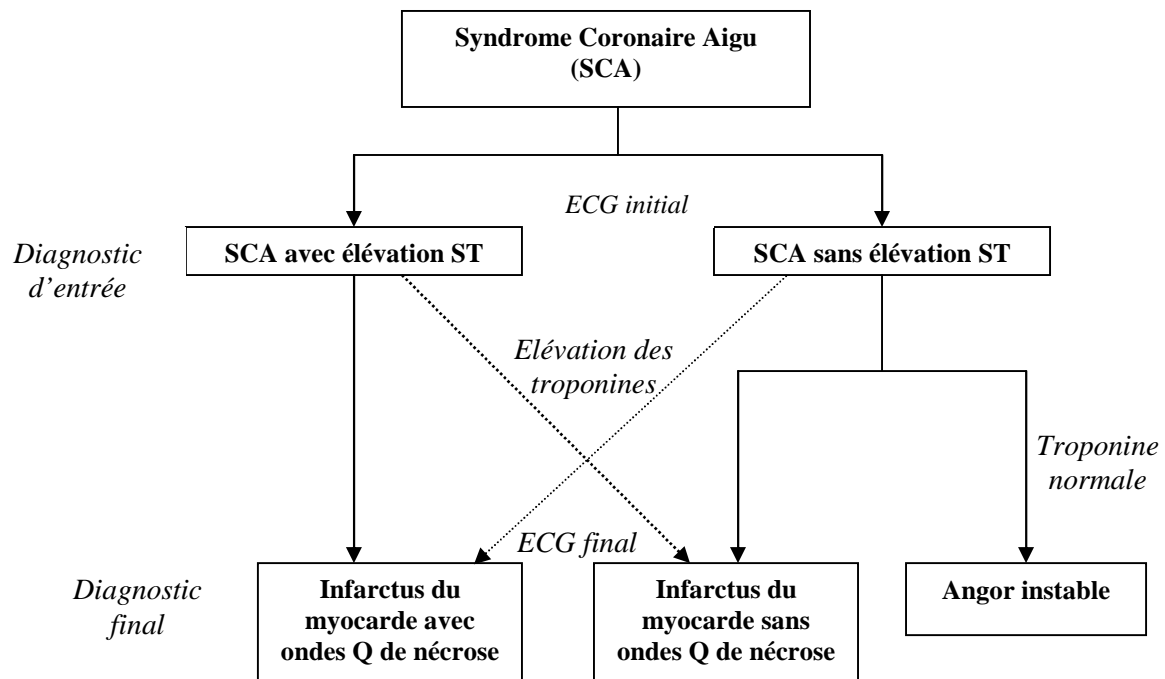


# CLASSIFICATION DES SYNDROMES CORONAIRES AIGUS





# **THROMBOLYSE AU COURS DU SYNDROME CORONAIRE AIGU AVEC SUS-DECALAGE DU SEGMENT ST**

- 1. Tatouage**
- 2. Electrocardiogramme 18 dérivations**
- 3. Hospitalisation à l'USIC**
- 4. Scope**
- 5. Test trinitrine, puis 2<sup>e</sup> ECG**
- 6. Eliminer les contre-indications**
- 7. Prendre deux voies veineuses de bon calibre**
- 8. Sulfate de morphine** : 2 à 4 mg en intraveineuse à répéter toutes les 05 ou 15 minutes si nécessaire
- 9. Acide acétylsalicylique** : (sauf antécédent d'allergie grave) 250-500 mg en IVD
- 10. Clopidogrel** : Dose de charge de 600 mg
- 11. Hémissuccinate d'hydrocortisone** : 100 mg en IVD



**12. Streptokinase (Streptase<sup>®</sup>/SK) : diluer 1.500.000 UI dans 50 cc de SG5% à administrer avec une pousse seringue électrique à la vitesse de 50cc/heure.**

**13. Electrocardiogramme de contrôle**

## **CONTRE-INDICATIONS DE LA THROMBOLYSE**

### **Absolues :**

Hémorragie interne récente

Suspicion de dissection aortique.

Néoplasie intracérébrale connue.

Traumatisme cérébral récent.

Antécédent d'hémorragie cérébrale.

Chirurgie importante récente (moins de deux semaines).

Traumatisme important récent (moins de deux semaines).

Chirurgie intracérébrale récente (moins de deux mois).

### **Relatives:**

Pression artérielle supérieure à 180/110mmhg sur deux mesures consécutives.

Antécédent d'hypertension ancienne sévère.

Ulcère gastro-duodéal récent.

Antécédent d'antécédent vasculaire cérébral ischémique.

Traitement par AVK avec un INR supérieur à 2.

Massage cardiaque traumatique.

Grossesse.

Post-partum.



Rétinopathie hémorragique.

Thrombolyse récente (moins de 9 mois) par la streptokinase, en cas de réutilisation de ce produit.

Hypertension portale, varices oesophagiennes.

Altérations constitutionnelles ou acquises de l'hémostase

Ponction biopsie rénale ou hépatique récente (moins de 15 jours).

## **PRISE EN CHARGE DES SYNDROMES CORONAIRES AIGUS SANS SUS-DECALAGE DU SEGMENT ST**

**Tatouage**

**Électrocardiogramme 18 dérivations**

**Voie veineuse périphérique**

**Hospitalisation à l'USIC**

**Scope**

**Troponines I ou T** : à répéter au bout de 6 à 12 heures si le prélèvement initial est négatif

**Acide acétylsalicylique** : dose de charge (250-500 mg) puis 75-160 mg/jour

**Clopidogrel** : dose de charge de 600 mg suivie d'une dose d'entretien de 75 mg par jour pendant 12 mois

**Enoxaparine** : 100 UI Anti-Xa / Kg toutes les 12 heures pendant 48 heures

**Bêtabloquant** : systématique, en l'absence de contres indications classiques

**Inhibiteur de l'enzyme de conversion** : systématique (Ramipril ou perindopril)



**Statines** : systématique, objectif thérapeutique LDL-cholestérol < 1g/l

**Dérivés nitrés** : chez les patients qui souffrent de douleurs thoraciques persistantes ou récidivantes : d'abord par voie veineuse à faible dose puis rapidement par voie orale ou percutanée.

**Inhibiteurs calciques** : dans l'angor de Prinzmetal, chez les patients présentant une contre-indication au bêtabloquant ou connus pour ne pas les tolérer :

- Soit dihydropyridines associées aux bêtabloquants
- Soit produits à double tropisme, en l'absence d'insuffisance cardiaque (Vérapamil, Diltiazem)

## **PRISE EN CHARGE DU SYNDROME CORONAIRE AIGU AVEC SUS-DECALAGE DU SEGMENT ST APRES LA THROMBOLYSE**

**Héparinothérapie** : dès que le fibrinogène > à 1 g/l et le T C A < à 2 fois le témoin :

- **Héparine sodique** en administration IV continue à la seringue électrique à la dose d'un bolus IV lent de 5 000 UI suivie d'une perfusion de 50 UI/kg/h
- **Enoxaparine** : 100 UI Anti-Xa / Kg toutes les 12 heures

**Acide acetylsalicylique** : Prise quotidienne de 75 à 150 mg

**Clopidogrel** : Prise quotidienne de 75 mg par jour pendant 12 mois



**Bêtabloquants** : systématique en l'absence de contre-indication et de préférence par voie intraveineuse en cas de tachyarythmie ou d'hypertension artérielle,

**Inhibiteurs de l'enzyme de conversion** : systématique

**Statines** : systématique, objectif thérapeutique LDL-cholestérol <1 g/l

**Dérivés nitrés** : par voie sublinguale en cas de douleurs thoraciques persistantes ou par voie intraveineuse pour contrôler une hypertension artérielle ou un oedème pulmonaire

## Recommandations de prise en charge d'un surdosage en AVK ou d'une hémorragie chez un patient sous AVK (ACCP 2004)

CIRCONSTANCES	CONDUITE A TENIR
INR > zone cible <5 sans hémorragie significative	<b>Diminuer dose ou sauter 1 prise</b> puis prescrire à doses plus faibles (niveau 2C)
INR > 5, mais < 9, sans hémorragie significative	<b>Sauter 1 à 2 prises</b> , répéter INR, reprendre à doses plus faibles. Si patient à haut risque saignement: vitamine K ≤ 5 mg per os (niveau 2C)
INR > 9, sans hémorragie significative	<b>Stop AVK et prescription vit. K 5 à 10 mg per os.</b> Reprendre AVK à plus faibles doses lorsque INR cible atteint (niveau 2C)
<b>Hémorragie sévère</b> quel que soit l'INR	<b>Stop AVK</b> + vitamine K 10 mg IV lente à répéter éventuellement toutes les 12 h, ± plasma frais (niveau 1C)
<b>Hémorragie vitale</b>	<b>Stop AVK</b> + vitamine K 10 mg IV lente, + plasma frais (niveau 1C)