



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

SCA ST + (STEMI)



DEFINITION :

Douleur thoracique typique ≥ 20 min, TNT résistante avec **sus décalage persistant du segment ST**
Equivalents : patient coronarien connu électrostimulé ou présentant un BBG récent

DIAGNOSTIC :

ECG 12 dérivations + V3R, V4R, V7-V9 **avant** / après TNT (si modification de la douleur) / ECG de référence si possible = **sus décalage** du segment ST / ligne de base (segment PR)

- ≥ 1 mm dans les dérivations **frontales** (DI, DII, DIII, aVL, aVF), **précordiales gauches** (V4, V5, V6) ou **postérieures** (V7, V8, V9)
- ≥ 2 mm dans les dérivations **précordiales droites** (V1, V2, V3)
- dans au moins **2 dérivations** contiguës

(intérêt de mesurer le sus décalage 60 ms (1,5 mm) après le point J)

Recherche asymétrie tensionnelle, pouls fémoraux

Signes de gravité :

Insuffisance cardiaque (IVD, IVG), choc cardiogénique

Troubles du rythme et / ou de la conduction

PIEGES :

Pour mémoire myopéricardite

TRAITEMENT :

O₂ MHC QSP si SpO₂ ≤ 94 % ou IVG

Voie veineuse périphérique

Aspirine 250 mg IV

Risordan[®] uniquement pour contrôle HTA ou OAP (CI PAS < 100 mm Hg)

Analgésie par morphine selon EVA (titration)

Plavix[®] 300 mg (4 cp) si thrombolyse, 1 cp 75 mg si > 75 ans
600 mg (8 cp) si angioplastie primaire

HNF IV 60 UI / kg (max 4 000 UI), puis 12 UI / kg / h (max 100 UI / h)
ou

Lovenox[®] 30 mg en IV et 1 mg / kg en SC (0,75 mg / kg si > 75 ans ou IR)

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

Discuter la stratégie de reperfusion : cf. protocole p.70

TRANSPORT :

Surveillance : électrocardioscopique, défibrillateur à proximité, signes de reperfusion (disparition ou augmentation de la douleur, RIVA, régression partielle ou totale du sus ST) **Position** : demi-assise

ORIENTATION :

Directement en salle de cathétérisme ou USIC avec cardiologie interventionnelle