

Messages essentiels des recommandations du SCA, ST+ (STEMI). ESC guidelines 2012

Traduction par Chucrallah Chamandi, Antoine Sarkis

Prise en charge urgente

- La prise en charge, y compris le diagnostic et le traitement, débute dès le premier contact médical.
- Un ECG 12 dérivations doit être obtenu le plus rapidement possible, avec un délai cible ≤ 10 min.
- Une surveillance ECG doit être initiée dès que possible chez tous les patients avec suspicion de STEMI.
- Chez les patients présentant des signes et symptômes d'ischémie myocardique, des présentations électrocardiographiques atypiques justifient une prise en charge rapide.
- La gestion pré-hospitalière des patients atteints de STEMI doit être fondée sur les réseaux régionaux destinés à fournir une revascularisation rapide et efficace, avec notamment des efforts déployés pour assurer une angioplastie (PCI) primaire à un maximum de patients.
- Les centres équipés de services de cardiologie interventionnelle doivent offrir un service 24/7, et être en mesure de débiter une angioplastie primaire dès que possible et dans les 60 minutes à partir du premier appel.
- Tous les hôpitaux et les SAMU qui participent à la prise en charge des patients atteints de STEMI doivent enregistrer et contrôler les délais de temps et œuvrer pour atteindre et maintenir les objectifs de qualité suivants:
 - ω temps du premier contact médical au premier ECG ≤ 10 min;
 - ω temps du premier contact médical à la revascularisation;
 - Pour la fibrinolyse ≤ 30 min;
 - Pour une angioplastie primaire ≤ 90 min (≤ 60 min si le patient se présente dans les 120 minutes suivant l'apparition des symptômes ou directement dans un hôpital équipé pour angiographie).

La reperfusion

- La reperfusion est indiquée chez tous les patients se présentant avec des symptômes de durée < 12 heures et une élévation persistante du segment ST ou un nouveau (présumé) BBG.
- La reperfusion (de préférence une angioplastie primaire) est indiquée dans le cas d'une ischémie persistante, même si les symptômes ont débuté > 12 heures avant, ou en cas de récurrence de la douleur ou des changements électriques.

Angioplastie primaire

- L'angioplastie primaire est la méthode de reperfusion recommandée par rapport à la fibrinolyse si elle est effectuée par une équipe expérimentée et dans les 120 minutes après le premier contact médical.
- L'angioplastie primaire est indiquée chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque aiguë sévère ou de choc cardiogénique, à moins que le délai pour l'angioplastie ne soit excessif et que le patient se présente peu de temps après l'apparition des symptômes.
- L'implantation d'un stent est recommandée (vs ballon seul) lors d'une angioplastie primaire.
- Une angioplastie systématique d'une artère totalement occluse > 24 heures après l'apparition des symptômes chez les patients stables sans signes d'ischémie (indépendamment du fait que la fibrinolyse a été donnée ou non) n'est pas recommandée.
- En l'absence de contre-indications à une double anti-agrégation plaquettaire prolongée et si le patient est compliant au traitement, le DES (stent actif) devrait être préféré au BMS (stent ordinaire).
- La bithérapie antiplaquettaire associant aspirine et un bloqueur des récepteurs de l'ADP est recommandée avec :
 - ω Le prasugrel chez les patients qui n'ont pas reçu un traitement par clopidogrel, en l'absence d'antécédents d'accident vasculaire ischémique cérébral (AIT ou AVC) et un âge <75 ans
 - ω Le ticagrelor
 - ω ou clopidogrel, si le prasugrel ou ticagrelor ne sont pas disponibles ou contre-indiqués.
- Un anticoagulant injectable doit être utilisé :

- ω La bivalirudine est préférable à l'association héparine avec un antagoniste GP IIb / IIIa
- ω L'énoxaparine peut être préférable à l'héparine non fractionnée
- ω L'héparine non fractionnée doit être utilisée chez les patients ne recevant ni la bivalirudine ni l'énoxaparine.

Traitement fibrinolytique

- Le traitement fibrinolytique est recommandé dans les 12 heures suivant l'apparition des symptômes en l'absence de contre-indications, si une angioplastie primaire ne peut pas être réalisée par une équipe expérimentée dans les 120 min après le premier contact médical.
 - Chez les patients se présentant précocement (<2 heures après l'apparition des symptômes) avec un infarctus large et un risque hémorragique faible, la fibrinolyse doit être envisagée si le délai entre le premier contact médical et l'inflation du ballonnet est > 90 min.
 - Si possible, la fibrinolyse doit être débutée en pré-hospitalier.
 - Un agent spécifique de la fibrine (tenecteplase, alteplase, reteplase) est recommandé (par rapport aux agents non-spécifiques de la fibrine).
 - L'aspirine doit être administrée par voie orale ou i.v. Le clopidogrel est indiqué en plus de l'aspirine.
 - L'anticoagulation est recommandée chez les patients se présentant avec STEMI traités par fibrinolyse, jusqu'à la revascularisation (si elle est effectuée) ou pour la durée du séjour à l'hôpital jusqu'à 8 jours.
- L'anticoagulant peut être:
- ω L'énoxaparine IV suivie par S.C. (préférable à l'héparine non fractionnée),
 - ω L'héparine non fractionnée, dose ajustée au poids, en bolus IV et en perfusion,
 - ω le fondaparinux en bolus IV suivi par une dose S.C 24 heures plus tard, chez les patients traités par streptokinase,
- Un transfert dans un centre équipé pour angioplastie est indiqué chez tous les patients après la fibrinolyse.
 - une angioplastie de sauvetage est indiquée immédiatement en cas d'échec de la fibrinolyse (résolution <50% du segment ST à 60 min).
 - Une angioplastie urgente sera indiquée dans le cas de récurrence d'ischémie ou de ré-occlusion après

fibrinolyse initiale réussie.

- Une angiographie urgente en vue de revascularisation est indiquée chez les patients en insuffisance cardiaque / choc après la fibrinolyse initiale.
- La coronarographie en vue de la revascularisation de l'artère responsable de l'infarctus est indiquée après fibrinolyse réussie.
- Le meilleur moment de l'angiographie pour les patients stables après fibrinolyse réussie : 3-24 heures.

Sous-groupes spéciaux

- Les deux sexes doivent être gérés de la même façon.
- Un indice élevé de suspicion d'infarctus du myocarde doit être maintenu chez les femmes, les diabétiques et les patients âgés avec symptômes atypiques.
- Une attention particulière doit être accordée au dosage approprié des anticoagulants chez les personnes âgées et les insuffisants rénaux.

Logistique

- Tous les hôpitaux participant à la prise en charge des patients atteints de STEMI doivent avoir une unité de soins coronariens équipée pour fournir tous les aspects des soins, y compris le traitement de l'ischémie, l'insuffisance cardiaque sévère, les arythmies et les comorbidités communes.
- Après revascularisation réussie et non compliquée, les patients doivent être surveillés à l'unité de soins coronariens pour un minimum de 24 heures, après quoi ils peuvent être transférés vers un lit monitorisé pendant 24-48 heures.

Évaluation des risques et imagerie

- En phase aiguë, lorsque le diagnostic est incertain, une échocardiographie d'urgence peut être utile. Toutefois, si non concluante ou non disponible ou en cas de doute persistant, une angiographie d'urgence doit être envisagée.
- Après la phase aiguë, tous les patients doivent avoir une échocardiographie cardiaque pour évaluer la taille de l'infarctus et la fonction ventriculaire gauche. L'IRM cardiaque peut être une alternative à l'échocardiographie.
- Pour les patients atteints de maladie pluritronculaire, ou chez lesquels une revascularisation d'autres

vaisseaux est considérée, une épreuve d'effort ou une imagerie de l'ischémie et de la viabilité est indiquée.

Traitements au long cours

- Le contrôle des facteurs de risque, notamment le tabagisme, doit être rigoureux.
- La thérapie antiplaquettaire est indiquée indéfiniment.
- La bithérapie antiplaquettaire est indiquée jusqu'à 12 mois.
- Le traitement oral avec des bêtabloquants est indiqué chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque ou d'une dysfonction du ventriculaire gauche.
- Un profil lipidique à jeun doit être obtenu chez tous les patients.
- Une statine à forte dose doit être initiée ou poursuivie précocement après l'admission chez tous les patients en l'absence de contre-indication ou d'intolérance connue.
- Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) sont indiqués chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque, d'une dysfonction ventriculaire gauche systolique, de diabète ou d'un infarctus antérieur.
- Un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA-II) est une alternative aux IEC.
- Les antagonistes de l'aldostérone sont indiqués en cas de défaillance cardiaque ou FE \leq 40% ou diabète, en l'absence d'insuffisance rénale ou d'hyperkaliémie.

Les lacunes à combler

- Stratégies pour minimiser la mort subite précoce.
- Améliorer la prise de conscience du public et des patients des symptômes du STEMI.
- Optimiser les processus cliniques pour une prise en charge de qualité, précoce et homogène du STEMI.
- Réduire ou minimiser les dégâts ventriculaires et la dysfonction du ventricule gauche après STEMI.
- Définir le traitement optimal des artères non coupables dans le cadre de l'angioplastie primaire.
- Définir le régime antithrombotique optimal chez les patients recevant des stents et qui ont une indication aux anticoagulants au long cours.

- Définir le rôle de la thrombolyse pré-hospitalière chez les patients qui se présentent tôt après le début des symptômes.
- Définir la combinaison optimale et la durée du traitement antithrombotique.
- Définir les modalités de la prise en charge glycémique chez les patients qui ont un diabète connu ou une hyperglycémie aiguë.
- Développer des techniques percutanées pour prendre en charge les communications interventriculaires.
- Développer une méthode fiable de thérapie cellulaire pour remplacer les cellules myocardiques lésées.
- Stratégies pour minimiser le risque de mort subite chez les patients présentant des arythmies ventriculaires graves (TV, FV) durant ou après le STEMI.
- Stratégies efficaces pour atteindre et maintenir à long terme un contrôle adéquat des facteurs de risque.