
SYNDROME CORONARIEN AIGU SANS SUS DECALAGE ST



SCA ST- / Angor instable

↓
Hospitalisation en USIC
Traitement initial :

Aspirine: 250 mg IV
Ticagrelor: 180mg / Prasugrel: 60mg / Clopidogrel: 600 mg (per os) / rien
HBPM (Enoxaparine) : 1 mg/kg (s.c.) x 2/J (jusqu'à la coronarographie)
0.75 mg/kg (s.c.) x 2/J si patient ≥ 75 ans
Statines (fortes doses)
± B Bloquant, IEC

↓ ETT

Coronarographie +/- angioplastie dans les 24-48h sauf:

- Instabilité hémodynamique
- Troubles du rythme ventriculaire
- Persistance de la douleur thoracique
- Insuffisance cardiaque gauche
- Modification ECG (sus ST)
- GRACE score > 140

→ Examen en urgences
cf. SCA ST+

Anti GPIIb/IIIa selon résultat coronarographie

Si le patient est inclus dans un protocole de recherche clinique avant son arrivée : suivre la méthodologie requise et ne pas tenir compte de ces protocoles.

- Aspirine : 250 mg IVD puis Kardégic® 75 mg/jour ;
- Brilique® 180 mg en dose de charge, puis 90 mg deux fois par jour pendant un an.

Si Brilique non toléré ou traitement anticoagulant associé, clopidogrel :
dose de charge de 600 mg en cas d'angioplastie puis 75 mg/jour.

Durée optimale bithérapie : 1 an.



En cas de doute diagnostique ou de risque hémorragique important : attendre les résultats de la coronarographie avant d'administrer le deuxième antiagrégant plaquettaire +++.

- Pas de Prasugrel utilisé chez ces patients sauf cas particulier.
- Choix de l'anticoagulation en fonction de la clairance de la créatinine et du risque hémorragique :

Clairance < 30 ml/mn : HNF IVSE ;

Clairance > 30 ml/mn : Lovenox® ou Arixtra® (2,5 mg par jour en SC).

Si Lovenox® : si < 75 ans et clairance > 60 ml/mn, une dose de 30 mg (3000 UI, 0,3 mL) IV, suivie d'un complément sous cutané immédiat de 1 mg/Kg (100 UI/kg ; 0,1 mL/10 Kg) (maxi 10 000 UI) x 2 par jour, sans dosage de l'activité anti-Xa ; si clairance > 30 et < 60 ml/mn ou si > 75 ans : pas de bolus, 75% de la dose soit 0,075 ml/10 kg SC 2 fois par jour avec monitoring de l'activité anti-XA 4 heures après la 2^e injection. Pas d'injection complémentaire d'HNF si angioplastie réalisée dans les 6 heures après la dernière injection de Lovenox® ; si la coronarographie est réalisée au-delà de 6 heures après la dernière injection, faire un bolus complémentaire de 30 UI/kg en IV.

Si Arixtra® : bolus d'HNF nécessaire pendant l'angioplastie.

- Timing de la coronarographie :

Coronarographie immédiate si récurrence ischémique et/ou mauvaise tolérance hémodynamique ou rythmique.

Dans les autres cas, **coronarographie dans les 24 heures**. Prévenir le cathétériseur soit oralement ou dans le mémo de la demande du choix et de l'horaire des injections d'anticoagulants.

- Pas d'indication des anti-GP IIb/IIIa enUSIC sauf cas particulier. Le cathétériseur peut cependant décider de l'utiliser pendant l'angioplastie. En général, les anti-GP IIb/IIIa sont maintenus après la dilatation.

- Durée de l'anticoagulation efficace selon la prise en charge lors de la coronarographie :

Si revascularisation complète et optimale : arrêt de l'anticoagulation efficace dès le retour du KT

Dans les autres cas, anticoagulation efficace pendant toute la durée du séjour enUSIC.

- Cas particulier du patient devant être traité par pontage aorto-coronaire : Prévoir rapidement la consultation avec l'anesthésiste, doppler TSA et kiné respiratoire.



Si patient stable, poursuite du Kardégic[®], arrêt du Brilique[®] ou du Plavix[®], poursuite de l'anticoagulation efficace jusqu'au pontage. Pontage à partir de J5.

Si patient instable, pontage rapide et poursuivre les antiagrégants et l'anticoagulation efficace.

Traitements de prévention secondaires instaurés en USIC :

1) Bithérapie antiagrégant pendant un an (sauf cas particulier). Aspirine (75 mg) et inhibiteur du P2Y12 : Ticagrelor (90 mg matin et soir), Clopidogrel (75 mg), ou Prasugrel (10 mg) selon le choix initial.

2) Statines forte dose + Ezetimibe (10mg/J) avec contrôle biologique à un mois (bilan lipidique, ASAT, ALAT) : atorvastatine 80 (40mg après 80/85 ans) ou rosuvastatine 20mg.

Objectif = LDL-C <0.55g/L et réduction de 50% du LDL-C par rapport au LDL initial. Chez les patients déjà à dose max de statine tolérée, sous ezetimibe et dont le LDL-C est > 0.70 g/L un traitement par inhibiteur PCSK9 doit être discuté (alirocumab ou evolocumab).

2) Béta-bloquant : privilégier le bisoprolol en l'absence de contre-indication.

3) Inhibiteur de l'enzyme de conversion : privilégier le ramipril (Triatec[®]), ou le perindopril (Coversyl[®]) ; les ARA-2 seront utilisés en cas de contre-indication ou d'intolérance des IEC : Candesartan 8 puis 32 mg ou Valsartan 80 mg, puis 160 mg deux fois par jour, si fonction VG altérée ; Telmisartan 80 mg si fonction VG préservée).

4) Antialdostérone : en cas de FEVG < 40% : Eplérénone (Inspra[®]) avec surveillance régulière de la kaliémie, en plus du traitement bêta-bloquant et IEC.

L'association **sacubitril-valsartan (Entresto)** peut être envisagé en cas de dysfonction VG sévère (FEVG <40%) à la place des IEC/ARA-2.

Protecteur gastrique : en cas d'ATCD d'hémorragie digestive, d'ulcère ou d'association d'anti thrombotiques (notamment AC+AAP).

Association anticoagulant oral direct et anti agrégant plaquettaire (FA non valvulaire ...)

Privilégier l'association :

- AOD (dose adaptée au profil patient) + Clopidogrel pour 12 mois ; CI au ticagrelor / prasugrel pour cette association.
- Aspirine à faible dose pendant 1 semaine (sauf risque hémorragique important) ;



- Protecteur gastrique selon le risque hémorragique.

Traitement antidiabétique :

- Vérifier systématiquement la glycémie dans le bilan d'admission (glycémie à jeun et HBA1C) ;
- Insuline si glycémie > 1,80-2,00 g/L (10-11 mmol/L), en évitant de descendre la glycémie en dessous de 0,90 g/L (5 mmol/L) ;
- Patients sous metformine : contrôle quotidien de la créatinine ; en cas de coronarographie ou autre examen iodé, interruption temporaire de la metformine si clearance < 60 mL/min ;
- Avis diabéto si HBA1C >8% ;
- L'optimisation du traitement antidiabétique par l'ajout d'une gliflozine (dapagliflozine ou empagliflozine) ou d'un analogue GLP1 doit être discuté pour tous les patients diabétiques.

Réadaptation CV : à prévoir à la sortie si revascularisation complète chez les patients volontaires. Privilégier la réadaptation à Corentin Celton en externe (« FAST TRACK » : prévoir une trajectoire et avertir le cadre le plus tôt possible). L'éducation thérapeutique doit être initiée dans le service (IDE spécialisée).

Protocoles de recherche clinique : proposés aux patients lors de l'hospitalisation (suivi à organiser à l'HEGP en général).

Sortie :

- CRH ;
- Ordonnance pour 3 mois ;
- Bilan biologique à 1 mois : NFS, plq, bilan lipidique, ASAT, ALAT, CPK ;
- Prévoir Cs cardio à 1 mois de préférences avec un cardiologue correspondant.