



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

SCA ST – (NSTEMI)



DEFINITION :

Angor de repos prolongé (> 20 min), angor de novo, déstabilisation récente d'un angor stable ou angor post-infarctus, **sans sus décalage persistant du segment ST**

DIAGNOSTIC :

STRATIFICATION DU RISQUE DANS LE CADRE DU SAMU

ECG 18 dérivations **avant** / après TNT / ECG de référence si possible Recherche de signes de gravité :

Si 1 ou plusieurs = **HAUT RISQUE**

Si aucun = **BAS RISQUE**

- DT de repos persistante et TNT résistante
- diabète
- ATCD coronariens
- IC
- troubles du rythme ventriculaire
- sous décalage de ST > 2 mm dans > 3 dérivations
- variation dynamique ST (sus ou sous) pendant la crise

PIEGES :

Négliger une douleur a priori non typique avec un ECG normal

Dissection aortique

TRAITEMENT :

HAUT RISQUE

BAS RISQUE

O₂ si SpO₂ < 94 % MHC 4 - 8 l / min

Voie veineuse périphérique

Aspirine 250 mg IV

Aspirine 250 mg PO

Risordan® 1 - 6 mg / h si douleur ou ischémie

Morphine (titration) si douleur TNT résistante

Plavix® 300 mg ou 600 mg si angioplastie en urgence

Lovenox® SC (sans bolus IV) 1mg / kg ou 0,75 mg / kg si > 75 ans et / ou IR (Cl créat < 30)

Alternative possible par HNF

Ténormine® : 1/2 amp (2,5 mg) ou 1 amp (5mg) en IV lente si HTA et / ou troubles du rythme ventriculaire (attention aux CI)

Angioplastie urgente ≤ 2 H (admission directe en salle possible) en cas de **HAUT RISQUE** avec signes cliniques persistants :

- douleur thoracique
- troubles du rythme
- insuffisance cardiaque

Anti GPIIb/IIIa : pas en préhospitalier, mais à débiter par l'hôpital demandeur en cas de TIH si :

- diabète
- troponine +
- angioplastie < 72 h

TRANSPORT :

Surveillance : électrocardioscopique, défibrillateur à proximité

Position : demi-assise

ORIENTATION :

Bas risque : porte cardiologique

Haut risque : USIC avec cardiologie interventionnelle ou directement en salle de cathétérisme