

INDICATION A LA CORONAROGRAPHIE

URGENTE (<2h) :

transfert médicalisé centre de coronarographie en urgence :

- Angor réfractaire sous ttt médical
- Angor + insuffisance cardiaque
- Instabilité hémodynamique
- Instabilité rythmique ventriculaire

DANS LES 24H :

Transport médicalisé non urgent pouvant être différé :

- Troponine +
- Sous décalage ST
- Score de GRACE >140

DANS LES 72H :

Transport non médicalisé :

- Diabétique
- Clairance de la créatininémie < 60ml/min
- FeVG <40%
- Angor post infarctus récent
- Score de GRACE 109-140

ATCD de PAC (Pontage aorto-coronarien) ou ATL (angioplastie coronaire)



PRISE EN CHARGE

Si risque hémorragique élevé et/ou doute diagnostique :
transfert sans aucun traitement antithrombotique

PRE-HOSPITALIER :

DERIVES NITRES : Sublinguale et/ou IV si douleur persistante,
Contrôle HTA (post charge) par RISORDAN IVSE au besoin

ASPIRINE 250 mg IV

ORIENTATION : SAU ou coronarographie en fonction des critères de PEC invasive

SI PEC CORONAROGRAPHIQUE, AJOUT :

INHIBITEUR DE LA P2Y12 PO :

1^{er} intention: TICAGRELOR/BRILIQUE® 180 mg. FAIRE MACHER/SUCER

2^{ème} intention: CLOPIDOGREL/PLAVIX® 600 mg

Si TICAGRELOR CI ou haut risque hémorragique (AVK, NACO, AVC hémorragique...)

+

ANTICOAGULATION :

Si indication coronarographie rapide < 24-36h : ENOXAPARINE/LOVENOX®

1mg/kg SC x2/j ou x1/j si Clcreat < 30 ml/min (0,1 ml = 1000 UI = 10 mg)

Si traitement médical ou coronarographie retardée > 36h : FONDAPARINUX/ARIXTRA®

2,5 mg SC/j.CI si Clcreat < 20 ml/min