

**Douleur > 20 min**  
**Ne cédant pas spontanément ou après Trinitrine**

**Prise en charge SCA ST sus< 12H\*\***

**\*\* A l'exception des patients (voir au verso)**  
 - sous AVK, Dabigatran (Pradaxa®), Apixaban (Eliquis®), Rivaroxaban (Xarelto®), ...  
 - Thrombopénie < 100000  
 - Trouble de coagulation, TP < 50%  
 - Cirrhose évoluée  
 - Autres situations risque hémorragique (IR dialysée..)

Clinique (ATCD, FRDCV, Examen)  
 Dès que ECG qualifiant réalisé (18 dérivation et <10 min après contact du patient)

**Appeler avant tout traitement, la régulation pour éventuelle inclusion dans un protocole et/ou décision de stratégie thérapeutique : angioplastie primaire ou thrombolyse.**

**POUR TOUS LES PATIENTS**

- Aspirine 250mg IV en bolus
- Analgésie en fonction de EVA
- +/- Anxiolyse (Xanax® SL ou Atarax® IVL)
- Dérivés nitrés si persistance de douleur thoracique et/ou PAS > 160mmHg et/ou signes congestifs avec Killip ≥2 et en absence de CI (PAS < 100mmHg, SCA inférieur, extension au VD)
- Oxygène si saturation O<sub>2</sub> < 95%

**PUIS PRENDRE EN COMPTE**

- Evaluer disponibilité du Centre Hémodynamique
- si début de douleur > 2h et < 12h => Délai de transport (ECG-Ballon) < 120 min
  - si début de douleur < 2h => Délai de transport (ECG-Ballon) < 90 min
  - si début de douleur < 2h et ST sus antérieur et sujet < 60ans => Délai (ECG-Ballon) < 60min

OUI

NON

**ANGIOPLASTIE PRIMAIRE**

Si patient a un Poids < 60 Kgs  
 et/ou Age > 75 ans  
 et/ ou ATCD AVC ou AIT  
 et / ou Patient déjà sous Plavix® au long cours

NON

OUI

Lovenox® 50 UI / Kg IVD en bolus  
 Efiend® 60mg PO

Lovenox® 50 UI / Kg IVD en bolus  
 Ticagrelor® 180mg PO

**TRANSFERT DIRECT AU CENTRE HEMODYNAMIQUE**

**FIBRINOLYSE  
 immédiate préhospitalière**

En absence de CI

Age > 75 ans

NON

OUI

Fibrinolyse pleine dose  
 Lovenox® 3000 UI IVD puis 100UI/Kg SC  
 Plavix® 300mg PO

Fibrinolyse demi-dose  
 Lovenox® 75 UI/Kg SC  
 Plavix® 75mg PO

**TRANSFERT USIC avec Cath. Lab.**

## Consignes particulières pour prise en charge SMUR du SCA ST sus < 12H en situations particulières (cf. liste jointe)

### Situations d'exception :

- Patients sous Anticoagulants oraux [ AVK, Dabigatran (Pradaxa®), Apixaban (Eliquis®), Rivaroxaban (Xarelto®),... ]
- Thrombopénie < 100000
- Trouble de coagulation, TP < 50%
- Cirrhose évoluée
- Autres situations risque hémorragique (IR dialysée..)

## 1 STRATEGIE = Reperfusion par Angioplastie primaire

### POUR TOUS LES PATIENTS

- **Aspirine** 250mg IV en bolus
- **Analgésie** en fonction de EVA
- +/- **Anxiolyse** (Xanax® SL ou Atarax® IVL)
- **Oxygène** si saturation O<sub>2</sub> < 95%
- **Dérivés nitrés** si persistance de douleur thoracique et/ou PAS > 160mmHg et/ou signes congestifs avec Killip ≥ 2 et en absence de CI (PAS < 100 mmHg, SCA inférieur, extension au VD)

**+ INHIBITEUR DU REPECTEUR P2Y12 – ADP = Clopidogrel (Plavix ®) 300 mg per os**

### +/- ANTICOAGULANT

- **Chez les patients déjà traités par anticoagulants** [ AVK, Dabigatran (Pradaxa®), Apixaban (Eliquis®), Rivaroxaban (Xarelto®), ... ], **ne pas faire d'anticoagulants**
- **Chez les patients sans anticoagulant au domicile, privilégier HNF bolus IVD de 60 UI / Kg (max = 5000 UI) puis SAP de 12 UI/Kg/h (max = 1000 UI / H)**