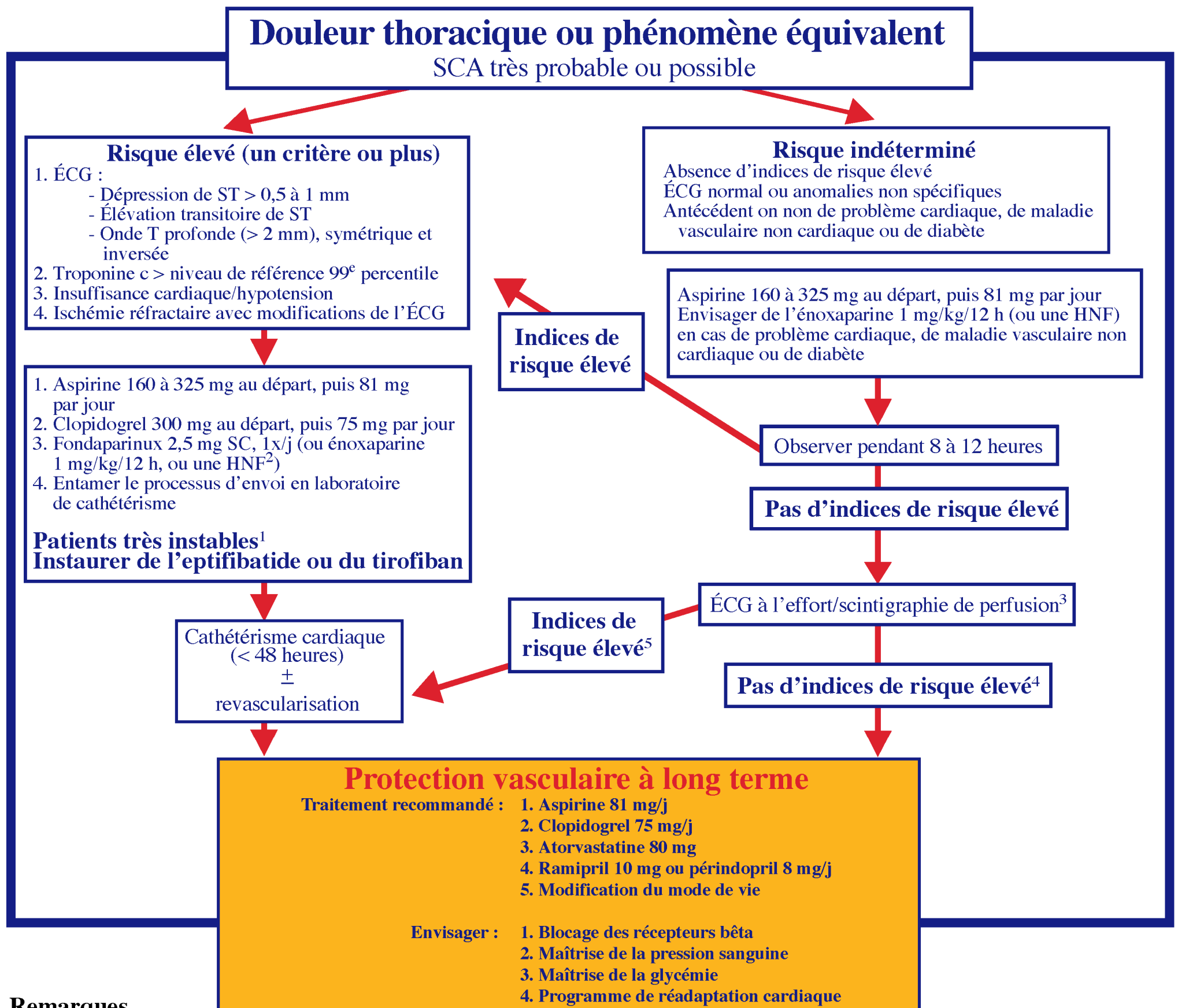


# Algorithme de prise en charge des syndromes coronaires aigus non accompagnés d'une élévation du segment ST



## Remarques

- Patients très instables présentant l'une des caractéristiques suivantes :
  - Fréquents épisodes d'ischémie + douleur + déplacement du segment ST de l'ÉCG
  - Modifications à très haut risque de l'ÉCG (p. ex. élévation transitoire de ST ou profonde dépression de ST dans de nombreuses dérivations)
  - Instabilité hémodynamique (décompensation cardiaque ou hypotension)
  - Ischémie réfractaire avec déplacement de ST à l'ÉCG malgré AAS, clopidogrel, héparine)

**Nécessité d'une prise en charge intensive avec**

  - Cathétérisme cardiaque très urgent/immédiat
  - Envisager l'ajout par IV d'un inhibiteur de la GP 2b/3a (tirofiban ou eptifibatide) à l'AAS, clopidogrel et héparine non fractionnée (ne pas arrêter, ni chercher à remplacer une administration de HBPM en cours)
  - Envisager une contre-pulsion intra-aortique par ballonnet pour stabiliser le patient avant de le soumettre à une coronarographie.
- Une HNF doit être administrée aux patients qui séjournent dans un hôpital où ils passeront un cathétérisme cardiaque dans les 24 heures.
- La perfusion/l'ÉCG à l'effort doivent idéalement être effectués avant la sortie de l'hôpital. Ce n'est habituellement pas possible. Pour les patients plus probablement atteints d'une coronaropathie plus étendue (antécédent avéré de coronaropathie, de maladie vasculaire affectant de multiples territoires, de diabète ou d'insuffisance rénale chronique), une courte période d'admission peut être nécessaire pour faciliter un examen précoce non invasif. En ce qui concerne les autres patients, des dispositions doivent être prises pour effectuer les tests dans les jours qui suivent.
- Pour les patients à faible risque dont l'examen à l'effort est normal, la décision d'administrer un médicament protecteur des vaisseaux à long terme dépendra du profil de facteurs de risque du patient et du cours clinique de l'accident aigu. Dans de nombreux cas, d'autres étiologies devront être envisagées pour expliquer les douleurs thoraciques.
- Caractéristiques de l'ÉCG à l'effort ou de la scintigraphie de perfusion myocardique laissant supposer un risque élevé de décès ou d'infarctus myocardique non fatal chez des patients qui ont ou semblent avoir récemment présenté un syndrome coronaire aigu.

ÉCG à l'effort
Faible tolérance à l'effort Capacité d'effort maximum < 6 équivalents métaboliques
Chute de la PS > 10 mm Hg ou incapacité à s'élever > 10 mm Hg
Réaction ischémique à un exercice de faible intensité, dépression de ST > 1 mm à < 5 équivalents métaboliques
Dépression soutenue de ST > 3 minutes après l'exercice
Tachycardie ventriculaire induite par l'effort

Scintigraphie de perfusion myocardique
Multiples troubles de perfusion myocardique réversibles
Vaste territoire de perfusion myocardique réversible
Trouble de perfusion important et persistant
Captation pulmonaire du traceur
Fraction d'éjection du VG < 35 %