

Douleur thoracique évocatrice d'un Syndrome Coronarien Aigu (SCA)

ECG 18D

Interprétation médicale <10min

- Absence de sus-décalage persistant du segment ST
- Fréquemment : sous-décalage du segment ST ou inversion des ondes T dans des territoires concordants

Dès le diagnostic de NSTEMI retenu et dès la phase pré-hospitalière :
ASPIRINE 250mg IV ou PO

Clinique / Paraclinique

- Choc cardiogénique ou instabilité hémodynamique
- Douleur thoracique persistante et réfractaire au traitement
- Insuffisance cardiaque aiguë
- Trouble du rythme menaçant
- Complications mécaniques
- Modifications dynamiques récurrentes de l'ECG évocatrice d'ischémie (élévation intermittente du segment ST)

- Elévation de la troponine selon algorithmes 0/1h ou 0/2h de l'ESC
- GRACE score >140
- Elévation transitoire du segment ST
- Modification dynamiques du segment ST ou de l'onde T
- Autre FDR à considérer : insuffisance rénale ou cardiaque chronique, diabète

- Patient non catégorisé comme très haut ou haut risque mais présentant un tableau clinique évocateur de SCA, particulièrement sur un terrain à risque (insuffisance rénale ou cardiaque chronique, diabète)
- Angor Instable

Stratification du risque

Très Haut Risque

Haut Risque

Non à haut risque

Orientation

Transfert médicalisé immédiat vers un centre d'USIC interventionnelle ou admission directe en salle de coronarographie

- Coronarographie à réaliser dans les 24h
- Transfert secondaire paramédicalisé envisageable*
- Monitoring continu en attendant la coronarographie**

- Hospitalisation conventionnelle à envisager
- Stratégie diagnostic non-invasive

Traitement

- HNF : 70UI/Kg IVD puis 12UI/kg/h IVSE
- Pas d'autre anti-agrégant plaquettaire tant que anatomie coronarienne non connue

- HNF : 70UI/Kg IVD puis 12UI/kg/h IVSE
- Pas d'autre anti-agrégant plaquettaire tant que l'anatomie coronarienne est non connue

Discussion de la stratégie thérapeutique avec cardiologue
- ASPIRINE 75mg/j
- FONDAPARINUX 2,5mg/j SC

Pour les patients déjà sous AVK/AOD : Poursuite de l'anticoagulant habituel, sauf en cas de complication mécanique, envisager HNF. Discuter mise en place d'HNF si INR inférieur à la cible thérapeutique.

Pour les patients déjà sous anti-P2Y12 : Poursuite de l'anti-agrégant habituel

Calculateur GRACE Score : [Lien](#)

*En l'absence d'évolution vers des critères de Très Haut Risque, un transfert en ambulance paramédicalisée ou par des ambulanciers formés est envisageable

** Suivant les organisations locales, surveillance en USIC interventionnelle ou non, à défaut dans une Unité de Soins Continus