



---

## CORONAROGRAPHIE

---

**Vérifier les points de ponctions** : pouls radial gauche et droit, fémorales. Si problème de voie d'abord, prévenir les coronarographistes.

**Expliquer la procédure au patient** (déroulement, bénéfices, risques)  
Vérifier que le consentement a été donné, lu, compris et signé. Si refus du patient : prévenir les coronarographistes.

**Pas besoin d'être à jeun**

**Douche antiseptique** la veille et le matin de l'examen.

**Perfusion en voie veineuse fonctionnelle :**

- si fonction VG normale : sérum physiologique 9°/°°, faire passer 1000 cc en 8 heures avant l'examen, et à renouveler sur 8 heures après l'examen ;
- en cas de dysfonction VG : sérum physiologique 9°/°°, faire passer 500 cc en 8 heures avant et à renouveler sur 8 heures (à adapter en fonction de l'état clinique). Prescrire ou adapter le furosémide en fonction de l'état clinique ; Surveiller la diurèse et l'auscultation pulmonaire ;
- si cathétérisme rapide et si on ne dispose pas de 8 heures avant la procédure : débiter quand même l'hydratation avant le cathétérisme.

**Dépilation des sites opératoires**

**Prélèvements** : au minimum : NFS plaquettes, ionogramme sanguin avec créatinine, bilan hémostase (INR, TCA), troponine, la veille ou le jour de l'examen. Le groupe sanguin et les agglutinines régulières ne sont pas systématiques sauf sur demande du coronarographe.

**Prémédication pour l'examen sur prescription** : atarax 1mg/kg, hypnovel si besoin (1 ampoule sur un sucre) en respectant les contre-indications.

**Protocole anti-allergique :**

Prévenir l'équipe de coronarographie.

Donner per os, 1 cp de 16 mg de médrol la veille au soir et le matin de la coronarographie.



Donner per os de l'atarax à la dose de 1 mg/kg la veille au soir et le matin de l'examen.

***Diabète et coronarographie :***

Être vigilant sur le protocole d'hydratation (voir avant). Si clairance de la créatinine < 30 ml/min et si patient diabétique, faire doser ionogramme sanguin et créatinine le lendemain, à 48 heures et 5 à 7 jours de la procédure.

Patients sous anti-diabétiques oraux :

- Biguanides (Glucofage, Stagid) : arrêt du traitement avant ou au moment de l'examen, pour n'être repris que 48 heures après (ou à la sortie si sortie < 48 heures). Prescrire un ionogramme sanguin avec créatinine 5 à 7 jours après la procédure et demander au patient de le communiquer à son médecin traitant, si sortie.

***Patient insuffisant rénal :***

L'insuffisance rénale sévère se définit par une clairance de la créatinine < 30 ml/min. Elle multiplie par 4 le risque de morbi-mortalité dans le syndrome coronarien aigu et est un facteur de risque indépendant de complication hémorragique majeur. Elle est présente dans 8 à 15% des patients admis à l'USIC.

**- en cas de coronarographie chez un insuffisant rénal non dialysé :**

Prévenir le coronarographe.

Bien veiller à l'hydratation (voir au-dessus).

Surveiller la diurèse.



Faire doser ionogramme sanguin et créatinine au minimum le lendemain, 48 heures et 5 à 7 jours après la procédure. Si le patient est sorti, lui demander de communiquer le résultat à son médecin traitant.

**- en cas de coronarographie chez un insuffisant rénal dialysé :**

Programmer la procédure entre deux séances de dialyse, avec au mieux une séance de dialyse dans les heures qui suivent la procédure (même en cas d'angioplastie) ;

Pas d'hydratation avant ou après la coronarographie chez l'hémodialysé anurique.

***Conduite à tenir vis-à-vis des antiagrégants plaquettaires***

- Tout patient coronarien ou suspect de coronaropathie doit être sous aspirine sauf en cas d'allergie ;

- ***Patient en salle admis pour coronarographie diagnostique*** : Patient déjà sous plavix, ou brilique, ou prasugrel : continuer le traitement, pas de dose de charge supplémentaire.

Patient sans plavix, brilique ou prasugrel : PAS DE DOSE DE CHARGE, pas de traitement antiagrégant hormis l'aspirine si coronarien ou suspect de coronaropathie.

- ***Patient en salle admis pour angioplastie programmée*** : Patient déjà sous plavix : administrer une dose de charge de 600 mg avant l'examen

Patient déjà sous brilique ou prasugrel : poursuivre le traitement

Patient sans plavix, brilique ou prasugrel : dose de charge de plavix, 600 mg avant la procédure.

***- Si une angioplastie a été réalisée à la suite d'une coronarographie pour un patient non traité au préalable par plavix, brilique ou prasugrel***

Vérifier que le patient a bien reçu une dose de charge de plavix 300 ou 600 mg au PTI. Si non, administrer la dose de charge de 600 mg de plavix

Poursuivre le plavix à raison de 1 cp par jour associé à 75 mg de Kardégic.

Durée du traitement anti-aggrégant sur la prescription de sortie :

Ballon actif : Plavix 1 cp par jour et Kardégic 75 mg par jour pendant un mois puis arrêt du plavix et poursuite du Kardégic 75 mg par jour à vie

Stent actif : Plavix 1 cp par jour et Kardégic 75 mg par jour pendant six mois puis arrêt du plavix et poursuite du Kardégic 75 mg par jour à vie

Bien expliquer au patient l'importance de prendre ce traitement de façon

régulière et suivie, et d'appeler le 15 en cas de douleur thoracique

prolongé. Lui explique le risque de resténose au bout de 4 à 6 mois, et



l'importance de consulter son cardiologue ou médecin traitant de façon régulière.

### ***Conduite à tenir vis-à-vis des anticoagulants***

- Patient sous AVK :

Faire doser un INR la veille et le matin de la procédure.

La réalisation des coronarographies est possible avec un INR en dessous de 2,5. Si INR > 2.5, discuter avec les coronarographistes de l'urgence de la procédure, et de la possibilité de faire une voie radiale.. PAS D'INJECTION DE VITAMINE K sans accord d'un médecin sénior.

- Patient sous HBPM : Poursuivre les HBPM, y compris l'injection avant la procédure.

-Patient sous anticoagulants oraux ayant eu une coronarographie :  
anticoagulants+ Aspirine 75 mg une semaine+plavix de un à trois mois selon les consignes du cardiologue interventionnel, puis anticoagulants oraux seuls

### **CONSIGNES AU RETOUR DU PTI**

#### ***1) Le retour enUSIC concerne :***

Tous les patients préalablement hospitalisés enUSIC :

Les angioplasties primaires pour SCA ST + ou SCA ST – avec critères de gravité admis directement au PTI ;

Les complications d'angioplastie.

Brancher le scope et faire un ECG immédiatement après le retour du PTI

Vérifier le pansement radial ou fémoral. Suivre les indications sur la feuille de liaison pour le retrait du pansement radial (en général 4 heures après la procédure) ou fémoral.

Troponine : si angioplastie, systématique au retour du PTI et le lendemain.

Lire la feuille de transmission du PTI pour consignes particulières. Si problème, contacter le coronarographe.

Si IIB IIIA : NFS plaquettes au retour du PTI, 3 à 4 heures après, le lendemain et à 48heures.



## **2) Le retour en salle concerne**

Tous les patients préalablement hospitalisés en salle. Si une angioplastie a été réalisée sans complications : surveillance en SSPI pendant une heure puis retour en salle.

Suivre les indications sur la feuille de transmission. Si problème, contacter le coronarographe.

Vérifier le pansement radial ou fémoral. Suivre les indications sur la feuille de liaison pour le retrait du pansement radial (en général 4 heures après la procédure) ou fémoral.

Si angioplastie : troponine au retour et le lendemain.

Ionogramme sanguin et créatinine : non systématique, sauf en cas d'insuffisance rénale.

## **CONDUITE A TENIR EN CAS D'HEMMORAGIE AU POINT DE PONCTION**

Dans tous les cas si hémorragie importante (volumineux hématome > 5 cm, hémorragie active non contrôlée) :

- Groupe ABP, RAI ;
- Antagoniser l'anticoagulation par Protamine ;
- Compression au point de ponction.

### Si hématome radial

Refaire le pansement compressif ;

Si échec, appeler coronarographe ;

En cas d'hématome de l'avant bras avec compression : le syndrome de loge est une complication rare mais redoutable de la ponction artérielle radiale.

Antalgiques, glace sur l'avant bras, faire bouger la main. Prévenir coronarographe. Les indications chirurgicales de décompression sont très rares.

### Si hématome fémoral

Compression manuelle prolongée ;

Si échec : appeler le coronarographe pour mise en place d'un fémostop.