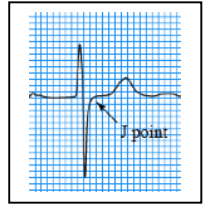
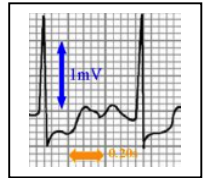


Prise en charge de l'infarctus du myocarde chez les patients présentant une élévation du segment ST (STEMI)

Critères ECG décisionnels pour la prescription d'une désobstruction coronaire :

- Sus-décalage du segment ST au point J dans deux dérivations contiguës avec les seuils suivants :
 - $\geq 0,1$ mV dans toutes les dérivations **sauf V2-V3** où les seuils seront :
 - $\geq 0,2$ mV chez les hommes ≥ 40 ans, $\geq 0,25$ mV chez les hommes < 40 ans ou $\geq 0,15$ mV chez les femmes.



L'élévation du sus-décalage se mesure au niveau du point J qui correspond à l'intersection entre la dépoléarisation et la repolarisation

Diagnostic différentiel sus-décalage segment ST

- Sujet jeune
- Repolarisation précoce
- Bloc de branche gauche
- Pacemaker
- Hyperkaliémie.

Voir page suivante pour territoire



Repolarisation précoce

- Syndrome de Brugada
- Intoxication aux tricycliques.
- Hypertrophie ventriculaire gauche
- Péricardite aiguë.
- Cœur pulmonaire aigu.
- Anévrisme ventriculaire.
- Choc électrique.
- Injection d'adrénaline

Evaluation du risque

5 facteurs de risque augmentant la probabilité d'un accident coronaire

Antécédent familial d'infarctus
Hypertension artérielle
Diabète
Hypercholestérolémie
Tabagisme actif

L'angioplastie primaire

Meilleure option lorsqu'elle peut-être utilisée dans les 60 minutes après le début des symptômes.
Réduction de mortalité.
Réduction du taux de réinfarctus..

En phase aiguë d'IDM rechercher impérativement paramètres cliniques suivant:

- Age > 75 ans.
- Coronaropathie connue.
- Diabète.
- Contre-indication à la thrombolyse.
- Signes de mauvaise tolérance hémodynamique:
 - FC > 100 /min.
 - TA systolique < 100 mmHg.
 - Œdème pulmonaire.
 - Association des 3 signes précédents, traduisant un choc cardiogénique

Sus-décalage présent dans 50 % des cas. L'aspect initial peut-être celui d'un sous-décalage du ST, ou celui d'un ECG normal ou difficilement interprétable en raison d'anomalies pré-existantes. C'est pourquoi **il faut renouveler l'ECG à intervalle régulier.**

Si ECG normal et douleur persistante renouveler celui-ci toutes les 10 minutes.

Surveiller l'évolution des tracés pendant quelques heures.

Douleur thoracique suspecte de SCA

1er contact médical = 1er ECG qualifiant

Si délai entre le 1er contact médical et passage du guide dans l'artère < 120 minutes ou mieux < 60 minutes

Co-traitement antiplaquettaire et antithrombotiques
Aspirine 150-300 mg per os ou 80 à 150 mg IV

+
Ticagrelor 180 mg ou Prasugrel 60mg
(Clopidogrel 600 mg quand Ticagrelor ou Prasugrel non disponible ou contre-indication

+
Enoxaparine ou Bivalirudine

Angioplastie primaire

Si délai entre le 1er contact médical et le passage du guide dans l'artère > 120 minutes

Co-traitement antiplaquettaire et antithrombotiques

Aspirine 150-500 mg per os ou 250 mg IV

+
Clopidogrel 300 mg si âge < 75 ans

+
Enoxaparine ou HNF ou Fondaparinux

Thrombolyse à réaliser dans un délai de 30 minutes après le 1er contact médical

Doses antithrombotique avant angioplastie primaire

Enoxaparine : 0.5 mg/kg i.v. bolus.
ou **Bivalirudine** : 75 mg/kg i.v. bolus suivi perfusion i.v 1.75 mg/kg/h pour les 4 premières heures après la procédure suivi d'une dose de 0.25 mg/kg/h pendant 4-12 h selon la clinique.
Héparine Non Fractionnée : 70-100 U/kg i.v. bolus sans inhibiteur GPIIb-IIIa et 50-60 U/kg i.v. bolus avec inhibiteur GPIIb-IIIa

Antagonistes de l'ADP plaquettaires

Clopidogrel : Dose de charge: 600 mg per os si angioplastie, si thrombolyse dose de charge de 300 mg chez les patients < 75 ans puis dans tous les cas 75 mg per os.
Prasugrel : (60 mg en dose de charge, puis 10 mg par jour) patients non prétraités par du Clopidogrel, pas d'antécédents d'AVC ou AIT, âge < 75 ans.
Ticagrelor (180 mg dose de charge, puis 90 mg deux fois par jour) le clopidogrel (devra être interrompu lorsque ticagrelor est commencé).

Oxygénothérapie si $\text{SaO}_2 < 90\%$. Mais l'oxygénothérapie est raisonnable chez tout patient durant les 6 premières heures.

Doses antithrombotique avant thrombolyse

Enoxaparine : Patient < 75 ans: 30 mg i.v. bolus suivi 15 min plus tard 1 mg/kg s.c. toutes les 12 h jusqu'à l'hôpital. Les 2 premières doses ne doivent pas dépasser 100 mg.
Patients > 75 ans: pas de bolus i.v.; démarré avec une 1^{ère} dose s.c. de 0.75 mg/kg avec un maximum de 75 mg pour les 2 1^{ères} doses s.c.
Chez les patients avec une clairance à la créatinine < 30 mL/min, quelque soit l'âge, la dose sera administrée une seule fois par 24 h.
Héparine Non Fractionnée : 60 U/kg i.v. bolus dose maximale 4000 U suivi par perfusion i.v. de 12 U/kg avec un maximum de 1000 U/h pendant 24-48 h. Cible TCA: 50-70 s ou 1,5 à 2,0 fois celle du contrôle à surveiller à 3, 6, 12 et 24 h.

Dérivations	Territoire électrique	Artère coronaire
V1 à V3	Antéroseptal	IVA moyenne (avant 1ère diagonale)
V3 et V4	Apical	IVA moyenne (après 1ère diagonale)
V1 à V4	Antérieur	IVA moyenne
D1 et VL	Latéral haut	IVA (1ère diagonale) ou circonflexe
V5 et V6	Latéral bas	Circonflexe ou marginale
V1 à V6 et D1-VL	Antérieur étendu	IVA proximale avant la 1 ^{ère} septale
V7, V8, V9 (et miroir V1-V2)	Basal	Circonflexe ou IVA
V1 à V4 et DII, DIII, VF	Antéro-inférieur (ou septal profond)	IVA dominante
DII, DIII, VF	Inférieur	CD ou circonflexe dominante
DII, DIII, VF et V8-V9 et DI-VL et/ou V5-V6	Inféro-latéro-basal	CD ou circonflexe dominante
V3R, V4R, VE et/ou V1	Ventricule droit	CD ou marginale du bord droit