



## Rejoindre cet évènement Wooclap



 [Copier le lien de participation](#)



1

Allez sur  
[wooclap.com](https://wooclap.com)

2

Entrez le code  
d'événement dans le  
bandeau supérieur

Code d'événement  
**FRHSJQ**





Vous accueillez un patient de 79 ans aux urgences, acheminé par sa fille pour une fatigue et une sensation de palpitations...



1 La prise d'un traitement anticoagulant

95% 71

2 L'ancienneté des symptômes

95% 71



3 La consommation d'alcool ou d'autre stupéfiants

52% 39

4 La présence de fièvre au cours des derniers jours

71% 53

00:35

## Stratégie Globale de prise en charge d'un patient en FA : AF-CARE

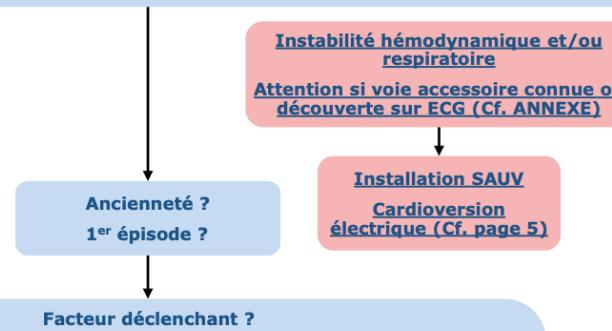
- 1 C : Comorbidités et FDRCV à rechercher
  - 2 A : Anticoagulation appropriée
  - 3 R : Ralentir et Réduire = contrôler la FC et envisager la cardioversion
- E : Évaluer et ré-évaluer les thérapeutiques en cours chez les patients chroniques

## PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE

1

## FA / FLUTTER

Si doute diagnostic : manœuvre vagale ou adénosine en respectant les CI et les précautions d'emploi



La recherche et la correction d'un facteur déclenchant doit être une priorité avant, ou en parallèle de, l'instauration d'un traitement contrôlant la fréquence ou le rythme cardiaque

## Observance thérapeutique

Systémique : Hypovolémie, Sepsis, Anémie, Hyperthyroïdie, Trouble Métabolique,...

Toxique : Alcool, CO, Cocaïne,...

Cardiaque : Péricardite, SCA, Insuffisance Cardiaque décompensée, Valvulopathie, Embolie Pulmonaire,...

## Facteur déclenchant ?

La recherche et la correction d'un facteur déclenchant doit être une priorité avant, ou en parallèle de, l'instauration d'un traitement contrôlant la fréquence ou le rythme cardiaque

## Observance thérapeutique

Systémique : Hypovolémie, Sepsis, Anémie, Hyperthyroïdie, Trouble Métabolique,...

Toxique : Alcool, CO, Cocaïne,...

Cardiaque : Péricardite, SCA, Insuffisance Cardiaque décompensée, Valvulopathie, Embolie Pulmonaire,...





Vous accueillez aux urgences un patient connu pour une ACFA ancienne. Il vous explique ressentir des palpitations plus importantes depuis hier....



1 Ce patient devra être vu par un médecin dans un délai de 15min

56% 31

2 Pas besoin de faire un ECG, sa fibrillation est déjà connue

0% 0

3 La priorité va être de ralentir sa fréquence cardiaque

65% 36

4 S'il se dégrade, vous connaissez la procédure locale pour réaliser une cardioversion électrique

47% 26

00:39

2

Patient déjà sous anticoagulation efficace à dose curative ?

OUI

Poursuite du traitement anticoagulant

NON

Débuter anticoagulation, quelque soit le score CHA2DS2-VA

3

Contrôle de la fréquence cardiaque  
Objectif FC < 110 bpm

FC &lt; 110 bpm

Et

Absence de retentissement fonctionnel

Suivi Ambulatoire

Adresser les découvertes de FA en consultation cardiologique dans le mois

FC &gt; 110 bpm

Échographie Clinique par urgentiste :

FEVG ? Congestion Pulmonaire ? Surcharge vasculaire ? Facteur déclenchant ?

Mauvaise tolérance clinique ?  
OU  
Hypotension Artérielle ?  
OU  
Insuffisance cardiaque décompensée ?

NON

OUI

B-Bloquant B1 sélectif quelque soit la FEVG

Si CI aux B-bloquants :

- Inhibiteur calcique si FE ≥ 40% et absence de cardiopathie sous-jacente

Ou

- Digoxine si cardiopathie sous-jacente

Digoxine IV ou Amiodarone IV (en considérant le risque de cardioversion)

**Sédation Procédurale**

Propofol ou Kétamine ou Etomidate =&gt; posologie adaptée au patient

**Cardioversion**

Patchs positionnés en antéro-post (à préférer si besoin d'un électro-entrainement)

Choc Electrique externe BiPhasique 120-200J synchrone

**Anticoagulation : HNF****Hospitalisation ou gestion ambulatoire** en fonction de :

- correction du facteur déclenchant
- contexte clinique / social du patient
- accessibilité à la filière cardiologique

FC < 110 bpm  
ET  
Amélioration Symptomatique

OUI

NON

Avis cardiologique Urgent





Vous êtes IDE en SAUV avec un patient présentant une fibrillation auriculaire.



- 1 Pour ralentir sa fréquence cardiaque, l'ATENOLOL s'administre dilué dans du G5%, en IVSE sur 60min avec une première dose de 5mg

10% 8

- 2 Pour une cardioversion en urgence, l'AMIODARONE s'administre à la dose de 300mg, pure en IVD

21% 16

- 3 Pour ralentir sa fréquence cardiaque, la DIGOXINE s'utilise diluée dans du NaCl à administrer en IVL

56% 44

- 4 Vous savez où trouver le livret du médicament Urg'ARA pour préparer vos drogues

91% 71

00:39



**ATENOLOL - TENORMINE®**

Ampoule de 5 mg/10 mL  
Concentration : 0,5 mg/mL

βbloquant

**INDICATIONS :**

- Poussée HTA
- FA
- Syndrome Aortique Aigu

**CONTRE-INDICATIONS :**

- Asthme et BPCO
- Choc cardiogénique, insuffisance cardiaque BAV 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degré non appareillé, |
- Maladie du sinus, bradycardie
- Syndrome de Raynaud
- Hypersensibilité à l'aténolol

**INSTALLATION ET SURVEILLANCE :**

Scope, monitoring complet  
Matériel de réanimation prêt à l'emploi  
Arrêt de l'injection dès que FC < 60/min  
Surveillance : PA /5 min pendant 15 min  
puis /15 min pendant une heure

**PRÉPARATION :**

Prélever une ampoule PURE et injecter en IVDL sur 5 min

**POSOLOGIE :**

**5 mg en IVDL sur 5 min**

À renouveler 15 min plus tard si besoin, selon objectif tensionnel

**EFFETS SECONDAIRES :**

- Bronchospasme
- Bradycardie, troubles de la conduction, insuffisance cardiaque

**TROUBLE DU RYTHME****AMIODARONE - CORDARONE®**

Ampoule de 150 mg/ 3 mL  
Concentration : 50 mg/mL

Antiarythmique

**PLUSIEURS INDICATIONS : UNE FICHE PAR INDICATION****INDICATIONS :**

- Cardioversion d'une FA, patient avec cardiopathie connue, selon référentiel Urg'Ara
- TV mal tolérée

**INSTALLATION ET SURVEILLANCE :**

Scope, monitoring complet  
Matériel de réanimation prêt à l'emploi  
Privilégier VVP de gros calibre (pli du coude), VVP dédiée

**PRÉPARATION :**

**PSE** : Prélever deux ampoules, soit 300 mg et compléter à 20 mL av

À passer en 30 minutes, soit vitesse 40 mL/h

**POSOLOGIE :**

**300 mg à passer en 30 min**

PUIS relai IVSE ou Per Os sur avis cardio et selon référentiel Urg'Ara

**EFFETS SECONDAIRES :**

- Veinite, réaction au point d'injection
- Bradycardie, hypotension
- Nausées
- Thyroïdite

**DIGOXINE - DIGOXINE®**

Ampoule de 0,5 mg/ 2 mL

Tonicardiaque

**INDICATIONS :**

- Contrôle de la FC dans la FA si cardiopathie pré-existante

**CONTRE-INDICATIONS :**

- BAV 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> degré non appareillé
- Hyperexcitabilité ventriculaire
- Fibrillation auriculaire associé à un syndrome de Wolff-Parkinson White
- Cardiopathie obstructive : RA, cardiopathie hypertrophique
- Hypokaliémie non corrigée

**INSTALLATION ET SURVEILLANCE :**

Scope, monitoring complet  
Matériel de réanimation prêt à l'emploi

**PRÉPARATION :**

Prélever une ampoule et diluer dans une poche de 50 ou de 100 mL de NaCl 0,9%  
À passer en 10 min

**POSOLOGIE :**

**0,5 mg en IVL sur 10 min**





Titre en plein écran



Titre sur la moitié de l'écran



Il est 7h du matin

Vous êtes IOA et un VSAV vous amène un patient de 74 ans, pour difficulté respiratoire

1 Une fréquence respiratoire supérieure à 25cpm est un critère supplémentaire de gravité à ce tableau

92% 36

2 Une tension artérielle élevée pourrait orienter vers un OAP

95% 37

3 En attendant d'avoir le dosage des BNP, il faut démarrer un aérosols de TERBUTALINE

3% 1

4 Vous n'êtes pas inquiet pour la suite de prise en charge car vous connaissez la procédure locale et le matériel nécessaire à l'initiation de la VNI chez ce patient

67% 26

00:39



125%



39 / 134





Rédaction :	Bureau Cardiologie Urg'Ara
Validation :	Comité scientifique Urg'Ara
Date :	11/2024
Version :	V1

Classification phénotypique  
(par ordre de fréquence rencontrée au SAU)

Intensité des soins à définir selon  
contexte clinique (âge,  
polypathologie, institutionnalisation,  
fragilité)

#### Insuffisance cardiaque chronique décompensée :

- ATCD d'insuffisance cardiaque chronique avec fonction ventriculaire gauche plus ou moins altérée
- Rétention hydrosodée progressive, signes de congestion systémique prédominent
- Installation progressive, (plusieurs jours)
- PA conservée, possible signes d'hypoperfusion



#### OAP cardiogénique :

- Dyspnée et orthopnée au premier plan  
Installation rapide voire brutale (quelques heures)  
Evolution vers détresse respiratoire, PA conservée voire élevée  
Facteur déclenchant souvent facilement identifiable

#### Insuffisance ventriculaire droite isolée

- Signes de congestion systémique d'installation progressive ou rapide (quelques heures à quelques jours) / anasarque possible

#### Choc cardiogénique

- Signes de choc hémodynamique et l'hypoperfusion prédominent  
Installation rapide voire brutale (quelques heures)



Rédaction :	Bureau Cardiologie Urg'Ara
Validation :	Comité scientifique Urg'Ara
Date :	11/2024
Version :	V1

#### Œdème Aiguë Pulmonaire

#### Objectifs de la prise en charge

- Mise en place des thérapeutiques sans délai  
Soulager les symptômes respiratoires  
Déplétion hydrosodée et normo-tension  
Corriger l'hypoperfusion si elle est présente

Intensité des soins à définir selon  
contexte clinique (âge,  
polypathologie, autonomie, fragilité)

#### VNI devant FR > 25 / Sat < 90 % sous O2 / mise en jeu des muscles respiratoires accessoires / orthopnée

Si pas de détresse respiratoire : Oxygénothérapie

#### TAS $\geq$ 110mmHg

OUI

- 1/ Dérivés nitrés  
2/ Diurétiques de l'anse

NON

#### Hypoperfusion périphérique ?

OUI

- 1/ Diurétiques de l'anse  
2/ Inotrope positif ou Vasopresseur selon ETT

NON

Diurétiques de l'anse

OUI

#### Amélioration respiratoire et hémodynamique attendue dans les 30min

- Hospitalisation, intensité de soin à définir selon besoins du patient  
Optimisation thérapeutique

NON

Avis cardiologique  
Avis réanimateur



Vous accueillez une patiente de 54 ans qui se présente spontanément aux urgences pour une douleur thoracique apparue 45min plus tôt alors qu'elle déneigeait sa cour....



1 Douleur rétrosternale, oppressante, constrictive

99% 86

2 Associée à une sensation de lipothymie

59% 51

3 Irradiant dans les dents et la mâchoire

95% 83

4 Entrainant des nausées

71% 62

00:39



Chest pain  
or pressure



of women and men with ACS  
present with chest pain or pressure

Diaphoresis



Epigastric pain/  
Indigestion



Shoulder/  
Arm pain



Other symptoms, like diaphoresis,  
indigestion/epigastric pain and  
shoulder/arm pain occur commonly  
in both women and men with ACS

Dizziness



Nausea/  
Vomiting



Jaw/Neck  
pain



Shortness  
of breath



Some symptoms may be more common  
in women with ACS, including:

- Dizziness/Syncope
- Nausea/Vomiting
- Jaw/Neck pain
- Shortness of breath
- Pain between the shoulder blades
- Palpitations
- Fatigue

2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC)

Robert A Byrne, Xavier Rossello, J J Coughlan, Emanuele Barbato, Colin Berry, Alain Chieffo, Marc J Claeys, Gheorghe-Andrei Dan, Marc R Dweck, Mary Galbraith ...

Show more

Author Notes

European Heart Journal, Volume 44, Issue 38, 7 October 2023, Pages 3720–3826,

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/eahd191>



## Caractère de la douleur

Origine coronarienne :

**Douleur rétrosternale typique : oppression, serrement, pesanteur**

**Irradiant au bras gauche/deux bras, mâchoire, cou, dos, épigastre**

**ET survenant à l'effort ou au stress, cédant au repos ou à la trinitrine**

**Douleur rétrosternale évocatrice, mais manquant 1 critère**

**(irradiations atypiques, déclenchement non net, soulagement imprécis)**

Très probable

**Douleur atypique : ponctiforme, fugace, reproductible à la palpation, liée à la respiration ou aux mouvements, localisée latéralement**

Probable

**Présence de signes associés évocateurs : dyspnée, sueurs, nausées, malaise, lipothymie**

Renforce la probabilité  
(vers probable ou vers très probable)

**Surtout chez patient à risque CV**

**Présentation atypique chez sujet âgé, femme, diabétique : dyspnée isolée, asthénie, malaise**

Probable  
(malgré atypie de la douleur)



Vous êtes toujours avec cette patiente de 54 ans,  
Compte tenu de caractéristiques de sa douleur thoracique qui persiste, vous avez ...



- 1 Cette patiente est à risque de présenter des troubles du rythme menaçant, il faut la monitorer en continu 97%
- 2 Une hypotension artérielle orienterait d'emblée vers un tableau à très haut risque 76%
- 3 On répètera les ECG uniquement si la douleur régresse 0%
- 4 Même sans le résultat de la première troponine il faudra administrer 250mg d'aspirine à ce patient 49%

00:40





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 recurrentes 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
- Modifications 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**



## A propos de syncope...



1 Le terme de syncope ne renvoie pas forcément à une perte de connaissance

22% 16

2 La syncope traduit une baisse transitoire et spontanément résolutive du débit sanguin cérébral

92% 68

3 Une syncope au cours d'un effort est un critère de gravité, ce patient devra bénéficier d'une surveillance scopée

92% 68

4 Une syncope en position couchée est un critère de gravité, ce patient devra bénéficier d'une surveillance scopée

80% 59

00:39



**Définition**

Perte de Connaissance (PC) spontanée totale brève, avec amnésie de la PC et résolution spontanée de l'état d'éveil et du tonus postural, en lien avec baisse du débit cérébral

**1. PRENDRE EN CHARGE la pathologie dont la syncope peut être un symptôme  
(sepsis, hémorragie...)**

**La syncope n'a pas de cause évidente**

**Proposer une stratification du risque**

**Ecarte une cause cardiaque**

**Pour quel patient demander un avis spécialisé?**

**2. RECUEILLIR les éléments nécessaires**

**Anamnèse**  
Faire préciser le malaise/prodrome/circonstances par proches et témoins

**ECG**

**Focus: Test hypoTA orthostatique**

Repos couché (à défaut assis) 5 min avant la réalisation du test  
Puis mesure de la PA/FC en position de repos  
Mise debout et mesure PA/FC à 1 et 3 min  
Pathologique si :  
- Baisse Pas > 20 mmHg  
- Pas < 90 mmHg  
- Symptomatique  
Incertain dans les autres cas

**Général**  
ATCD (DAI/PM) / Traitement / ATCD familiaux

Examen clinique général

Selon contexte réaliser test hypotension orthostatique (HTO) ou Massage Sino-Carotidien (MSC)

Biologie selon contexte non systématique

**Focus: Massage Sino-Carotidien**

Indiqué après 40 ans, si cause réflexe suspectée  
En absence d'AVC récent (< 3 mois), en absence de souffle cervical bilatéral ou de sténose carotidienne connue  
Patient en décubitus, tête tournée côté inverse à la stimulation, massage ou pression en regard de la carotide  
Pathologique si pause > 3 sec ou chute PA > 50 mmHg

**3. STRATIFIER LE RISQUE (critères page 2) ET ORIENTER**

**RISQUE ELEVE**  
=> Cause cardiaque

Surveillance scopée

Avis cardiologique

**RISQUE NI ELEVE NI FAIBLE**  
OU  
**SYNCOPE REPETEE INVALIDANTE**

Avis cardiologique

**RISQUE FAIBLE**  
=> Cause réflexe ou orthostatique évidente

Gestion ambulatoire

Réassurance du patient sur la nature bénigne de la syncope

**CRITERES**
**RISQUE ELEVE**
**=> Cause cardiaque**
**Critères à l'interrogatoire**

- ATCD de cardiopathie
- Présence PM ou défibrillateur => interrogatoire PM/DAI obligatoire : transfert (modalité de médicalisation selon contexte clinique et avis cardiaque) vers USIC de proximité
- ATCD familiaux de mort subite < 40 ans ou de cardiopathie sévère familiale
- Syncope précédée de palpitations
- Syncope en position couchée
- Syncope à l'exercice

**Critères cliniques**

- PA < 90 mmHg inexpliquée
- Bradycardie persistante (< 40 bpm) en état d'éveil et en absence d'entraînement physique
- Souffle systolique non bilatéral

**Critères ECG**

- ESV, TVNS
- QRS larges (> 120 msec), bloc bi/trifasciculaire
- HVG
- BSA, bradycardie sinusale < 40/min, BAV
- WPM

**RISQUE FAIBLE**
**=> Cause réflexe ou orthostatique évidente**
**Cause réflexe**

- Longue histoire (années) de malaise récurrent avec des caractéristiques identiques à l'épisode actuel
- Prodromes typiques: étourdissement, bouffée de chaleur, sueurs, nausées, vomissements
- Après vécu d'une situation inconfortable
- Après station debout prolongée et/ou endroit chaud et bondé
- Pendant ou après un repas
- Déclenché par toux défécation miction
- Après une rotation de la tête ou une pression sur le sinus carotidien (tumeur, rasage, col serré)
- MSC positif, négatif non excluant

**Cause orthostatique**

- En se levant ou après s'être levé
- Après station debout prolongée
- Lever après exercice
- Situation post prandiale
- Lien temporel avec introduction ou changement de dose de traitement vasopresseur ou diurétique
- Dysautonomie connue, parkinson
- Test hypoTA positif, négatif non excluant





Vous accueillez aux urgences une jeune femme de 26 ans à 10 jours d'une ligamentoplastie du genou droit. ...



- 1 Il faut suspecter une embolie pulmonaire chez toute douleur thoracique se présentant à l'accueil des urgences. 9% 3
- 2 Tout patient suspect d'embolie pulmonaire devra bénéficier d'un dosage des D-dimères avant la réalisation d'une angio-TDM thoracique 12% 4
- 3 Un patient se présentant aux urgences avec une dyspnée et une haute probabilité d'embolie pulmonaire devra être surveillé en SAUV 76% 25
- 4 Quelque soit le contexte clinique, dès que les D-dimères sont élevés, le patient présente une probabilité très élevée d'avoir une embolie pulmonaire diagnostiquée sur une angio-TDM thoracique 3% 1

00:39





## RATIONNEL DE PRISE EN CHARGE

L'applicabilité de cette procédure suppose qu'on suspecte une embolie pulmonaire chez un patient.

Aucun signe ou symptôme clinique n'étant spécifique, la démarche diagnostique d'un patient suspect d'embolie pulmonaire est basée sur :

1 - Probabilité pré-test

2 - Dosage éventuel des D-Dimères

3 - Réalisation éventuelle d'une imagerie

4 - Stratégie thérapeutique adaptée

## OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE

- ✓ Traiter de façon adaptée les patients atteints d'embolie pulmonaire pour tirer un bénéfice.
- ✓ Réaliser des tests biologiques en accord avec la probabilité pré-test.
- ✓ Limiter l'imagerie aux patients pour lesquels la clinique et/ou la biologie évoquent une embolie pulmonaire.



## Signes ECG

n'étant pas spécifique mais reflétant une **VD** (cœur pulmonaire aigu) :

onde P profonde > 3 mm ; présence d'un

## Probabilité clinique

La probabilité clinique d'une embolie pulmonaire pourra être fondée sur l'**EP** de Wells ou sur un **faisceau d'argument** pour les praticiens expérimentés.

## Score de Wells

## Signes cliniques de TVP

EP comme diagnostic le plus probable

Fréquence cardiaque **>100bpm**

**Immobilisation** ≥ 3 jours ou **chirurgie** dans les 4 semaines

ATCD de TVP ou d'EP

## Hémoptysie

Cancer évolutif (traitement en cours ou arrêté depuis <6 mois)

## Faible probabilité

Wells < 2

(risque = 1-3 %)

## Probabilité intermédiaire

2 ≤ Wells < 6

(risque = 8,5-15 %)

## Haute probabilité

(risque > 15 %)

## Embolie Pulmonaire et Instabilité Hémodynamique

Les critères de **choc obstructif** ou **d'hypotension persistante** définissent l'**embolie pulmonaire à Haut Risque**.

## Choc Obstructif

=

TAS < 90 mmHg

OU

Amines nécessaires pour maintenir TAS ≥ 90 mmHg

AVEC

Une volémie optimisée

## Hypotension

+

- Troubles
- Oligoanurie
- Élévation

## Hypotension persistante

=

TAS < 90 mmHg

OU

Chute TAS ≥ 40 mmHg pendant plus de 15 minutes

SANS

Nouvelle Arythmie, Sepsis, Hypovolémie

## Démarche Diagnostique

Score de Wells  
Jugement cliniqueProbabilité intermédiaire  
2 ≤ Wells < 6Haute Probabilité  
Wells > 6

Angio-TDM Thoracique immédiat (< 60 min, sans attendre créatininémie)

Si Angio-TDM négatif, discuter EDVMI ou Scintigraphie pulmonaire

Faible probabilité  
Wells < 2

## Un seul critère PERC présent ?

oui

## Dosage D-dimères

non

EP exclue  
Pas d'indication à poursuivre la recherche d'une EP

## D-dimères &lt; seuil adapté à l'âge

oui

non

## D-dimères &gt; 1000 ng/L

oui

non

## Angio D-dimères

## Un critère YEARS présent ?

oui

non

## AngioTDM Thoracique

EP exclue  
Pas d'indication à poursuivre la recherche d'une EP



Vous êtes IOA dans un centre hospitalier ne disposant pas d'une unité de cardiologie interventionnelle. La table de coronarographie la plus proche est à 30min de route....

1 Vous proposez d'installer cette patiente directement sur le brancard de l'UMH

44% 8

2 Pour une angioplastie primaire on ne réalise que le bolus d'héparine

17% 3

3 L'ISOSORBIDE DINITRATE en bolus et en relais IVSE sera utiliser si il faut contrôler la tension artérielle

72% 13

4 Selon les organisations et les contraintes locales, cette patiente pourra être transférées en TIIH ou par des ambulanciers formés

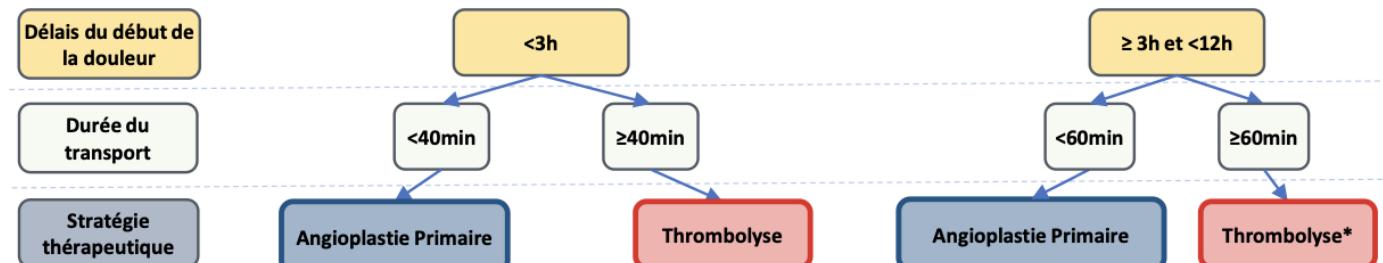
17% 3

00:39





- L'ECG diagnostique comportera 18 dérivations pour permettre l'exploration des dérivations droites et postérieures.
- Le délai total de l'intervention correspond au délai entre la réalisation de l'ECG par un médecin pouvant thrombolyser et le passage du guide à travers la lésion.
- Tous les patients doivent être admis, le plus vite possible (à considérer comme une intervention primaire) vers les centres de cardiologie interventionnelle (CCI) pour une angioplastie primaire (AP), ou une éventuelle angioplastie de sauvetage après thrombolyse.
- Les indications de coronarographie doivent être prises avant l'arrivée dans le CCI pour un accès direct en salle de cardiologie interventionnelle si nécessaire.



- A l'exception des patients se trouvant dans un CCI, la thrombolyse sera discutée pour les patients à faible risque hémorragique souffrant depuis moins d'1h30.
- Les patients en choc cardiogénique ou en pré-choc devront être orientés vers un centre d'ECMO.
- Angioplastie primaire envisageable si STEMI >12h après le début de la douleur et : si douleur thoracique persistante, insuffisance cardiaque droite ou gauche ou troubles rythmiques soutenus.

\*Discuter au cas par cas pour les patients à haut risque de saignement : patients âgés et/ou porteurs de comorbidités ; envisager une thrombolyse pour les patients ayant : un temps de transport ≥60min, une IC Killip 3 ou 4 et/ou une instabilité HD ou rythmique, un âge jeune

Délai ECG qualifiant – départ de l'ambulance	Durée de transport	Délai arrivée hôpital – entrée en salle de coro	Délai entrée en salle de coro – passage du guide dans la lésion
Objectif <20min	Variable d'ajustement	Objectif < 20min	Objectif < 20min

La détermination de la durée de transport pourra se faire à l'aide d'outils informatiques.

### Angioplastie Primaire

- ASPIRINE : 250mg IV
- TICAGRELOR (Brilique®) : 180mg PO  
OU PRASUGREL (Efient®) : 60mg PO  
Si CI PRASUGREL ou TICAGRELOR / ET pour les MCS :  
CLOPIDOGREL (Plavix®) : 600mg si <75ans ; 300mg si ≥75ans
- HEPARINE NON FRACTIONNÉE (HNF) : 70UI/Kg IVD puis  
12UI/Kg/h IVSE (sans engendrer de retard au transport)



Lors de la réalisation d'un ECG à l'accueil des urgences, vous vérifiez toujours l'étalonnage de votre appareil :

1 La vitesse de défilement de la machine doit être réglée sur 25mm/s

88% 50

2 5 grands carrés défilent en 1 seconde

46% 26

3 Une déflexion verticale de 10mm correspond à 1mV

61% 35

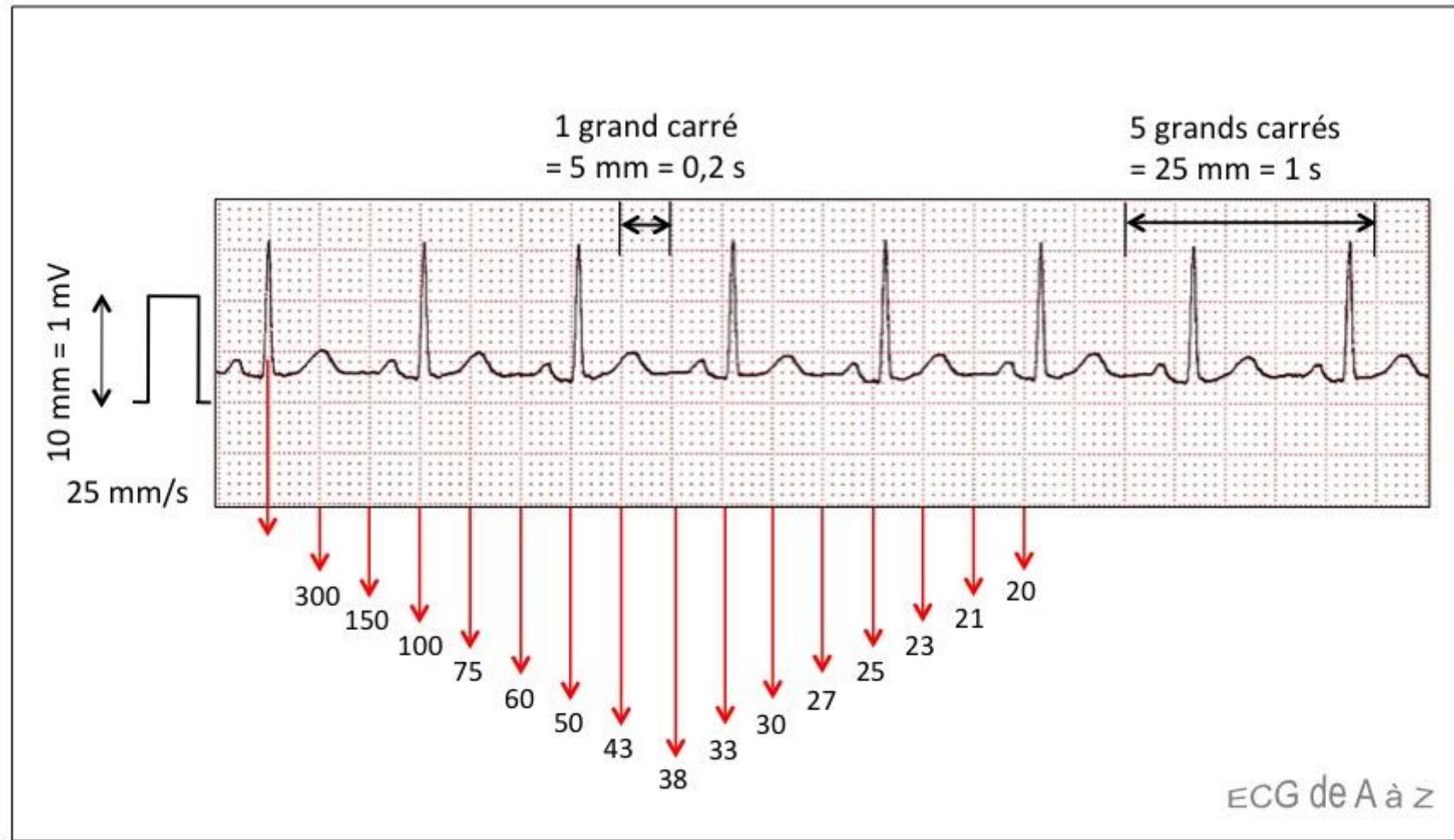
4 La position des électrodes sur le thorax, l'abdomen ou les membres influence l'amplitude du signal

88% 50

00:39



# ECG généralités (étalonnage)



# URGARA QUIZ



MERCI DE  
VOTRE  
PARTICIPATION !



**UrgARA**  
urgences-ara.fr