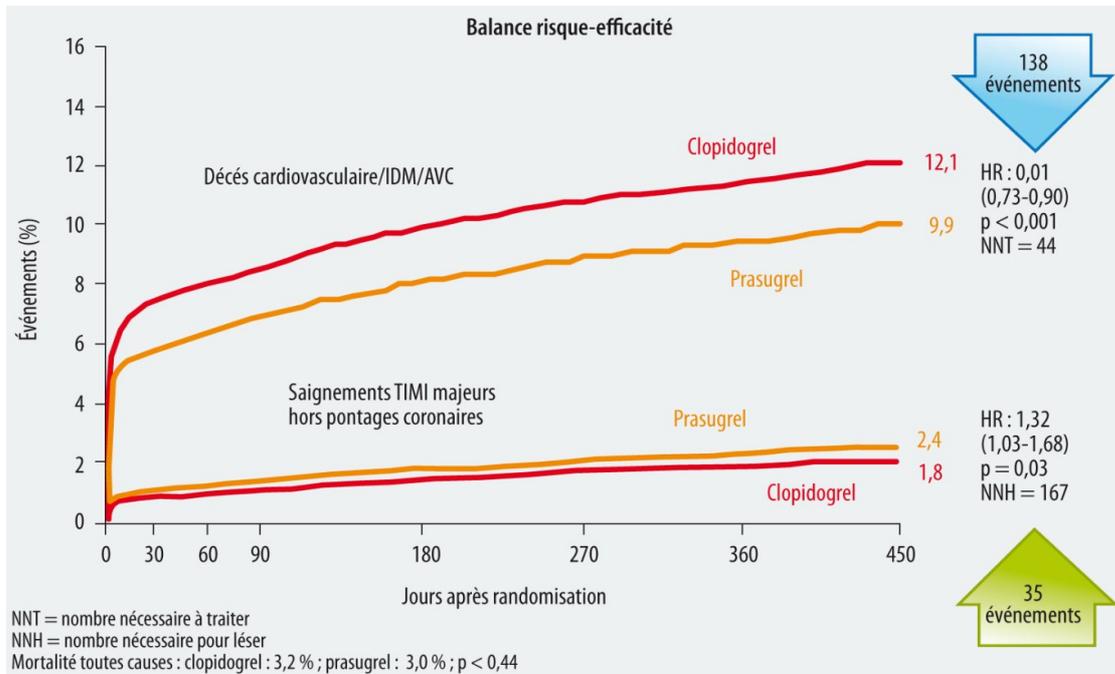


## Stent Thrombosis



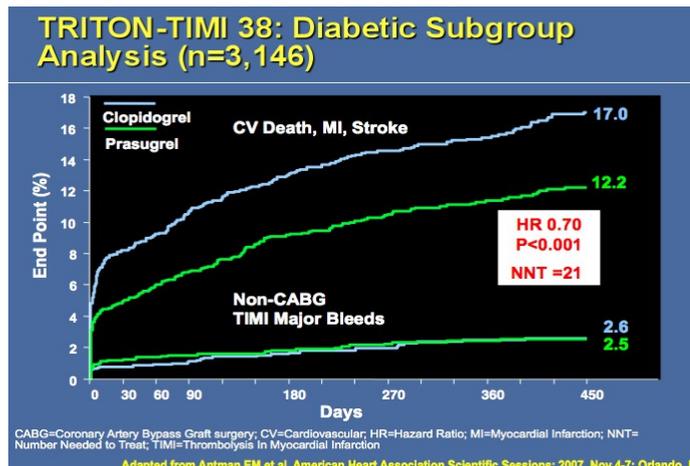
Cela est obtenu au prix d'un risque hémorragique significativement supérieur (2,4% dont 0,4% mortelles), même lors des doses chroniques en ambulatoire, en particuliers chez les patients de plus de 75 ans, de moins de 60 kg, aux ATCD d'AVC/AIT (**contre-indication ABSOLUE**).

>> **D'où ses limites d'utilisation.**



Cependant, **deux populations sont particulièrement intéressées** :

– **Les diabétiques** dont on connaît la résistance à l'ASPIRINE et au CLOPIDOGREL, seraient de bonnes indications.



– **Les infarctus aigus** orientés vers l'angioplastie primaire, compte tenu de la rapidité d'action.

**La fiche de sécurité d'utilisation et du bon usage du médicament émet 4 contre indications absolues :**

- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients.
- **Saignement pathologique avéré**
- **Antécédent d'AVC ou AIT**
- **Insuffisance hépatique sévère (classe C de Child-Pugh)**

Cependant chez les patients à risque accru de saignement, l'administration de PRASUGREL ne doit être envisagée que si les bénéfices en terme de prévention des événements ischémiques sont jugés supérieurs au risque de saignements graves.

Par soucis de sécurité et de simplification, nous avons établi une liste exhaustive de facteurs de haut risque hémorragique pouvant être limitative en fonction du contexte clinique (cf fiche jointe):

- ✓ Poids inférieur à 60 kg.
- ✓ Age supérieur à 75 ans.
- ✓ ATCD d'AVC hémorragique ou ischémique.
- ✓ ATCD de lésion du SNC.
- ✓ Traumatisme crânien récent.
- ✓ Altération de la fonction hépatique.
- ✓ Ulcère gastro-duodéal évolutif.
- ✓ Varices oesophagiennes connues.
- ✓ Intervention chirurgicale récente.
- ✓ Traitement par PLAVIX®, anticoagulants, AINS

Les patients devant subir une intervention chirurgicale (y compris odontologique) planifiée, doivent interrompre la prise de PRASUGREL **au moins 7 jours** avant l'intervention.

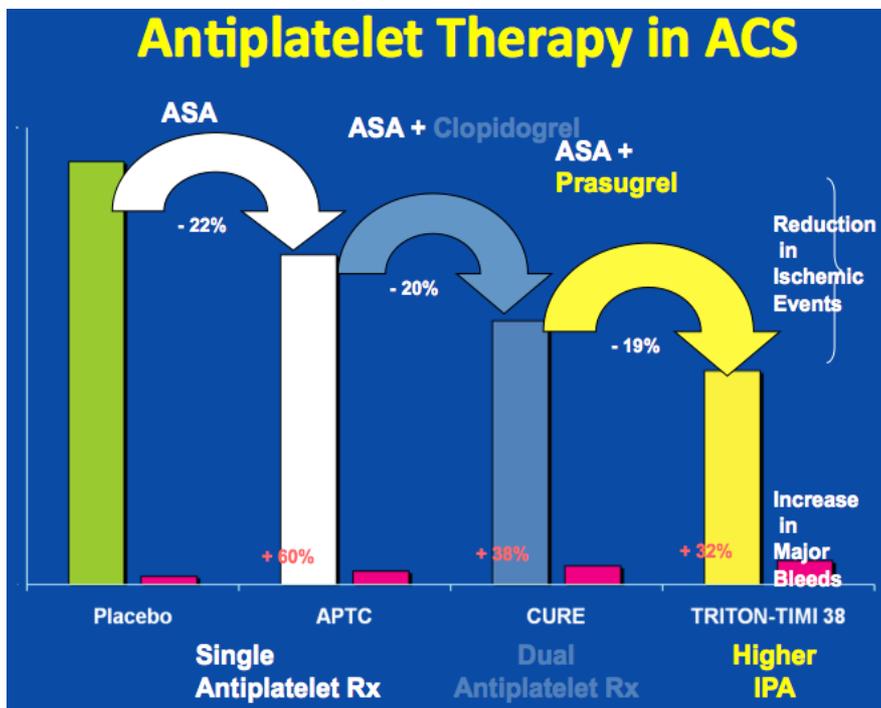
En cas de contre indication (âge > 75 ans, poids < 60 kg, ATCD AVC/AIT), une dose de charge de 600 mg (2 cp de 300 mg) de CLOPIDOGREL sera alors administrée chez le sujet de plus de 75 ans , ou 1 cp à 75 mg chez le sujet de moins de 75 ans..

Si le patient est déjà traité par du CLOPIDOGREL, ou du PRÉVISCAN®, le PRASUGREL est contre indiqué, et l'antithrombotique de choix est le CLOPIDOGREL.

Si la fibrinolyse est retenue comme méthode de reperfusion, la dose de charge de 600 mg de CLOPIDOGREL reste la référence.



En dehors des contre indications: **60 mg PO soit 6 cp de 10 mg.**



✓ **TICAGRELOR (BRILIQUE® AstraZeneca)**

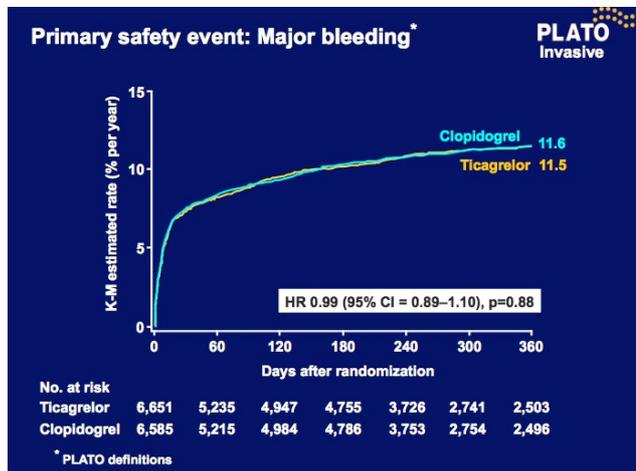
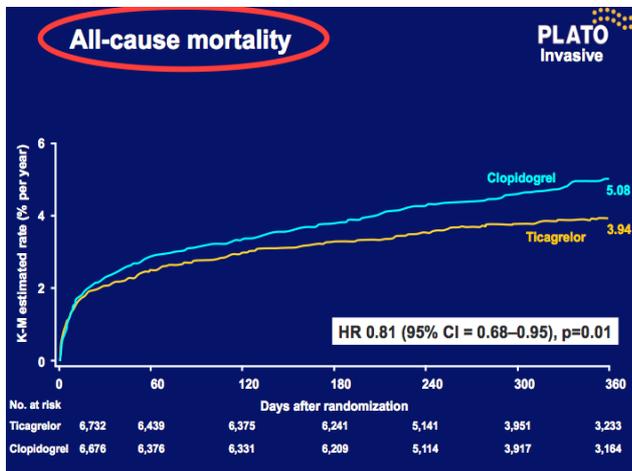


Le TICAGRELOR est un anti agrégant plaquettaire direct, le premier antagoniste réversible des récepteurs P2Y<sub>12</sub> à l'ADP. Il fait partie de la nouvelle classe dite des cyclopentyl-triazolo-pyrimidines. Sa demi-vie est courte (12 heures) et contrairement au CLOPIDOGREL et PRASUGREL, le TICAGRELOR n'est pas une prodrogue, d'où une rapidité d'efficacité accrue.

L'essai **PLATO**, présenté au congrès de l'European Society of Cardiology, a créé la surprise. Il montre en effet une réduction de la morbi-mortalité cardiovasculaire, incluant la diminution des décès et des infarctus, sous ticagrelor en comparaison du clopidogrel chez des patients présentant un syndrome coronaire aigu.

Il s'agit donc d'une molécule performante et d'avenir, elle apparaît dans les recommandations de L'ESC 2010 (niveau 1B), à la posologie de 180 mg.

Elle est attendue en France en janvier 2012!



### ✓ ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS GPIIb/IIIa :

**HAS 2006:** les antagonistes de la glycoprotéine IIb/IIIa n'ont leur place, ni seuls par manque d'efficacité, ni en association avec une fibrinolyse du fait de la majoration du risque hémorragique. Leur utilisation à la phase aigüe des SCA ST+ ne doit s'envisager qu'avant une angioplastie primaire. Leur rapport bénéfice/risque en phase pré-hospitalière, en association avec du clopidogrel, n'est pas connu.

La molécule référente est l'abciximab (RÉOPRO®) à la posologie de 250 µg/kg par voie IV, suivie d'une perfusion IV continue de 0,125 µg/kg/min jusqu'à un maximum de 10 µg/min.

**ESC 2008, puis AHA/ACC 2009 et ESC 2010:** Pas d'évolution notable.



Aucune indication retenue en urgence.

## 2.2 LES ANTICOAGULANTS:

### ✓ HÉPARINE NON FRACTIONNÉE (HNF)

**HAS 2006:** Dans les cas où l'angioplastie est choisie comme méthode de reperfusion, l'HNF reste la molécule de référence, à la posologie de 60 UI/kg pour le bolus initial par voie IV directe (sans dépasser 4 000 UI) avec une posologie d'entretien de 12 UI/kg/h (maximum 1 000 UI/h).

**HAS 2008 puis AHA/ACC 2009:** Mêmes indications avec majoration de la posologie à 100 UI/kg puis relais SAP pour obtenir un TCA compris entre 250-300.

**ESC 2010:** Indiquée en niveau de preuve 1C.



Aucune indication retenue (cf infra).

### ✓ ENOXAPARINE (LOVENOX®)

**HAS 2006:** Dans les cas où la thrombolyse est choisie comme méthode de re-perfusion, l'énoxaparine (LOVENOX®) est supérieure à l'héparine non fractionnée (HNF) chez les patients de moins de 75 ans à fonction rénale normale. Elle doit être utilisée en bolus initial IV de 30 mg, suivi d'injections sous-cutanées de 1 mg/kg toutes les 12 heures.

Chez le sujet de plus de 75 ans et l'insuffisant rénal, l'HNF est l'héparine recommandée.

**ESC 2008 puis AHA/ACC 2009:** Réduction de la posologie à 0,75 mg/kg SC, sans bolus, chez le sujet âgé de plus de 75 ans au dépend de l'HNF.

**L'essai ATOLL (2010)** est la première étude randomisée qui démontre la supériorité d'une HBPM (ENOXAPARINE) IV 0,5 mg/kg versus HNF IV dans l'infarctus du myocarde traité par angioplastie primaire.

Du fait de sa simplicité d'utilisation et de son efficacité anti-ischémique déjà démontrée dans l'angioplastie élective (étude STEEPLE), l'anticoagulation par ENOXAPARINE IV des SCA ST+ semblait être une alternative à l'héparine non fractionnée (HNF) tout à fait justifiée. Beaucoup d'équipes d'urgentistes ont d'ailleurs déjà choisi cette option en pré-hospitalier.

Les résultats de cette étude montrent que l'ENOXAPARINE réduit l'ensemble des risques de décès, de complication de l'infarctus du myocarde, d'échec de procédure ou de saignement majeur, de 17% par rapport à l'héparine standard chez les patients victimes de SCA ST+ traités par intervention coronaire percutanée primaire.

Le principal critère secondaire d'efficacité pré-spécifié a indiqué que le traitement par ENOXAPARINE entraînait une réduction statistiquement significative de 40% du risque combiné de décès des patients, de récurrence d'infarctus ou de revascularisation urgente.

**ESC 2010:** Non mentionnée?



Anticoagulant retenu quelque soit la méthode de reperfusion choisie:

**< 75 ans: 3000 UI IV suivi de 100 UI/kg SC**

**> 75 ans: 75 UI/kg SC**

### ✓ FONDAPARINUX (ARIXTRA®)

Le fondaparinux est une nouvelle alternative à l'utilisation d'héparine non fractionnée ou d'héparine de bas poids moléculaire en présence de SCA.

Il est actuellement utilisé au Canada comme anticoagulant de choix dans les SCA ST- et ST+.

2 études cliniques ont été retenues:

—**OASIS 5:** FONDAPARINUX versus ENOXAPARINE dans le **SCA ST-** → Bénéfice identique avec nette diminution des saignements majeurs dans le groupe traité par FONDAPARINUX. Cependant il faut mentionner que l'incidence de saignements majeurs était presque doublée (1,6% vs 2,8% valeur de p non mentionnée) avec le FONDAPARINUX selon que les patients avaient une fonction rénale normale (CICr > 86 ml/min) ou altérée (< 58 ml/min)

—**OASIS 6:** FONDAPARINUX versus placebo et HNF dans le **SCA ST+** → Aucun bénéfice démontré en cas d'angioplastie primaire, mais supériorité du FONDAPARINUX par rapport au comparateur pour le traitement des SCA ST+ recevant la thrombolyse.

Molécule introduite dans les recommandations Américaines de 2007, le FONDAPARINUX est recommandé comme une alternative chez les patients qui reçoivent un thrombolytique (niveau d'évidence B): ARIXTRA® bolus IV 2.5 mg puis relais SC 2.5 mg 1 fois par jour.

Chez les patients qui ont reçu le FONDAPARINUX et qui sont dirigés vers l'angioplastie, l'utilisation supplémentaire d'héparine ou de BIVALIRUDINE est suggérée (niveau d'évidence C).

**ESC 2010:** Non recommandé en cas d'angioplastie primaire.

Aucune indication retenue.

✓ **BIVALIRUDINE (ANGIOX® OU ANGIOMAX®):**



Depuis longtemps utilisée aux Etats-Unis, la BIVALIRUDINE est un anticoagulant inhibant directement la thrombine, utilisée par voie intraveineuse, désormais indiquée dans le traitement des syndromes coronariens aigus devant bénéficier d'une intervention urgente ou précoce.

Une réduction de la survenue des hémorragies majeures a été observée chez les patients traités par ANGIOX® par rapport à ceux traités par une association d'héparine (HNF ou HBPM) + anti-GPIIb/IIIa.

Introduite dans les recommandations Américaines de 2009, son indication est confirmée dans les nouvelles recommandations Européennes 2010, avec un niveau de preuve 1B, à la posologie de 0,75 mg/kg en bolus, suivi d'un relais à la SAP de 1,75 mg/kg/heure, devant l'HNF, niveau de preuve 1C. En conclusion, peu de bénéfice en terme d'efficacité par rapport aux molécules utilisées en France, mais diminution du risque hémorragique. Etude HORIZON / EUROMAX en cours.

Aucune indication retenue.

| STEMI  |  |     |   |          |
|--|--|-----|---|----------|
| <b>Antiplatelet therapy</b>  |  |     |   |          |
|  | ASA  | I   | B | 55, 94   |
| <b>Table 36 Antithrombotic treatment options in myocardial revascularization</b> |  |     |   |          |
|  | Ticagrelor <sup>®</sup>  | I   | B | 248, 253 |
|  | + GPIIb-IIIa antagonists (in patients with evidence of high intracoronary thrombus burden) |     |   |          |
|  | Abciximab  | IIa | A | 55, 94   |
|  | Eptifibatide   | IIa | B | 259, 260 |
|  | Tirofiban  | IIb | B | 55, 94   |
|  | Upstream GPIIb-IIIa antagonists  | III | B | 86       |
| <b>Anticoagulation</b>   |  |     |   |          |
|  | Bivalirudin (monotherapy)  | I   | B | 255      |
|  | UFH  | I   | C | —        |
|  | Fondaparinux   | III | B | 256      |

Aucun niveau de preuve la!!

## **2.3 LES AUTRES THÉRAPEUTIQUES ADJUVANTES:**

### **✓ DÉRIVÉS NITRÉS :**

En dehors de l'oedème aigu pulmonaire, et éventuellement en cas de poussée hypertensive (et en seconde intention après les bêtabloquants), les dérivés nitrés ne sont pas recommandés dans la prise en charge de l'IDM en phase aigue.

Le test diagnostique (trinitrine sublinguale) est contre-indiqué en cas d'IDM du ventricule droit et de pression artérielle systolique inférieure à 90 mmHg, et n'est pas conseillée en présence d'un IDM inférieur.

### **✓ OXYGÉNOTHÉRAPIE :**

Elle n'est pas systématique, mais est recommandée en cas de décompensation cardiaque ou si la SpO2 est inférieure à 94 %.

### **✓ ANTALGIQUES :**

Après évaluation de l'intensité douloureuse, le traitement de choix est la morphine administrée en titration IV jusqu'à l'obtention d'une intensité douloureuse inférieure ou égale à 3 sur une échelle d'auto-évaluation de type échelle numérique.

### **✓ BÉTA BLOQUEURS :**

Si l'intérêt des bêtabloquants dans les suites d'un SCA ST+ est démontré, leur administration n'est pas préconisée de façon systématique avant les services de cardiologie, notamment en préhospitalier.

### **✓ IEC:**

Si l'intérêt des IEC dans les suites d'un SCA ST+ est démontré, aucun argument ne permet de les recommander en dehors d'un service de cardiologie.

### **✓ ANTAGONISTES CALCIFIQUES :**

Les antagonistes calciques ne sont pas recommandés dans la prise en charge de l'IDM en phase aigue. Leur administration sublinguale peut être délétère et est contre-indiquée dans ce contexte.

### **✓ INSULINE :**

Insuline recommandée pour corriger l'élévation de la glycémie en phase aigüe d'IDM.

# SCA ST+

≤ 75 ans

> 75 ans

Délai ECG/Ballon

< 2 H

(ou < 90 mn si ant. étendu)

- ASPÉGIC 250 mg IV
- EFIENT 6 cp x 10 mg PO  
*(Sauf < 60 kg, ATCD AVC, haut risque hémorragique, ou pré traitement antiplaquettaire -> PLAVIX 2 cp x 300 mg PO)*
- LOVENOX 3000 UI IV + 100 UI/kg SC

Délai ECG/Ballon

> 2 H

- ASPÉGIC 250 mg IV
- PLAVIX 2 cp x 300 mg PO
- LOVENOX 3000 UI IV + 100 UI/kg SC
- MÉTALYSE

Délai ECG/Ballon

< 2 H

- ASPÉGIC 250 mg IV
- PLAVIX 1 cp x 75 mg PO
- LOVENOX 75 UI/kg SC

Délai ECG/Ballon

> 2 H

- ASPÉGIC 250 mg IV
- PLAVIX 1 cp x 75 mg PO
- LOVENOX 75 UI/kg SC
- MÉTALYSE

SALLE DE CATHÉTÉRISME