

# Prise en charge du SCA au CHU de Strasbourg

Dr PARISOT Sarah

Urgences NHC – SAMU 67

# Prise en charge du syndrome coronarien aigu ST + au SAMU 67

- Identification du risque ischémique à l'appel : envoi SMUR
- ECG 18 dérivations dans les 10 minutes
- Pose de voie veineuse périphérique si possible à gauche

- **Aspegic 125 mg IV**, en l'absence de contre-indications
- Anti-aggrégant plaquettaire per os :

- **Prasugrel 60 mg (Efient)**

- Sauf si : ATCD d'AVC ou AIT, âge > 75 ans ou < 60 kgs, Clopidogrel au long cours, risque hémorragique identifié, doute diagnostic

- **Ticagrelor 180 mg (Brilique)**

- Sauf si : Clopidogrel au long cours, risque hémorragique identifié, doute diagnostic

- **Clopidogrel 600 mg (Plavix)**

- En cas de CI aux deux précédents

- **Héparine non fractionnée IV :**

Dose de charge de 60 UI/kg (max. 4000 UI)

Dose d'entretien IVSE de 12 UI/kg/h (max 1000 UI/h)

- **Oxygénothérapie** si signes de décompensation cardiaque ou de saturation < 94%
- **Morphine** en titration IV pour une EN  $\leq 3$
- **Dérivés nitrés** si OAP ou contrôle de la TA (CI : dysfonction VD, TAS < 90 mmHg)
- Transfert médicalisé en salle de **coronarographie**

## ASPEGIC 125 mg IV

1<sup>ère</sup> intention

ou

2<sup>ème</sup> intention

ou

3<sup>ème</sup> intention

### **Prasugrel 60 mg (Efient)**

CI : ATCd AVC/AIT, >75 ans,  
<60 kgs, risque  
hémorragique, Clopidogrel  
au long cours, doute  
diagnostic, insuffisance  
hépatique

### **Ticagrelor 180 mg (Brilique)**

Si Prasugrel non indiqué  
CI : risque hémorragique  
avéré, Clopidogrel au long  
cours, doute diagnostic,  
insuffisance hépatique

### **Clopidogrel 600 mg (Plavix)**

Si CI au Ticagrelor ou  
au Prasugrel, CI si risque  
hémorragique ou doute  
diagnostic, insuffisance  
hépatique

## **Héparine non fractionnée 60 UI/kg en bolus (max 4000 UI) puis 12 UI/kg/h PSE (max 1000UI/h)**

CI : hypersensibilité, ATCD TIH grave, maladie hémorragique constitutionnelle, risque hémorragique, hémorragie intra cérébrale, AVC ischémique étendu à la phase aigue, HTA non contrôlée

# Prise en charge du SCA non ST + aux Urgences

- Clinique évocatrice d'une ischémie coronaire
- Interrogatoire et examen clinique sans délai
- ECG 18 dérivations dans les 10 minutes
- Bio avec Troponines à H0 puis H3 si nécessaire
- Pose de voie veineuse périphérique
- Prise en charge antalgique
- Test aux dérivés nitrés (en l'absence de contre-indications)

- Evaluation du score de risque ischémique  
GRACE
- Stratification du risque ischémique
- Evaluation du risque hémorragique : score  
CRUSADE
- Proposition thérapeutique après évaluation de  
la balance bénéfice-risque

## Global Registry of Acute Coronary Events: Score de GRACE



Total possible du score à 258

<b>Age (an)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;40 = 0</li> <li>• 40–49 = 8</li> <li>• 50–59 = 36</li> <li>• 60–69 = 55</li> <li>• 70–79 = 73</li> </ul>	<b>Fréquence cardiaque (bpm)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 70 = 0</li> <li>• 70–89 = 7</li> <li>• 90–109 = 13</li> <li>• 110–149 = 23</li> <li>• 150–199 = 36</li> <li>• &gt;200 = 46</li> </ul>	<b>Tension artérielle systolique (mmHg)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;80 = 63</li> <li>• 80–99 = 58</li> <li>• 100–119 = 47</li> <li>• 120–139 = 37</li> <li>• 140–159 = 26</li> <li>• 160–199 = 11</li> </ul>	<b>Creatinine (μmol/L)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0.0– 35.3 = 2</li> <li>• 35 – 70 = 5</li> <li>• 71 – 105 = 8</li> <li>• 106 – 141 = 11</li> <li>• 142 – 176 = 14</li> <li>• 177 – 353 = 23</li> <li>• &gt; 354 = 31</li> </ul>	<b>classification Killip</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Class I = 0</li> <li>• Class II = 21</li> <li>• Class III = 43</li> <li>• Class IV = 64</li> </ul>
<b>Arrêt cardiaque à l'admission :</b> 43	<b>Elévation marqueur cardiaque :</b> 15	<b>Sus décalage du segment ST :</b> 30		



# Calcul du score de risque hémorragique

**CRUSADE** (Can Rapid risk stratification of Unstable angina patients Suppress ADverse outcomes with Early implementation)



Indicateur	Score
Hématocrite	
< 31	9
31–33.9	7
34–36.9	3
37–39.9	2
≥ 40	0
Clairance à la créatinine	
≤ 15	39
> 15-30	35
> 30-60	28
> 60–90	17
> 90–120	7
> 120	0
Fréquence cardiaque	
> 70	0
71–80	1
81–90	3
91–100	6
101-110	8
111–120	10
≥121	11
Sexe	
Homme	0
Femme	8
Signe d'insuffisance cardiaque	
Non	0
Oui	7
Antécédents de maladie vasculaire	
Non	0
Oui	6
Diabète	
Non	0
Oui	6
Tension artérielle systolique, mmHg	
≤90	10
91–100	8
101–120	5
121–180	1
181–200	3
≥201	5

Risque	Score Minimum	Score Maximum
<b>Très faible</b>	1	20
<b>Faible</b>	21	30
<b>Modéré</b>	31	40
<b>Elevé</b>	41	50
<b>Très élevé</b>	51	91

<b>Très haut risque</b>	<b>Haut risque</b>		<b>Faible risque</b>
Angor réfractaire (TNT résistant)	ECG modifié, ondes T négatives		ECG normal
Ischémie récurrente (sous décalage ST de 2mm)	Elévation des troponines avec delta > 0,02		Troponine normale ou mouvement incertain
Insuffisance VG ou état de choc, troubles du rythme	Transfert enUSIC		Grace < 140
Prise en charge invasive	Prise en charge invasive		Prise en charge non invasive
Coronarographie immédiate	Grace < 140	Grace > 140	Echographie cardiaque, Epreuve d'effort
	Coro < 72h	Coro < 24h	
Aspégic 250 mg IVD	Aspégic 250 mg IVD		RAD possible
Ticagrelor 180 mg PO	Plavix 300 à 600 mg PO		Aspégic 250 mg IVD
Arixtra 2,5 mg SC	Arixtra 2,5 mg SC		Discuter Plavix

# Bibliographie

- Recommandations SFC / SFMU
- ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization (Barcelone, sept. 2014)
- Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation (ESC guidelines, sept. 2012)
- Conférence de consensus. Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie (Paris, nov 2006)
- HAS « groupe de coopération IDM » 2012
- Prise en charge d'un SCA ST+. Protocole SAMU 67 (juin 2015)
- Prise en charge SCA non ST+. Protocole urgences HUS (juin 2015)