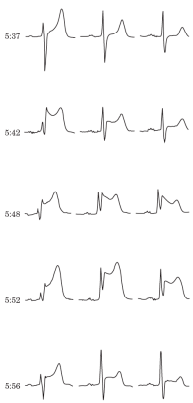
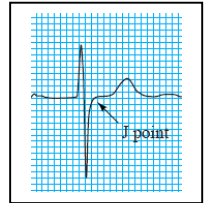
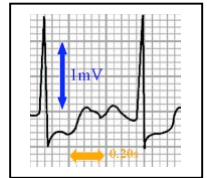


# Prise en charge de l'infarctus du myocarde en urgence en dehors des services de Cardiologie



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

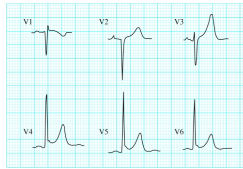
- Sus-décalage persistant de ST :
  - Au moins 1 mm (0,1 mV) dans 2 dérivations contiguës d'un territoire concordant, inférieur, latéral, ou basal.
  - Au moins 2 mm (0,2 mV) en précordiales droites (V1 à V3).
- Existence d'un BBG récent ou présumé récent.
- Si sous-décalage isolé de ST inférieur à 1 mm en précordiales droites (dépression du point J d'au moins 1 mm).



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

### Diagnostic différentiel sus-décalage segment ST

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



Repolarisation précoce

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

### Evaluation du risque

TIMI risk score (Trial In Myocardial Infarction)	
Critères	Points
Age 65-74 ans	2
Age ≥ 75 ans	3
Diabète/Hypertension artérielle/angor	1
Pression artérielle systolique < 100 mmHg	3
Fréquence cardiaque > 100 bpm	2
Classe Killip ≥ II	2
Poids < 67 Kg	1
Infarctus antérieur ou bloc de branche gauche	1
Délai de traitement > 4 heures	1
<b>Total</b>	<b>0 à 14</b>

### 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.

### L'angioplastie primaire

Meilleure option lorsqu'elle peut-être utilisée dans les 90 minutes après le début des symptômes. Réduction de mortalité. Réduction du taux de réinfarctus.

### SCA ST+ (début des symptômes < 12 heures)

Symptômes < 3 heures

Symptômes de 3 à 12 heures

Délai de transfert

> 90 minutes

Reperfusion pharmacologique

Aspirine 160-325 mg  
Clopidogrel 300 mg  
HNF ou HBPM

Thrombolyse pré-hospitalière

Angioplastie de sauvetage

- A 45-60 ou 90 minutes**
- Persistance des symptômes.
  - Absence de tendance vers la normalisation des segments ST.
  - Instabilité clinique.

**Echec**

< 90 minutes

Reperfusion mécanique  
Meilleure option

Aspirine 160-325 mg  
Clopidogrel 300 mg  
HNF  
Anti-GP IIb/IIIa (Abxycimab)

Angioplastie primaire

Aspirine 160-325 mg  
Clopidogrel 300 mg  
HNF  
Anti-GP IIb/IIIa (Abxycimab)

Angioplastie primaire

**Clopidogrel** : Dose de charge: 300 mg per os (4 cp) chez les patients < 75 ans et 75 mg per os (1cp) chez les patients > 75 ans.  
**Héparine Non Fractionnée (HNF)**: bolus 60 UI/kg, maxi. 4 000 UI et perfusion 12 UI/kg/h, maxi. 800 UI/h  
**HBPM** : Énoxaparine : bolus 30 mg IV, puis 1 mg/kg/12 h SC ; au maximum 7 jours.  
**Oxygénothérapie** si SaO<sub>2</sub> < 90%. Mais l'oxygénothérapie est raisonnable chez tout patient durant les 6 premières heures.