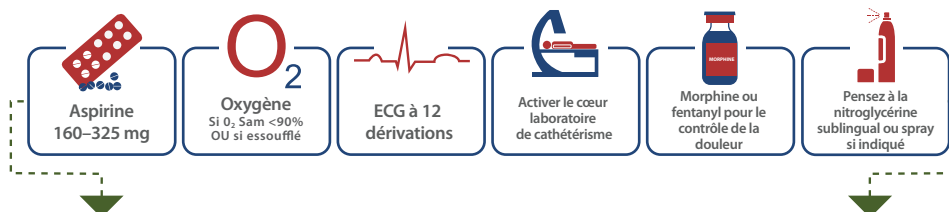


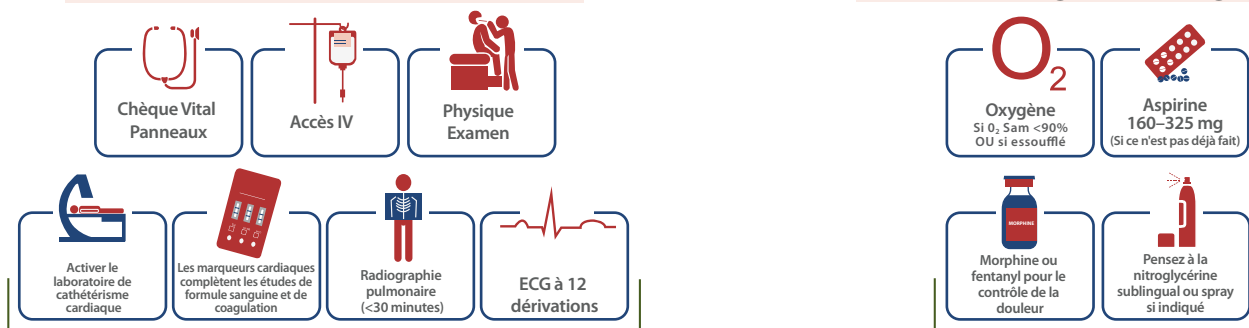
## Syndromes évocateurs d'ischémie ou d'infarctus

### Évaluation et soins EMS et préparation à l'hospitalisation\*



Évaluation simultanée aux urgences et au laboratoire de cathétérisme (<10 minutes)

Traitement immédiat en laboratoire de cathétérisme/général aux urgences



### Interprétation ECG\*\*

#### MI avec élévation ST (STEMI)

Commencer des thérapies d'appoint comme indiqué

Ne pas retarder la reperfusion

Délai depuis l'apparition des symptômes ≤ 12 heures ?

≤12 heures

≤12 heures

#### Objectifs de reperfusion :

Objectif de premier gonflage médical par contact avec le ballon\*\*\* objectif de 90 minutes  
Porte à aiguille (fibrinolyse) objectif de 30 minutes

#### Angor instable à haut risque/sans élévation du segment ST MI (UA/NSTEMI)

##### Patient à troponine élevée ou à haut risque

Envisager une stratégie invasive précoce si :

- Inconfort thoracique ischémique réfractaire
- Déviation ST récurrente/persistante
- Tachycardie ventriculaire
- Instabilité hémodynamique
- Signes d'insuffisance cardiaque

##### Commencer les traitements d'appoint comme indiqué

- Nitroglycérine
- Héparine (HNF ou HBPM), enoxaparin ou fondaparinux
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
- Inhibiteurs de la HMG-CoA réductase
- Considérer : PO β-bloquants
- Considérer : P2Y<sub>12</sub> inhibiteurs
- Considérer : Inhibiteur de la glycoprotéine IIb/IIIa

##### Admettre au lit surveillé. Évaluer l'état des risques. Continuer AAS, héparine et autres traitements indiqués.

Inhibiteur de l'ECA/ARA ; Inhibiteur de l'HMG CoA réductase (traitement par statine) Pas à risque élevé : cardiologie à stratifié de risque

#### SCA à risque faible/intermédiaire

Envisager l'admission à l'unité de douleur thoracique du service d'urgence ou au lit approprié et suivez :

- Marqueurs cardiaques en série (y compris la troponine)
- Répéter la surveillance ECG/continue du segment ST
- Envisager un test de diagnostic non invasif

##### Développe 1 ou plusieurs :

- Caractéristiques cliniques à haut risque
- Modifications dynamiques de l'ECG compatible avec une ischémie
- Troponine élevée

Diagnostic anormal imagerie non invasive ou tests physiologiques ?

S'il n'y a aucun signe d'ischémie ou d'infarctus lors des tests, possibilité de sortie avec suivi

\* O'Connor RE, Brady W, Brooks SC, Diercks D, Egan J, Ghaemmaghami C, Menon V, O'Neil BJ, Travers AH, Yannopoulos D. "Part 10: acute coronary syndromes: 2010 AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care". Circulation. 2010;122(suppl 3):S787-S817. [http://circ.ahajournals.org/content/122/18\\_suppl\\_3/S787](http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S787) \*\* Afolabi BA, Novaro GM, Pinski SL, Fromkin KR, Bush HS. Use of the prehospital ECG improves door to balloon times in ST segment elevation myocardial infarction irrespective of time of day or day of week. Emerg Med J. 2007;24:588-591 \*\*\* O'Connor, RE AL, Brady, WJ, Ghaemmaghami CA, Menon V, Welsford M, Shuster M. Part 9: acute coronary syndromes: 2015 AHA Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2015;132(suppl2):S483-S500. AHA (2025) BLS Provider Manual; BLS Blended Learning Student Workbook.

