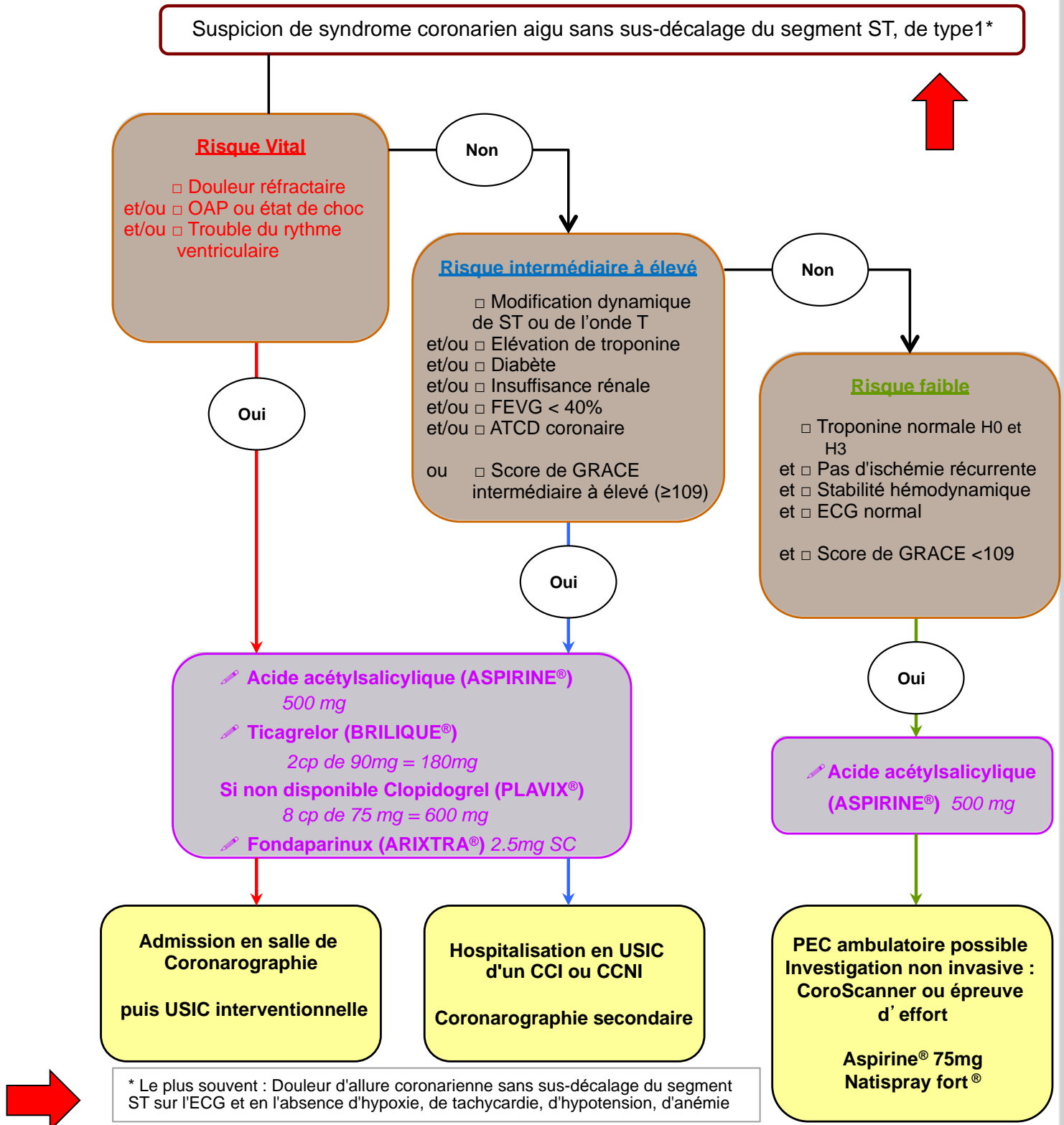


SCA non sus-ST

Mise en pratique des recommandations

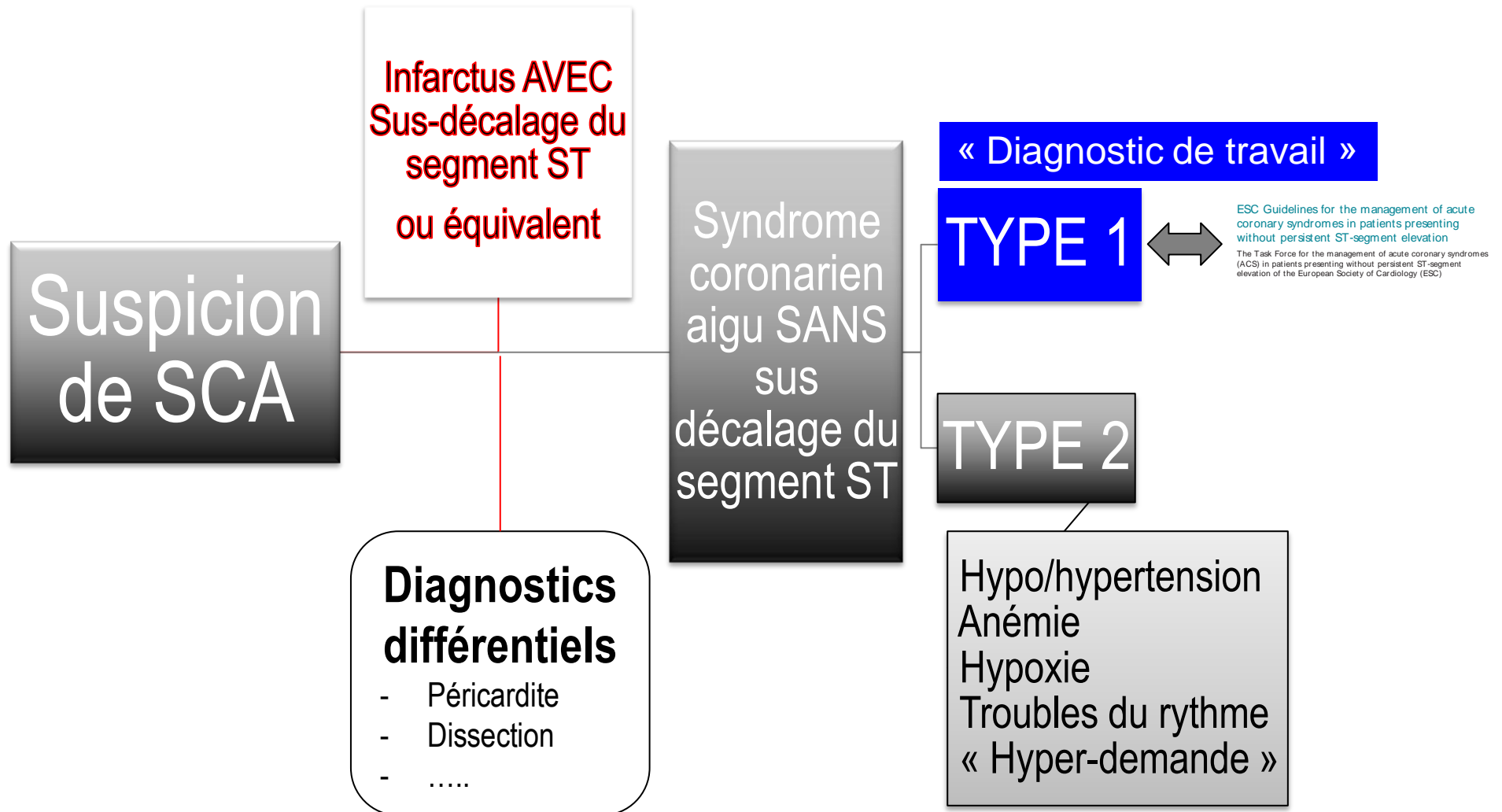
Eric Bonnefoy
Soins intensifs de Cardiologie
Hôpital Cardiologique
Lyon

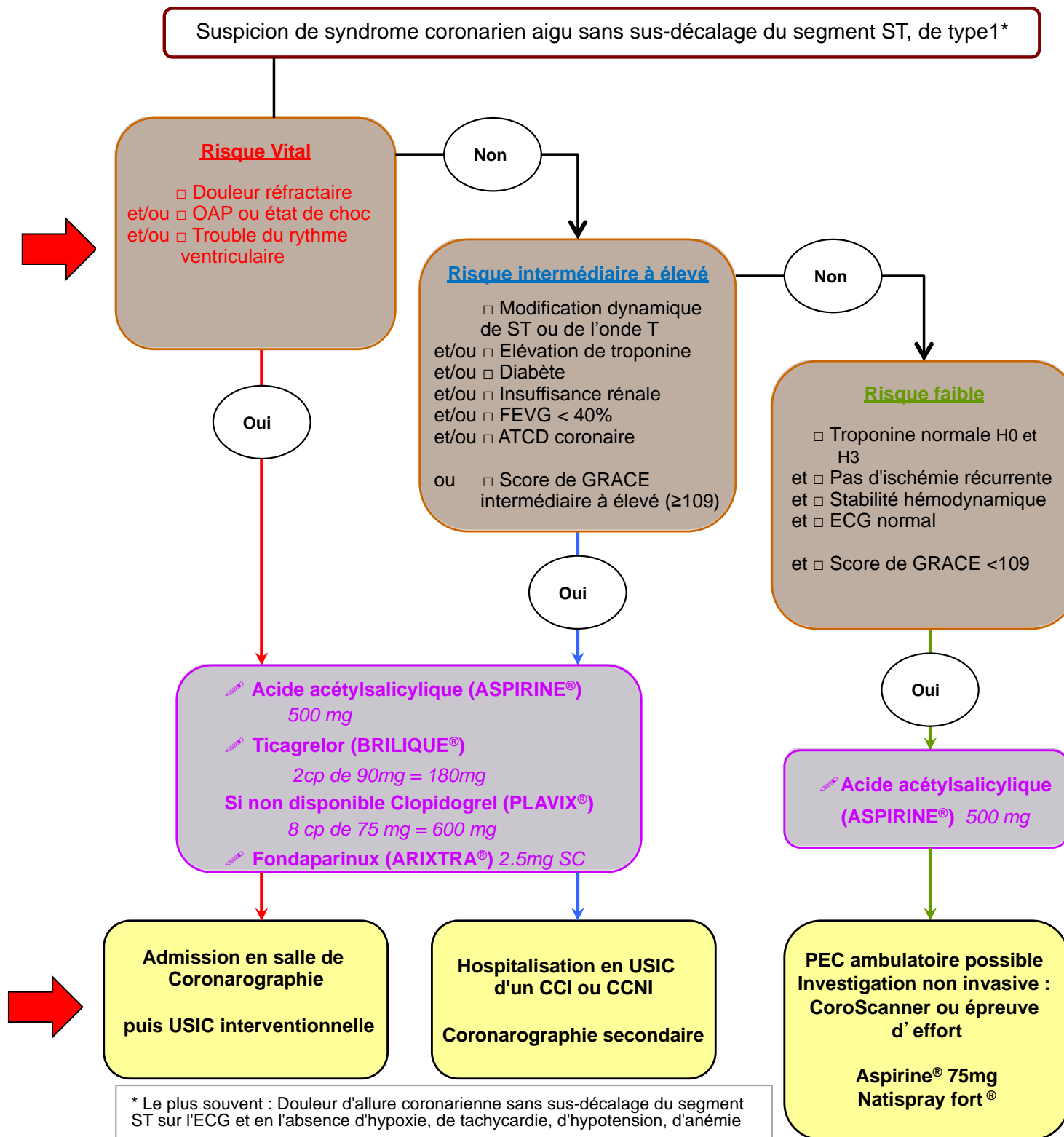




* Le plus souvent : Douleur d'allure coronarienne sans sus-décalage du segment ST sur l'ECG et en l'absence d'hypoxie, de tachycardie, d'hypotension, d'anémie

Réserver l'application des recommandations aux syndromes coronariens aigus sans sus-décalage du segment ST de type 1





* Le plus souvent : Douleur d'allure coronarienne sans sus-décalage du segment ST sur l'ECG et en l'absence d'hypoxie, de tachycardie, d'hypotension, d'anémie

La stratification du risque conditionne le délai de la coronarographie

Prognosis assessment

IC

**URGENT
E
<2H**

- Douleur thoracique persistante
- Insuffisance cardiaque
- Troubles du rythme ventriculaires
- Etat de choc, hypotension

IA

**PRECOCE
<24H**

- Score GRACE >140
- Cinétique troponine ischémique
- Evolutions dynamiques du segment ST
 - Monitoring
 - ECG itératifs

IA

**DIFFEREE
<72H**

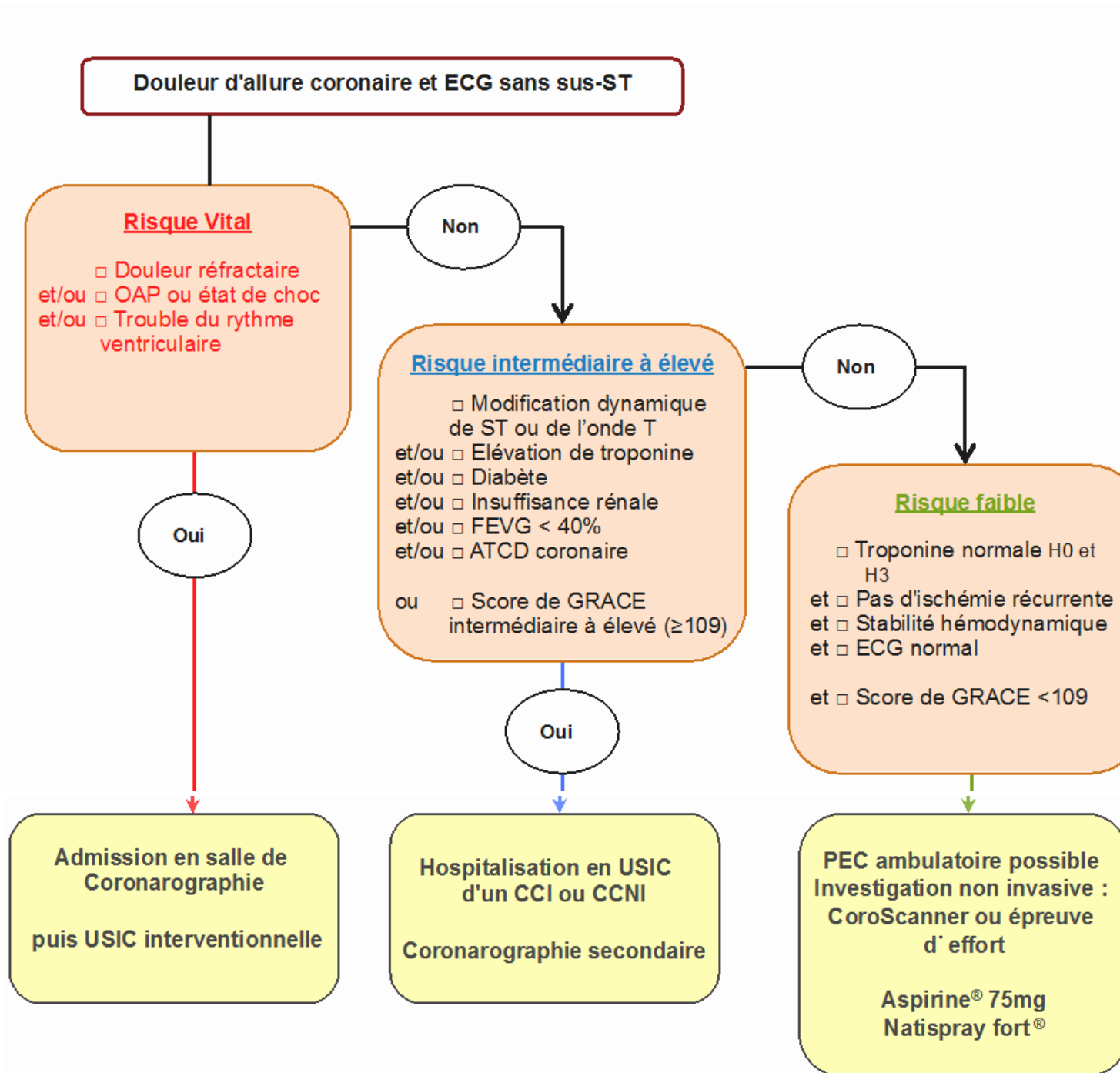
- Récidive d'angor
- GRACE 109-140
- Troponine +
- Diabète
- Insuffisance rénale (ClCr < 60 ml/min)
- FE < 40%
- ATCD coronariens
 - Angioplastie, pontages, infarctus

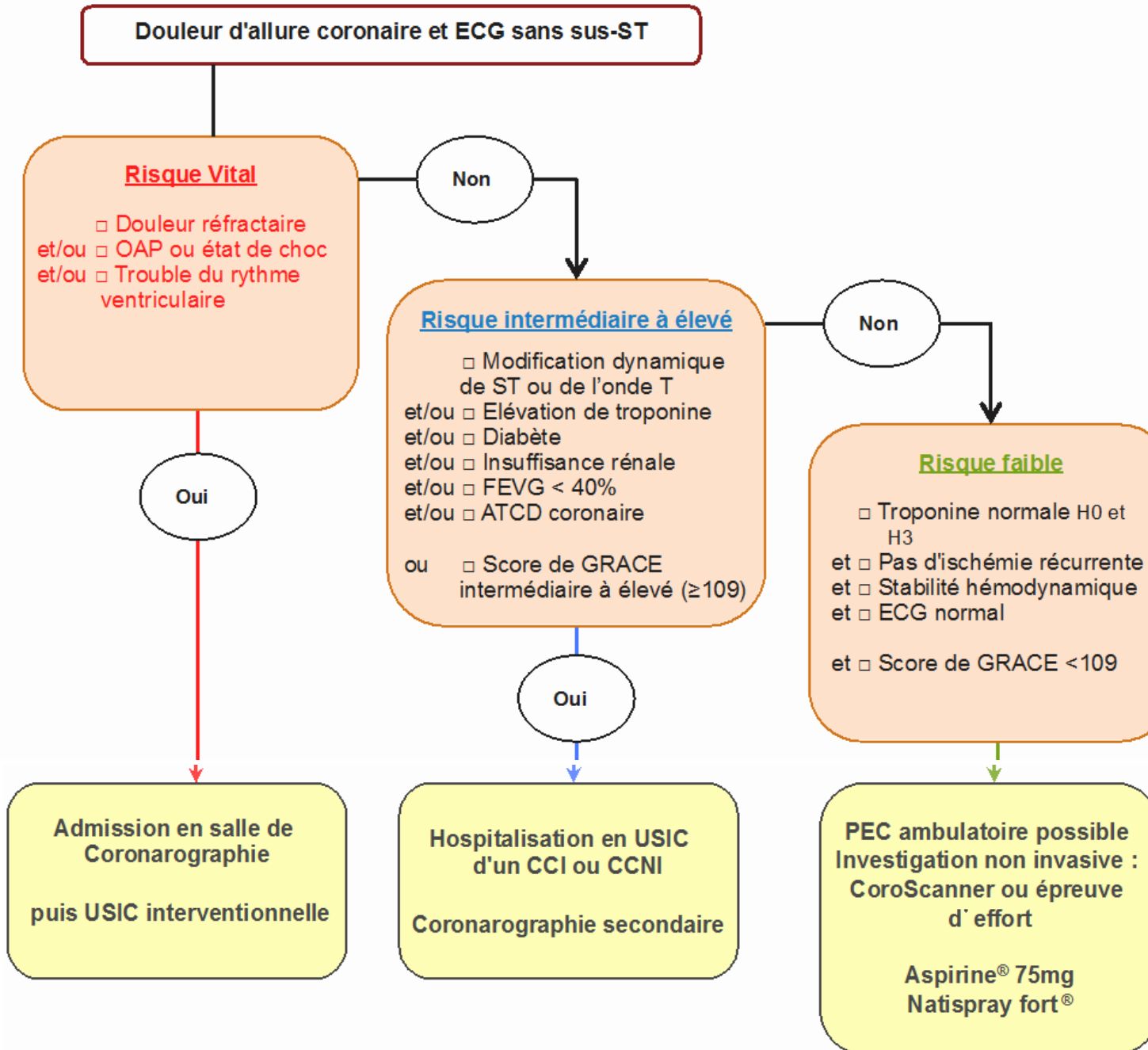
IA

Pas de stratégie invasive

GRACE <109

Pas de critère de haut risque



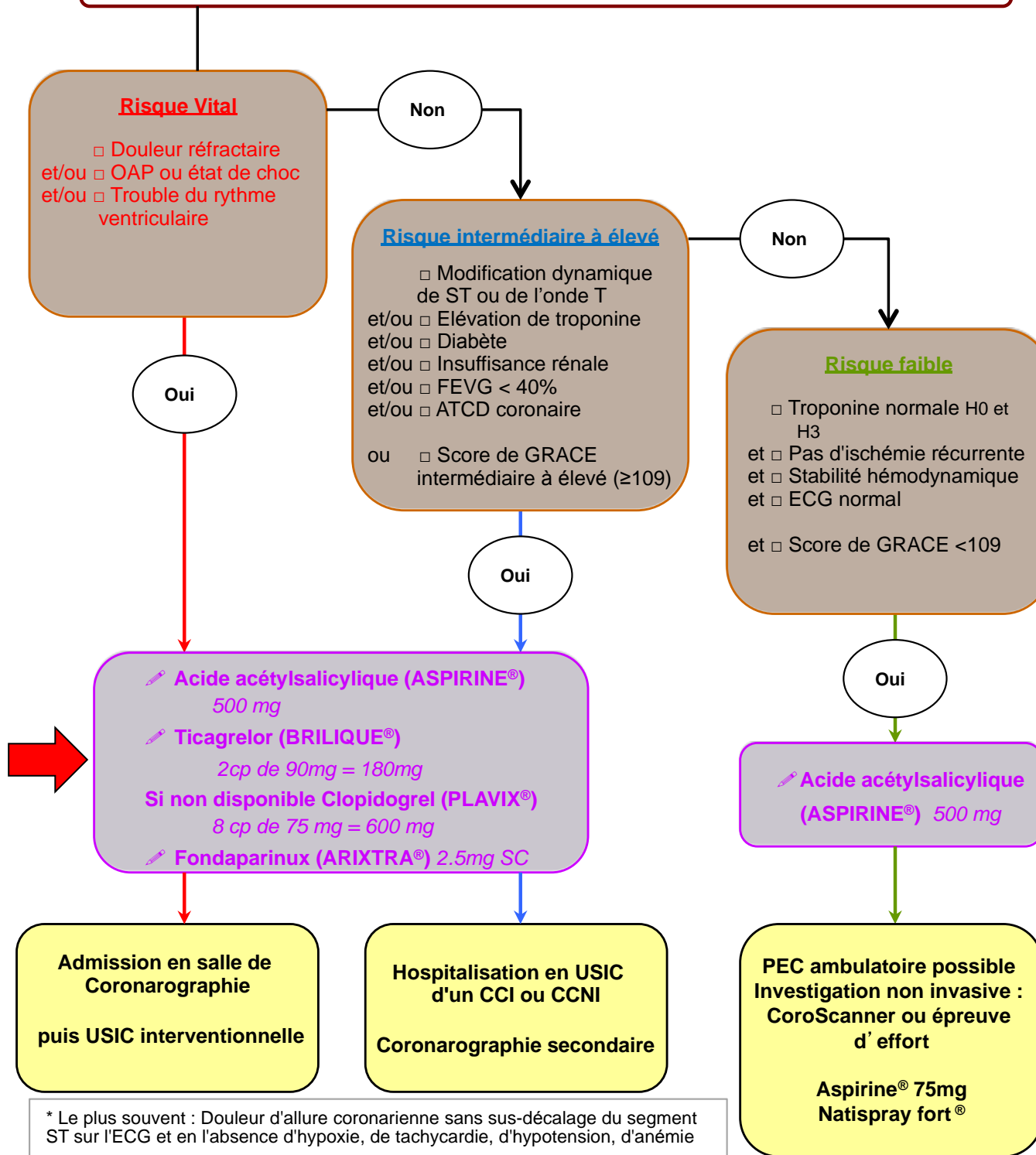


« A rapid rule-out protocol (0 and 3 h) is recommended when highly sensitive troponin tests are available »

Ce que disent les recommandations sur :

Agé > 75 ans	Diabétique	Insuffisant rénal
NE PAS SE CENSURER : SUIVRE LES MÊMES STRATEGIES QUE POUR LES AUTRES		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Stratégie interventionnelle précoce 2. Choix des associations antithrombotiques les moins hémorragiques et adapter la dose des traitements 3. S'adapter au contexte et aux souhaits du patient 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stratégie interventionnelle précoce 2. Choix des associations antithrombotiques les plus agressives 3. MAIS adapter les doses à la fonction rénale 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stratégie interventionnelle précoce 2. Adaptation des doses à la clairance de la créatinine <ul style="list-style-type: none"> - Inutile pour clopidogrel, prasugrel, ticagrelor, fondaparinux - Indispensable pour <ul style="list-style-type: none"> . Enoxaparine 1mg/kg x1/j . Bivalirudine • De façon générale, ClCreat <30ml/min → HNF ajustée au TCA

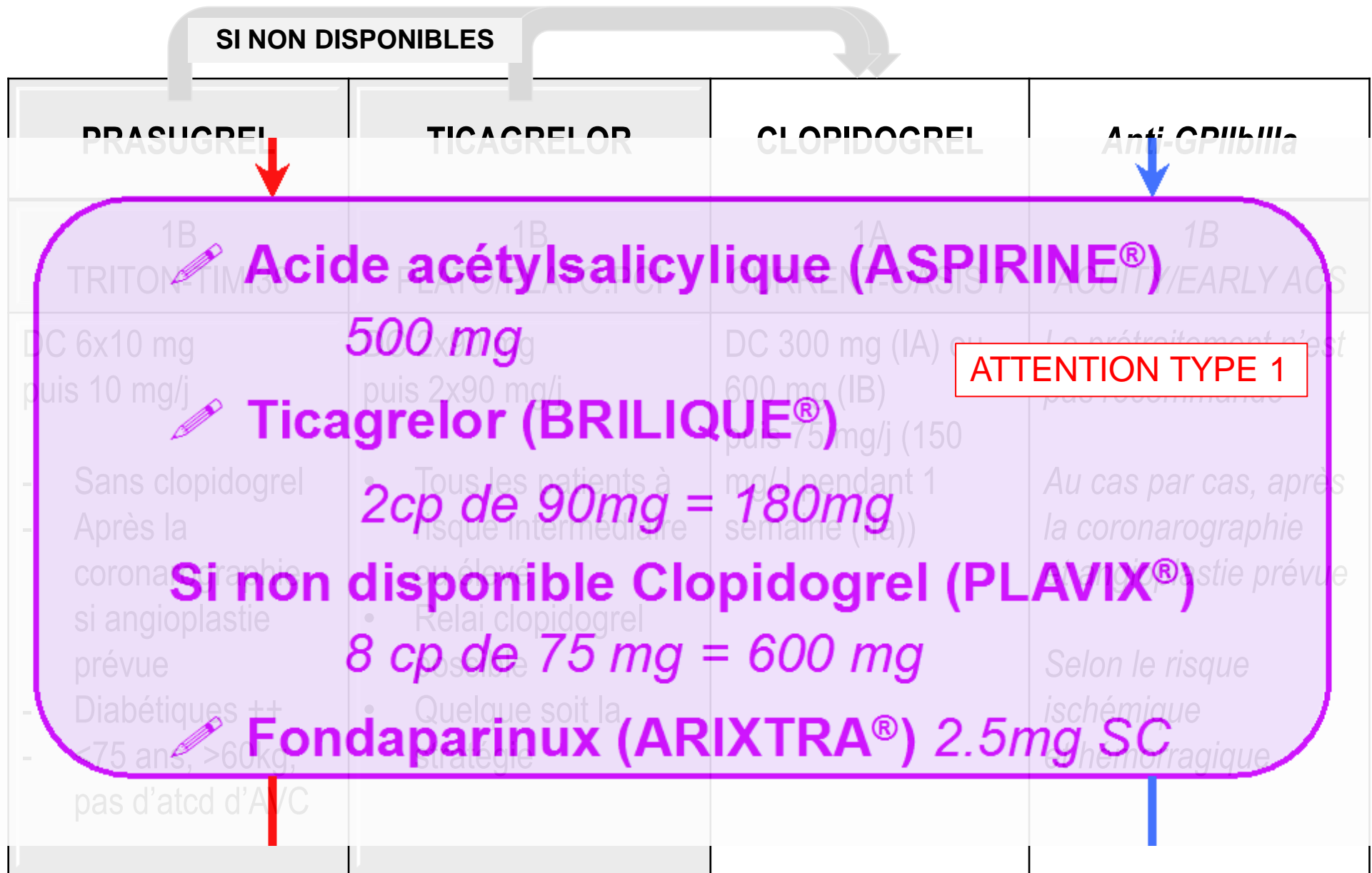
Suspicion de syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST, de type1*



* Le plus souvent : Douleur d'allure coronarienne sans sus-décalage du segment ST sur l'ECG et en l'absence d'hypoxie, de tachycardie, d'hypotension, d'anémie



Traitement de base le plus simple possible






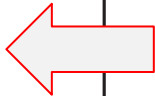
Antiagrégants plaquettaires

le protocole suit le schéma le plus simple

SI NON DISPONIBLES			
PRASUGREL	TICAGRELOR	CLOPIDOGREL	<i>Anti-GPIIb/IIIa</i>
1B TRITON-TIMI38	1B PLATO/PLATO.PCI	1A CURRENT-OASIS 7	1B <i>ACUITY/EARLY ACS</i>
DC 6x10 mg puis 10 mg/j - Sans clopidogrel - Après la coronarographie si angioplastie prévue - Diabétiques ++ - <75 ans, >60kg, pas d'atcd d'AVC	DC 2x90 mg puis 2x90 mg/j • Tous les patients à risque intermédiaire ou élevé • Relai clopidogrel possible • Quelque soit la stratégie	DC 300 mg (IA) ou 600 mg (IB) puis 75 mg/j (150 mg/J pendant 1 semaine (IIa))	<i>Le prétraitement n'est pas recommandé</i> <i>Au cas par cas, après la coronarographie et angioplastie prévue</i> <i>Selon le risque ischémique et hémorragique</i>



Pourquoi plutôt le ticagrelor ?

	Clopidogrel	Prasugrel	Ticagrelor
Class	Thienopyridine	Thienopyridine	Triazolopyrimidine
Reversibility	Irreversible	Irreversible	Reversible 
Activation	Prodrug, limited by metabolization	Prodrug, not limited by metabolization	Active drug
Onset of effect^a	2–4 h	30 min	30 min 
Duration of effect	3–10 days	5–10 days	3–4 days
Withdrawal before major surgery	5 days	7 days	5 days



Fondaparinux

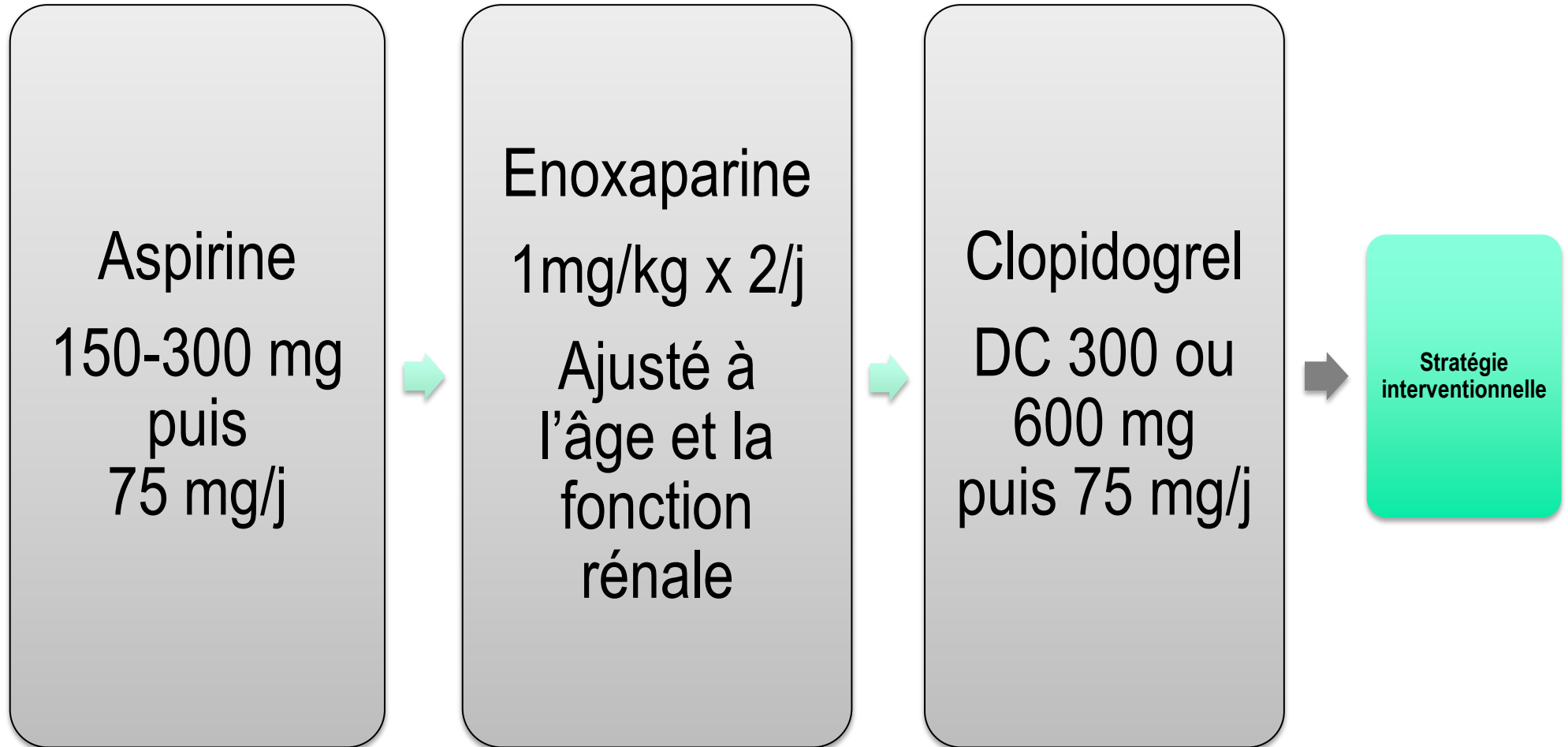
simplicité et faible risque hémorragique

SI NON DISPONIBLE		SI NON DISPONIBLE	
FONDAPARINUX	ENOXAPARINE	HNF (ou HBPM non enox)	BIVALIRUDINE
1A OASIS 5 / OASIS 8	1B SYNERGY	1B	1B ACUITY
<p>2,5 mg/j en sous-cutané, dose unique</p> <p>Pour tous les patients à risque intermédiaire à élevé</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Et en salle de cathétérisme, 85 UI/kg d'HNF</p> </div>	<p>1 mg/kg x2/j</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les patients à risque intermédiaire à élevé • Ajuster la dose, <ul style="list-style-type: none"> - si ClCr < 30 ml/min 1 mg/Kg/j - si > 75a 1 mg/Kg/j (?) 	<p>Bolus 60-70 UI/kg puis 12-15 UI/kg/H</p>	<p>DC IV 0,1 mg/kg puis PSE 0,25mg/kg/H</p> <p>Posologie adaptée en salle de KT</p> <p>Si stratégie interventionnelle ET</p> <ul style="list-style-type: none"> . Surtout si haut risque hémorragique . Surtout si antiGPIIb/IIIa envisagé . Surtout si voie fémorale

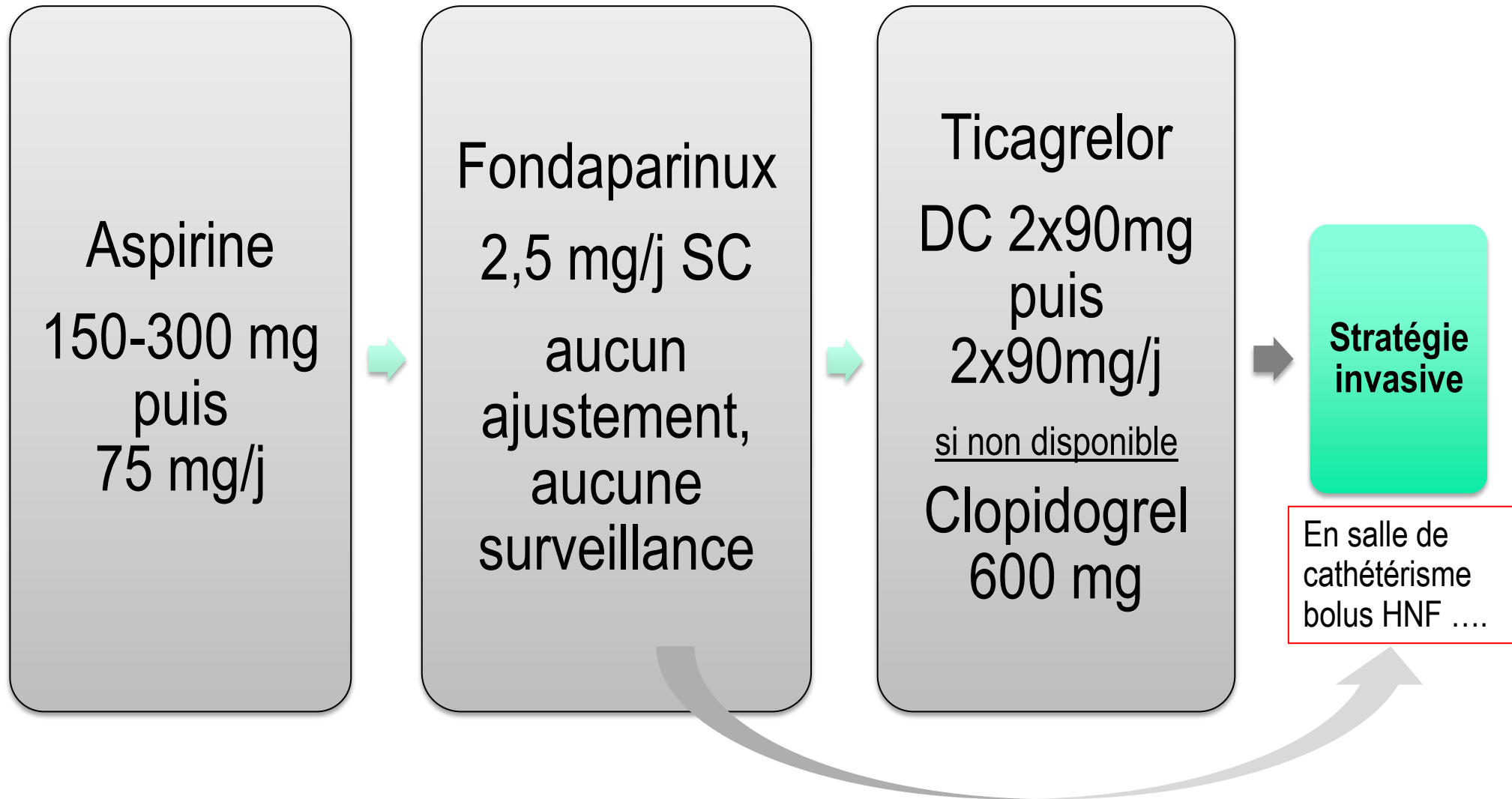
Cross-over interdit
IIIb



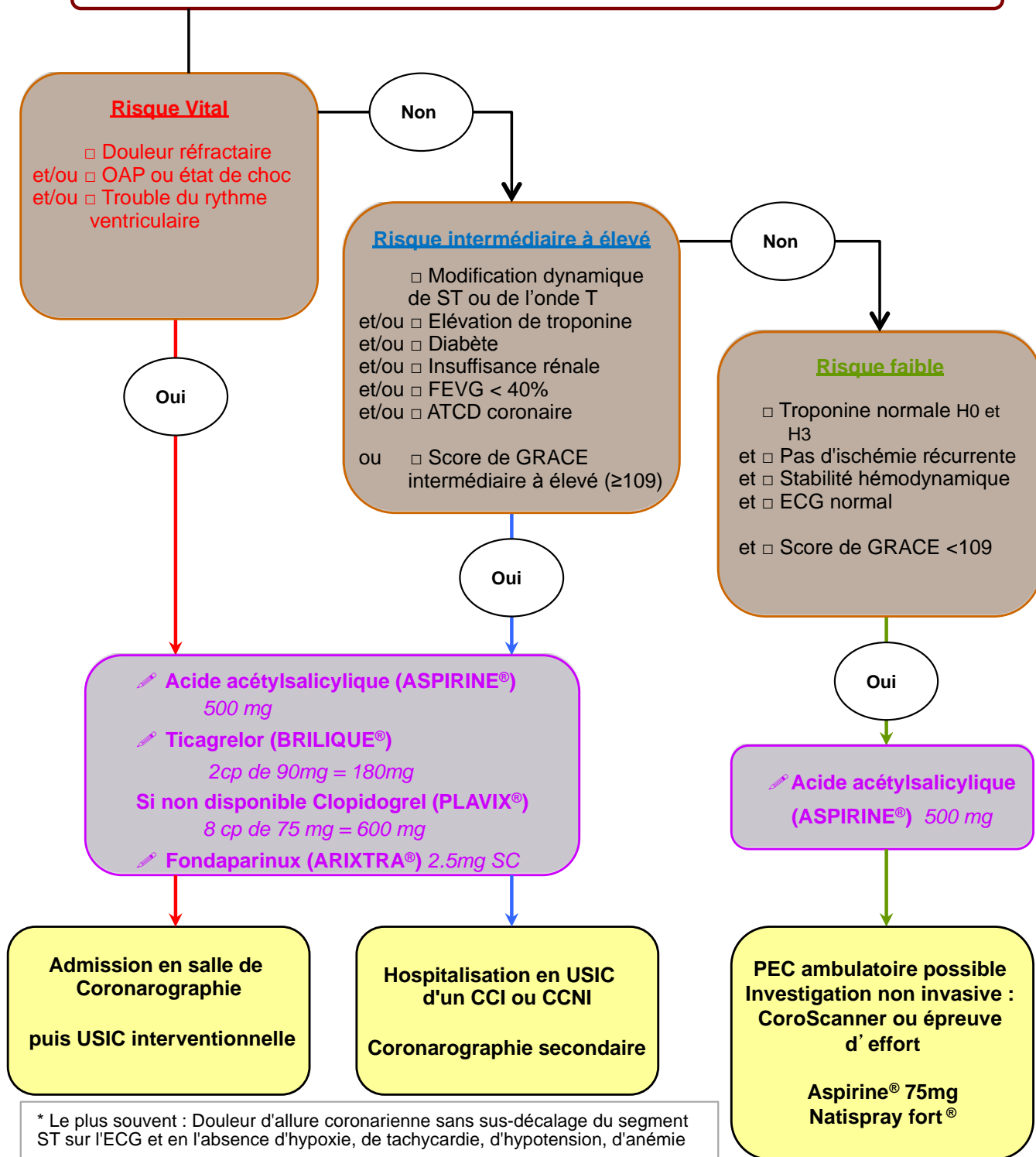
Scénario ESC 2007, non recommandé en 2012



Scénario fondaparinux -ticagrelor



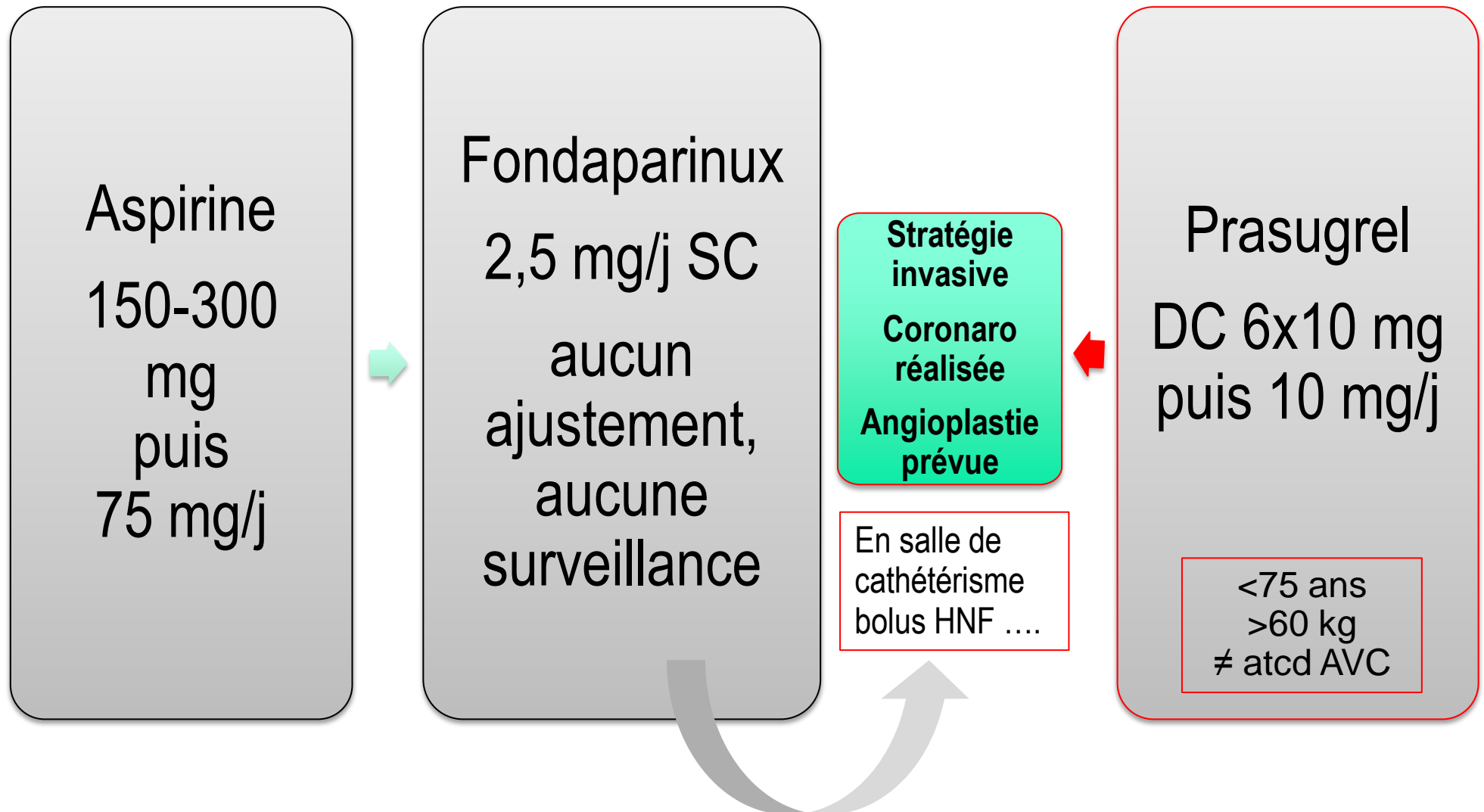
Suspicion de syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST, de type1*



Carlos ElKhoury
Charlie Djeumen
Didier Champagnac
Eric Roussel
Guillaume Ranchon
Olivier Capel
Olivier Matas
Patrice Serre
Raphael Arnaudon
Thibault Perret
Sonia Cieslak

et tous ceux qui ont participé à la réalisation des protocoles

Scénario prasugrel





Scénario **bivalirudine**, le très faible risque hémorragique

